

COUNSELING, TERZO SETTORE E DISABILITÀ

Questo lavoro propone una rapida panoramica sulle principali letture che gli psicologi e i sociologi hanno fornito sulla disabilità. Una visione psicologica e sociologica dell'argomento è necessaria per inquadrare il problema per poi scendere nel concreto del counseling e della pedagogia. Le visioni teoriche in questi ambiti sono lo sfondo che tiene in piedi un lavoro fattuale e concreto, che poi comunque tradisce le rigide appartenenze e contamina gli indirizzi: l'approccio alla disabilità e all'handicap non può che essere multidimensionale e transteorico, libero di appropriarsi di discorsi antropologici e medici, sociologici e psicologici. I tre argomenti affrontati sono successione sono:
Una lettura psicologica della disabilità / una lettura sociologica della disabilità
Le tipologie e la disabilità
Il counseling della disabilità

Per una psicologia della disabilità

Per discutere delle condizioni dell'integrazione sociale dei disabili occorre fare riferimento preliminarmente alle modalità delle dinamiche socio-psicologiche, in quanto costituiscono il presupposto del comportamento sociale e individuale e delle scelte politiche.

Il disabile, come ogni altra figura di "diverso", è oggetto di opinioni, di comunicazioni, di conoscenze scientifiche, di "reazioni sociali" che ne definiscono l'identità, il ruolo e il destino. Possiamo considerare due ambiti di valutazione: da un lato il sistema delle opinioni personali non pubbliche (oggetto di indagine psicologica), dall'altro il sistema delle informazioni istituzionali e formali (oggetto di indagine sociologica).

Il primo è suddiviso in due livelli:

I luoghi comuni, pregiudizi e tradizioni, come dati di processi diversi di acculturazione; i risultati delle esperienze e delle convinzioni individuali, vissuti come "choc" della socializzazione, che investono la sfera emotiva o inconscia.

Al sistema delle comunicazioni pubbliche appartengono invece quelle

opinioni che derivano dalle disposizioni legislative, organizzative e burocratiche che investono la società nel suo complesso, influenzando anche la sfera privata.

Esiste poi, da un punto di vista psico-sociale, una opinione pubblica (teoricamente corretta), la quale dovrebbe crearsi non per la giustapposizione fra opinioni private e comunicazioni autorizzate, bensì con la mediazione di un terzo campo, quello della "pubblicità critica" come partecipazione di tutti al processo di formazione della coscienza collettiva e in quanto tale sociologicamente rilevante e pluralistica (Habermas 1977).

Nelle pagine seguenti si cerca di considerare in questa prospettiva il tema della socializzazione del disabile, mediante una analisi della bibliografia maggiore, con lo scopo di giungere a qualche indicazione operativa.

Le ricerche sui disabili hanno in prevalenza cercato di definire la personalità e il comportamento dei soggetti, come singoli o come gruppo.

Le indagini sono state condotte con test proiettivi e di personalità, col metodo della rilevazione sociologica e dell'analisi trasversale: i criteri di valutazione e di sintesi sono spesso eterogenei. Mancano esempi di un'osservazione e sperimentazione che non siano applicazione contingente della psicologia individuale o sociale. La diversità dei campioni, dei metodi e degli strumenti utilizzati, ha prodotto risultati discordanti, banalmente sovrapponibili, poco significativi e comunque scientificamente incerti.

Come effetto indotto, o come indice di una fase epistemologicamente indefinita del problema, si hanno scarse ricerche a carattere sistematico e molte monografie in cui vengono studiati i soggetti portatori di handicap con riferimento a variabili di personalità e di situazione:

fase acuta della malattia,
rapporti con la famiglia,
reazioni alle tecniche e ai programmi riabilitativi,
autopercezione dell'invalidità,
rapporto fra grado di minorazione e comportamento,
atteggiamenti sociali, ecc.

Nell'intento di riferire i temi più significativi di questi studi, sembra opportuno proporre un quadro di orientamento in cui raggruppare gli argomenti più rilevanti:

- riferimento clinico e psico-sociale, dove vengono considerati i comportamenti dei disabili in relazione alla condizione biofisica e gli atteggiamenti sociali nei loro confronti;

- riferimento interazionista e socio-strutturale per un tentativo di definizione delle condizioni della socializzazione dei disabili in un contesto di sintesi fra reazioni individuali e sociali.

ORIENTAMENTO CLINICO E PSICOSOCIALE

In termini cronologici uno dei primi problemi affrontati è stato quello della riabilitazione, intesa in senso terapeutico. È un filone di ricerche iniziato nel dopoguerra, quando si impose la necessità di provvedere al recupero dei mutilati per cause belliche, e che ha subito notevoli evoluzioni teoriche. Complessivamente si può affermare che si è trattato di una esplorazione delle risposte emotive alla ospedalizzazione prolungata e alle procedure terapeutiche, in quanto causa di ansia e di percezioni di minaccia dei propri valori personali, per la riduttiva prevalenza degli interventi alla dimensione fisica e sanitaria.

La reazione più studiata è la depressione. Wright (1955) ha illustrato la reazione di cordoglio che si esprime con i seguenti sintomi:

costrizione dello spazio vitale;
non utilizzazione delle capacità residue;
eccessiva preoccupazione per la menomazione;
atteggiamento di disperazione e di passività.

In seguito, sempre più spesso, si sono considerati connessi agli aspetti tecnici della riabilitazione, i problemi delle motivazioni e della autopercezione, quali condizioni per il successo o l'insuccesso della terapia. In particolare Litman (1962) ha dimostrato che esiste un rapporto diretto tra concetto di sé e risposta del soggetto al programma di riabilitazione: i disabili con una concezione inadeguata di se stessi sono privi di iniziativa e non cooperano alla terapia; quelli invece che hanno sicurezza personale e sentimento di autostima più facilmente traggono benefici dal processo riabilitativo.

Gli sviluppi di questo primitivo tema di analisi hanno condotto, per successive approssimazioni, a considerare gli effetti dell'handicap in termini psico-dinamici.

Anzitutto è stata descritta la depressione come ritirata nell'individualismo, come rifiuto di fronte all'esigenza di ristrutturazione della propria realtà e quindi assunzione del ruolo di persona malata, non giustificato dalla condizione biofisica (Cameron N. - Magaret A., 1962).

Il soggetto vive l'integrità corporea estetica come condizione indispensabile per l'autostima e le relazioni interpersonali; nel caso di una malattia cronica o in presenza di gravi limitazioni funzionali, anziché affrontare i problemi del superamento e della compensazione dello svantaggio,

può assumere il ruolo permanente di ammalato, sia per evitare le frustrazioni derivanti dall'ambiente sociale, sia per usufruire di privilegi o tutele di natura assistenziale, che gli consentono di trarre i maggiori vantaggi senza impegnarsi in difficili sforzi di adattamento e di competizione; questa reazione costituisce una limitazione dello spazio sociale, delle attività e dei contatti umani (ben oltre il limite imposto dall'invalidità di per se stessa) e determina privazioni di libertà e isolamento, che proteggono tuttavia dalle angosce personali e da prevedibili umiliazioni. Da questa sindrome è derivata la riproposizione della teoria dell'inferiorità organica (A. Adler 1917): in presenza di una deficienza fisica o organica, collegata a malattia, incapacità, infermità, disturbi del carattere, deve corrispondere una reazione psicologica di compensazione. Secondo Adler sul piano terapeutico occorre incoraggiare il soggetto a superare il "complesso di inferiorità" per evitare disturbi della personalità (sotto forma di nevrosi o di psicosi), mediante un atteggiamento di "protesta virile" che ricostituisca l'interesse sociale e stimoli l'autoaffermazione. In questo senso la teoria adleriana assume un carattere "pedagogico", da cui derivano le successive metodologie sulla ristrutturazione della "situazione di vita". La protesta virile, come modalità di superamento dell'inferiorità, da un lato dovrebbe far sì che il malato divenga superiore alla propria malattia, dall'altro, istituzionalizza, per la prima volta in psicologia, la volontà di potenza, come lotta per annullare tutto ciò che ostacola lo sviluppo psichico e fisico.

Diversi psicologi freudiani hanno invece attribuito il complesso di inferiorità, piuttosto che al deficit biofisico, al timore di non essere amato o di perdere l'amore (Meng, 1938).

Un atteggiamento diverso è costituito dalla negazione della malattia, che può essere esplicita (rifiuto) o mascherata, spostando l'attenzione sugli effetti minori della disabilità o attribuendolo a cause benigne e temporalmente superate.

Lo studio del rapporto fra genitori e disabile è senz'altro fra i più trattati anche se spesso non è facile distinguere gli aspetti psicologici da quelli pedagogici. In generale si rilevano i traumi, a livello individuale e sociale, derivanti dalla nascita di un figlio invalido, e atteggiamenti di iperprotezione e di indulgenza, nocivi ai fini dello sviluppo della personalità, alternati a fasi di severità o di rifiuto.

Studi più recenti hanno cercato di definire le modificazioni delle dinamiche intrafamiliari conseguenti alla nascita di un bambino affetto da menomazioni: "la presenza di handicap alla nascita viene a sovvertire i rituali sociali connessi con un neonato e in genere non si conoscono modalità alternative di comportamento per tali circostanze" (Richardson, 1969).

L'evento frustrante è vissuto dai genitori in vario modo a seconda delle condizioni socio-economiche, il livello culturale e altri fattori personali e ambientali.

Secondo Formica-Pancheri-Redento (1971) sarebbe prevalente una reazione di tipo aggressivo nei confronti del neonato, che si può manifestare:

mediante la repressione dell'aggressività, che induce sentimenti di colpa, e la conseguente adozione di atteggiamenti iper-protettivi;

mediante un rafforzamento dell'aggressività che può condurre sia a comportamenti ambivalenti, sia al rifiuto e all'esclusione del bambino dalla vita affettiva della famiglia (allontanamento e richiesta di istituzionalizzazione);

infine l'aggressività può essere riconosciuta come una reazione normale e costituire il punto di partenza per una adeguata percezione delle condizioni del bambino e delle sue capacità.

Un allargamento ulteriore dell'indagine delle reazioni familiari nei confronti del figlio disabile è costituito dallo studio della Zani (1973) con riferimento al rifiuto mascherato e a quello esplicito e ai correlativi effetti sullo sviluppo della personalità del bambino. Per reazione mascherata s'intende l'atteggiamento del genitore che di fatto non accetta il bambino ma che tuttavia affronta ogni sacrificio; per reazione palese o manifesta si definisce invece un comportamento di aperta ostilità e negligenza. Sempre secondo la stessa autrice le contoreazioni del bambino si configurerebbero con

diverse modalità di adattamento: vi può essere anzitutto un comportamento compensativo per cui il soggetto accetta la propria minorazione e si concentra sulle possibilità residue; anche in questo caso però si verificano atteggiamenti non adeguati come la dissimulazione (accentuazione di aspetti di superiorità non reali), l'attribuzione agli altri della causa dei propri insuccessi, fenomeni di finzione e di fuga, sfruttamento dell'inferiorità per attirare simpatie e benevolenza, ecc. (Carnois, 1969).

Vi è poi una reazione di rifiuto per cui il soggetto non ammette che l'handicap comporti limitazioni e si proietta in situazioni competitive che non può affrontare (Selleri, 1965).

Il terzo tipo di atteggiamento è difensivo: in questo caso il disabile si protegge rifiutando il confronto oppure incolpando le altre persone delle proprie difficoltà e insuccessi. Analogo è il ripiegamento su se stessi come fuga dalla realtà e dai contatti sociali preferendo attività e modalità di vita che non comportino relazioni, percepite come fonte di frustrazione.

Si può infine tenere presente un gruppo di forme reattive che non configurano nessun adattamento del soggetto; in questo caso emerge la incapacità di affrontare i problemi dell'esistenza tenendo conto dell'handicap che viene quindi negato.

Anche se non è facile tradurre in termini conclusivi le dinamiche che abbiamo delineato (la prospettiva psicoanalitica comporterebbe ben altri approfondimenti), sulla scorta della bibliografia maggiore si possono trarre le seguenti considerazioni:

i genitori percepiscono la presenza del figlio disabile come "una colpa";

si crea una situazione conflittuale, per lo più inconscia, che determina l'ambivalenza del rapporto e l'instabilità affettiva (con probabili rafforzamenti del complesso edipico);

l'esperienza vissuta come minaccia o vergogna personale;

si instaura una situazione complessivamente sado-masochista che sfocia nella richiesta nevrotizzata d'interventi assistenziali e specialistici

Altre frammentarie ricerche sui bambini disabili riferiscono, che essi tendono ad attribuire ai genitori la causa della minorazione, da cui deriva l'incertezza affettiva e i sentimenti di colpevolezza; la difficoltà di giocare comporta una precoce maturazione intellettuale, ma anche tendenze regressive come l'isolamento e il fantasticare; le difficoltà del bambino disabile derivano spesso dal disadattamento dei genitori.

La letteratura relativa ai comportamenti dei disabili è molto vasta; ricordiamo in via indicativa i temi relativi alla discrepanza fra l'immagine del proprio corpo e l'aspetto effettivo;

il rapporto fra grado di minorazione e disadattamento (si è dimostrato che le reazioni alla invalidità sono sempre soggettive e che spesso "gli invalidi in miniatura" sono quelli che corrono i maggiori pericoli di distorsione del comportamento);

la proposizione delle tecniche esistenziali per una ristrutturazione della situazione di vita le cui fasi principali sondano l'abbassamento del livello di aspirazione verso mete prossime;

l'allargamento del campo di osservazione oltre il proprio difetto, verso nuovi valori ("change of values") e il distogliersi dal perduto per volgersi al disponibile;

le connessioni fra sistema motorio e sistema psicologico, ecc.

Un problema importante è quello costituito dalla prospettiva somato-psicologica dell'invalidità per verificare un rapporto univoco tra il tipo e il grado della minorazione e gli indici medi di

comportamento. L'ipotesi ha avuto origine da una sorta di inversione della teoria psico-somatica e per certi aspetti influenzata dalla scuola tipologica: così come era stata rilevata una influenza dei disturbi psichici (e in particolare delle nevrosi) sul funzionamento somatico e come era stata definita l'eziopatogenesi psichica di molte malattie, allo stesso modo si ipotizzò che dato un qualsiasi deficit fisico si potesse definire un rapporto sulla personalità e sui suoi atteggiamenti. Tuttavia e purtroppo il tentativo di dimostrare una correlazione fra stato fisico e personalità, non è stato provato e la ricerca è rimasta allo stesso stadio teorico in cui si trovano le indicazioni, statistiche più che psicologiche, della tipologia. Alcune ricerche hanno descritto una certa frequenza di indici di disadattamento, ma si tratta di dati di scarsa rilevanza e metodologicamente incerti. È più probabile che tali casi siano formazioni reattive aggravate, in qualche caso strutturate, dalle condizioni di vita e dalla "carriera sociale" del disabile: istituzionalizzazione, distacco precoce dalla famiglia, traumi terapeutici, isolamento, ecc.

Gli studi sugli aspetti somato-psicologici dell'invalidità sembrano aver attinto, come dato residuale, l'esigenza di orientare le indagini anche sulla situazione di vita del disabile piuttosto che fermarsi sulle sue condizioni fisiche come mono-casuali della realtà psicologica.

Anche dal punto di vista sperimentale l'ipotesi somato-psicologica ha avuto molte smentite. Quanto sopra esposto, al di là del significato scientifico, porta a criticare la concezione secondo la quale l'inferiorità organica o funzionale venga estesa alla persona intera considerata così globalmente inferiore.

Riassuntivamente si può affermare che le anomalie fisiche e funzionali non determinano meccanicamente cambiamenti radicali e permanenti della realtà psicologica e della evoluzione dell'interazione sociale.

Tuttavia non si possono negare gli effetti e l'interdipendenza della situazione biologica con la realtà esistenziale complessiva. Ci sembra comunque importante affermare, anche ai fini dell'instaurazione di tecniche ed itinerari riabilitativi non emarginanti, che quasi sempre le cause di reazione inadeguata alla invalidità non possono essere semplicisticamente ricercate nel dato patologico ma in una prospettiva di teoria di campo.

Un esempio oggettivo di questa esigenza (sempre secondo un approccio clinico) è dato dalla

distinzione fra invalidità organica e funzionale (Barker, 1953) e soprattutto dal

tipo di reazione alla inabilità e correlativa percezione, in rapporto alla distinzione fra disabili congeniti e acquisiti:

DISABILI CONGENITI: Nel primo caso l'invalidità è un fattore "strutturante" della personalità che impone lo sviluppo di comportamenti adattivi,

DISABILI ACQUISITI: nel secondo l'handicap, per la sua insorgenza tardiva e traumatica, ha più probabilità di provocare disorganizzazione del comportamento, momento di frattura irreversibile, fra passato e presente e causa frequente di formazioni reattive a carattere depressivo (conseguenza sia del danno estetico sia di una autopercezione d'inferiorità e di collocazione in un ruolo disprezzato).

A questo proposito sono significative, e costituiscono una importante raccolta di dati, le indagini di alcuni autori della scuola lewiniana (condotte su invalidi di guerra con minorazioni visibili) relative ai temi dell'aiuto, della accettazione sociale, degli effetti della curiosità, ecc. (cfr. Ladieu, Haufmann, Dembo, Adler, Willie, Wright, 1947, 1948).

Nelle su indicate ricerche sono stati attinti i seguenti risultati:

convinzione che l'handicap costituisca un elemento di inferiorità e di disprezzo e che finisca per diventare la caratteristica "centrale" della persona, facendo passare in secondo ordine tutti gli altri aspetti;

senso di colpa per l'impressione di sentirsi di peso agli altri, soprattutto in situazioni di bisogno, di aiuto o di offerta ingiustificata dello stesso;

conflitto fra stato di dipendenza e aspirazione di indipendenza, con reazioni di tipo regressivo o aggressivo;

senso di autocommiserazione e richiesta di protezione con riferimento ai programmi e agli interventi di riabilitazione e di assistenza.

Un tema decisivo, anche se poco trattato, per valutare le reazioni all'invalidità e per introdurre in termini psicologici il problema degli atteggiamenti verso l'invalidità, è costituito dalla curiosità e dalla fenomenologia dell'essere oggetto di sguardo.

Già Wright (1960) aveva affermato che quando l'invalido ha un atteggiamento equilibrato e accettante la propria situazione, più facilmente è portato a credere che gli altri, lo guardino fisso semplicemente perché si meravigliano di alcune cose, ad esempio della protesi... Se invece l'individuo rifiuta totalmente la sua minorazione e se stesso, tenderà a porre resistenza alla curiosità degli altri, pensando di essere considerato in maniera negativa, con disprezzo e pietà".

Ma il discorso può essere proposto anche in una prospettiva non behaviouristica (Selleri, 1968). Nel sentirsi guardata la persona sembra acquistare un ruolo puramente ostensivo e passivo di "centro", di bersaglio. In questa situazione la relazione con gli altri diventa asimmetrica. Come prima conseguenza l'io e le sue qualità diventano tematiche ed enfatizzate, assumono un risalto particolare nel campo della coscienza.

Lo sguardo prolungato, insistente e curioso con o senza commenti verbali, sottolinea determinati aspetti del corpo, lo seziona rompendone l'unità. Il soggetto osservato "in un certo modo" si sente "svelato" e giudicato.

Effetti simili produce il distogliere lo sguardo, uno "sguardo furtivo", il "dare un'occhiata", che pare configuri un atteggiamento di rifiuto. E' certo che quando l'attenzione ci viene sottratta in un tempo obiettivamente troppo breve, ci preoccupiamo e interpretiamo il fatto negativamente.

Il disabile vive il proprio aspetto come una estensività statica, centro di una attenzione che non può evitare, né modificare immediatamente: in generale egli si sente "ferito" dagli sguardi e cerca di sottrarsi a quel particolare tipo di attenzione in cui si sente considerato come un corpo minorato, piuttosto che come una persona: il corpo non è più implicito ad un "io sono", che si declina in autonome possibilità espressive e comunicative, ma è scaduto a livello di un "oggetto esposto al mondo", di cui gli altri dispongono.

Lo sguardo può anche essere considerato un atto incompiuto, uno stimolo che evoca una risposta e costituisce la fase preparatoria per una risposta di tipo riflessologico e comunicativo; in questo senso lo sguardo rientra nel contesto della "conversazione di gesti" e nell'innescare di una relazione faccia-a-faccia, come inizio di una organizzazione e di una trasmissione di significati che si realizza tramite il veicolo semantico. Infatti è soltanto attraverso il linguaggio che l'individuo riesce a sollevare una risposta da parte di colui al quale è stato indirizzato il gesto.

Ma lo sguardo verso il disabile, come oggetto di curiosità o di commiserazione, non è seguito quasi mai da una produzione di significati. Si crea comunque nel disabile un processo interpretativo o una "attitudine percettiva" di difesa e di aggressività e in ogni caso di limitazione delle relazioni "faccia a faccia" (Feinberg, 1971; Canestrari 1964). "Finché non avviene il contatto i ciechi, i sordi, i paralitici, non possono essere mai sicuri se l'atteggiamento del nuovo conoscente sarà di rigetto o di

accettazione” (Barker-Wright, 1953). E ciò evidentemente pregiudica la possibilità di comunicazione.

Il soggetto disabile, “centrato”, dagli sguardi prolungati o furtivi, conclude: sono diverso, ho un corpo che non si articola liberamente con la mia interiorità e con le mie potenzialità intenzionali ed espressive, il mio corpo non è una “modulazione esteriore” di una libera e personale intimità, ma è un “corpo oggetto”, il corpo che ho, anziché il corpo che sono, non più Leib, ma Körper (Marcel G. 1935).

Questa autoindicazione produce una diminuzione del self-esteem, insicurezza personale e soprattutto la difficoltà di trasmettere il vissuto in quanto il soggetto non ritiene l'altro capace di una comprensione analogica.

“Sia che la reazione all'handicap sia aperta e brusca, sia che, come più spesso accade, esso venga ignorato... fa sì che la interazione si articoli troppo unilateralmente... il che di solito mostra i segni del disagio e della rischiosità: la reticenza nel ricordare le cause dell'handicap, le parole di uso quotidiano che diventano tabù, lo sguardo fisso nel vuoto, l'allegrezza artificiale, la loquacità eccessiva, la grottesca solennità sono le conseguenze principali di un vissuto di sguardi equivocati (Davis 1961).

Ecco come in termini comportamentistici si può esprimere “il non essere a proprio agio” nei confronti dell'handicappato, creando incertezza di identità ed una possibile “patologia” della comunicazione.

Ma il corpo non è soltanto strumento di comunicazione verso l'esterno, il corpo è anche il “custode del mio segreto personale, esso racchiude e difende la mia ipseità”. Quando l'altro mi guarda mi riduce ad un aspetto-oggetto, cosicché il valore umano e personale, non è più colto; si opera una riduzione della distanza e del rispetto (rem specto = guardo qualcosa a debita distanza) che genera pudore e vergogna e che viene percepita come un impoverimento esistenziale (Cargnello 1964; Fiedler 1953; Holzkarnp 1964).

Siamo qui in un ambito interpretativo del vissuto secondo le basi dottrinali della daseinsanalyse e della fenomenologia husserliana: l'ego e l'alter ego si costituiscono in un mondo comune, oppure nell'ambito della alienità per cui l'altro è percepito “come un corpo altrui posto nel mondo fra gli altri oggetti di natura ed assimilabile categorialmente a questi” (Cargnello 1966). In questo caso non sembra possibile la identificazione e l'alter ego è una “alienità”.

E' evidente a questo punto che si apre una relazione dinamica fra psicologia individuale e psicologia sociale che introduce il problema degli atteggiamenti e le tematiche sociologiche.

Barker (1953) per primo, discutendo dei disabili, spostò decisamente l'analisi sui fattori sociali, introducendo il concetto di marginalità:

analogamente al marginal man, il disabile avvertirebbe un conflitto di ruoli fra i due gruppi dei “malati” e “sani”; infatti la invalidità lo definisce appartenente al gruppo minoritario (al quale non vorrebbe essere aggregato), mentre le sue aspirazioni di prestazioni e di affermazione sono orientate verso il gruppo egemonico dei “normodotati” (dal quale è escluso). Da ciò scaturisce una sorta di lotta concorrenziale (conflitto di affiliazione) con il mondo dei sani da cui possono derivare sintomi di incertezza vocazionale e di ruolo, ambivalenza affettiva e accresciuto bisogno di gratificazione. Lo sforzo per il riconoscimento del proprio valore, può condurre sia a prestazioni eccezionali, sia, come più spesso accade, a costanti frustrazioni che possono provocare aggressività, regressione, sintomi di derealizzazione (vergogna, angoscia sociale, ferita narcisistica). L'analisi di Barker, trasposta nel contesto della role-theory, definisce essenzialmente la difficoltà di identificare il gruppo di riferimento (reference group) da cui emerge uno status ed una carriera di marginalità.

Goffman (1970) individua due gruppi cui il disabile finisce per accedere nella convinzione di trovare sostegno e comprensione: il primo comprende coloro che hanno lo stesso stigma e si

definiscono come “la stessa specie del disabile”; il secondo è rappresentato da “saggi”, da persone normali partecipanti della vita segreta del disabile (tecnici sanitari, familiari, amici eccezionali, ecc.), con questi il disabile non prova vergogna e ritiene di essere considerato come una persona normale.

Un analogo filone di ricerche si colloca nell’ambito degli studi sul pregiudizio razziale e il comportamento collettivo nei confronti delle minoranze etniche e religiose.

Wright (1960) ha per primo posto alcune tesi al fine di stabilire rapporti di somiglianza tra la situazione sociale dei disabili e quella dei gruppi minoritari, con riferimento ai pregiudizi ed ai processi di stigmatizzazione. Secondo questi studi gli atteggiamenti nei confronti dei disabili sarebbero molto simili a quelli adottati verso i “diversi”.

Tuttavia il tentativo di dimostrare che i disabili sono accomunati alle altre minoranze, nell’attribuire loro uno stato di inferiorità, è rimasto controverso. Contro l’esistenza di questi clusters, analoghi a quelli razziali, si collocano i risultati di altre ricerche (Lukoff, White-man, 1964) secondo le quali non si potrebbe asserire una uniforme e precisa qualificazione di atteggiamenti di ostilità.

Questi studi hanno tuttavia evidenziato alcune costanti nell’immagine collettiva e nei modelli comportamentali:

Si è notata una discrepanza tra reazione verso il disabile genericamente positiva e reazione verso l’handicap come fattore di individuazione del gruppo, decisamente negativa;

L’attribuzione al disabile di incapacità per lo svolgimento di compiti sociali, mediante la definizione del ruolo di persona malata, con esenzione di responsabilità, obbligo di cooperazione terapeutica, ecc.;

Correlazioni significative fra la condizione del disabile e lo status del bambino.

Da questa sintesi della bibliografia maggiore sugli effetti psicologici dell’handicap sembra di poter concludere che una valutazione complessiva dovrebbe tener conto sia del deficit oggettivo, sia del vissuto soggettivo, sia delle reazioni del campo sociale e dei relativi contesti.

In particolare è rilevante individuare quali mutamenti intervengono nella organizzazione della personalità del disabile (e quindi nella formazione del se e della propria identità), a seguito degli atteggiamenti sociali verso la disabilità.

Al livello della valutazione individuale la percezione dell’invalidità deve essere collegata con l’analisi dei significati che il pubblico attribuisce alla realtà del disabile (labeling theory). È l’interdipendenza della realtà dell’handicap e dei processi di significazione pubblici che definiscono la sua personalità ed il suo statuto sociale.

È opportuno quindi per la parte propositiva estendere l’indagine ad una prospettiva sociologica, con riferimento ai temi della categorizzazione sociale e alle teorie interazioniste.

PROSPETTIVA SOCIOLOGICA

Considerare la condizione del disabile in un contesto sociologico, vuol dire in definitiva studiare la sua “immagine sociale” e i significati culturali, morali, scientifici ed economici che si attribuiscono alla sua figura in quanto rafforzano ed organizzano i processi di stereotipizzazione del fenomeno; vuol dire inoltre, esaminata l’evoluzione storica degli atteggiamenti, illustrare la funzione di controllo sociale, rappresentata dagli interventi e dalle istituzioni in cui si attua l’intervento terapeutico, nell’ambito della “ideologia della scienza”.

In questa ultima prospettiva della devianza (pur tenendo conto della sua specificità), intendendo l'handicap come causa di comportamenti e di situazioni di "diversità", secondo la polarizzazione normale-patologico.

Il disabile per le sue differenze psico-somatiche, organiche e funzionali, estetiche e comportamentali suscita reazioni emotive verso talvolta contro la propria persona, che traggono origine da meccanismi di difesa o da difficoltà di identificazione. Ciò provoca abbastanza spesso, dinamiche di rifiuto o comunque di transfert distorto, che vengono evase o compensate con la formazione e l'adozione di immagini collettive.

Si tratta del pregiudizio o "pensiero prevenuto" che si istituisce sia su una errata applicazione logica del pensiero, sia su dati emotivi. Per gli aspetti formali, il pregiudizio costituisce una errata operazione induttiva o deduttiva (una caratteristica personale caratterizza la intera personalità; la definizione di una persona come appartenente ad una situazione o a un gruppo induce la "previsione" di tutti i suoi tratti comportamentali e sociali), per gli aspetti affettivi è sostanzialmente un meccanismo di difesa rispetto all' "estraneo" o all' "alieno" (Canestrari 1975).

In ogni caso lo stereotipo si qualifica come una totalità organizzata, una Ganzheit, che se da un lato consente comportamenti conformistici e psichicamente economici, dall'altro risulta rigido, scarsamente modificabile e permeabile a nuove informazioni e conoscenze.

L'individuo nella sua esperienza quotidiana ha necessità di affrontare una complessità di fatti e di situazioni, che finirebbero per disorganizzare il comportamento se non venissero in qualche modo generalizzati come conoscenza comune, per l'esigenza di evitare di ridefinire ogni volta le diverse situazioni e di standardizzare le scelte comportamentali. In questo senso le convenzioni sociali ed i comportamenti tipizzati sono funzionali alla semplificazione dei rapporti (Berger-Luckmann 1969).

La categorizzazione sociale sembra funzionare come strumento di sistematizzazione dei fenomeni, consentendo al soggetto di adattarsi alla molteplicità delle percezioni e di legittimare un comportamento uniforme e ripetitivo, contro la problematicità e le ipotesi di trasformazione degli atteggiamenti nel contesto sociale (Allport 1958).

L'espressione più definita della categorizzazione, intesa come formazione di classi di oggetti con connessioni ideali, cognitive, emozionali e comportamentali, è costituita dall'atteggiamento.

Il concetto di atteggiamento si caratterizza come un sistema stabile, con componenti conoscitive, affettive e di tendenza all'azione, che possono essere di valenza negativa o positiva con un grado maggiore o minore di correlazione.

Come abbiamo visto dalla precedente analisi bibliografica, sono state evidenziate reazioni collettive di esclusione e di svalutazione, per tanto ci si può collegare con alcune considerazioni generali sulla devianza, intesa non tanto come mancata interiorizzazione delle norme (in senso parsoniano), quanto come una estensione di una situazione di "diversità".

L'infrazione di norme e regole socialmente prescritte, costituisce la devianza e comporta reazioni sociali correttive. Le persone portatrici di qualche tipo di diversità (sociale, culturale, fisica, ecc.) verrebbero per i meccanismi della categorizzazione sociale, raggruppate in una unica classe con caratteristiche omogenee, ciò che comporta atteggiamenti comuni.

In modo specifico l'handicap viene considerato come un fattore di incapacità che impedisce l'assunzione di responsabilità e comporta un ruolo di dipendenza. Il ruolo del malato, come sottolinea Parsons (1965), è caratterizzato dall'obbligo di guarigione, di remissività e di cooperazione terapeutica. Si tratta in definitiva degli stessi comportamenti che si richiedono, in termini repressivi, a tutti i soggetti "devianti".

Fra le diverse teorie della normalità si può fare riferimento a quella della personalità modale (Hofstadter 1970), cioè a quell'insieme di comportamenti "adeguati" che sono comuni in una determinata comunità; la normalità si stabilirebbe in base a tre parametri:

funzionale,
ideale,

statistico.

La normalità funzionale è quella che definisce l'uomo efficiente, fisicamente e psichicamente integro, per il conseguimento dei fini sociali; quella ideale concerne l'accettazione dei valori culturali e morali; quella statistica indica la frequenza accettata dell'aspetto e dei comportamenti. Si tratta di criteri che hanno qualche validità sistematica ma ben poche verifiche scientifiche, come è dimostrato dal fatto che nel medesimo ambito culturale possono verificarsi tipi di "anormalità" fra di loro contraddittorie, a seconda del momento storico, dell'ambiente e del ruolo (confronta la distinzione fra devianza primaria e devianza secondaria) (Lemert 1951).

Una ulteriore distinzione è fra i diversi intenzionali e i diversi esistenziali (il criminale e l'ebreo), che nell'evoluzione storica hanno finito spesso per confondersi (Mayer 1977). L'immagine sociale del disabile, analogamente si è caricata di volta in volta di significati e di convinzioni razionali e irrazionali.

È opportuno precisare rispetto a quali valutazioni o criteri il disabile è stato considerato come un deviante e quali interventi sono stati adottati nei suoi confronti in riferimento alle costruzioni sociali e culturali della sua realtà. Si tratta insomma di ripercorrere sinteticamente l'evoluzione delle dottrine assistenziali.

Il cristianesimo definì il "diverso" solo nell'ambito della fede: pagani, ebrei, eretici. All'interno di questa cultura è pensabile soltanto la diversità intenzionale, i "mostri" sono i peccatori e tuttavia, attraverso un processo culturale filosofico molto complesso, l'ebreo, diverso esistenziale, diventa Giuda, diverso intenzionale (Mayer 1977).

In ogni caso il primo schema di riferimento è di tipo etico, secondo il quale il "malato mendicante" è oggetto di un dovere morale all'assistenza, come espressione individuale di carità; in seguito, però esso viene assimilato ad altre figure del mondo della miseria delle "classi pericolose" quindi rinchiuso nelle "prigioni morali", istituzioni difensive dell'ordine pubblico. Ciò è possibile al di là del dato storico per la attribuzione sul piano religioso e teologico di un segno di colpevolezza a chiunque è toccato dalla sventura o dalla malattia.

Il sistema di valutazioni storicamente accertato è inerente ai dati di razionalismo positivista e dell'evoluzionismo biologico. È in questo contesto che affondano le loro radici anche gli attuali modelli interpretativi medico-psichiatrici. E tuttavia anche in questa fase, per le teorie organicistiche e per il persistere della convinzione di una correlazione fra anima e corpo, l'osservazione morale si connette con quella positiva e si asseriscono influenze della malattia sul comportamento asociale per cui al morbo si collega la mostruosità e in diversi casi la criminalità (Lombroso 1884). Di conseguenza gli interventi sono di tipo repressivo o psichiatrico.

La terza istanza è di carattere filantropico, solidaristico e giuridico, con cui, a partire dalla Dichiarazione dei diritti dell'uomo del 1793, si stabilisce un diritto legale e pubblico all'assistenza; si tende ad una umanizzazione degli interventi e delle istituzioni, e, almeno in via teorica, si propone la metodologia della non esclusione e della non separazione del disabile.

E tuttavia l'illuminismo borghese è fallito nei suoi postulati egualitari e ha finito per evidenziare il contrasto fra la libertà e le libertà e la sostanziale utopia giusnaturalistica (analoga a quella socialista) della sostituzione della fraternità con la giustizia.

Dopo la scoperta sociologica dei rapporti funzionali e costitutivi fra individuo e società, della suddivisione del lavoro, dell'instaurarsi del capitalismo monopolistico e dei suoi complessi rapporti col socialismo, alle nozioni patologiche si aggiungono o sostituiscono quelle della diversità intese come varianti di una supposta "patologia sociale", effetto del distorto funzionamento dei rapporti economici e della organizzazione sociale e sanitaria. In questa fase la diversità del disabile è soprattutto connessa coi criteri e le esigenze della "riabilitazione" cioè un complesso di interventi volti alla riutilizzazione, anche parziale, del disabile in quanto non produttivo. L'apparato assistenziale si configura inoltre come uno strumento di garanzia della pace sociale e come un meccanismo per accrescere il potere d'acquisto dei marginali (con l'effetto indotto che i servizi pubblici diventano un

mezzo di livellamento delle disuguaglianze economiche e di controllo sociale non coercitivo nel senso tradizionale, ma estremamente capillare ed efficace). E' lo "stato terapeutico" del Welfare-state (Gouldner 1972).

Si deve comunque rilevare che il processo evolutivo che abbiamo descritto nelle sue tappe successive non ha cancellato o risolto le impostazioni della fase precedente, cosicché coesistono in un coagulo di difficile interpretazione tutte le valutazioni che in diverse epoche sono state accettate e le correlative istituzioni. Nonostante gli innegabili progressi che la scienza medica, la sociologia, la psicologia hanno portato nel trattamento e nella rivalutazione del disabile, gli interventi restano ancora scollegati dalle ragioni strutturali che causano l'handicap ed emarginano il disabile, il quale resta comunque posto in un ruolo passivo e di eterogestione.

Il dato psico-sociale complessivo è costituito dalla discrepanza cognitiva fra l'uomo che soffre e l'umanità sofferente. Il primo è sostanzialmente disprezzato, la seconda invece costituisce l'obiettivo di tutti i progetti culturali e politici ispirati dall'egualitarismo. Il singolo individuo atipico non viene sussunto dalle teorie generali della solidarietà, ma resta una soggettività irriducibile e isolata.

Da ciò consegue anche il fallimento tecnico della riabilitazione.

In senso giuridico per riabilitazione si intende la reintegrazione dei diritti civili tolti per effetto di una condanna; il termine è stato poi esteso per significare il recupero ed il reinserimento o la rieducazione dei soggetti disabili o disadattati. Questo concetto comporta un giudizio preventivo di esclusione e una visione eminentemente tecnica del problema che ha comportato eccessi razionalistici e definizioni pregiudiziali che deformano la attività riabilitativa: classificazione dei soggetti in recuperabili ed irrecuperabili, scolarizzabili e non scolarizzabili; la categorizzazione a seconda del tipo di handicap (ciechi, invalidi fisici, subnormali, ecc.), della "causa storica" della disabilità (guerra, lavoro, servizio, ecc.), o della situazione sociale che ha determinato o in cui si è verificata la condizione di bisogno (orfani, nati fuori del matrimonio, anziani, delinquenti minorili, malati mentali, "ribelli").

Il fondamento empirico di queste distinzioni sarebbe simile a quello che data una certa malattia occorra una corrispondente terapia.

Per i disabili si può senz'altro definire lo svolgimento della riabilitazione: recupero fisico e funzionale, istruzione e lotta contro il ritardo scolastico, orientamento e qualificazione professionale, collocamento al lavoro. Ma occorre fare bene attenzione che la realizzazione di queste condizioni di integrazione sociale non divengano, come accade, una astratta mistificazione o il fine, perché se gli interventi comportano l'allontanamento troppo prolungato dalla famiglia, la solitudine, la iperprotezione e la segregazione, al termine del processo riabilitativo avremo un disabile-disadattato o impreparato ai rapporti sociali, con gravi difficoltà nelle relazioni interpersonali e affettive, un soggetto, insomma che finirà sempre per identificarsi col suo handicap e fare appello alla benevolenza e alla protezione pubblica e privata.

Il discorso ci riporta alle dinamiche sociali che presiedono la stigmatizzazione e causano l'emarginazione (con o senza istituzioni specifiche, prigioni, ospedali, ospizi, ecc.).

La comunità nei confronti del diverso non adotta soltanto un giudizio o un pregiudizio di valenza negativa (atto di censura), ma attraverso un "rito" stabilisce una destinazione separata, in senso topologico e psicologico, che trasferisce il deviante dalla sua normale posizione sociale in un ruolo specifico.

La "cerimonia" dell'attribuzione dello stigma si svolge in tre momenti: vi è anzitutto un confronto formalizzato fra il soggetto e i rappresentanti tecnici e sanitari, autorizzati dalla società; si emette quindi un giudizio o una diagnosi sulla natura e il grado della devianza a cui segue un "atto di collocazione sociale, assegnando all'individuo un ruolo speciale che ridefinisce la sua posizione nella società... ciò che precipuamente caratterizza questa cerimonia della nostra cultura è la sua irreversibilità" (Erikson 1964).

Una volta formulata la diagnosi, si instaurano delle forti resistenze collettive, sia a modificare la definizione, sia ad accettare, successivamente al processo terapeutico, il diverso come una persona

completamente reintegrabile (sono noti gli stereotipi circa la criminalità persistente degli ex detenuti o le ricadute dei malati mentali, ecc.).

Si tratta di una situazione esaminata nel contesto della labeling theory (D.S. Thomas 1928), secondo cui le situazioni definite come reali, sono reali nelle loro conseguenze e lo stigma determina le modalità della comunicazione e dell'interazione. Inoltre il soggetto definito come deviante finisce per rivestire un ruolo e uno status di distanza sociale dalla comunità e d'altro canto una sequenza di ruoli costituisce la carriera che caratterizza la vita dell'individuo (Goffman 1971).

Nel nostro caso il disabile, una volta classificato tale, assume delle significazioni conclusive e globali (il sintomo diventa persona) che debbono in qualche modo essere "esorcizzate" per la loro implicazione emotive mediante meccanismi di difesa e di esclusione. Si attua così un movimento circolare (handicappato = diverso; diverso = escluso; escluso = handicappato), che ha tutte le caratteristiche di una "profezia" che si auto-adempie.

Per risolvere questa tautologia e per introdurre una prospettiva di soluzione degli insuccessi della riabilitazione, sembra importante chiarire che cosa si intenda per persona disabile e quali siano le modalità di trasformazione degli atteggiamenti e quindi delle istituzioni per arrivare a concrete possibilità di integrazione sociale.

In termini psico-sociali il disabile può essere considerato: secondo un parametro biofisico come il portatore di una menomazione permanente delle proprie capacità fisiche, psichiche e sensoriali, a seguito di un evento morboso o traumatico; secondo il parametro sociale come candidato di processi di emarginazione, sia pure differenziati nella qualità e nella coerenza.

Si può osservare anzitutto che per la duplicità dell'handicap (deficit biofisico e candidatura all'esclusione) l'intervento non può essere solo tecnico-sanitario, ma deve contestualmente prevenire e risolvere la reazione sociale negativa. Questo è possibile soltanto se si evitano prestazioni che richiedono periodi di isolamento, trattamenti segreganti e soprattutto se si considera la globalità della persona nelle sue dimensioni individuali e sociali.

Non è sufficiente, anzi è negativo, considerare il disabile come oggetto scientifico o constatare il fenomeno secondo una teoria della personalità che consenta una "osservazione partecipante", tale da spiegare sia le variabili comportamentali, sia i vissuti personali. Si tratta in definitiva di studiare gli effetti dell'handicap nella costruzione sociale dell'identità. E' questa una prospettiva appena sfiorata dalla ricerca sui disabili, ma che costituisce, a nostro avviso, uno dei filoni più importanti sia dal punto di vista teorico, sia da quello metodologico.

Intendiamo richiamarci alla self-concept theory (di cui sono note le correlazioni, evidenziate da Lewin e Rogers e dalla scuola del revisionismo psicoanalitico di Sullivan e di Fromm, con la tradizione filosofica e psicologica europea), e in particolare con la ricca produzione dell'interazionismo simbolico che dopo G.H. Mead (1934) costituisce la corrente più viva del pensiero psico-sociologico americano.

Per Mead la coscienza dell'individuo dipende dal suo comportamento riflesso, dalla capacità di assumere l'atteggiamento dall'alter, di anticipare, attraverso un processo di empatia, la reazione dell'alter e di prendere il suo ruolo. Sulla base delle conoscenze così acquistate emerge l'attività mentale che consiste nelle risposte che una persona si dà nel definire se stesso e gli altri oggetti sociali.

Questa definizione può peraltro o rimanere un atto incompiuto, o tradursi in linguaggio e solo in questo caso costituirà l'interazione.

Ma la valutazione identifica anche il soggetto che la fa: l'individuo assumendo il ruolo dell'alter diventa oggetto delle proprie azioni; "valuta il proprio agire nei termini delle interpretazioni e definizioni che potrebbero darne gli altri. Il punto di vista altrui costituisce così la base su cui

riposa la visione di se stessi: il se (self) si sviluppa parallelamente alla capacità di prendere il ruolo dell'alter e di vedersi come un oggetto (M. Ciacci, 1972). Tenendo conto di queste precisazioni teoriche si può considerare lo sviluppo del concetto di sé come un succedersi di vissuti in rapporto all'ambiente. In questo senso il problema degli atteggiamenti non può essere considerato come un fatto esteriore, ma come il principale elemento costitutivo del concetto di sé e quindi dell'evoluzione dei rapporti interpersonali.

Con riferimento alla teoria dell'interazionismo simbolico prima riassunta, risultano evidenti tre dati: il primo è costituito dalla difficoltà di identificazione empatica con alter che abbia uno schema corporeo o un comportamento diverso;

il secondo è rappresentato dalla conseguente problematicità di assumere il ruolo dell'altro, ciò comporta come ulteriori effetti sia "l'atto incompiuto" che non si traduce in un linguaggio significativo e comunicativo (cfr. il tema "dell'essere guardati" prima discusso), sia la necessità di esorcizzare o di routinizzare l'ansietà correlativa mediante l'assunzione di atteggiamenti e comportamenti enfatizzati, negativi o positivi, (quasi che se si seguisse la prescrizione di un copione);

il terzo si individua nella causalità che le interpretazioni altrui hanno sulla "visione di se stessi", comportando, nel caso del disabile, una sequenza di ruoli e una "carriera morale" di marginalità (Goffman 1970, Richardson 1969).

Verificato comunque che esistono atteggiamenti stereotipati di valenza negativa nei confronti dei disabili e che sono tali da pregiudicare la comunicazione e da provocare l'emarginazione, occorre considerare i fattori conoscitivi e situazionali che possono modificare i pregiudizi e anzitutto il ruolo dell'esperienza nella trasformazione dei comportamenti.

E' infatti il contatto con i membri out-group che determina una correzione delle distorsioni autistiche o percettive che derivano, secondo la teoria del pregiudizio, dai bisogni e dalle motivazioni dei componenti del in-group.

Yuker e altri (1970) hanno dimostrato l'aumento di valutazioni positive in persone che avevano avuto frequenti rapporti con soggetti disabili. E' tuttavia importante rilevare che gli atteggiamenti si modificano non soltanto in relazione alle conoscenze, ma anche alla qualità della esperienza e al contesto situazionale in cui si verifica. E' stato in generale osservato che gli operatori sanitari e riabilitativi tendono ad esprimere atteggiamenti scarsamente positivi verso i disabili, non tanto perché accettano i pregiudizi, quanto perché ne hanno una "revisione realistica" o perché nell'ambiente sanitario vengono soprattutto sottolineare le informazioni "negative" come i dati patologici, la dipendenza fisica, ecc. (Bell 1962).

Le altre situazioni (lavoro, scuola, ecc....) dove si verificano contatti egualitari e differenziati e dove non vi sia una concentrazione tale di disabili da favorire atteggiamenti generalizzati verso il gruppo (pseudo-comunità) è più facile trovare convinzioni capaci di influenzare significativamente le immagini collettive sui disabili.

Questo dato, stabilito che l'evoluzione degli atteggiamenti non può essere il risultato di un processo educativo o di circostanze occasionali, introduce il problema della socializzazione come unica soluzione dell'isolamento del disabile.

In ogni struttura sociale vi sono due elementi costitutivi: il primo è rappresentato dalle mete, dagli scopi e dagli interessi che la società s'impone come obiettivi per tutti i cittadini (il progetto esistenziale di gruppo, le cose per cui vale la pena di lottare); il secondo è costituito dalle norme, dalle regole e dalle modalità (comportamenti, leggi, istituzioni, ecc.), legittime, attraverso le quali si possono raggiungere gli obiettivi stimati. Il conseguimento delle mete e dei valori sociali è per l'individuo la gratificazione (in termini di risultati); l'adesione alle regole e ai procedimenti per acquisirli si definisce come socializzazione (partecipazione e interiorizzazione delle norme in termini di attività) (R. K. Merton 1970).

Quando si verifica uno squilibrio o una dissociazione fra queste due fasi della dinamica sociale (cioè o mancano le possibilità di conseguire le mete e le soddisfazioni o si rifiutano o non si partecipa all'attività preliminare che costituisce le "regole" del gioco), si può configurare un comportamento "deviante" e quindi si mettono in azione i correlativi interventi di controllo, di correzione o di emarginazione.

Con riferimento alla struttura sociale e alle dinamiche dell'esperienza sulla formulazione dei ruoli, è evidente che non basta fornire al disabile le condizioni formative e strumentali tali da consentirgli di raggiungere le mete socialmente prescritte (ad es. la produttività), ma occorre anche soprattutto farlo partecipare ai processi di socializzazione, attraverso i quali si interiorizzano e si apprendono le norme ed i comportamenti, negli stessi contesti in cui si attuano per tutti.

I limiti e gli insuccessi della riabilitazione in senso medico-pedagogico consistono proprio nella mancata realizzazione di questa ultima prospettiva: infatti mediante pregiudiziali definizioni e interventi specifici (in strutture speciali) o in vista del risultato operativo, si salta la fase preliminare e costitutiva della socializzazione.

Oltre il dato biologico, oltre l'attribuzione di inferiorità e di alienità al disabile (di cui abbiamo discusso in termini psico-sociali) esiste un ultimo ordine di considerazioni da inserire in una critica complessiva politica ed economica.

Gli apparati burocratico-assistenziali, il predominio del modello medico psichiatrico e tecnocratico, pongono il disabile in una posizione ambivalente: da una parte sembra che egli sia oggetto di interventi "giusti" (ma comunque privi di valenza morale in quanto scientificamente neutrali), dall'altra parte si evidenzia nella sua presenza un significato di anticipazione delle disfunzionalità sociali tale da proiettare esigenze di analisi e di autoanalisi, non soltanto sullo "stato terapeutico", ma anche sulla società a capitalismo avanzato e ai suoi irrisolti conflitti fra individuo e collettività.

Il rischio è che l'intervento pubblico, sotto l'apparenza di competenza tecnica, abbia una effettiva possibilità di sostituzione della volontà dei singoli. Le leggi della "scienza come ideologia", portano al prevalere dell'efficienza e dell'agire razionale rispetto allo scopo sui sistemi comunicativi e simbolici del linguaggio dell'interazione umana, al prevalere del modello cibernetico come schema organizzativo della società su quello naturalistico e antropologico (Habermas 1971).

In questo quadro si smarrisce la significazione delle persone e tanto più quella dei "diversi".

COUNSELING ALLA DISABILITA' → TIPOLOGIE E DISABILITA'

L'ambito di applicazione del counseling che in questo intervento voglio presentare è quello della disabilità. Non è facile definire chiaramente questo insieme di persone, in quanto lo stesso concetto di disabilità non ha confini definiti e comprende persone diverse, con problemi molto diversi; la mia esperienza riguarda persone con disabilità molto eterogenee: dalla sindrome di down, alla sindrome di Asperger, dalla sindrome di duane, all'ataxia di Friedrich, dal ritardo mentale lieve a quello grave, dalla sclerosi multipla alla paraplegia. Questi sono solo alcuni esempi di disabilità di cui sono affetti i clienti con cui ho avuto a che fare.

La disabilità è un settore di disagio sociale estremamente diffuso, dove spesso regna il vuoto di risposte e possibilità sociali di intervento, ambito all'interno del quale si muovono differenti figure professionali, le quali propongono tutte un approccio parziale, settoriale, una visione chiusa, spesso stritolata dalla impostazione accademica ricevuta nel corso della formazione ad ognuna di queste professioni: lo psicologo, i medici, gli assistenti sociali, gli infermieri, gli educatori e via dicendo. Il counseling applicato alla disabilità fisica e mentale vuole proporsi come ulteriore risposta alle esigenze di questo ampio settore della popolazione, una risposta che non si va ad assommare con le precedenti, ma che le comprende, le gestisce, parlando le diverse lingue attraverso cui si forma.

NON E' MIA INTENZIONE QUI ESPORRE LE VARIE POSSIBILITA' APPLICATIVE DEL COUNSELING IN QUESTO SETTORE DI BISOGNO SOCIALE, MA SI INTENDE RACCONTARNE UNO, IL MIO PERSONALE

La riflessione su questo tema proviene dalla mia esperienza diretta di counseling con pazienti disabili, con i quali entro in contatto da 5 anni, attraverso servizi educativi gestiti da cooperative sociali, ho lavorato in strutture residenziali, al loro domicilio, sul territorio (dal bar alla piscina). Il parziale e scarso interesse teorico e pratico per questa categoria applicativa del counseling sembra derivare da quella distinzione accademica tra counseling e psicoterapia, che punta l'attenzione sul substrato sul quale la relazione di aiuto vuole intervenire: se l'individuo è psicopatologico allora c'è bisogno di psicoterapia, se l'individuo non è ancora, non è proprio, patologico allora si può intervenire con il counseling. Non condivido questa distinzione, che tende a fare del counseling un sotto-intervento della psicoterapia e che esclude, a priori, un possibile intervento con individui con psico-patologie, quindi elimina di principio la possibilità teorica di riflettere sul bisogno di counseling del disabile.

Il counseling con le persone disabili segue le linee-guida che informano la relazione di aiuto che seguiamo con gli altri tipi di disagio con cui entriamo in contatto nel nostro lavoro di counselors (scuola, aziende, operatori socio-sanitari, ecc), però, come in ogni diverso campo di applicazione, la disabilità ha delle caratteristiche specifiche e imprescindibili che condizionano l'interazione cliente-counselor. Le specificità dell'incontro di aiuto con le persone disabili sono comprensibili per differenza dalla relazione con le persone non disabili, infatti in linea di principio occorre sempre partire puri e poi, successivamente, declinare e plasmare l'intervento in base a quella specifica persona (con disabilità).

Incontrando un disabile, psichico e/o fisico, ci rendiamo conto che il nostro atteggiamento di aiuto, la nostra relazione di sostegno, sia quella spontanea che quella strutturata e premeditata, assume dei connotati particolari: se non si ha molta esperienza nel rapporto con le persone disabili il nostro atteggiamento prenderà come esempio le precedenti relazioni avute con i disabili, questo comportamento, tra virgolette, pregiudiziale va vagliato criticamente, infatti un buon counselor non ferma la sua conoscenza alle impressioni di senso comune. Questo è sicuramente vero, ma questo atteggiamento spontaneo con i disabili nasconde anche delle verità importanti, infatti i copioni di comportamento di un disabile passano tutti attraverso il filtro della propria disabilità, è una caratteristica sempre e comunque presente nel modus operandi di un individuo portatore di handicap I PROBLEMI PRATICI, I PROBLEMI EMOTIVI, è costretto a fare i conti quasi in ogni momento con quella particolare caratteristica che pervade ed informa tutto il suo vivere quotidiano; questa particolarità è tenuta sempre presente anche dagli altri che entrano in rapporto con lui, sia gli altri significativi che quelli secondari. Questo ancoraggio ad una specifica e difficilmente modificabile situazione porta il disabile e chi gli sta intorno a concentrarsi su alcune caratteristiche del suo essere e ad evitarne altre, per questo motivo la personalità di quel individuo è spesso portata a incarnarsi in un'espressione idealtipica, tendente alla purezza di una o più tipologie. La personalità dei disabili non prescinde la disabilità, la quale entra dentro oppure è già dentro, questo dipende dalla natura della disabilità (fisica, mentale, genetica, traumatica, natale o post-natale, degenerativa o stabile).

TIPOLOGIE → Il disagio connesso alla disabilità è intimamente connesso alla relazione ed alla comprensione del corpo, della mente, degli altri e del mondo.

Utilizzando le forme mentali di Gardner e le sette modalità di comunicazione educativa tipiche della teoria di Prevenire è possibile si può dare una lettura inedita delle varie forme di disabilità e dei vari

approcci di counseling utilizzabili con questi disagi. Alla base di questa teorizzazione risiedono le classiche sette emozioni di base, le quali incarnano i sette idealtipi su cui si fonda il nostro artigianato educativo.

Lo sviluppo corporeo

PIAGET → CONOSCENZA SENSO-MOTORIA

La concezione piagetiana di un infante competente attraverso il buon funzionamento dei suoi organi di senso ci propone l'analisi della prima forma di conoscenza, quella senso motoria, della prima infanzia (da zero a tre anni). Il corpo subito del neonato diventa vissuto e gli oggetti costituiscono l'occasione per comprendere i funzionamenti sempre più complicati della realtà. In questa fase la dimensione senso motoria è connessa al piacere ed al progressivo controllo del corpo. Le sensazioni che provengono dal suo corpo consentono al bambino di sperimentare equilibrio e disequilibrio, stasi e tensione, in una progressiva differenziazione delle parti e delle funzioni che agiscono in armonia tra di loro. Il bambino vive tra il piacere di muoversi e di padroneggiare lo spazio e il progressivo controllo sulle sue membra. Impara ad afferrare oggetti, a camminare, a rotolare, a saltare, a cadere, a correre,...

CONOSCENZA SIMBOLICA

La conoscenza simbolica, che inizia con la seconda infanzia (dai 3 ai 6 anni), trasfigura la realtà e la arricchisce di significati. Il bambino rappresenta se stesso nel mondo attraverso uno spazio di finzioni. Gioca con una macchinina fingendo se stesso alla guida, con piccoli legni colorati costruisce una casa, una discesa dove rotolano palline, una bambola da addormentare, un soldatino da animare o un dinosauro da far combattere, una stoffa da trasformare in un cuscino su cui dormire,.... Egli inserisce negli oggetti un'anima che ha attinto dalla realtà della sua vita, dalle immagini televisive o da un libro. Il pensiero rappresentativo offre vantaggi perché è più veloce e mobile riuscendo a fondere in un insieme i diversi quadri. E' la fase del corpo percepito e dell'intelligenza preoperativa in cui il bambino conosce la realtà e se stesso attraverso i colori, le immagini e i suoni che diventano simboli.

DISTACCO AFFETTIVO

La fase del distacco affettivo (dopo i sei/sette anni) è invece quella in cui il bambino riesce a mettersi nei panni di un altro, perde la rigidità del pensiero preoperazionale, comprende una azione come parte di una struttura organizzata, giudica le quantità e la conservazione, svolge operazioni in relazione all'intera struttura e la struttura come parte di un ambiente, sviluppa processi euristici avviandosi verso la generazione di ipotesi, proposizioni e affermazioni (operazioni sulle operazioni, pensiero logico, astratto ed ipotetico). La prima tappa del distacco affettivo è il decentramento e cioè la presa di coscienza di ciò che è soggettivo e della relazione tra il sé e le cose e delle cose tra di loro. In questa fase (intelligenza operatoria concreta) il corpo è rappresentato; inizia una chiara gestualità ed una socializzazione con altri di tipo cooperativo.

COUNSELING PSICO-MOTORIO

L'approccio psicomotorio è quel complesso di tecniche che ripercorrono queste diverse fasi al fine di ricostruire percorsi carenti che hanno prodotto diverse espressioni di disagio.

La fase del corpo vissuto è gestita attraverso il rapporto tra gioco e umore: essere sollevati, dondolati, toccati, indotti a far esperienza degli oggetti e delle sensazioni, addestrati ad esercizi di mobilità corporea (strisciare, saltare, arrampicarsi, spingere, tirare).

La fase del corpo percepito e dello schema corporeo costruito attraverso la conoscenza simbolica (che lo porta a parlare in prima persona e non più in terza) è richiamata mediante la mentalizzazione del rapporto con gli oggetti: una coperta può diventare una casetta o un tappeto, un pallone è un

oggetto da lanciare o su cui sedersi, l'osservazione di sé allo specchio serve a prendere coscienza delle proprie parti, il gioco dello specchio con l'altro serve a stabilire la relazione, il corpo può camminare al rallentatore o velocemente, il corpo ha una silhouette, può essere mosso direttamente da un altro o attraverso un filo simbolico, manifestata diverse andature, ha diverse reazioni a fatti imprevisti, può imitare animali, ecc.

Il corpo rappresentato si connette all'acquisizione della identità piena, della valutazione di sé e della conseguente maggiore o minore autostima. In questa fase il corpo comunica contenuti e sentimenti oggettivati agli altri attraverso la gestualità, il rapporto tra gestualità e linguaggio, tra gesto singolo e mimo, la rappresentazione di una situazione, di una fiaba, di un evento, di un oggetto, la rappresentazione coordinata con altri. L'obiettivo della efficace rappresentazione corporea è quello di condurre al vissuto puberale con un rapporto positivo con lo schema corporeo sperimentato in sé e nella interazione con altri.

Il counseling psicomotorio e psicomusicale

L'insieme delle tecniche della psicomotricità, richiamate sommariamente, serve per riferimento alle azioni di gioco e di espressività corporea che, nei diversi contesti di counseling ed a seconda delle età e dei bisogni dei soggetti, possono essere proposte, anche in modo occasionale ed estemporaneo purché guidate dalla consapevolezza del tipo di disagio vissuto dall'altro. Alcune modalità di espressione corporea, infatti, possono costituirsi come occasioni di disagio per quei soggetti che hanno attraversato criticamente una delle precedenti fasi di sviluppo e non sono in grado di gestire alcune difficoltà relative al rapporto con il loro corpo. Il counseling psicomotorio ha lo scopo di armonizzare i movimenti corporei e non richiede, in linea di massima, interventi specialistici ma solo la competenza di comprendere e proporre le forme di gioco corporeo consone con le diverse tappe di sviluppo. Lo stesso vale per la psicomusicalità, che si presenta come una dilatazione nel sonoro della psicomotricità: l'uso della musica è un ottimo intervento di counseling inseribile all'interno del percorso di counseling con la sola capacità di distinguere quali modi e quali motivi siano più idonei a quello specifico disagio. L'attività musicale deve essere pertanto finalizzata alla promozione della personalità perché si sviluppino quei comportamenti importanti per l'acquisizione di determinate capacità, chiaramente individuate, in funzione delle carenze che conducono al disagio.

Lo schema delle tipologie di disagio che si presenterà sarà corredato di idee e tecniche comuni per il counseling psicomotorio e per il counseling psicomusicale; il fatto che sia collegato a specifiche tipologie di handicap non tragga, però, in inganno. L'handicap si manifesta come un visibile e concreto problema su cui individuare la specificità di un intervento ed offre l'occasione di distinguere con precisione i diversi interventi. Questo contesto estremo è una chiara bussola per l'osservazione e l'intervento su disagi meno gravi o, addirittura, sui disagi che si rischia di provocare attraverso uno sviluppo motorio orientato al potenziamento di alcune abilità, connesse ad alcune parti del corpo, come nell'educazione allo sport agonistico. La corretta educazione psicomotoria è ricerca di equilibrio, o l'attività di riequilibrio propria del counseling, e le diverse tecniche (anche in connessione con esercizi di musicoterapia) sono strumenti funzionali a questo o a quello specifico tipo di sviluppo necessario a questo o a quello specifico problema.

LO SVILUPPO PSICO-MOTORIO

Il disagio corporeo

Le fasi dello sviluppo evolutivo individuano i processi salienti attraverso cui la strutturazione della psiche e del corpo, in rapporto tra di loro, si combinano e si complessificano fino alla formazione delle capacità armoniche di un essere umano equilibrato. Le difficoltà e la fissazione su qualche

stadio evolutivo si manifestano nel giovane e nell'adulto sottoforma di problema, di mancanza o di squilibrio. Pur senza diventare, per forza, tratti patologici tali forme di disagio necessitano di intervento educativo che è, al contempo, orientamento all'ampliamento dello schema corporeo e intervento sui processi psichici sottostanti ad esso. Inoltre, giacché le fasi non sono da intendersi come processi sperimentati solo nell'età evolutiva, ma come un ciclo di interessi, di motivazioni e di azioni perdurante nelle diverse età, il counseling educativo alla psicomotricità è una attività costante e da indirizzare coerentemente con i diversi bisogni educativi che si manifestano nel modo di rapportarsi al proprio fisico da parte dei soggetti. Le diverse fasi hanno corrispondenze nello sviluppo neurologico che consente l'equilibrio della posizione bipede, l'uso della mano, la lateralizzazione motoria e l'utilizzo del cavo orale per produrre suoni sempre più complessi (attraverso la sinergia di laringe, faringe e lingua). Il potenziale corporeo diminuisce successivamente di importanza al fine di permettere maggiore apprendimento attraverso la simbolizzazione e quest'ultima conduce alla codificazione di due informazioni vitali: l'autopercezione e l'eteropercezione. Si forma così l'immagine corporea ed il linguaggio del corpo con il consequenziale sviluppo della kinesi tattile e delle capacità uditive e visive che è legato allo sviluppo dell'emisfero cerebrale della postura (generalmente il destro). Nell'emisfero simbolico (generalmente il sinistro) vengono trasferite le informazioni ed i modelli appresi nell'esperienza senso motoria e utilizzati per lo sviluppo del linguaggio parlato e di quello scritto. La metamorfosi neuroevolutiva conduce a produrre una distanza interna del corpo dal cervello affinché il controllo del sistema nervoso centrale del corpo sia isolato dalle forme più alte di sistemazione cognitiva.

Miscelando queste stesse fasi seguendo il processo evolutivo-esperenziale delle personalità individuali si costruisce uno schema a sette, congruente con lo schema delle intelligenze, disponendo su tre diversi assi polarizzati le precedenti dimensioni.

DALL'ATTIVAZIONE AL SENSO MOTORIO → l'essere umano ha a disposizione il suo bagaglio senso-motorio (piaget) il quale può essere attivato (ON) oppure tenuto spento (OFF): il bambino posto nella condizione ideale all'apertura, lasciato libero su di un prato, sui tappeti di casa, sperimenta il movimento disarticolato (attivazione pura); il bambino inserito in un ambiente iperprotettivo, seguito sempre, oppure il bambino che ha sperimentato il trauma del dolore associato al movimento si irrigidisce nella stasi, nella mancanza di attivazione.

Dopo questa fase preparatoria, si innescano due successive e spesso concomitanti fasi di conoscenza del mondo, la fase affettiva e quella simbolica:

PIACERE (puro o controllato) → Il piacere del movimento conduce all'esperienza di sensazioni ed emozioni coinvolgenti e espressive, a queste fa da riscontro la capacità di contenere il movimento per organizzarlo attraverso lo sviluppo di un progressivo controllo muscolare sui vari arti e sul loro movimento. Il disequilibrio può essere determinato da un eccesso di piacere (l'emozionalità, l'espressività, lo slancio,...) o da un eccesso di controllo (l'insicurezza, la paura, l'ansia, la vulnerabilità). L'equilibrio tra queste due dimensioni e con le altre dappresso conduce all'armonia atletica.

SIMBOLICO → lo sviluppo del senso-motorio causa piacere e associa (simbolizza) la ricerca del piacere alla relazione dinamica con se stessi e con il mondo circostante, questo processo comporta la realizzazione di un distacco affettivo da se stessi, dagli altri e dal mondo circostante. Questo distacco se non attuato pienamente, si diventa dipendenti del piacere fisico-corporale, se ne ha bisogno; il contrario l'eccesso di distacco affettivo dal corpo e dal piacere senso-motorio porta alla mentalizzazione pura, si dà energia al controllo, si attua una concentrazione che accentua il distacco dal se, dagli altri e dal mondo

In sintesi l'attivazione è il primo modo di porsi al mondo: se l'individuo innesca l'attivazione conosce la parte di se definita ruminante, se non si attiva, in quel preciso contesto allora sperimenta il copione dell'apatico. Attraverso uno sviluppo armonico dell'attivazione si trae piacere e si sviluppa l'emozionalità, lo sbalzone, se questo processo è controllato a causa dal dolore e quindi dalla paura si produce controllo e si sperimenta la personalità avara. Se l'individuo associa (mentalizza) il senso-motorio per attivare il piacere diventa adesivo, e mi attacco al piacere e ne ho bisogno, sono dipendente dal piacere; se attivo il controllo, do energia al controllo, attuo una concentrazione che mi produce distacco (delirante); se invece cerco di controllare l'emozionalità diventa produco invisibile, se cerco di tenerla dentro,

il simbolico (invisibile-avaro delirante) → eccesso di simbolico
adesivo-ruminante sbalzone → assenza di simbolico

Miscelando queste stesse fasi è possibile costruire uno schema a sette, congruente con lo schema delle intelligenze, disponendo su tre diversi assi polarizzati le precedenti dimensioni. Il senso motorio è la dimensione del piacere e del controllo. Il piacere del movimento conduce all'esperienza di sensazioni ed emozioni coinvolgenti e espressive, a queste fa da riscontro la capacità di contenere il movimento per organizzarlo attraverso lo sviluppo di un progressivo controllo muscolare sui vari arti e sul loro movimento. Il disequilibrio può essere determinato da un eccesso di piacere (l'emozionalità, l'espressività, lo slancio,...) o da un eccesso di controllo (l'insicurezza, la paura, l'ansia, la vulnerabilità). L'equilibrio tra queste due dimensioni e con le altre dappresso conduce all'armonia atletica.

La dimensione simbolica presenta due poli critici: l'eccesso di simbolico (l'animazione della realtà, la produzione di elementi fantasmatici negli oggetti e negli ambienti, il senso di insufficienza e la vergogna, la mancanza di fiducia in se stessi e le fobie proiettive) o l'assenza di simbolico e cioè l'attivazione pura (eccesso di energia, incapacità di attribuzione di significato ai contesti ed alla propria azione in essi, il disordine nel movimento, la carica nell'azione, la violenza, la distruttività).

La distanza affettiva, che prelude alle possibilità operazionali, vive nei poli dell'eccesso di attaccamento (la concentrazione sul sé, la rigidità del pensiero congelato, il ragionamento semilogico connesso alla spiegazione degli eventi della vita come eventi naturali, il rapporto coinvolgente con gli oggetti, l'attribuzione agli oggetti di caratteristiche solo in funzione di sé (ad es. la neve esiste solo perché lui possa giocarci), la cognizione sociale limitata, l'attribuzione di importanza ai danni o ai benefici recati alle cose e non alle intenzioni degli attori sulle cose) o dell'eccesso di distanza dalle cose (l'eccesso di considerazione di sé, di vita mentale, di autostima, di individuazione)

Ai tipi precedenti va aggiunto la caduta di motivazione e l'apatia (la fuga dal corpo, l'inerzia, la mancanza di impegno e la demotivazione) come condizione in cui tutte le precedenti dimensioni sono contratte e non venga esercitato un positivo sviluppo di nessuna.

Tali mancanze di equilibrio conducono alla formazione di idealtipi, già individuati con un altro percorso di ricerca in cui loro caratteristiche sono leggibili mediante le schede di osservazione o il Questionario di artigianato educativo, si presentano come i diversi portatori di disagio corporeo, psicologico e relazionale. Gli idealtipi, descritti in seguito con specifico riferimento al problema della disabilità costituiscono la griglia base del lavoro di counseling in tutti i modelli del presente lavoro.

L'attuale sviluppo evolutivo della specie umana, che incontra e gestisce i problemi della società tecnologica, con problemi del tutto diversi da altre fasi della storia, ci consegna un coacervo di

problematiche di disagio lette con l'ottica categoriale fondata sulla logica delle specializzazioni cliniche e diagnostiche. Le categorie dell'handicappato, del tossicodipendente, dell'anziano, del bambino svantaggiato, del giovane con problematiche di alimentazione, ecc. hanno costruito saperi e tecniche di intervento avanzate e specialistiche, funzionali all'intervento settoriale, ma, in ragione della loro peculiarità, hanno allontanato dalle possibilità di una relazione di aiuto multidimensionale, articolabile in differenti ambiti, diffusa e impavida di fronte alla complessità. Il concetto di artigianato educativo propone un quadro di intervento costruito sulle caratteristiche di umanità comuni e trasversali a tutte le categorie di problemi e di patologie. Tende quindi a mostrare ciò che vi è di accomunabile in soggetti diversi e ciò che può essere praticabile per ciascuno di loro. Gli idealtipi sono costruiti al fine di leggere le caratteristiche dei copioni di comportamento in modo trasversale alle categorie dei problemi ed alla struttura delle diagnosi. Ciò porta a rintracciare in alcune diagnosi caratteri specifici riferibili a degli idealtipi e negli idealtipi alcune specifiche articolazioni che vanno a configurarsi nelle specifiche diagnosi. Le due letture si intersecano, pur non essendo sovrapponibili: la lettura diagnostico categoriale si incentra sui problemi, quella idealtipica sui tratti di comportamento e sui vissuti dei soggetti. La prima è in verticale, la seconda in orizzontale. La prima è attualmente del tutto egemone e, pur nei vantaggi della sua massima efficacia di sapere specialistico, impedisce la comprensione diffusa delle possibilità di aiuto presenti nei singoli soggetti, rende impacciati nella relazione di sostegno portando a declinare le personali responsabilità per "incompetenza" e rende quasi impossibile l'integrazione reale dei soggetti con problemi.

Consentire l'incontro tra persone e il riconoscimento reciproco delle emozioni, dei copioni e dei sentimenti vissuti diventa un processo culturale prioritario nel mondo delle relazioni di aiuto, anche in quei settori di disagio più acuto nel quale debbono essere applicate particolari professionalità e abilità. Lo specialista potrà svolgere con maggiore efficacia il suo lavoro se troverà intorno a sé ed al soggetto portatore di bisogno una più aperta competenza umana che conduce a riconoscere nell'altro tratti comuni a tutti gli uomini.

Disagio e psicomotricità

In questo particolare momento dell'evoluzione della specie umana è richiesto un intenso sforzo per lo sviluppo delle capacità di simbolizzazione e della produzione di modelli strutturati di informazioni. I processi cognitivi debbono contare su abilità di spezzettamento dei problemi e di categorizzazione in processi di modularizzazione (in ciascun percorso di acquisizione vengono incorporati atti più grandi e raggruppati in diversi componenti in nuove relazioni complesse). La simbolizzazione e il distacco hanno acquistato uno spazio davvero rilevante, mentre il processo senso motorio è relativamente più limitato; basti pensare alla stimolazione sulla simbolizzazione e sulla distanza attuata dalla visione televisiva a cui sono sottoposti i bambini mediamente per circa tre ore ogni giorno a partire dai 2 / 3 anni con già capacità di scelta e di selezione dei programmi. In questo quadro di iperstimolazione (che può produrre anche la paradossale sottostimolazione difensiva) il disagio è rappresentato dalla tensione di sforzo verso un nuovo equilibrio tra piacere corporeo e controllo, tra simbolo e attività, tra attaccamento affettivo e cognizione. Il disagio si manifesta come una oscillazione anche forte verso la prevalenza di uno degli aspetti e la prevenzione è l'intervento di aiuto in cerca di un riequilibrio che, in questa sezione, verrà descritto orientando verso alcuni modelli di intervento psicomotorio piuttosto che altri, a seconda dei tipi psicologici di disagio.

Ad ogni tipo verranno messi in corrispondenza alcuni possibili interventi di counseling psicomotorio finalizzati ad una rieducazione nei confronti dei diversi portatori di handicap, ma anche su alcuni problemi dell'alimentazione o su alcune categorie di problemi con gli intenti di integrazione "non specialistici" sopra discussi:

L'eccesso di piacere senso-motorio (l'idealtipo dello "sballone" o, nel linguaggio dei processi di intelligenza, l'"espressivo", o nel linguaggio educativo riferito ai bambini "gongolo") si presenta

come un individuo scatenato e incontenibile, allegro e giocoso, che cerca di trasformare ogni cosa in scherzo, si mette in mostra, parla in continuazione, è vanitoso, fantasioso ma volubile. Passa da una emozione all'altra, nei momenti di vuoto si annoia. Ricerca sempre il gioco, si muove senza sosta, disturba le attività di gruppo. Il disabile-sballone tende alla esclusiva ricerca del piacere nei suoi movimenti e nelle sue azioni: lancia oggetti per il gusto dell'effetto prodotto, rompe i giochi, suoi e degli altri, evita la concentrazione ed il gioco costruttivo ed ordinato, ama esprimersi con prontezza di riflessi, estemporaneamente, senza una logica o un fine preciso; quando sente la musica si immedesima nella musica e imita il movimento fisico dei musicisti (fa il chitarrista, simula l'essere la fonte della musica, la vive); alcuni tipi di down si immischiano nelle discussioni tra disabili stessi per mettere in contraddizione, per godere degli eccessi fisici degli altri, che implicano una loro reazione. Nei momenti critici di esaltazione perde ogni forma di controllo di sé, trema, si agita, corre, rischia l'autoinduzione di crisi epilettiche. Giunge a manifestazioni emozionali in cui appare addirittura stordito o in preda ad agitazione incontenibile. Nei livelli più acuti le sue manifestazioni appaiono sotto forma di sintomi isterici. L'intervento di counseling adatto a questa tipologia di disagio consiste nel dare stabilità alle sue azioni e, nel diminuire l'intensità, aumentarne la durata. Spesso, però, la simpatia di cui è stato oggetto, specialmente da parte della madre, impedisce un lavoro in profondità, quasi gli si consentisse di scatenarsi liberamente anche sotto forma di capricci o di ricatti carichi di tensione, la ricchezza espressiva seduce chi gli è intorno e spesso provoca una capacità di attenzione e dedizione molto bassa. E' abituato a convincere ed a coinvolgere tutti nei suoi modi esaltati e disordinati ed è difficile non acconsentirgli una espressività non ordinata né organizzata. Eppure questa è l'unica via, giacché gli esercizi di sperimentazione della sua mobilità lo portano a non crescere. Ha bisogno di disciplina: in primo luogo di fare un gioco alla volta o di avere un giocattolo alla volta e di esplorarlo nelle diverse parti, in secondo luogo di imparare come funzionano i giochi (costruire file e pile di giocattoli), in terzo luogo di apprendere ad usare il suo corpo con crescente abilità e controllo dei meccanismi di azione. Sono da evitarsi giochi e attività come correre in forma libera, saltare o agitarsi senza controllo, urlare e improvvisare soluzioni. Sono da prediligere tutti gli esercizi che consentono lo sviluppo di un autocontrollo progressivo degli schemi motori e che conducono ad un uso appropriato degli oggetti. L'armonia psicomotoria può essere raggiunta attraverso percorsi di rilassamento con basi musicali come Summertime di Gershwin o l'Adagio per archi e organo di Albinoni; la tecnica è quella di ascoltare le battute iniziali e entrare nel loro significato, riprendere l'ascolto rilassandosi ed abbandonandosi, chiudere gli occhi, insiparare e ed espirare profondamente, rilassare tutte le parti e, successivamente, riaprire gli occhi terminando l'ascolto con una discussione sulle emozioni vissute.

L'eccesso di controllo senso-motorio (l'idealtipo dell'"avaro" o, nel linguaggio dei processi di intelligenza il "logico-formale", nel linguaggio educativo riferito ai bambini "brontolo") è preciso e meticoloso, con grande autocontrollo e con una forte padronanza delle azioni. Preferisce star fermo piuttosto che agire di impulso, appare molto equilibrato ma sempre teso e contratto, pur esprimendosi in forme corrette nell'azione. Le azioni gli costano comunque un grande sforzo perché ha una enorme paura di sbagliare. Se sbaglia nelle azioni e nei movimenti è proprio a causa della sua paura di commettere errori e di essere criticato. Ha bisogno di scoprire il piacere del rilassamento e dell'azione libera ed appagante. La sua concentrazione su di sé può essere distolta attraverso giochi liberi in cui sia invitato a rappresentarsi nell'azione. Per lui è importante scatenarsi per scoprire le sue potenzialità e concedersi di commettere errori al fine di esplorare le parti di sé che non conosce. Sono utili per lui giochi in cui non sia necessario l'uso di particolari destrezze ma che diano soddisfazione e piacere: lo scivolo, l'altalena, rotolare per terra, galleggiare nell'acqua, saltare, scoprire i suoni e i rumori del proprio corpo. In genere è un individuo molto controllato ed orientato che rischia di inceppare i suoi movimenti per eccesso di ansia. Il fatto di essere impegnato in attività che richiedono riflessi pronti ed istintivi può liberarlo da movimenti altrimenti congelati e rigidi. Il disturbo psichico per eccellenza di colui che tende a controllare il piacere dovuto alla sensorialità motoria è l'ossessivo, colui che ripete quello che è sicuro non faccia male, ma dà

piacere. Alcuni elementi della psicologia dell'avarico sono riscontrabili nei dislessici, nei disgrafici e nei disortografici. In loro un eccesso di prescrittività ha agito come elemento di disturbo nella traduzione degli stimoli visivi negli equivalenti fonici, con inversione di sillabe nella pronuncia e nella lettura. La confusione nell'orientamento spaziale (destra, sinistra, alto e basso) e nella somiglianza/differenza può essere limitata attraverso la produzione di ritmi decorativi che ricostruiscono una maggiore confidenza con lo spazio e con il tempo. L'uso di semplici materiali che consentono la produzione di impronte (tappi, patate, timbri, linoleum, ecc.) e la loro articolazione nel gioco libero offre la possibilità di armonizzare il proprio personale senso di ritmo e di analogia nelle forme e di integrarle con quelle degli altri a seconda delle successione grafiche preferite ed esercitate in forma ludica. Per realizzare processi di maggiore armonia mediante musica si possono proporre dapprima esercizi di movimenti ampi e rotatori (con le mani, le braccia, poi il collo) con musiche molto "circolari" (Minuetti, Valzer, ...) trasferendo poi tale movimento in volute circolari grafiche legando la musica ai tracciati della penna rappresentando sia le forme circolari della grafia delle vocali e delle lettere sia il movimento della frase musicale con un andamento ondulatorio tracciato sia da DS a SN che al contrario.

L'assenza di simbolico (o eccesso di attivazione) (il "ruminante" nel linguaggio degli idealtipi o l'"intelligenza cinestetica", o nel linguaggio con i bambini, "eolo" e la potenza dei suoi starnuti) è l'energico attivatore, reattivo, forte, trascinatore che sa imprimere carica alle sue azioni. Le sue energie lo portano ad essere iperattivo (in modo ben diverso però dall'emozionalità o dall'affanno affettivo) perché è specialista nella durata e nella resistenza, oltretutto nella potenza. L'intensità delle sue azioni lo conduce, quando è contrastato, alla violenza sugli oggetti (attivazione disforica specifica) e sulle persone giacché la sua volontà di azione lo rende prepotente ed aggressivo; a questa tipologia corrispondono quei tratti diagnostici che vengono definiti compulsivi. La sua azione e il suo disagio si manifesta sovente in atteggiamenti di "bullismo" attraverso i quali tende a far male come unico modo di proporsi come esistenza in mezzo alle altre. Se non agisce il suo ruminamento interno si rivolge contro di sé conducendolo alla depressione. Attraverso l'azione violenta produce un rumore che accantona i suoi residui di sensibilità; ha bisogno di trovare ritmo ed armonia interna. Proporgli giochi ritmici, soprattutto in coppia, apprendendo l'ascolto della musica e la sua traduzione in movimenti liberi e spontanei, organizzando diverse ipotesi di movimento e di scioltezza espressiva, insegna tale armonia e fa crescere quella sensibilità musicale che rende più duttile e meno intenso, e violento, il suo rapporto con la realtà. E' utile osservare che alcuni atteggiamenti aggressivi sono riscontrabili nei soggetti audilesi. Questi soggetti, in linea di massima, si presentano come chiusi ed apatici in ragione del loro ritardo nell'apprendimento che passa attraverso il linguaggio verbale. Il linguaggio mimico è molto più rallentato e povero del verbale e non riesce a costituirsi come base per una comprensione ricca e densa di sfumature. L'audileso tenderà dunque ad un atteggiamento egocentrico di chiusura in ragione della sua incapacità di percepire le diverse espressioni di stato d'animo e di mente che passano efficacemente attraverso il linguaggio verbale. Possono però manifestarsi in lui situazioni di accumulo di tensione e, specie con i famigliari, rischia di scivolare in accessi di ira distruttiva. La possibilità di apprendere un ritmo passa attraverso esercizi ed attività motorie apprese attraverso il gioco di gruppo, il camminare, il nuoto, il tennis e gli esercizi che, partendo dalla osservazione del ritmo cardiaco e respiratorio lo portano ad un ascolto di sé ed alla rappresentazione di tale conoscenza nel comportamento. Esercizi indirizzati alla armonia ed al coordinamento sono utili con gli spastici che rischiano di esprimersi costantemente in movimenti di tensione e non in processi balistici quali quelli che si possono attuare nell'incontro con materiali plastici. Lo sforzo di trasformare la materia e di piegarla ai propri intenti espressivi li può coinvolgere profondamente (collage a strappo, pennarelli a punta grossa, colorazioni con tampone). In presenza di irrequietezze comportamentali, disarmonie ed aggressività (alternate all'indifferenza), frequenti in soggetti con eccesso di attivazione, sono efficaci esercizi di musicoterapia che associano all'ascolto il racconto delle impressioni suscitate dalla musica o, meglio ancora, il disegno (con pennarelli, matite, gessi o,

comunque, materiali comuni e di facile uso) espressivo del brano musicale (cerchi, tratti, colori, linee, onde,...).

L'eccesso di attaccamento (l'"adesivo", nel linguaggio degli idealtipi o, nel linguaggio delle intelligenze, il soggetto con propensione alla relazionalità, nel linguaggio educativo con i bambini è "cucciolo") non si distanzia dalle cose e dalle persone e non entra in contatto con il sé. È un individuo lento, impacciato, che tende al sovrappeso per un rapporto non equilibrato con i cibi. Tendenzialmente è incline alla bulimia. Manifesta il bisogno di rapportarsi a se stesso ed agli altri in maniera separata e distinta, deve altresì imparare a gestirsi da solo, senza bloccarsi in movimenti ripetitivi e di dondolio. Può essere utile per lui ascoltare se stesso, il battito del suo cuore, la sua voce esteriore ed interiore, imparare a posizionarsi nella relazione con gli altri, valutare le distanze tra il corpo e gli oggetti, svolgere giochi creativi. Il modello di comportamento adesivo è tipico di persone con ritardo mentale: gli oligofrenici di ogni tipo creano legami forti e stereotipati, non cercano una relazione particolare, ma ne sposano una che calano in tutte le situazioni, abbracciano tutti, nello stesso modo; l'attività psicomotoria più utile è rivolta alla scoperta dell'equilibrio, della coordinazione e dell'abilità. Camminare e correre lungo un percorso, camminare rappresentando animali, in equilibrio su blocchi, lanciare un pallone con mira, prendere al volo una pallina, camminare a quattro gambe,... Anche i soggetti portatori di handicap fisici gravi tendono a scivolare in posizioni regressive di tipo adesivo e con loro gli esercizi motori più importanti sono quelli che impediscono l'abbandono e la chiusura comunicativa: dall'invito all'apertura ed alla chiusura della mani, delle braccia e delle gambe, al toccare le parti del corpo per riconoscerne l'esistenza e segnalarle, a muovere e flettere i piedi. Tutto ciò al fine di favorire l'inserimento e la possibilità di cimentarsi in discipline a loro possibili all'interno di programmi flessibili che tendono a superare le barriere comunicative tra il disabile e i normodotati. Il più grave handicap, infatti, è la comunicazione difficile, resa a volte impossibile dal fatto che il disgusto, la paura o il rifiuto letto sul viso del normodotato rende il portatore di handicap ancor più prigioniero della sua solitudine e delle sue difficoltà. Il ritardo mentale, accompagnato a problemi di mobilità fisica, spesso costringe alla regressione fissata nell'incapacità di comunicare: Possono però essere attivate molte forme espressive connesse alle tecniche di respirazione (soffiare sulla candela, soffiare nelle mani emettendo suoni, soffiare palloncini, soffiare su piume, bolle di sapone e, successivamente, trasformare il soffio in sibilo, il sibilo in fischio. L'uso del tempo musicale può essere importante associandolo a linee e possibili azioni o percorsi (con il tempo battuto si muove parti del corpo, si traccia una linea, si segue una linea per terra). Nei soggetti con sindrome di Down l'età mentale è ritardata rispetto all'età cronologica e il loro ritardo di apprendimento si accompagna a modelli di comportamento più infantili. Ciò consente una facile integrazione con le altre persone che spesso lo accettano e lo proteggono. Il problema del suo sviluppo è generato spesso da questa accettazione che non lo mobilita alla crescita e all'accrescimento delle sue potenzialità. Il vero artefice dello sviluppo del mongoloide può essere il counselor che può condurlo a sorprendenti gradi di evoluzione e di crescita e che non deve dimenticare che il Down ha uno specifico desiderio di musica melodica. E ricordare di evitare musica eccessivamente stimolante per impedire l'emergere del risentimento aggressivo che, pur se raro, nel soggetto Down è la caratteristica di essere molto persistente. Posto in relazione il soggetto con le fonti sonore può essere indirizzato verso molti giochi: riconoscere bendato da dove vengono i suoni, seguire un suono, imitare un suono, riconoscere (anche individuandolo su un cartellone) lo strumento che produce uno specifico suono, riconoscere i rumori della strada, della natura, degli strumenti di lavoro o delle voci animali, riprodurli con la voce.

L'eccesso di simbolico (l'"invisibile", nel linguaggio degli idealtipi o l'intelligenza musicale e "mammolo"). La musica è la struttura comunicativa simbolica per eccellenza. Essa "da corpo" ai suoni e li fa vivere in analogia con i movimenti emozionali interni nelle particolari modulazioni proprie di ogni cultura musicale. Dalle rappresentazioni dei suoni più semplici fino alle melodie più complesse vive nella struttura della durata, della intensità e della consequenzialità dei suoni un universo simbolico, carico e denso di attribuzioni significative, maggiore rispetto ad ogni altra

forma di comunicazione. L'intelligenza musicale è la sede della sensibilità impronunciabile e inesprimibile in altri linguaggi. Il disabile invisibile è un introverso che non riesce a gestire la sua sensibilità per l'eccesso di significati che percepisce dai segnali della realtà. Quando i significati sono troppo carichi di simboli inquietanti vive in un mondo che lo sovrasta e lo minaccia e rischia di precipitare in forme di relazione fobica con gli oggetti. Si sente piccolo e indifeso, inferiore agli altri e incapace, inutile e intrappolato nella vergogna o nel panico. La sua sensibilità, quasi sensitiva, lo può condurre a vissuti autistici nei quali rischia di rimanere intrappolato. I suoi percorsi di crescita mediante attività psicomotoria si centrano sulla liberazione del coraggio, dell'attivazione e dell'intraprendenza. Camminare, correre, saltare, arrampicarsi, orientarsi, fermarsi a comando, riprodurre i movimenti degli altri, camminare su tracciati, su cordicelle riposte a terra per consolidare l'equilibrio ed imparare a gestire la vertigine, utilizzare attrezzi, sviluppare la lateralità e la propria posizione salda nella realtà. Spesso vivono una condizione di ipersensibilità i soggetti videolesi che hanno gravi ritardi nello sviluppo psicomotorio a causa della evidente tendenza alla passività. La loro educazione psicomotoria passa attraverso la comprensione dei plurimi significati dei segnali uditivi, accompagnati dall'aiuto esterno di una guida che orienta il non vedente nello spazio rendendolo progressivamente il più autonomo possibile. Le attività motorie che possono essere svolte con i videolesi sono molteplici: camminare e muoversi con l'appoggio di un corrimano o di un aiuto orientante verso un richiamo, salire e scendere gradini, saltellare su una gamba, alzarsi, sedersi, sdraiarsi, camminare in avanti ed all'indietro e praticare alcuni sport come alcuni settori dell'atletica o il canottaggio. Le attività motorie per i non vedenti sono un importante punto di arrivo connesso allo sviluppo del pensiero simbolico; esse però non possono essere esercitate prendendo l'avvio dalle percezioni acustiche, troppo labili e inconsistenti per poter stabilizzare su di esse la comprensione. La strada che conduce alla psicomotricità passa attraverso lo sviluppo di un processo senso motorio primario che utilizza l'attività della manipolazione e del modellamento con paste morbide (Didò) e plastiline di cera, paste audioindurenti (Das) e plasmolegno (si inizia con cilindri arrotondati, grandi, piccoli, lunghi o corti per arrivare alla riproduzione di forme esplorate mediante il linguaggio tattile per associare poi tali percezioni al linguaggio uditivo). Questa base consente lo sviluppo cognitivo del non vedente la cui integrazione passa sempre attraverso la necessità del contatto tattile per consolidare la sua conoscenza. Nel processo di integrazione del non vedente è pertanto necessario consentirgli di esplorare tattilmente l'ambiente e le persone a lui vicine (capelli, forma del viso, mani, ecc.) rendendo consapevoli e partecipi gli altri di questa sua necessità.

L'eccesso di distanza (il "delirante" nel linguaggio degli idealtipi o l'intelligenza euristica o "dotto", nel linguaggio educativo con i bambini) è disarticolato nel suo sviluppo motorio pur esprimendo grandi potenzialità nel pensiero cognitivo, il suo è il risultato di un distacco precoce dal coinvolgimento affettivo con gli oggetti e le persone, con il suo stesso corpo, tra i suoi pensieri e le sue comunicazioni, tra il suo linguaggio verbale e non verbale. Non è capace di gestire con proprietà il suo spazio di azione e nei movimenti è maldestro, non ritorna con facilità ai suoi processi senso motori dove, probabilmente, non ha espletato sufficiente piacere ed appreso efficace controllo delle diverse parti del suo corpo. Si mostra rigido, con una deambulazione disordinata e contratta, il collo teso, le braccia a penzolini, manca di coordinamento e, pertanto, riesce malamente in quasi tutti gli sport. La frattura tra vissuto corporeo e vissuto mentale può essere l'anticipazione di processi dissociativi di crescente gravità che possono essere prevenuti attraverso la riappropriazione delle dimensioni e delle qualità del corpo. Si presentano talvolta tratti psicotici nei bambini che se, rieducati, possono regredire e non trasformarsi in sintomi di un malessere acuto e stabilizzato. Camminare in tondo, seguire il muro dell'aula percorrendola tutta ripetutamente, seguire una linea in terra, cercare di non mettere i piedi nella congiunzione tra le piastrelle, ecc possono essere manifestazioni prepsicotiche o semplici giochi psicomotori eseguiti autonomamente. In ogni caso è importante proporre ad essi un senso, una trama ed uno svolgimento affinché il distacco della attività mentale e cognitiva non diventi un eccesso o per riconvertire quei movimenti all'aderenza alla realtà. La musica è un efficace strumento per tale fine: una marcia militare con

battute del tempo su un tamburo, l'uso di nacchere, l'accoppiamento tra scarabocchi e percussioni al fine di costruire processi associativi o riassociativi sono esercizi di base, semplici che non richiedono una elevata competenza musicoterapeutica. In casi più gravi può essere utile far comparare diversi pezzi musicali (da una sonorità densa e solenne con organo ad una allegra melodia) associati a diversi movimenti. L'unica importante avvertenza è quella di far riconoscere, facendolo toccare, il registratore come fonte del suono, consentendo così il volontario e semplice spegnimento da parte del disabile, ove egli lo desidera. Una forma particolare di distanza critica dal vissuto corporeo è quella connessa ai problemi dell'alimentazione. In parte per i diffusi ed attuali modelli di nutrizione consumistica non equilibrata, in parte per l'espansione crescente della anoressia che colpisce, nelle forme blande e leggere, quasi il 10% della popolazione, prevalentemente femminile (1 su 10 è maschio). La distanza dal vissuto corporeo, la costruzione di un frainteso schema corporeo, alterato dai modelli di bellezza imposti dai mass media ed una relazione carica di equivoci affettivi con la madre provocano una frattura pericolosa tra ciò che è pensato e ciò che è vissuto. I segnali provenienti dal corpo vengono alterati o ingigantiti ed il corpo diventa un peso inutile, non amabile e non accettato. L'insorgenza di primi segnali di disturbi dell'alimentazione può essere riequilibrata attraverso la ripresa di un contatto corporeo non critico che conduca alla conoscenza, alla percezione dell'armonia tra le parti, all'esplorazione generalizzata dell'intera struttura corporea. Spesso infatti i disturbi dell'alimentazione coincidono con la mancata accettazione di una parte del proprio corpo, considerata brutta e da rifiutare, senza che tale "complesso" venga mai socializzato. Gli esercizi più utili sono quelli che lo portano a disegnare il suo corpo, i suoi arti, i suoi organi e la loro collocazione, la sua destra e sinistra, l'acquisizione della capacità di muoversi con attenzione valutando la velocità, la valutazione della propria posizione in relazione con gli altri, gli esercizi di manipolazione degli oggetti (come impastare, ad esempio), il rispetto dell'orientamento e delle regole nel gioco di gruppo. L'autismo (inserito in questo quadro pur avendo componenti che richiamano l'eccesso di simbolico) si presenta come una perturbazione innata nel contatto affettivo che si manifesta con isolamento, stereotipie, anomalie percettive, rigidità psicologica, disarmonie motorie, ritardi nel linguaggio, iperattività, confusione tra pronomi, ecc., che deriva da un comportamento materno caratterizzato da freddezza e da cure ossessive. E' possibile trovare tratti del processo autistico sia nel precedente "invisibile" che nel "delirante" e trovare nello sviluppo della motricità e della comunicazione gli elementi su cui fondare la sua integrazione. Produzione del "fantastico" attraverso la fiaba e la sua connessione alla musica (l'opera, il musical) e sulla didattica operativa mediante manipolazione e trasformazione di oggetti diversi collegando la sfera senso percettiva a quella simbolica. L'autistico vive in una gabbia di vetro infrangibile (egli non ne può uscire e nessuno può entrarvi) che la musica può rendere poroso. I suoni più idonei al primo rapporto sono quelli elettronici che riproducono i rumori del battito cardiaco, i rumori intestinali, la respirazione o il ricordo del suono percepito dal feto delle parole materne. Altri suoni soggettivi importanti sono quelli da lui percepiti nella sua vita quotidiana: schiacciare la lingua, battere i denti, il rumore della voce. Attraverso la mediazione di tali musiche e suoni è possibile associare al suono alcune elementari rappresentazioni, le più efficaci sono quelle con i burattini (reali e non angoscianti) con i quali si può identificare. Suono e identificazione sono la base per un processo di apertura comunicativa che conduce a mimare situazioni con la musica, con la voce di animali e con la voce umana. La caduta di motivazione (l'"apatico" nel linguaggio degli idealtipi o l'intelligenza intrapersonale o "pisolo", nel linguaggio educativo con i bambini) è un pigro che tende a rinunciare all'attività corporea per la fatica e l'impegno che richiede. Il disabile apatico tende a scivolare nell'indolenza e nell'ascolto di sé, dei suoi sogni e delle sue fantasie esprimendo in esse il meno possibile delle sue energie. I motivi dell'apatia sono molteplici: mancanza di stimoli, condizioni di emarginazione e solitudine, mancanza di affetto o, sovente, autoanestesia per evitare di percepire dolori interiori. Scivolano nell'apatia alcuni soggetti (sindrome di Williams) che hanno avuto problemi neonatali (prematuro, sottopeso, asfissia neonatale,...) con rischio di morte improvvisa. Le loro madri hanno vissuto una tensione affettiva impressionante e si sono dedicate a loro con lo sforzo di trasferire la

loro energia vitale nel bambino che stava scivolando nella morte. Ciò ha fatto sì che “occupassero” parte della mente del bambino per sostenerlo nella “esistenza in vita”. Tale sostegno è proseguito nel corso del processo educativo ed ha determinato un distacco dall’attaccamento materno critico nell’area delle motivazione. Tali soggetti non riescono ad avere motivazioni forti all’azione giacché la tensione all’azione vitale è stata occupata da una incredibile presenza materna. Si possono collegare alla tipologia degli apatici, nei loro esiti di comportamento, anche gli insufficienti mentali sui quali l’intervento possibile passa attraverso lo sviluppo sensoriale che produce sviluppo dell’attenzione e dell’immaginazione. L’insufficiente mentale apprende e capisce se può esercitare movimento e gestualità in modo libero mediante disegno, manipolazione e attività motoria. Osservando lo scarabocchio è possibile vedere una lenta e progressiva evoluzione di un disegno che all’inizio è semplice traccia dei gesti delle dita sui diversi materiali, in seguito diventa ondulazione gestuale, rotatoria, poi linee, quindi vortici e cerchi, che, accompagnati da suoni della bocca, prendono forme interpretabili a posteriori come parti di figure umane. Lo scarabocchio è, a questo punto, diventato disegno e si arricchisce di parti, diventa uno schema corporeo, si connette alla rappresentazione dell’ambiente e del tempo (i fumetti). L’apatico stimolato reagisce agli stimoli come fosse un motore diesel: ha bisogno di scaldarsi per entrare in regime, è un motore lento, ma che progressivamente diventa potente. Il contesto in cui agire tale motivazione alla rappresentazione è tanto più efficace quanto più è ricco ed il senso dell’integrazione sta nella ricognizione dei rapporti emozionali con gli altri e nell’espressione del loro significato. Il riconoscimento principale di un processo di sviluppo è dato dal movimento di attivazione e di uscita dalla apatia; è un lavoro primordiale, che torna al feto, l’uscita dalla caduta di motivazione è un processo pre-logico, è l’induzione di un movimento arcaico. Scivolano spesso in condizioni di apatia gli anziani per i quali l’attività motoria rappresenta un importante strumento per mantenere la funzionalità corporea. La motivazione all’apatico può essere proposta con un equilibrato ed incrementale sviluppo di attività: alcune forme di “ginnastica tradizionale”, palleggi, lanci di palla a coppie, esercizi di equilibrio e di destrezza con oggetti e strumenti, lanci con palline da tennis, ecc. Il metodo della motivazione verso l’apatico ha una caratteristica importante: l’incoraggiamento deve essere effettuato a fronte dei segnali, seppur minimi, di movimento e di gioco, rispettando, in paziente attesa, le fasi in cui il soggetto non si esprime nell’azione. In caso contrario può determinarsi una chiusura assoluta, anche capricciosa, contro stimoli troppo frequenti, insistenti o fuori tempo. Un importante elemento motivazionale da tener presente è la capacità di eleganza nell’apatico e la sua disposizione alla mira ed alla destrezza. Attraverso esercizi che diano a lui la soddisfazione dell’esercizio ben compiuto è possibile guidarlo ad una maggior motivazione al movimento. Si è precedentemente detto che l’audioleso manifesta tratti di comportamento apatico, ciò soprattutto in ragione del grave svantaggio in cui si viene a trovare il sordo prelinguistico (il nato sordo) e il sordomuto. Egli, non avendo potuto ascoltare i genitori, manifesta ritardo mentale ed il percorso di portare il sordo ad “udire con gli occhi” mediante la lettura labiale richiede una grande motivazione e l’essere inserito in ambienti fortemente espressivi. Gli esercizi del soffio di colori (gocce di colore su un foglio mosse attraverso il soffio in un cannuccia) servono a far prendere consapevolezza della respirazione necessaria all’articolazione dell’emissione di suoni. Il lavoro su immagini espressive fisse (cartelloni, fumetti o fotografie che descrivono efficacemente un’emozione) o mobili (film e video che rappresentano scenette il cui senso è facilmente assimilabile) o videoregistrate (in cui è possibile mostrare le espressioni corporee e linguistiche dei soggetti) aiutano l’apprendimento di vocaboli passivi e attivi. Il teatro, nello specifico della pantomima, è un altro importante strumento per motivare all’espressività e la partecipazione agli spettacoli del disabile è spesso trascurata nelle sue potenzialità di strumento di integrazione.

Questa possibile stereotipia non significa che i disabili in toto possano essere trattati tutti nella stessa maniera e nemmeno che disabili con la stessa disabilità siano tutti uguali e che il rapporto possa essere omogeneo, i counselors, invece, per svolgere bene il loro intervento dovrebbero

sforzarsi di modificare sia le proprie aspettative che la propria mancanza di aspettative nei confronti delle persone che sono chiaramente disabili.

Spesso la prima reazione di chi si dedica a queste persone chiaramente bisognose è la gentilezza, l'accondiscendenza, e questo atteggiamento scaturisce da alcuni presupposti interiorizzati nella nostra cultura, occorre capirlo, diventarne padroni fino al punto di imparare a non essere troppo accondiscendenti, né ovviamente troppo rigidi, i counselors dovrebbero anche lavorare per scoprire in se stessi pregiudizi nascosti, così come, per altri versi, è stato necessario affrontare i pregiudizi razziali e sessuali.

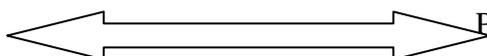
Discussioni con i colleghi e una terapia personale per i counselors sono entrambi, secondo la mia opinione, essenziali per lo sviluppo futuro del counseling in generale. Esse sono particolarmente importanti, quando l'intervento di counseling è svolto con questo specifico gruppo di clienti. La capacità di condividere il dolore insieme al cliente dipende dall'esperienza personale del counselor di aver condiviso la propria angoscia con qualcun altro e di essere stato compreso. L'esperienza di essere dipendente da un'altra persona, di ricevere qualcosa che non si può ottenere da soli, e di affrontare i sentimenti confusi che queste situazioni provocano, sono tutti vissuti comuni alle persone con disabilità e alle persone in terapia. I counselors, che evitano la relazione di dipendenza con un terapeuta, non possono, perciò, comprendere del tutto le difficoltà che i propri clienti incontrano. Le disabilità mentali ed emozionali personali del counselor devono essere comprese ed elaborate in un contesto terapeutico, se i clienti non vogliono essere usati per nascondere le difficoltà personali del counselor.

Uno dei problemi relativi all'aver una disabilità è che si può divenire il bersaglio delle proiezioni altrui: si può, cioè, essere equiparati alle parti altrui, che sono disabili e forse compatite, disprezzate o rifiutate. I counselors hanno, perciò, bisogno di lavorare sui propri stati mentali, al fine di fare del loro meglio per evitare di accrescere i problemi dei loro clienti. Mi piacerebbe che i counselors diventassero sempre più consapevoli di ciò. Penso, inoltre, che tali considerazioni siano di particolare importanza, quando si lavora con persone, che vivono situazioni tali da renderli facili bersagli e da esporle al rischio di essere sfruttate dagli altri per soddisfare i propri bisogni emozionali.

La richiesta di counseling da parte degli individui con qualche disabilità e dalle loro famiglie è sempre più forte; l'aumento di consapevolezza dei propri diritti da parte dei disabili e delle loro famiglie spinge le persone a chiedere aiuto a professionisti competenti di relazioni interpersonali con questo tipo di disagio, counselors della disabilità.

Il delicato lavoro di aiuto che è richiesto ad un counselor ha bisogno di tenere sempre vigili alcune consapevolezze, senza le quali si scivola nella relazione spontanea, banale, che non è quella che richiede la situazione di disagio che si ha di fronte. Le capacità richieste al counselor in questo ambito sono equilibri difficili tra due estremi, entrambi veri, ma fallaci e parziali, solo l'equilibrio tra questi due opposti permettono alla relazione di aiuto di esprimersi in tutta la sua potenza:

STEREOTIPIA



PERSONALIZZAZIONE

La prima dicotomia che voglio proporre a riflessione è quella della considerazione dell'individuo in disagio principalmente come PERSONA DISABILE o come PERSONA e basta.

Questa difficoltà nel rapporto con i disabili nasce dal dato di fatto che quella persona ha delle difficoltà diverse da quelle dei nostri soliti clienti, ha delle difficoltà di base, imprescindibili quella

persona, però quanto va considerata? Quanto dobbiamo concentrarci e farci influenzare da questa condizione? Dobbiamo fare finta di niente?

Queste sono domande comuni che ci si pone lavorando con la disabilità, la difficoltà di questa analisi e di questo pensiero finisce per riflettersi perfino nella terminologia: attualmente sono in corso dei cambiamenti spontanei nell'utilizzo dei termini semantici concernenti la disabilità, tendenti a evitare che gli individui con disabilità non siano identificati semplicisticamente con la propria disabilità. La terminologia si sta piano piano modificando e arricchendo di parole sempre più sofisticate e specifiche per indicare l'insieme di questi individui: disabili, diversamente abili, inabili, handicappati e via dicendo.

Chi ha perso l'uso delle gambe ha una menomazione, se per questo non riesce a muoversi e camminare ha una disabilità, se per questo motivo non può più lavorare ha un handicap. Si sta, dunque, mettendo in discussione il concetto di "handicappato", sulla base del fatto che un handicap dipende dalla società, più che dall'individuo; essere incapace di scrivere in una società analfabeta non costituisce un handicap. Questo cambiamento nel linguaggio non è, tuttavia, ancora stato acquisito pienamente dalla popolazione. I sentimenti e i pregiudizi che sono riflessi, per esempio, nei termini "handicappato", "spastico", "epilettico", determinano ancora potenti reazioni sociali ed emozionali sia nei counselors, sia nei clienti, sia nelle loro famiglie.

Occorre partire dal presupposto che ciascuno di noi presenti qualche forma di disabilità o menomazione ed essere attenti e pronti ad un meccanismo di proiezione tipico per chi lavora con i disabili: spesso, inconsciamente, vediamo riflessa in una persona con disabilità una parte di noi stessi mostruosa, debole, brutta, disturbata o cattiva, allora, molto probabilmente, incominciamo già a comportarci con questo individuo in maniera sbagliata: vediamo nel disabile un prototipo, un idealtipo, un personaggio fisso, dotato di una sola caratteristica, e presumere di conoscerli in base a quella parte di noi che identifichiamo in loro, piuttosto che basandoci sulla loro realtà.

Tentare un approccio di empatia emozionale può aiutare a superare questo problema.

La possibilità di discutere questi temi con altri costituisce, probabilmente, una preparazione essenziale per chi voglia svolgere interventi di counseling con persone affette da disabilità. Una tale discussione può, infatti, permettere di esplorare realisticamente somiglianze e differenze tra il counselor e il cliente.

INDIVIDUO SINGOLO ----- PARTE DI UN GRUPPO

Un'altra importante consapevolezza che non si può prescindere nel lavoro di counseling con i disabili è la costante coscienza che non è solo l'individuo a patire la sua disabilità, ma questa situazione toccata ad una persona influisce anche su tutta la rete sociale in cui è immerso quell'individuo, tutte le persone che, per scelta o meno, hanno in carico questa condizione vanno aiutati a raggiungere una situazione di vita migliore: il benessere a cui si deve puntare attraverso la relazione di aiuto deve riguardare ovviamente il singolo, ma anche l'intorno; sarebbe facile e poco utile trovare soluzioni che spostino il peso della situazione da uno all'altro individuo, si deve puntare ad un miglioramento globale.

Questa riflessione è ancora più cogente se si pensa alle difficili situazioni familiari in cui vive un disabile: la nascita di un figlio disabile o il passaggio di un membro da una situazione di normalità a quella di disabilità, ad esempio a causa di un incidente, è un trauma che si ripercuote necessariamente sugli equilibri familiari, generando nuovi modi per incontrarsi, nuovi modi di stare insieme. Le relazioni che si instaurano in famiglie con un membro disabile sono spesso poco sane, anche se non è una regola, esistono eccezioni importanti.

Il counseling non può prescindere dalla considerazione della rete sociale in cui è inserito l'individuo, infatti è consigliabile comprendere in maniera dettagliata il clima relazionale interno a

quel nucleo familiare, in modo che gli interventi sul singolo non siano vanificati dalle relazioni familiari quotidiane:

Giovanni, ragazzo ritardato lieve, “sballone”, arousal puro, come tipologia di personalità, emozionale puro, vive in una famiglia “confligente”, termine che la teoria di Prevenire è Possibile utilizza per indicare un gruppo in cui l’andare contro è il motore, è la forza che rende coesa questa formazione: la sinusoide tra il polo dell’aggressività e la depressione dei singoli trova armonia in questo particolare gruppo, in cui si cerca sempre un nemico esterno contro cui scagliarsi e quando questo viene a mancare, e la frustrazione dei singoli aumenta, il nemico viene interiorizzato e diventa uno del gruppo, che fungerà da capo espiatorio. Il counseling con Giovanni andava nella direzione di aumento delle sue difese, del controllo intorno a lui, in quanto era sempre più spesso vittima di abusi e umiliazioni, che lui non si accorgeva di vivere nell’immediato, ma ne pagava le conseguenze in un secondo tempo. Il mio lavoro di emersione e costruzione di meccanismi di difesa è stato, inizialmente, vanificato dalla madre, la quale, ruminante, non era in grado di attendere, pazientemente, le crescite interne del figlio e si è sempre sostituita a lui con la sua rabbia e la sua carica, questo impediva la sedimentazione delle consapevolezze in Giovanni. Solo dopo una analisi della qualità del clima relazionale interno alla famiglia e la rilevazione delle personalità dei vari membri, le indicazioni che davo a Giovanni nel corso degli incontri di counseling hanno cominciato a fare effetto.

Questa riflessione è molto importante anche perché spesso non è possibile distinguere in maniera chiara i sentimenti e i comportamenti che riguardano le persone con disabilità e quelli dei loro familiari o dei professionisti che si occupano di loro. Esistono certamente importanti differenze, ma può essere molto utile far notare ai clienti, siano essi disabili o meno, quanto i sentimenti da loro provati possano essere condivisi anche da altri.

PROBLEMI ESTERNI -----PROBLEMI INTERNI

Principio 3: Il significato della disabilità è altrettanto importante della disabilità stessa.

Un’altra fondamentale distinzione interna alla situazione di disabilità è riuscire a distinguere chiaramente la provenienza dei problemi connessi alla disabilità, infatti se il problema è interno all’individuo l’approccio sarà empatico-cognitivo, se il problema è esterno, pratico la relazione tenderà al dinamico, spesse volte capita che si è di fronte a problematiche meticchie, cioè che hanno origine in uno dei due poli della dicotomia, ma influiscono e scatenano altri disagi nel versante opposto: per esempio le depressioni post-traumatiche, le quali hanno necessità di approccio narrativo, di racconto di sé.

Prepararsi la mattina per andare a lavoro può richiedere, a causa della disabilità, due o tre ore.

L’attività lavorativa deve essere, in alcuni casi, programmata con alcune settimane d’anticipo e l’organizzazione potrebbe fallire perché qualcuno, all’ultimo momento, non arriva.

Tutto ciò può attivare sentimenti di risentimento perfettamente comprensibili, che devono essere riconosciuti ogni qual volta si svolge un intervento di counseling con una persona disabile o con un suo partner.

Di uguale importanza sono domande del tipo: “Chi si può innamorare di una persona come me?”; “Ma cosa ho fatto per meritarmi questo?”; “La mia famiglia starebbe meglio se morissi?”.

Attraverso il counseling, le persone con una disabilità e le loro famiglie possono esplorare e modificare il significato emozionale di una situazione. Un cambiamento in quest’area può spesso influire significativamente sulla loro vita, perfino quando la condizione fisica rimane inalterata. Molte disabilità sono, infatti, causate dalla reazione alla menomazione o alla malattia.

HANDICAP ----- NORMALE

Un altro punto critico della relazione di aiuto con i disabili è la scelta della strategia relazionale, è anche qui un equilibrio delicato, infatti non possiamo proporre le stesse modalità di counseling che si attuano con i clienti normali, ma non è consigliabile nemmeno forzare eccessivamente le regole del counseling, perché si rischia di distorcere eccessivamente gli strumenti e di creare una relazione che non è counseling.

Nella mia esperienza con persone con disabilità ed handicap, seguo l'indirizzo che laddove è possibile in base alla disabilità, offro una relazione di aiuto più simile possibile a quella "normale": sembra molto utile mantenere, durante il counseling le regole normali. Una delle frustrazioni, subite dalle persone con disabilità, consiste nella difficoltà a convincere gli altri a trattarli come persone qualsiasi: se il counselor si comporta in modo forzatamente gentile con un cliente con disabilità, il cliente può vivere con ansia la perdita di una situazione normale. La maggior parte dei principi, che regolano la nostra attività di counseling in qualsiasi setting, si sono sviluppati per validi motivi; questi motivi devono essere sostenuti con forza anche maggiore nel caso di clienti con disabilità. Qualsiasi modifica alla normalità deve essere discussa dal counselor, preferibilmente con i propri supervisori, ma possibilmente anche con il cliente. Tali modifiche potrebbero essere necessarie, ma potrebbero anche far nascere, all'interno della relazione, una discussione su aspetti importanti, che non dovrebbero essere evitati.

Le visite domiciliari sono un esempio di questo problema: un cliente, che ha la libertà di saltare appuntamenti non andandoci, si trova in una situazione differente da quella di un cliente che può solo rifiutare di aprire la porta o decidere di interrompere il colloquio; alcune persone si sentono invase, quando la propria condizione sembra dare ad altri il diritto di introdursi nella propria casa e nel proprio corpo. Anche le implicazioni sociali connesse al ricevere visite, piuttosto che farle, sono significative.

Affrontare la realtà in modo competente costituisce un aspetto essenziale del counseling, indipendentemente dalla natura del problema che viene trattato.

Dopo avere affrontato alcuni presupposti della relazione diretta con le persone disabili, voglio entrare nel vivo di alcuni contenuti ricorrenti all'interno della discussione, questi contenuti non sempre sono esplicitati in maniera chiara, a volte restano sottintesi, ma comunque sono sempre presenti, e per questo motivo il counselor deve conoscerli ed essere preparato ad affrontarli; in alcune situazioni diventa necessario portare la discussione precipuamente su quegli argomenti che il paziente difficilmente tratterà: è un modo per fare sfogare, per creare intimità profonda e per mostrare al paziente che si ha a cuore il caso e che non ci si ferma alla superficie, ma che è possibile e si è disposti a sondare anche il fondo del barile.

Le persone spesso sembrano avere difficoltà a distinguere tra ciò che hanno perso, ciò a cui devono rinunciare, e ciò che potrebbero scegliere di conservare, sia pure con qualche costo.

Talvolta le persone hanno paura che le proprie relazioni possano essere danneggiate dall'ammettere paure e fatti realmente sconvolgenti. Inoltre, hanno anche paura che le proprie dichiarazioni o domande possano essere profezie che si autoavverano. Ciò si applica sia alle persone con disabilità, che alle loro famiglie ed ai counselors.

La realtà è spesso evitata, perché la gente ne ha paura e ritiene che le illusioni siano più rassicuranti. Purtroppo, mantenere le illusioni comporta un grande dispendio di energia. L'esperienza dimostra, infatti, che la negazione e le illusioni sono usate come difese contro paure, che sono peggiori della realtà. Con la persona giusta e nel giusto setting, affrontare le paure e le convinzioni spiacevoli, per quanto doloroso, può rappresentare un sollievo. Questo lavoro dimostra talvolta come pensieri

terrorizzanti non siano realistici; nella peggiore delle ipotesi, offre la possibilità di condividere e riconoscere la causa reale dell'angoscia e del dolore psichico.

I counselors, così come gli altri, possono essere convinti del fatto che la malattia, un corpo deformato, una difficoltà nel parlare, o una più lenta comprensione intellettuale debbano essere necessariamente accompagnati da una mancanza di "forza emotiva". Molti lavori di psicologia sociale (citazioni) dimostrano che i disabili, come tutte le altre persone, hanno capacità di insight e di comprensione, così come la capacità di provare angoscia, depressione, o qualsiasi altra emozione in modo realistico. Spesso capita che chi è abile fisicamente ha, invece, molte difficoltà a sostenere la percezione delle disabilità altrui, e spesso "sorvola" su tali problematiche, piuttosto che trovare il modo per discuterle. Ciò significa che non rivela, né mette in discussione le illusioni, o le percezioni reali della persona con disabilità. Talvolta, il counselor o gli operatori addetti alla cura della persona hanno difficoltà anche a non ostacolare l'espressione diretta e la condivisione dei pensieri dolorosi. Per esempio, possono incoraggiare, verbalmente o non verbalmente, i pazienti, a "essere positivi", oppure mantenere in piedi illusioni o finzioni unilaterali.

Per affrontare in maniera adeguata la relazione di aiuto con le persone disabili occorre avere preventivamente avuto la possibilità di discutere determinati problemi che riguardano i propri clienti, avere quindi la preparazione adeguata ad affrontare alcune problematiche (in particolare, quelle "delicate" come la morte, il suicidio, il sesso e la violenza familiare). Questa capacità può marcare i confini tra un counselor che può "contenere" paure ed ansie, e un counselor che, con il proprio comportamento, conferma al cliente che alcune paure o ansie sono del tutto inesprimibili. Questi problemi riguardano non solo i clienti, ma anche le loro famiglie. Qualsiasi problema importante tocchi una persona, affetta da disabilità, riguarderà, infatti, anche la sua famiglia e viceversa. Le reazioni delle altre persone, le preoccupazioni e le paure riguardano tutti coloro che sono accanto agli individui con disabilità e devono essere, perciò, affrontate all'interno dell'intervento di counseling.

Punti da discutere

Descriverò ora alcune di queste problematiche ricorrenti:

Il dolore → L'individuo disabile e l'intera famiglia deve affrontare il dolore connesso alla menomazione o alla disabilità di uno dei suoi membri. Il dolore è legato al dover abbandonare alcune realtà del passato, che potrebbero includere normali speranze e aspettative per il futuro. Lo sviluppo di nuovi modi di pensare, comportarsi e vivere non può avvenire senza dolore per ciò a cui si deve rinunciare. La sofferenza, che ciò implica, non dovrebbe essere sottovalutata. Spesso essa causa rabbia. Alcune volte questa rabbia non è espressa direttamente, ma è evocata in qualcun altro, che tende a reagire con rabbia o rifiuto. Crescere con una disabilità (propria, di un figlio o di un genitore) implica un continuo confronto con nuove perdite, legate all'età e al momento evolutivo. Ognuna di queste perdite deve essere, in qualche modo, riconosciuta e incorporata nelle associazioni mentali automatiche, proprie dell'individuo e di coloro che gli sono intorno. Il dolore, che accompagna ogni nuova consapevolezza di perdite causate dalla disabilità, può essere evitato per molto tempo; ma l'evitare tale consapevolezza a lungo andare causa difficoltà sociali ed emozionali. L'abilità di un counselor nel tollerare l'angoscia con un cliente, senza minimizzarla, esagerarla o negarla, può essere di enorme valore. L'angoscia, che viene espressa, può, infatti, essere meglio confrontata con la realtà e può, quindi, essere più facilmente elaborata. Altre opportunità per affrontare questo compito potrebbero non essere accessibili al cliente. Il dolore per perdite reali (come, per esempio, la perdita di una gamba) potrebbe rendere le persone incapaci di scoprire ciò che possono salvare (come la capacità di socializzare, pur non giocando a tennis). Inoltre, condividere la sofferenza può ridurre il sentimento di sentirsi soli e abbandonati, che spesso emerge in seguito ad una perdita. Perdite precedenti vengono riattivate dalle nuove perdite e

possono dare origine ad un dolore che sembra altrimenti incomprensibile nella nuova situazione (ad esempio, la morte di un gatto o di un cane può liberare il dolore per la morte di un padre, avvenuta due anni prima). Il modo in cui ciascun membro della famiglia vive il proprio dolore personale influenza anche gli altri componenti. Il dolore, derivante dalla perdita di una propria capacità, e il dolore di vedere tale perdita nel partner, sono sentimenti strettamente collegati. Il dolore di essere nato deforme o imperfetto è potentemente connesso con il dolore che ciò causa alla madre. Una forte sofferenza, da parte della madre, per il danno fisico del proprio figlio potrebbe causare al bambino altrettanti problemi della condizione stessa.

Accettare la disabilità → Questa è una frase spesso usata, soprattutto dai familiari e dagli operatori. L'accettazione è chiaramente legata alla conoscenza della realtà e alla sofferenza di dover rinunciare a qualcosa. Sembra che, in generale, siano necessari un paio d'anni per accettare una qualsiasi perdita significativa, nel senso che quasi tutti gli assunti automatici, che ci si costruisce intorno al mondo, terranno conto della perdita, invece di negarla. Ciò significa che individui con disabilità, sono spesso, da un punto di vista mentale, indietro di un paio d'anni per ciò che concerne la propria condizione fisica. La consapevolezza di questo può aiutare le persone, che altrimenti potrebbero pensare che tale condizione debba durare per sempre. Esplorare cosa significhi per le persone coinvolte "accettare una disabilità" o "combattearla" è spesso prezioso.

Dare un senso alla situazione → Le persone spesso soffrono per l'ingiustizia del proprio destino. Tutti noi, infatti, abbiamo alcune aspettative: un ragionevole periodo di vita in buona salute; un lavoro, seguito da un periodo di riposo; che i nostri figli sopravvivano a noi. Quando queste aspettative non si realizzano, sentiamo che qualcosa è andato storto. Il bisogno di dare senso alla situazione vissuta può portare le persone a regredire a credenze molto primitive, spesso a superstizioni (per esempio: "Dio ci sta punendo e per questo dobbiamo soffrire"; "questa è la missione che mi è stata demandata"). Queste idee possono talvolta essere più disabilitanti della condizione stessa.

Essere cattivi → Qualsiasi malattia o perdita potrebbe dare origine a un senso di colpa, di biasimo o di invidia verso gli altri, e anche ad un sentimento di essere "cattivi": "me lo merito". Questi sentimenti possono avere effetti disastrosi sulle relazioni interpersonali. Genitori con figli handicappati spesso credono inconsciamente che il figlio sia il risultato di una loro sessualità "cattiva", "sbagliata" o una conseguenza delle proprie segrete malvagità. Ciò può influenzare il loro modo di trattare il figlio. Le persone qualche volta parlano del "desiderio" di vedere qualcun altro nella propria condizione. Questo desiderio può farle sentire malvagie e cattive. Le madri, inoltre, sentono di essere cattive se non desiderano di avere esse stesse la malattia o la disabilità dei propri figli.

Il frustrato desiderio di far stare il disabile → Questo desiderio è incredibilmente importante per la famiglia e per gli amici; inoltre, può essere di grande aiuto per questi discutere le frustrazioni, che provano nei confronti della persona che ha una disabilità. Qualche volta coloro che sono in una relazione più intima con questa persona, sono meno capaci di mostrare la propria premura e si sentono in colpa per non essere in grado di farla stare meglio. Questo può portare al fatto che un marito si allontani o attacchi la moglie, se questa prova a dirgli che sta male o sta soffrendo. Tale situazione, però, può verificarsi in qualsiasi relazione intima. La comprensione di quanto sta avvenendo può far riscoprire alle persone coinvolte i loro sentimenti d'amore sepolti. A volte alcuni tentano di assumere il controllo sulla situazione (malattia / disabilità), controllando le persone con la malattia, in parte attraverso tentativi inadeguati per farle stare meglio. Bambini, con una disabilità grave o con una malattia cronica, possono provare intensi desideri di fare stare meglio i propri genitori, per esempio, cercando di renderli felici quando sono tristi. Il bambino può provare un'enorme sofferenza nel vedere che la propria condizione provoca dolore ai genitori e può, persino, giungere a mascherarla, nel tentativo di rendere felici i genitori.

La morte → Le disabilità spesso pongono le persone di fronte alle ansie connesse alla morte. I genitori si preoccupano di ciò che succederà ai loro figli con disabilità. Gli individui con una disabilità, presente o potenziale, si preoccupano di essere un peso o di essere abbandonati. Inoltre,

le persone hanno sentimenti molto confusi circa il desiderare di essere morti o il volere che un membro della famiglia muoia, specialmente nei casi in cui un forte dolore si accompagna alla malattia. Poiché questo è raramente un argomento di conversazione in ambito sociale, le idee circa la morte e il morire sono frequentemente poco realistiche. Esse potrebbero includere la paura che, se si parla della morte, questa sopraggiunga, oppure che parlare della morte significhi desiderare la morte dell'altro. Spesso queste idee sembrano essersi formate in età infantile e non essersi modificate molto da allora. Condividere i propri pensieri sulla morte e il morire sembra essere di aiuto, in particolare, quando questi pensieri non siano stati chiaramente articolati. Idee concrete sul come, dove e quando si possa verificare la morte possono sostituire fantasie ben più terrificanti. I counselors e gli altri operatori del campo sanitario, che non abbiano mai avuto l'opportunità di discutere i propri sentimenti circa la morte e il morire, potrebbero essere incapaci di ascoltare o di rispondere, quando i clienti o i pazienti sollevano questi problemi o accennano al fatto di essere preoccupati da tali pensieri.

Suicidio→ Le persone, che accennano o riferiscono di aver pensato al suicidio, spesso trovano conforto nel parlare apertamente di ciò, anche perché parlarne sembra scongiurare l'accadimento. In questi casi, potrebbe essere necessario riconoscere il desiderio di essere liberati dal dolore e dai problemi della vita, e anche la frustrazione e la rabbia, che potrebbero accompagnare la decisione di non colpire in questo modo la famiglia e gli amici. Può, inoltre, essere utile guardare ai sentimenti di aggressività nascosti dietro i desideri di suicidio; in tal senso, la domanda su chi soffrirebbe in caso di suicidio è spesso importante. Le persone che, all'inizio, dicono di voler semplicemente sollevare la propria famiglia da un peso, potrebbero, in una successiva discussione, esprimere collera verso i propri familiari e i loro sbagli, e anche un desiderio di punirli e di farli soffrire: "Mi ucciderò, così loro si dispiaceranno". Scoprire i sentimenti complessi in gioco può, perciò, essere utile. D'altra parte, i counselors hanno bisogno di discutere questi problemi prima che essi si presentino nel counseling.

Perdita del ruolo→ Sembra opinione comune che una persona dovrebbe essere sollevata da altri problemi e doveri, quando sta male, e quindi anche quando ha una disabilità. Quest'idea, tuttavia, getta le basi per l'esclusione delle persone con disabilità dagli ordinari ruoli sociali, e può essere esaminata e messa utilmente in discussione. Un caso particolare riguarda il "pregiudizio", secondo cui non bisogna fare arrabbiare o preoccupare chi ha una malattia cronica o una disabilità. Ciò può, tuttavia, avere l'effetto di indebolire seriamente la capacità della persona di svolgere ruoli normali, come quello di genitore, coniuge, figlio o figlia adulti.

L'atteggiamento degli operatori sanitari→ Questo è un problema che insorge di frequente. Disappunto, risentimento e aspettative non realistiche si uniscono a comportamenti non riflessivi o errori da parte dei medici. Bisogna, quindi, comprendere e riconoscere sia gli elementi di realtà, sia le esagerazioni, la colpa e la confusione che i medici possono risvegliare nel paziente. Le persone spesso si sentono colpevoli se colgono qualcun altro in fallo, e vogliono disperatamente continuare a vedere il medico come una persona buona, una figura che aiuta e che non può sbagliare. Può essere, dunque, necessario che i counselors "esercitino" la propria neutralità in tali situazioni, riconoscendo gli elementi di realtà e i sentimenti presenti, senza peraltro lasciarsi indurre a prendere posizione.

Stigma sociali→ Per molte persone la propria disabilità o quella dei propri figli implica uno stigma sociale, dal quale non è possibile liberarsi; sentimenti negativi e di ostilità verso il disabile o verso la società etichettante accompagnano l'insorgere di questa convinzione. Spesso anche il pregiudizio, secondo cui si è già pagato il proprio debito con la società, se si ha una disabilità o un figlio disabile, e che ogni altra cosa dovrebbe essere facilitata, deve essere discusso e chiarito. C'è un problema serio quando la disabilità genera forti ansie negli altri. In alcune circostanze, repulsione e disgusto - e anche fascinazione - possono balenare anche sul volto più composto. Risulta doloroso empatizzare con qualcuno che deve tollerare questa esperienza con ogni persona nuova che incontra.

Controllo, dipendenza, indipendenza→ Il controllo sulla propria vita spesso diventa più limitato, se si ha una disabilità o se ci si prende cura di una persona con una disabilità. Tale situazione può dipendere da motivi obiettivi: potrebbe essere davvero difficile alzarsi a un'ora stabilita, se si vive in un'istituzione residenziale, se si dipende dall'aiuto di qualche altra persona, o se qualcun altro dipende da noi. Tuttavia, questa difficoltà può anche dipendere da pensieri non realistici. Le reazioni alle restrizioni dell'indipendenza variano da individuo a individuo. Alcuni potrebbero non riuscire proprio ad immaginare di essere felici senza un partner che se ne prenda cura e provveda a loro; per altri, invece, la possibilità di essere felici è indiscutibilmente legata alla condizione di vivere autonomamente. Le reazioni dipendono anche dalla sensibilità di coloro che esercitano un qualche controllo sulla vita degli altri. Coloro, che spingono la sedia a rotelle, possono farlo rendendo esplicito che sono al servizio della persona sulla sedia, oppure trattando la persona, che occupa la sedia, come se fosse parte della sedia stessa, priva di pensieri o opinioni su cui essere consultata. D'altro canto, le persone, che hanno bisogno di essere spinte, possono trattare coloro che le spingono con considerazione o con scortesia. La paura di perdere il controllo sulla propria vita spesso dipende da pensieri non realistici circa quali realtà della vita possano in ogni caso essere tenute sotto controllo, e circa quanta indipendenza dagli altri sia comunque possibile o desiderabile. Per alcune persone, essere dipendenti significa regredire all'infanzia; le loro esperienze da bambini influenzeranno, perciò, il loro modo di vivere tale condizione. Il counseling può talora aiutare a scoprire un nuovo concetto di "adulto maturo dipendente", mentre, solitamente, le persone possiedono solo i concetti di "bambino dipendente" e "adulto indipendente". Il bisogno, da parte della persona con disabilità, di dipendere da altri per amore e conforto, per esempio, potrebbe essere riscoperto e valorizzato tramite il counseling. Alcune persone hanno paura che gli altri non le ameranno, se perdono il controllo: la perdita del controllo significa, allora, perdita dell'amore e può, quindi, essere davvero terrorizzante per l'individuo. Sfortunatamente, coloro, che sono in una posizione di potere a causa della disabilità di un altro, possono, per ignoranza o per malevolenza, usare questo potere in un modo che non sia d'aiuto alla persona con disabilità. E' difficile prendere decisioni al posto di un altro. Spesso le persone sembrano essere convinte che devono "giocare sul sicuro" mantenendo il controllo, nonostante il fatto che questo controllo possa renderli disabili. Un bambino, a cui non viene mai data alcuna responsabilità, non cresce in modo normale; tuttavia, dare responsabilità ad un bambino con una disabilità grave potrebbe essere estremamente difficile. Talvolta, tentativi incomprensibili di controllare gli altri possono essere modi per cercare di sbarazzarsi di sentimenti di impotenza. Questi sentimenti possono essere provocati da un corpo che non vuole obbedire o anche da una condizione sociale. Se qualcuno sente che non ha diritti e che non viene rispettato, può, di conseguenza, trattare gli altri come se anche loro non avessero diritto di essere rispettati. Questa condizione può essere chiaramente presente sia nelle persone con disabilità, sia in coloro che si occupano di loro per professione o volontariamente.

Sessualità→ L'idea che la sessualità sia inappropriata per un "disabile" è, spesso, ancora presente nell'opinione generale e nelle stesse persone con disabilità. Ci sono, comunque, molte situazioni connesse con la disabilità dove la sessualità deve essere considerata. Ne menzionerò qui solo alcune:

Le ansie degli adolescenti, relative alla sessualità (e all'aggressività), possono non venire attenuate dalle normali interazioni con altri adolescenti, se la menomazione causa un eccessivo controllo da parte degli adulti;

Non è raro l'incesto con bambini affetti da problemi fisici e mentali: discussioni confidenziali su tutto quanto possa essere successo loro durante l'infanzia potrebbero essere utili, sebbene difficili. Capita delle volte che adulti, che sono stati sessualmente abusati da bambini, ritengano tali violenze responsabili di successive malattie o disabilità, presenti in loro o nei loro figli;

Non tutti trovano che un corpo disabile, menomato o debole, sia poco attraente: l'attrazione sessuale potrebbe non essere influenzata o, addirittura, essere aumentata dalla disabilità. Le persone, talvolta,

trovano la disabilità sorprendente o, perfino, affascinante. Anche persone con disabilità gravi si innamorano e si sposano;

Alcuni spesso trovano che non si possa combinare il ruolo di partner sessuale e di infermiere.

Dovrebbero, perciò, considerare questo aspetto, quando decidono se chiamare o meno qualcun altro che si prenda cura dei bisogni materiali del proprio partner.

Dopo avere trattati i più importanti presupposti della relazione di counseling con i disabili e dopo avere esposto i contenuti, sempre ricorrenti, espliciti ed impliciti, connessi con la relazione di aiuto con i disabili, voglio esporre alcune difficoltà relazionali che si incontrano con questo gruppo di utenti: problematiche relazionali, molto spesso presenti nella relazione, che mettono in pericolo l'efficacia dell'intervento di aiuto, se non analizzate precedentemente e consapevolmente.

Ho raggruppato questo argomento in una sezione separata, perché ci sono problemi particolari che riguardano la relazione tra le persone con disabilità e gli altri e che possono influire anche sulla relazione di counseling.

Coloro, che hanno avuta poca esperienza della disabilità di altre persone, sono spesso impauriti di fronte a tale diversità: "Non saprò come comportarmi; dirò cose sbagliate; farò la figura dello stupido". Può essere difficile sapere come comportarsi, quando si incontra per la prima volta una persona con una deformità grave o con uno strano comportamento sociale. In questi casi, può risultare difficile applicare le "normali" regole sociali, e sapere quali nuove regole usare al loro posto. Per esempio, può sembrare scortese rimanere seduti e guardare qualcuno, che si dibatte per indossare la giacca, piuttosto che aiutarlo; decidere quando e come offrire aiuto e quando, invece, ritenere che la persona può fare da sé, anche secondo i propri tempi, può essere difficile. La persona in questione potrebbe avere precise convinzioni personali su quando l'aiuto deve o non deve essere offerto, ma queste convinzioni possono essere difficili da indovinare. L'esperienza aiuta. In ogni caso, la comprensione di questo problema può avvenire anche discutendo le difficoltà direttamente con la persona coinvolta. Gli individui con disabilità si sono probabilmente già trovati in precedenza in situazioni analoghe, e, se anche ciò non fosse ancora accaduto, possono valutare meglio il significato delle reazioni di un'altra persona alla propria condizione. Infine, gruppi finalizzati ad affrontare le problematiche connesse alla disabilità offrono talvolta workshops sull'aumento di consapevolezza.

Le relazioni possono essere spesso distorte in modi particolari da convinzioni che ci si è costruiti circa "il disabile". Vediamone alcuni:

bisogna essere gentili con una persona che ha una disabilità e pensare bene di lui; ha già dovuto sopportare abbastanza a causa della propria condizione → Il vissuto, per cui non si dovrebbe provare irritazione verso queste "povere persone", può essere una grave barriera sia per un lavoro autentico (per quanto concerne gli operatori) sia per le relazioni intime (nella famiglia e nel contesto sociale) e può portare a consolidare, inutilmente, un comportamento asociale.

Jasmine, ragazzina di 12 anni con problemi di comportamento sociale, dovuti ad uno sviluppo della personalità non armonico, organico e coerente non riesce a relazionarsi con i coetanei in maniera adeguata, cerca sempre lo scontro e la lite, insulta e, spesso, è violenta: le madri delle altre bambine sopportano questo comportamento dicendo "poverina non è normale". Mi sono sempre opposto a questo atteggiamento, infatti la ragazzina deve comunque imparare che non può trattare così gli altri ragazzi, altrimenti non avrà mai un amico né una vita sociale.

nessuno può comprendere cosa significhi essere disabili, tranne coloro che lo sono → Spesso persone con disabilità simili possono aiutarsi reciprocamente in molte maniere, ma potrebbero anche non comprendersi alla pari di altre due persone, prese a caso. Il problema è che due condizioni di disabilità non sono identiche, poiché coloro, che le hanno, sono comunque persone differenti. Lo sforzo e le capacità, di cui si ha bisogno per provare a comprendere qualcuno con una

disabilità, possono essere analoghi a quelli richiesti per capire qualsiasi altra persona, che abbia un punto di vista e una situazione diversi dai nostri.

non è giusto essere felici e soddisfatti di se stessi quando gli altri sono disabili e sofferenti → Questo assunto presuppone che le persone non posseggano niente altro, nella propria vita, che le proprie disabilità e che queste distruggano totalmente la gioia e la soddisfazione personali. Quest'idea non è necessariamente vera. Anche se le soddisfazioni delle persone con disabilità sono limitate dalla propria condizione, esse possono comunque avere gratificazioni che gli altri, normali o meno, non hanno. Non tutti reagiscono con gelosia e invidia nel vedere gli altri felici; le persone possono godere della felicità degli altri e provare piacere in modi differenti da quelli usuali. Daniela, donna di 35 anni, ipovedente racconta di essere felice quando va al cinema col marito.