

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
FACOLTA' DI LETTERE E FILOSOFIA
CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN
PSICOLOGIA

LA PSICOTERAPIA
DELLA PERSONA CON RITARDO MENTALE

Relatore: Prof. M.Francesconi

Correlatore: Dott.ssa D.Scotto di Fasano

Tesi di Laurea Specialistica
di Stefania Bartoli

Anno Accademico 2004-2005

SOMMARIO

Introduzione	5
PRIMA PARTE: APPROCCI E TEORIE	13
Capitolo 1 - L'identità della persona con ritardo mentale.....	14
1.1 L'identità sociale e la percezione da parte dei normodotati.....	17
1.2 L'identità personale e il quadro personologico	23
Capitolo 2 - Lo sviluppo e il ciclo di vita della persona con ritardo mentale.....	31
2.1 Infanzia	34
2.2 Adolescenza	38
2.3 Età adulta	41
2.4 Anzianità.....	45
Capitolo 3 - Percorsi diagnostici attuali.....	47
3.1 Le sindromi genetiche, la ricerca fenotipica e le complicanze psicopatologiche.....	49
3.2 Personalità normali e patologiche	52
3.3 Le psicosi franche e la doppia diagnosi.....	57
SECONDA PARTE: APPLICAZIONI DALLA LETTERATURA STUDI E RICERCHE IN CORSO.....	67
Capitolo 4 – Studi e tecniche psicoanalitiche	68
4.1 Le problematiche recenti	70
4.2 Le tecniche.....	75
4.3 Le dinamiche.....	79
Capitolo 5 - L'ipotesi clinica	85
5.1 Le ricerche sperimentali.....	85
5.1.1 Il deficit compensato	85
5.1.2 La complessità nella fenomenologia e nell'eziologia dei disturbi psichiatrici.....	86
5.1.3 La prospettiva del disturbo post traumatico.....	90
5.1.4 La diagnosi dei disturbi di personalità	92
5.1.5 La valutazione dell'efficacia della psicoterapia nel ritardo.....	93
5.2 L'osservazione clinica.....	96
5.2.1 Una psicosi debole con tratti autistici e paranoici.....	96
5.2.2 Il Super Io riabilitativo.....	102
5.3 La dissociazione adattiva: un modello di mente deficitaria	105

Capitolo 6 – I veri presupposti della terapia.....	116
6.1 L’analisi funzionale come lettura sistemica preparatoria.....	117
6.2 Le istituzioni: la formazione degli specialisti, i servizi territoriali specializzati, i ricoveri protetti.....	119
APPENDICE: INTERVISTE	123
Osservazioni conclusive	143
BIBLIOGRAFIA	149

Introduzione

E' frequente trovare l'affermazione che l'ambito dell'handicap mentale ha escluso la possibilità di un approccio descrittivo e curativo di tipo psicoanalitico. Ciò è realmente accaduto quando la psicoanalisi è stata considerata inefficace, nei casi in cui il fattore biologico interferiva con il processo psichico e/o la prestazione intellettuale inferiore alla norma poneva un ostacolo insuperabile al raggiungimento dell'insight¹.

I progetti si sono così orientati all'intervento assistenziale e riabilitativo, con obiettivi di normalizzazione, raramente fondati sulla ricerca di una soggettività possibile della persona con ritardo mentale; l'obiettivo di normalizzazione che sembrava impossibile da un punto di vista neurologico e psicologico, è stato cercato soprattutto sul piano sociale (A.Semi, prefazione in Fattori e Benincasa, 1996, p.x).

In questi ultimi anni la questione che viene posta è quella dell'identità del soggetto con deficit cognitivo. C'è lo sforzo di affrontare con una maggiore libertà gli aspetti legati alla diagnosi eventualmente psicopatologica, al trattamento più adeguato, alla definizione e accettazione di limiti invalicabili caso per caso. La domanda da cui molti autori partono è "l'identità specifica dei soggetti - diversi - può essere intuita da noi - uguali - per costruire uno scambio?"; come dice Venturini (2004, p.26) nel definire il pensiero ritardato, 'ci si trova di fronte ad un pensiero che non evoca nell'interlocutore capacità narrative ma vi introduce, molto spesso, solo delle proposizioni interrogative e perplesse'.

La ricerca sulla soggettività possibile, 'quella che non ha modelli prefabbricati da imporre o mete da raggiungere, costituisce oggi il filone più interessante di ricerca sull'handicap' (A.Semi, nella prefazione a Fattori e

¹ E' dimostrato che la capacità di insight è presente nelle persone con deficit cognitivo (cfr.cap.5.1.5); in alcuni casi è favorita dalla visione ingenua ma autentica di sé e del mondo (nel cap.5.3 viene considerata come processo compensatorio). La psicoterapia non interpretativa ne ha ricontestualizzato l'importanza nella dimensione implicita della conoscenza (cap.5.3).

Benincasa, 1996, p.x). La ricerca cerca di essere 1) 'differenziale', e cioè di dare un nome preciso alla malattia del soggetto deficitario, 2) spiccatamente 'proattiva', in cui il problema prima di tutto è come potenziare le capacità della persona con handicap, con le giuste riabilitazioni, 3) semplicemente ontologica, in cui il problema è quanto è stato accettato l'handicap da ogni attore in gioco.

La domanda precedente si sviluppa nella seguente: "posso attraverso la mia media intelligenza penetrare nel mondo della carenza di intelligenza, o posso solo condividere, con queste persone, sensazioni e sentimenti?". La questione posta in questi termini è già stata rovesciata dagli studi sull'intelligenza emotiva: il soggetto razionale ed emotivo, spesso ragionevole, può interagire in profondità con altri soggetti razionali ed emotivi, spesso ragionevoli, denominati ritardati mentali, e può avere uno scambio sia nei periodi di crisi, in cui viene persa la serenità, sia nel raggiungimento di un equilibrio psicologico più stabile, grazie a sempre nuovi apprendimenti, nostri e loro. C'è da porre piuttosto l'obiettivo di una rialfabetizzazione emotiva che interrompa, come sostiene Meltzer (1967, cit. da Venturini 2004, p.28), lo svuotare l'esperienza di significato da parte del soggetto ritardato, nel renderla incapace di rappresentazione simbolica e perciò non disponibile per la comunicazione interna in un modo utilizzabile dalla memoria.

L'ostacolo, per chi decide di starci, è capire una struttura logica in gran parte diversa dalla propria, cogliere il senso di ciò che i ritardati dicono e fanno, e riportarlo alle categorie logiche normali, ad esempio riportare le ripetizioni e le stereotipie come uniche cadenze ritmiche possibili a una qualche primitiva percezione del tempo, e successivamente adattare le loro categorie a quelle della cultura in cui vivono. Prima di tutto, c'è il fatto che i loro passaggi logici sfuggono perché sono individuali, per cui è necessario conoscere le persone e le situazioni singolarmente e a fondo per leggere la trama delle

intenzioni, in secondo luogo, essi appaiono instabili per le interferenze organiche ed emotive in eccesso o in difetto. C'è, infine, il problema della frammentazione emotiva e cognitiva che, in alcuni casi, crea le dissociazioni schizoparanoidi o gli autismi secondari. Nel ritardo mentale, il mondo sembra buio come nella psicosi, ma l'atmosfera è silente, simile a quella di una palude, di uno stagno. Gli elementi che lo compongono non roteano slegati e incontrollabilmente dinamici come nella psicosi; appaiono rarefatti, immobili, stagnanti, galleggianti, 'ognuno con il preciso destino di sciogliersi, di obliarsi per non essere più percepiti, sentiti, vissuti, ricordati, pensati, raccontati. Nell'oblio e nel nulla non esistono grida di aiuto' (Venturini, 2004, p.28).

Se si analizza il tema del ritardo mentale partendo dal funzionamento cognitivo e sociale, utilizzando le norme, viene soddisfatto l'obiettivo definitorio della ricerca ma tralasciato quello creativo-interventista e quello ontologico. Un percorso di ricerca dei linguaggi in gioco, che non parta dalla norma ma da una realtà che può modificarsi persino neurologicamente, è già stato fatto almeno teoricamente nell'ambito delle malattie psichiatriche, mentre per il ritardo mentale la richiesta di adeguamento allo standard o l'accettazione passiva sono ancora molto alte, producendo nel ritardato e nella sua famiglia persistenti stress da prestazione, bassa autostima, rassegnazione.

Un'altra caratteristica della ricerca sul ritardo mentale, presente in letteratura tra gli anni '70 e '90, è il fatto di considerare il deficit cognitivo e comportamentale quale terreno fertile per le proiezioni degli attori non ritardati, che sublimano o demonizzano il ritardato quando lo considerano soggetto, o esprimono condotte abbandoniche o oblativo quando lo considerano oggetto, privandolo di decisionalità anche nei casi di minor danno cerebrale. Per questo rischio proiettivo, che è controtransferale per il terapeuta, diventa necessario decidere a priori di non significare troppo ciò

che percepiamo come vuoto e noia nel pensiero ritardato, perché più avanti potrebbe risultare avere una sua funzione specifica. L'operatore che 'reagisce con la noia o l'indifferenza al sentimento di incredulità, smarrimento, inutilità, impotenza, cronicità, provato nel rapporto con il paziente disabile, deve iniziare proprio da qui. Questo significa che il ritardo mentale ha raggiunto il suo scopo' (Venturini, 2004, p.33) quello di destare la coscienza sull'oblio².

Anche l'analisi funzionale (Sigafoos e Tucker, 2001, p.31), cercando le variabili antecedenti dei comportamenti problema, propone uno schema del *pensiero H* (cioè delle 'logiche' del comportamento della persona con deficit cognitivo) che può tornare utile per integrare l'approccio focalizzato sull'identità. Tra gli autori che affrontano la questione dell'identità 'doppia' del soggetto ritardato in quanto luogo di proiezioni ci sono Mannoni (1976) e Montobbio (2002), mentre Sinason (1992) e Bonaccorsi (1980) individuano delle dinamiche interferenti con l'identità principale.

Nella premessa all'edizione italiana, l'autrice Mannoni (1976, p.9) racconta le reazioni del pubblico specialistico all'uscita del suo libro a Parigi nel 1964: fu accusata di voler colpevolizzare i genitori, di fare confusione tra debolezza mentale e psicosi, di aver preso in considerazione come oggetto di ricerca soltanto la funzione della malattia mentale del bambino nel fantasma materno, abolendo così la distinzione tra vera e falsa debolezza mentale, di aver denigrato l'utilità della rieducazione. L'autrice si difese

² E' ciò che è riuscito a fare Robbie, autistico resistente, inglobando al suo interno progressi e acquisizioni, chiudendoli nel cerchio della ripetizione che svuota; la sua terapeuta, Ann Alvarez (1993) capisce che deve richiamarlo alla vita, svolgendo quella che chiama "funzione di richiamo" ('reclamation'): le nuove ricerche hanno messo in luce che le madri usano istintivamente ripetizioni e variazioni, intensificazioni e rallentamenti, innalzamenti e abbassamenti per dare forma e ritmo agli eventi della relazione. Le madri insomma non solo nutrono e curano i loro bambini (la funzione esplorata dalla Klein), non solo contengono e filtrano le loro esperienze emotive, dando loro senso e significato mentale (Bion), le madri chiamano anche i loro bambini alla vita e al contatto, alla presenza e allo scambio (Alvarez, 1993). Robbie, quando dopo molti anni fu in grado di parlare della sua esperienza, disse che qualcuno gli aveva gettato una lunga fune, che l'ha tirato su dal profondo pozzo in cui giaceva.

sostenendo che ciò che sconvolgeva, del suo libro, era la denuncia di eccessivi esami psicologici, della collusione dei neuropsichiatri con l'atteggiamento segregativo di molti genitori, del disinteresse degli psicoanalisti, della 'applicazione sistematica di metodi rieducativi senza preoccuparsi di comprendere il bambino nel suo rapporto con il desiderio proprio e con quello degli altri' (p.9). Mannoni riteneva di aver provocato uno choc nei medici da lei accusati di trattare il sintomo invece del bambino, e diagnosticava una resistenza in tutti quei pedagogisti che tentarono di addolcire il suo approccio rivoluzionario. Questo approccio era connotato dalla ricerca disinteressata di un posto di diritto nella società per quei bambini che, a causa del meccanismo di copertura messo in atto dalle madri, venivano confinati a svolgere un ruolo funzionale all'essere esclusivamente oggetto di cure. Nel far ciò, dichiarava di non mirare tanto a rendere la madre colpevole della malattia, quanto a denunciare una mentalità collettiva rifiutante o assistenziale, che, attraverso terapie e rieducazioni, 'aggrava tecnicamente e trasforma in alienazione' il ritardo mentale (p.11).

Un tema parallelo è trattato da Sinason (1992, p.21) nel definire l'handicap 'secondario' come difesa dall'handicap primario, messa in atto sia dal soggetto disabile 'paralizzato dalla sofferenza', sia dalla sua famiglia, costretta a portarne il peso. Quello che per Mannoni è un ruolo passivamente subito dall'oggetto di cure, per Sinason è un ruolo sociale svolto dalla persona con ritardo mentale, che si fa 'stupido', se non addirittura 'pazzo'; nel tentativo di affrontare o, meglio, di non affrontare, il proprio deficit.

Bonaccorsi (1980, p.11) individua anch'essa degli elementi 'estranei' all'identità psicologica del soggetto con lesione cerebrale, e li identifica come 'impulsi aggressivi di origine organica, dovuti ad un'anomalia dei circuiti cerebrali' differenziabili dagli impulsi aggressivi di parti isolate del Sé: il soggetto 'si sente dominato da un meccanismo che gli è estraneo e che

aumenta la sua confusione e il suo disorientamento'; gli elementi che caratterizzano gli impulsi di origine organica sono, secondo Bonaccorsi, 1) l'estrema incoerenza di un certo tipo di comportamento, 2) la sua ripetitività in circostanze estremamente diverse, 3) l'impossibilità di inserirlo in una dinamica o di riconoscere cause psichiche determinanti.

Anche Montobbio (2002, p.17), nel tentare di focalizzare l'attenzione degli operatori e dei genitori sul problema dell'identità possibile per persone con ritardo mentale, parte dal concetto di 'falso sé' che, come Winnicott (1982), definisce 'malattia psicologica derivata da precoce carenza ambientale, sorta di camuffamento compiacente messo in atto da una persona / bambino che non avendo incontrato una figura materna sufficientemente buona si vede costretto, acquiescendo alle richieste ambientali, a plasmarsi addosso atteggiamenti e stili relazionali recitativi e irreali' (Montobbio, 2002, p.17). L'osservazione alla base del suo libro sta nel fatto che, a suo parere, l'aumentata frequenza di soggetti con deficit che vivono situazioni di 'falso sé' è conseguenza di una maldestrezza progettuale e relazionale, basata su meccanismi di negazione nei genitori, negli operatori e negli handicappati. Venturini (2004, p.40), invece, vede il 'falso sé' causato dall'ipervalorizzazione acritica delle proprie capacità, con relativa tipologia di linguaggio, per esempio *macho/sboccato/che idealizza i rapporti basati sulla forza fisica e sulla prestanza sessuale*. L'alta dose di proiezioni che subiscono i soggetti handicappati è correlata ai potenti meccanismi di identificazione proiettiva, sia evacuativa sia comunicativa, che la struttura psichica con deficit cognitivo mette in atto; si attua una sorta di reflusso, un' inversione del flusso delle identificazioni proiettive verso il paziente stesso (Ferro, 1985, p.506).

Tutti questi autori tengono in considerazione la teoria degli istinti e delle relazioni oggettuali di M.Klein: le violente fantasie aggressive e d'amore, fonti d'angoscia, gli istinti di vita e di morte intrinsecamente collegati agli

oggetti, il fissarsi delle posizioni schizoparanoide o depressiva, gli oggetti parziali, l'identificazione proiettiva, il Super-io precoce persecutorio possono spiegare una buona parte del modo di sentire e di pensare se stessi e il mondo da parte delle persone con deficit cognitivo, prima ancora che spiegare le eventuali strutture psicopatologiche degli stessi.

Gli autori che hanno sviluppato il pensiero kleiniano sono riusciti a descrivere in modo terribilmente credibile le evoluzioni della personalità immatura, ad esempio gli stati confusionali e narcisistici di Rosenfeld (1971, in Bott Spillius, 1988, p.257 ed.it.), gli attacchi al legame, le frammentazioni e gli 'oggetti bizzarri' di Bion, (1957, in Bott Spillius, 1988, p.80 ed.it.), e riflettere in profondità sui disturbi nella formazione del simbolo³. E' ulteriormente in questa direzione che si sono mossi Fattori e Benincasa (1996, p.6) quando considerano il processo di simbolizzazione come punto d'incontro di due aree disturbate, quella cognitiva e quella affettiva, e la possibilità di sbloccare questo processo come obiettivo psicoterapeutico. Anche questi due autori tentano di avvicinare il deficit cognitivo e le origini del pensiero, a partire dalla prospettiva psicodinamica, non descrivendo più il ritardo con criteri psicogeno-organici o come disturbo della personalità primario-secondario, in quanto le alterazioni cerebrali evidenziate elettroencefalograficamente tendono a scomparire con il trattamento psicoterapico. Essi, nei loro lavori, riportano i punti di vista di Manzano e Palacio Espasa (1983, p.143 ed.it.) perché distinguono i funzionamenti deficitari come meno probabili di essere modificati dalle psicoterapie rispetto alle psicosi simbiotiche e disintegrative connesse al ritardo, ma ricordano anche Meltzer (1975 in Fattori e Benincasa, 1996, p.8) quando

³ Segal (1955, in Bott Spillius, 1988, p.179 ed.it) spiega la distinzione fatta da Jones, nel 1916, tra simbolismo inconscio e altre forme di rappresentazione indiretta e giunge all'importante definizione di 'equazione simbolica' (vedi più avanti cap.3.3), ma amplia il discorso nel 1979 (poscritto all'articolo del 1955, in Bott Spillius, 1988, p.189) quando riconosce che l'identificazione proiettiva non porta di per sé alla concretizzazione, perché va considerato il particolare rapporto tra la parte proiettata e l'oggetto dentro il quale la si proietta: il contenitore e il contenuto (vedi nota 12 e cap.3.3).

sostiene che persino nei casi più gravi di autismo, o in presenza di difetti primari e fattori organici e in un'età relativamente avanzata (dopo i 7 anni), vale sempre la pena di tentare.

PRIMA PARTE: APPROCCI E TEORIE

Ti spiego io: ti faccio un esempio? (Gabriele)

Capitolo 1 - L'identità della persona con ritardo mentale

Secondo Tajfel (1981) l'identità di una persona è una sorta di continuum ai poli del quale c'è l'identità personale e sociale. Il sentimento d'identità personale è legato all'esperienza e alla sensazione di essere qualcosa di diverso da chiunque altro; quello d'identità sociale è legato all'esperienza e alla percezione di somiglianza ad altre persone che come noi appartengono ad un gruppo. Entrambe le identità derivano da una combinazione di elementi provenienti dall'interno e dall'esterno del soggetto. La teoria psicoanalitica definisce l'identificazione come un processo attraverso il quale un individuo sviluppa un legame diadico con un'altra persona del suo ambiente; la teoria dell'apprendimento sociale vede l'identificazione come il processo attraverso il quale il bambino imita una persona significativa che fornisce un modello. Le teorie sociologiche sottolineano il particolare ruolo che un individuo svolge, cioè la posizione che occupa rispetto agli altri, che svolgono ruoli complementari. L'interazionismo simbolico dà importanza alla scelta attiva nell'adozione del ruolo. In tutte queste definizioni l'autopercezione della 'propria identità nasce dall'avvertire di essere sempre la stessa persona nello spazio e nel tempo' (Emiliani e Zani, 1998, p.132).

Per le persone con deficit cognitivo, la percezione-esperienza della propria diversità è predominante rispetto a quella di appartenenza sociale; certamente la persona con sindrome di Down sa di appartenere ad un certo gruppo perché gli è stato spiegato, ma questo è un dato razionale.

Il processo d'identificazione si basa sul legame di attaccamento, ma nelle fasi successive sia i maschi che le femmine devono potersi disidentificare per sviluppare il proprio personale sentimento di sé o, meglio, devono riuscire a separarsi, individuarsi e differenziarsi dall'originaria situazione fusionale (Argentieri, 1985, p.399). Non riuscire a compiere questo processo è dato come catastrofico per lo sviluppo. Nella persona con ritardo mentale, vista la necessità oggettiva di aiuto e l'alto livello di fusionalità con la madre, il

percorso può essere favorito dagli attaccamenti multipli, in un'ottica di integrazione delle positive esperienze di attaccamento con diversi agenti di cura per ottenere un attaccamento il più sicuro possibile, ma anche in un'ottica di spinta esterna alla differenziazione dalla madre, visto che 'le classificazioni dell'attaccamento bambino-caregiver non sembrano affatto una replica delle classificazioni bambino-genitore; essi sembrano ricalcare piuttosto la storia interattiva caregiver-bambino in termini di responsività' (Carli, 1999, p.231).

Vallino e Macciò (2004) dedicano la seconda parte del libro ai genitori e ai loro problemi di 'adulti soccorritori': la tesi degli autori è che la complessità della crescita mentale di un neonato è tale che persino i genitori più dediti e affettuosi si imbattono in difficoltà di comprensione e soccorso del loro bambino; può aiutarli a uscire dai momenti di crisi la loro capacità di immaginare, giocare e divertirsi col bambino, *festeggiando la sua esistenza*. Nel testo vengono presentate situazioni osservative del primo anno di vita in cui è sottolineato come sia una vera e propria arte della madre e del padre suscitare nei fratelli affetto e solidarietà, invece che attivare rivalità e gelosia. In questo contesto, il bambino ritardato è particolarmente compiacente ai bisogni dei genitori⁴, e in seconda battuta alle richieste dei fratelli. In età giovanile aumenta, come nella norma, la conflittualità con tutti, mentre in età adulta l'aggressività nei confronti della madre è superiore rispetto alla popolazione senza deficit cognitivo e senza disturbi psicologici. Un interessante approfondimento degli aspetti emotivi è stato fatto da Anderloni (2000, p.82): nel suo articolo *'La storia di Albertino'* racconta la psicoterapia di una ragazza (Carla) con displegia spastica, disordini neuropsicologici e conseguente deficit cognitivo. Albertino è il primo

⁴ Nella ricerca di Sander (in Albasi 2005 b, p.334) il 'processo di riconoscimento' tra madre e bambino, cioè l'esperienza cosciente della specificità dell'interazione e del legame, è caratterizzato sia dalla spontaneità e dall'iniziativa del bambino nel costruire la direzione della propria attività, sia dalla vulnerabilità infantile e dal possibile sacrificio della sua spontaneità per il mantenimento del contatto con la madre.

protagonista della storia che costruiranno insieme, negli anni di psicoterapia; è ‘il nome del suo inseparabile bambino-bambolotto, bisognoso di mamma, ma di mamma che fa la ginnastica, che accudisce, che più tardi fa disegnare, leggere, scrivere; questo è il loro unico modo di parlarsi, di stare assieme’ (Anderloni, 2000, p.86) e questo è quanto chiede, inizialmente, la paziente alla terapeuta, ripetendo la duplice dinamica della *compiacenza* e del *prestazionismo*. Dopo un anno, e dopo un intervento chirurgico, le sedute si arricchiscono di nuovi personaggi che aiutano a raggiungere nuove consapevolezze: i contenuti emotivi più dolorosi vengono, infatti, trattati in un luogo immaginario, al fine di trovare, poi, un proprio posto nel mondo degli affetti; le prime sospensioni della storia sono a favore dei primi pensieri su se stessa, sulla bambina vera che chiede “Perchè mi hanno operato? Come mai mia mamma non è venuta in sala operatoria?”.

Le *domande vere* possono presentarsi, per molto tempo, poste in modo indiretto e spostate su altri, come quella di un paziente adolescente con ritardo mentale che, faticando ad imparare a pulirsi da solo (e a contenere le emozioni che confluivano in episodi psicotici dissociativi) ripeteva “Papà puzza” in sua assenza. A causa di questo continuo e impegnativo lavoro di ricostruzione dei significati, l’educatore necessario è quello che desidera l’incontro con il soggetto disabile, perchè *tollera le proiezioni*, come Alberto, nuovo personaggio della storia di Carla, ma questa volta appartenente alla realtà, (Anderloni, 2000, p.90).

Nella persona con ritardo mentale, anche il sentimento di appartenenza sociale al genere umano, alla classe scolastica, all’azienda dove lavora, è disturbato dalla differenza supplementare data dal deficit. Se questa diversità supplementare all’essere individui è rielaborato dai genitori nella direzione della sublimazione (*festeggiando la sua esistenza*), può essere integrato dal soggetto come una caratteristica della sua specificità e unicità; se, invece, è razionalizzato, come avviene in certi percorsi di auto mutuo aiuto o

nell'inserimento a tempo pieno in un centro diurno o nell'istituzionalizzazione, esso rischia di decrementare sia l'identità soggettiva sia quella sociale, enfatizzando quella stereotipata di handicappato invece che quella di persona.

1.1 L'identità sociale e la percezione da parte dei normodotati

Verso la fine dell'ottocento il termine 'stereotipo' passa dalla tipografia alla psichiatria e viene usato per definire le stesse caratteristiche a livello di funzionamento ideativo o comportamentale dei malati di mente. Più avanti esso viene utilizzato per 'forme semplificate d'interpretazione della realtà', al fine di cogliere gli aspetti invarianti e ripetitivi durante una ricerca. Successivamente assume il significato di pregiudizio cioè di 'esito perverso di processi mentali largamente influenzati da un atteggiamento di acritico rifiuto' (Emiliani e Zani, 1998, p.160). Diventa infine una categoria culturale. A livello psicodinamico il meccanismo dello stereotipo consiste nella proiezione esterna, su targets percepiti deboli socialmente o culturalmente, di sentimenti di odio e rabbia che l'individuo ha nutrito nell'infanzia verso genitori autoritari e frustranti: il bambino idealizza le figure genitoriali e porta l'aggressività verso l'estraneo diverso.

La prima reazione alla disabilità, però, non è lo stereotipo ma la negazione. Si comincia negando che esista una normalità. Chi vive con una persona handicappata e obbligatoriamente ha dovuto con il tempo rinunciare alla negazione, può osservare questa difesa in atto persino nelle procedure burocratiche. Canevaro e Ianes (2003, p.6) propongono di riconoscere ed enfatizzare tutte le differenze: così si modifica la norma ma non la si elimina. A proposito di capacità mentali, nella direzione della legittimazione delle differenze, Gardner (1999) rileva nove forme di intelligenza (linguistica, logico-matematica, spaziale, musicale, corporea, naturalistica, intrapersonale, interpersonale ed esistenziale) e sostiene che 'la configurazione delle intelligenze e i loro rapporti mutano nel tempo per effetto delle esperienze

che gli individui vivono e del senso che danno o non danno loro' (p.73). Diminuire la negazione, nel senso di rassegnarsi all'handicap, a volte è il comportamento di ripiego degli operatori che non sanno più aggiornare i progetti, non riescono a comprendere gli insuccessi e tollerare la frustrazione dell'onnipotenza ferita. Una diminuzione della negazione avviene attraverso una relazione più profonda fondata sugli elementi di realtà; se la persona disabile è disposta a giocare in una relazione autentica, uscendo dalla logica dell'utile, e se la persona non disabile sa guardare oltre il deficit, percependo una persona ancora da conoscere, uscendo dalla sensazione di fatica o dal sentimento di compiacimento, si instaura o reinstaura una reciprocità che permette il salto di qualità politico e culturale chiamato 'integrazione'.

L'integrazione, che è un valore morale ed evolutivo della specie, è quindi prima di tutto accoglienza reciproca, ma nella continuità ha bisogno di essere sostenuta da un modo di percepire il deficit che non influenzi negativamente il rapporto e, in specifico, ha bisogno dell'esplicitazione del contributo dei due attori, alleati nel superamento del deficit inteso come muro che ostacola comunicazione, comprensione, risultati; questo muro non deve appartenere solo ad uno dei due attori, definendone l'identità e le disfunzioni, ma caratterizzare quella specifica relazione: entrambi infatti devono accettare i propri limiti. Questo passaggio è fondamentale e non è scontato che avvenga, tanto meno nella relazione tra disabile e genitori. Si percepisce istintivamente che 'qualcosa danno anche loro' ma le comunicazioni a riguardo sono sempre di stampo filantropico.

Ad esempio nel film 'L'ottavo giorno' (1996, regia di Jaco VanDormael) il protagonista Harry, insegnante di filosofia aziendale, incontra George, ragazzo con la sindrome di Down, e lo aiuta; così facendo si immagina di aver compiuto il suo dovere adeguatamente. Le volte successive che lo incontra, però, lo rifiuta perchè la relazione che suo malgrado nasce, gli sta

chiedendo di non agire per dovere ma per desiderio; a questo proposito Dolto (1977, p.10 ed.it.), analizzando il tipo di insegnamento che Gesù vuole proporre con la parabola del buon samaritano, dice che 'non si tratta di morale secondo la quale ci si deve impegnare volontariamente e coscientemente, ma di una scuola dove s'impara a permettere al desiderio inconscio di attuarsi, non si tratta di una scuola dove si debba forzare il desiderio a reprimersi, per poi gioire della propria azione caritatevole come di una conquista, e successivamente mirare ancora alla ripetizione di atti falsamente caritatevoli' in quanto continuano ad essere fatti per motivazioni diverse dalla carità, che è amore e quindi necessariamente desiderio.

Claudio Imprudente (www.accaparlante.it) intervistato da Canevaro e Ianes (2003, p.11-12), suggerisce tre espedienti: 1) buttarsi nella relazione, cioè prendere coraggio ed essere disposti ad andare anche dove non si è mai andati; 2) toccare con mano, cioè fare esperienza diretta della realtà in questione sulla propria pelle; 3) entrare in empatia, condividere. L'oggetto di cura diventa così soggetto di cultura, e chi non ci riesce è 'normodotato grave'. Ci sono persone, infatti, che presentano, dal punto di vista psichico, un Io particolarmente fragile e rigido, chiuso ai contenuti inconsci, in cui avvertono un pericolo mortale; essi non tollerano l'ambiguità, hanno difficoltà a gestire i propri vissuti emotivi, che esprimono in modo inconsapevole, privilegiano il pensiero chiaro e razionale e trovano una grande difficoltà ad entrare in contatto empatico con l'altro, soprattutto se diverso o disabile; essi si paragonano costantemente con il loro ambiente, cercano di inserirsi senza dare nell'occhio e urtare alcuno; la loro energia viene completamente bloccata e soffrono di somatizzazioni. McDougall parla di 'normopatìa'⁵, cioè di apparente normalità, superficiale assenza di

⁵ In un altro senso, anche Fratini A. (2006, p.1) si occupa della normopatìa: l'incapace, il bisognoso di cura psichica, vive una situazione paradossale nella quale viene esortato e anzi portato chimicamente o/e tecnicamente a stare meglio, finendo così per *soffrire di 'salute mentale'*. Egli sopporta da automa il non-senso della propria esistenza in una via dolorosa muta, senza uno sbocco realmente simbolico che non sia l'immagine, l'avere e il conformismo. In altre parole, la

conflitti dovuta ad un iper-adattamento che provoca distanza dalla propria interiorità e impenetrabilità al lavoro analitico; nello stesso senso, Helen Deutsch parla di personalità 'come se' e Winnicott di 'falso Sé'.

Negare la disabilità è molto più facile quando si tratta di bambini e di ragazzi. La speranza di sconfiggere il ritardo grave e, attraverso sostegno scolastico e riabilitazioni, renderlo medio o lieve, quello medio renderlo lieve e quello lieve renderlo 'semplicità', è una motivazione molto forte per operatori, familiari e handicappati: si spiega ai compagni di classe coetanei che quel bambino è solo più piccolo. Questo funziona per tutti fino ad una certa età, poi diventa di ostacolo alla possibile identità personale e adulta del ritardato. Molte persone trattano istintivamente il ritardato, che sia bambino, giovane, o adulto, come un bambino molto piccolo; questo atteggiamento è comunque meno distruttivo dell'indifferenza, della disconferma (proprio nel senso inteso dalla scuola di Palo Alto) o del rifiuto.

L'identità più difficile da rendere legittima è quindi quella del ritardato adulto: egli viene percepito e considerato 'sempre in ritardo', oppure 'lento di per sé'. A volte è così lento che non fa in tempo ad imparare che ha 14 anni, e ne ha già compiuti 15 o 25. La lentezza grave crea sicuramente delle lacune nell'identità del ciclo di vita, che diventano disadattamenti ed immaturità emotive: il bambino impara a dire che ha 10 anni, ma poi lo dice fino a 20, quando magari impara il senso della quantità e memorizza i simboli numerici, oppure quando inizia una nuova stereotipia.

Mannoni (1976) lega il discorso dell'identità personale alla complessità dei fattori interagenti: tratti psicotici, drammi familiari, perversioni sono alternative identitarie supplementari alle due di base (debole di mente/non debole di mente), anche per il soggetto ritardato: "mi dica che cosa sono" sembrano confidarle questi bambini, "affinché io possa riprendere

tragicità sta nel fatto che egli può permettersi il lusso di non soffrire interiormente e, quindi, di non rimettersi più in questione.

tranquillamente il mio posto, nell'ombra". Il modo con cui queste persone sfuggono al proprio discorso (p.60), facendosi distrarre e distraendo l'interlocutore dai temi più profondi sul Sé e sulla propria storia, rappresentando la frammentazione interna con interferenze discorsive, a volte anche dissociative, per poi riprendere il filo su un piano disperatamente stupido e superficiale, hanno spinto Mannoni a considerare parole vere su di sé solo quelle sfuggite⁶, perché non appartenenti al copione dettato dal desiderio dell'Altro. Mannoni rifiuta persino i test come misura della capacità residua e li accetta solo come indicazioni dei sintomi, perché questo ultimo modo non costringe la prognosi nel senso di una incurabilità di fondo e la riuscita dell'intervento in termini di riadattamento; al ritardato viene infatti assegnata un'identità più vicina a quella degli psicotici che a quella dei nevrotici (Mannoni 1976, p.61), e la logica del riadattamento insegna a gestire più che a trasformare l'identità auto e etero percepita; non va infatti trascurato l'obiettivo di trovare il livello di autonomia giusto, che abbia un senso nell'economia sinergica delle abilità motorie con il livello cognitivo, il quale si collega con la consapevolezza di sé tramite il desiderio di realizzazione, di competenza.

Il problema nasce, secondo Mannoni, spesso dal fatto che l'intelligenza viene artificialmente contrapposta all'affettività, e che 'la debolezza mentale non ha nulla a che vedere con la stupidità, che è piuttosto una difesa nevrotica'; lo sviluppo dell'identità del bambino ritardato è caratterizzata in definitiva per l'Autrice da tre elementi: 1) la situazione duale con la madre, con uno scarso intervento di una figura paterna che rappresenti l'interdizione (che inserisca un elemento di differenziazione all'interno della simbiosi, ndr), 2) il rifiuto della castrazione simbolica (solo in quanto

⁶ Nella comunicazione verbale e non verbale, esistono molti modi non consapevoli per essere autentici; Freud (1901) li raggruppa nell'ambito della 'psicopatologia della vita quotidiana' (ad esempio dimenticanze di nomi e sbadataggini, lapsus, azioni casuali, errori, atti mancati) e li riferisce a materiale psichico non completamente represso che, benché respinto dalla coscienza, ha ancora la possibilità di manifestarsi ed esprimersi (p.244).

oggetto parziale il bambino è esposto alla richiesta dell'Altro), 3) la difficoltà di accedere ai simboli: 'ad un certo punto il bambino normodotato è capace di capire che la prova che deve affrontare non comporta per lui il rischio di amputazione fisica. Quando ciò che è implicito nella minaccia di castrazione non si riferisce più al corpo, il soggetto entra in una dialettica verbale, nel mondo simbolico, abbandonando il rapporto immaginario a due minaccioso' (p.97).

In questo contesto l'Autrice considera più funzionale che il debole mentale sia trattato come un malato di mente piuttosto che cristallizzato nel deficit delle sue capacità, destinato a essere l'oggetto di qualcuno: per la persona ritardata è assai difficile parlare, di lui si parla, anche in sua presenza; gli è difficile desiderare perché da sempre è stato manovrato, letto, rieducato. Se trattato 'come soggetto è preso dall'angoscia perché perde ogni punto di riferimento identificatorio; spesso sente forte la tentazione di rimanere nell'ebetudine' (p.152).

Anche Sinason (1992) sostiene che la stupidità sia qualcosa di diverso dal handicap mentale. La stupidità ha a che fare con la limitazione e l'autolimitazione indotte dalla disabilità, effetto secondario del deficit e della sofferenza emotiva che lo accompagna. Conoscere una persona (disabile e non) equivale a conoscere la sua storia e il modo in cui l'ha vissuta, quindi c'è da capire non solo quale deficit (handicap primario) vissuto con quali difese (handicap secondario), ma anche quale quadro personologico e in quale contesto. Sinason (p.21) individua tre aree principali in cui l'handicap secondario gioca una parte. La prima riguarda il ritardo lieve: qui le caratteristiche individuali aumentano l'handicap originario quando il soggetto cerca di soddisfare le richieste esterne e di far in modo che gli altri siano contenti di lui, cercando giustificazione e accondiscendenza, a costo di inibire le proprie capacità: si crea un handicap nel senso sportivo del termine, che chiede cioè un vantaggio.

Un secondo tipo di handicap secondario è il cosiddetto 'handicap opportunista': un grave malfunzionamento della personalità aggancia il deficit amalgamandosi ad esso. Quando viene installato un nuovo programma su un computer, esso va ad interagire con gli altri programmi al punto che disinstallandolo porta via pezzi di altri e lascia pezzi propri in uso, che si collegheranno con le successive installazioni (provocando le crisi nei periodi significativi del ciclo di vita?); il problema informatico viene risolto attraverso la qualità del programma di installazione-disinstallazione. Nella metafora psicologica, questa qualità è quella delle risorse emotive per Sinason (1992, p.23) e del sistema motivazionale per Ziegler e Bennet-Gates (1999, p.81 ed.it.). E' nel terzo tipo di handicap secondario che Sinason parla di carenza di risorse emotive, tutte utilizzate per sopravvivere col deficit, carenza che non permette la rielaborazione dei normali conflitti interni e del trauma provocato dall'handicap primario e determinato da un 'abuso' (sessuale, fisico, ambientale, sociale, emotivo). La perdita e il trauma sono per Sinason elementi caratterizzanti la vita emozionale ed esperienziale del disabile.

L'identità sociale che partiva dalla negazione, nel continuum verso l'identità personale, diventa infatti differenza in-discriminata dal soggetto stesso, cioè si sente diverso ma non ha chiare le proprie caratteristiche.

1.2 L'identità personale e il quadro personologico

L'identità soggettiva del ritardato, per tutto il ciclo di vita, è caratterizzata da una costellazione di dipendenze: i genitori, i terapeuti, gli insegnanti, i compagni, i vicini, persino gli estranei; essendo l'autopercezione, in molte situazioni, di incompetenza e insicurezza, avere vicino qualcuno cui poter chiedere è infatti fondamentale per evitare blocchi, attacchi d'ansia o di panico.

Per molti autori, in senso simbolico, e per molte tradizioni, in senso sociale, il bambino rappresenta per la donna ciò che le manca; il 'bambino della

notte, quella figura dell'immaginario infantile che è stata relegata nell'inconscio, si oppone al bambino reale come ad un rivale' (Vegetti Finzi, 1990, p.172).

Pollicino, simbolo fiabesco del neonato incompiuto o malato che prolunga la permanenza di una figura surreale (Vegetti Finzi, 1990, p.181), in quanto bambino meno dotato fisicamente, è anche quello più apprezzato ed amato, 'il solo che conosca la strada che porta alla casa materna'. Il figlio, che normalmente rappresenta una conferma narcisistica⁷ per l'Io del genitore, quando è fragile e handicappato ne ferisce il narcisismo perché presentifica una mancanza reale, attivando potenti e differenti reazioni: alcune madri mascherano l'angoscia con il tentativo di riempire questa mancanza reale con le forti richieste di cura e riabilitazione, altre negano il bambino tenendo da lui una distanza eccessiva, altre accettano più o meno consapevolmente la simbiosi permettendo al figlio di avere un Io ausiliario. Questa forte dipendenza dalla madre, utilizzata dal bambino anche in modo tale che lei lo sottragga dai confronti troppo penosi, minaccia ad un certo punto la psiche di entrambi e l'utilità del rapporto.

Essendo chiara in certi momenti a entrambi l'utilità di differenziarsi, anche nei casi in cui il bambino non può allontanarsi fisicamente come può fare quello sano, anche nei casi in cui il bambino-ragazzo non riesce a rappresentarsi cognitivamente la separazione, o non riesce ad agirla e a chiederla esplicitamente per l'angoscia del proprio limite, ad un certo punto dello sviluppo diventa necessario che la madre stessa metta in moto, o anche solo rappresenti, le separazioni costruttive e le differenziazioni identitarie; come dice Vegetti Finzi (1990, p.249) è 'il rapporto che la madre instaura con il bambino, l'evolversi di quella relazione che abbiamo analizzato al suo sorgere in termini di creatività, a costruire un possibile paradigma etico (...)

⁷ Freud sostiene che 'l'Io deve essere considerato come un grande serbatoio di libido, da cui la libido è inviata verso gli oggetti e che è sempre pronto ad assorbire la libido che rifluisce dagli oggetti'. (Laplanche e Pontalis, 1967, p.322)

Invece di occupare il posto di potere, la madre si sdoppia: una parte contiene il bambino immaturo, accoglie le sue tendenze regressive, l'altra si allea con le dinamiche emancipanti del piccolo, con le energie che tendono alla individuazione e alla separazione' (p.252). La madre è 'l'unico padrone assoluto che si autolimita, l'unico tiranno che allenti spontaneamente la presa (...) L'amore materno prevede l'indipendenza del figlio come condizione della realizzazione di entrambi. La lontananza poi non si trasforma in abbandono poiché non sospende il coinvolgimento responsabile della madre, la sua disponibilità' (p.254).

Nel contribuire a questa funzione di separazione, la figura paterna è indebolita da diversi fattori, a volte compresenti: la ferita narcisistica, le difficoltà oggettive del figlio, il rapporto di simbiosi che a volte coinvolge la triade intera (strutturata su un Io ausiliario in cui ci sono due 'madri' che si danno il cambio), l'aver delegato fin dal principio e totalmente alla madre la cura del figlio malato. La separazione per il bambino deficitario (e da lui) richiama il pensiero della morte, considerata in modo esplicito nella società dall'ipotesi dell'aborto fino all'estinzione del gruppo dei disabili per sterilità o per selezione, e richiama il desiderio di morte presente nell'amore sublime e oblativo. Questo implicito sociale di distruttività collettiva verso il disabile come individuo e verso i disabili come gruppo (sottospecie), è sottolineata da Sinason (1992, p38) come una delle fonti del trauma, devastante per l'identità dei suoi pazienti ritardati in psicoterapia: 'vorrei che tu non fossi mai nato' diventa 'tu non dovresti essere vivo, ora' e per di più alcuni di loro sono realmente vivi per miracolo⁸.

⁸ La tradizione riporta la vicenda di Tarpea, leggendaria fanciulla romana che avrebbe aperto ai sabini le porte della rocca capitolina; forse da lei deriva il nome della *Rupe Tarpea*, presso il Campidoglio, dalla quale venivano precipitati i traditori. A volte questa rocca viene confusa con il *Monte Taigeto*, nel Peloponneso, sul quale la tradizione narra che gli Spartani esponessero i bambini nati deformi e ritenuti inabili alla vita militare (Enciclopedia Universale Garzanti, 1996). Il fatto che ci sia confusione tra i 'traditori' e i 'deformi' evidenzia l'aspettativa tradita di figli sani.

Se il bambino deve imparare a vivere per conto proprio, soprattutto psicologicamente, lo stesso è vero per i genitori che devono assumersi la responsabilità della loro vita e di una propria analisi (Mannoni, 1976, p.103) per liberare il figlio dalle proprie proiezioni in alcuni casi, e 'investirlo' (nel senso di creare un investimento su di lui) in altri. Bion (1959 in Bott Spillius, 1988, p.28 ed.it.) differenzia un'identificazione proiettiva patologica, usata per evacuare e frammentare contenuti mentali, e un'identificazione proiettiva fisiologica, forma comunicativa che può influenzare il ricevente ed essere a sua volta influenzata dalla risposta di quest'ultimo. Nell'identificazione proiettiva patologica la parte psicotica attacca la parte che attua la rimozione e che è consapevole della realtà, con la frammentazione di quella stessa parte, in particelle proiettate, dette da Bion 'oggetti bizzarri'. Questi elementi aumentano nel bambino la sensazione persecutoria delle figure genitoriali, già normalmente disturbanti se eccessivamente fusionali, e di molti oggetti reali della sua vita. L'adulto che favorisce l'identificazione proiettiva sana del bambino ritardato è sicuramente un adulto con grandi capacità di contenimento e di rêverie⁹, disponibile ad accogliere le proiezioni del bambino e in grado di restituirle rielaborate, ma anche capace di contenere le proprie proiezioni, che con il soggetto disabile risultano poi essere le aspettative deluse e la propria aggressività.

L'identità soggettiva del ritardato, sia in costruzione sia in fasi più definitive come nell'età adulta avanzata, quando magari non ci sono più i genitori a definirlo 'piccolo', richiama una configurazione¹⁰ di elementi semplici ma in

⁹ La capacità materna di rêverie si avvicina al concetto winnicottiano di 'holding materna', ma se ne differenzia in quanto implica anche la capacità di trasformazione degli elementi primitivi proiettati. La madre non si pone solo come 'oggetto che serve', ma anche primariamente come 'oggetto che pensa' il bambino e al posto del bambino, che introietta, infine, oltre agli elementi 'trasformati' o 'pensati', anche la funzione stessa del pensare.

¹⁰ Albasi (2005 b) sostiene che non è sempre più utile concepire la patologia nello stesso ordine di discorso della salute, anche se i due processi, nella realtà, sono sempre embricati e spingono a pensare a differenze solo quantitative. La patologia non crea connessioni sulle stesse basi della salute; per esempio non espande gli stati di coscienza e neanche li lascia così come sono già

un disegno complesso e complicato dalla scarsa flessibilità cognitiva, una struttura in cui i simboli sono così stabili da tendere alla concretezza, e 'i disturbi spazio-temporali vanno di pari passo con la difficoltà di orizzontarsi nell'immaginario' (Mannoni, 1976, p.51). Secondo Mannoni questi bambini hanno difficoltà a situarsi nei confronti del significante paterno per cui, per esempio, una rieducazione spaziale effettuata per mezzo della parola, a cui è intrinseco un elemento significante, incide talvolta negativamente sul bambino proprio a livello del linguaggio.

Curando troppo affrettatamente il sintomo con una rieducazione, si rischia per Mannoni di provocare un improvviso sbocco psicotico, perché il bambino esprimerà in modo diverso la propria alienazione, per esempio con il discorso perturbato, lo sconvolgimento dell'orientamento e del ritmo.

L'identità soggettiva è caratterizzata dal problema dell'intelligenza, dalla diversità a-normale, cioè così distante dalla norma da starne fuori. L'intelligenza stessa si struttura in alcune persone ritardate molto difese, 'in modo tale che non diventa mai un'interrogazione sulla vita e sulla morte, ma che è questa morte stessa' (Mannoni, 1976, p.147). In altri, esistenzialmente più consapevoli (aspetto che non correla con la gravità del deficit cognitivo, come non correla con il QI nei normodotati), il problema dell'intelligenza non si pone come prioritario al proprio Sé, perché le domande sul funzionamento del mondo, dei sentimenti e delle emozioni, della mente degli altri, della vita e della morte, sono talmente insoddisfatte da cortocircuitare nella ripetizione, anch'essa poi usata come difesa se non, addirittura, psicoticamente come strumento di frammentazione del pensiero. I casi di fragile senso del Sé possono 'essere una conseguenza dell'incapacità di rappresentarsi i propri sentimenti, credenze e desideri con una chiarezza sufficiente a fornire un intimo senso di se stessi come entità

organizzati, ma tende a disarticolargli e restringerli attraverso collusioni interpersonali e dissociazioni.

mentali; ciò genera in questi individui paure intollerabili di disintegrazione mentale e un senso del Sé disperatamente fragile' (Fonagy, 1996, p.6). Adattamenti graduali e costanti facilitano lo sviluppo di un mondo interno nel quale si possa sperimentare il comportamento degli altri come comprensibile, significativo, prevedibile e umano.

Sinason (1992, p.60) sostiene che tutti i ritardati sanno di essere diversi, sentono che questa diversità non è una buona differenza, il segno che biologicamente è andato storto qualcosa, e implicitamente che Dio, creandoli, li ha amati meno, o che Dio stesso sia incapace (cfr. il film 'Figli di un dio minore'); questa deduzione viene fatta in alcuni casi di ritardo lieve, dove la quantità ha un senso, mentre nel ritardo medio e grave si concretizza in forti sentimenti di gelosia e invidia nei confronti degli altri.

La questione sia dell'identità individuale sia delle caratteristiche comuni nelle persone con deficit cognitivo, viene articolata da Ziegler e Bennet-Gates (1999, p.233 ed.it.) in un'ottica di sviluppo della personalità; gli autori individuano cinque costrutti di personalità e/o motivazionali. Ziegler infatti enfatizza il ruolo delle componenti motivazionali, che creano o meno carenze supplementari a quelle cognitive. I costrutti sono 1) tendenza alla reazione positiva, nel rapporto (a volte dipendente) con l'adulto supportivo; 2) tendenza alla reazione negativa, con diffidenza nei confronti di estranei; 3) aspettativa di successo o di fallimento davanti ad un compito nuovo; 4) tendenza a farsi guidare dall'esterno, guardando gli altri al fine di ricevere suggerimenti quando si devono affrontare problemi; 5) motivazione di competenza, soddisfazione che prova nell'affrontare e risolvere compiti difficili cioè nel sentirsi competenti. Gli altri due costrutti emersi dall'analisi fattoriale sono 6) curiosità/creatività, 7) obbedienza, cioè comprensione implicita o esplicita della necessità di seguire indicazioni specifiche in una data situazione.

Dalle ricerche condotte è emerso che gli individui con ritardo mentale (soprattutto quelli con ritardo culturale – familiare, dicono gli autori, ma la distinzione rispetto al ritardo con origine organica è controversa) tendono a riportare punteggi inferiori nel livello di aspettativa di successo, nella motivazione alla competenza, nella curiosità/creatività, e nell'obbedienza; punteggi superiori nella tendenza alla reazione positiva e nella tendenza a lasciarsi guidare dall'esterno; non significativamente diversi nella tendenza alla reazione negativa (questo è un dato problematico, prima di tutto perché ricerche precedenti sostenevano il contrario, in secondo luogo perché lo studio dei comportamenti sulle sindromi genetiche ha individuato caratteristiche specifiche all'interno di alcune: ad esempio nella sindrome dell'X Fragile è la tendenza alla reazione negativa mentre nella sindrome di Williams è la tendenza alla reazione positiva).

Il quadro caratteriale tipo è quindi quello di una persona insicura, inibita ma ribelle, che vuole essere aiutata. Le componenti motivazionali derivano soprattutto dall'influenza ambientale: ripetuti fallimenti, senso d'impotenza appresa, carenze a livello di educazione familiare, madri intrusive anche se iperstimolanti. Anche aspetti interni determinano il quadro motivazionale: alta incapacità a reggere le frustrazioni, alta motivazione estrinseca, bassa autostima, orientamento alla prestazione (desiderio di ottenere giudizi positivi ed evitare quelli negativi) e all'evitamento (ottenere il massimo con il minimo impegno), obiettivi sociali (desiderio di compiacere o di appartenenza o di solidarietà), facendo riferimento alla classificazione terminologica di Murphy e Alexander (2000, in DeBeni e Moè, p.39).

Harter (1978), riportato e approfondito da DeBeni e Moè (2000, p.57), ha esaminato lo sviluppo della motivazione di 'effectance', che attiva nel bambino tentativi di padronanza nell'area cognitiva dell'apprendimento, nell'area sociale del rapporto con i compagni, e nell'area fisica del gioco e dello sport: se il bambino normodotato viene sostenuto nei suoi primi

tentativi di padronanza e ottiene rinforzi positivi e di approvazione, tende a sviluppare un sistema di autoricompensa, che rende sempre meno importante l'approvazione e la ricompensa esterna, sviluppando obiettivi di padronanza. Questi a loro volta consentono di affrontare le situazioni come una sfida in cui ci si mette alla prova allo scopo di sentirsi efficaci. La percezione di controllo fa sentire il soggetto personalmente agente nella situazione e dipende dalla quantità d'impegno dedicato al compito, dal tipo di approvazione e dal risultato. La sfida ottimale è la situazione in cui il soggetto può vivere la difficoltà del compito come una sfida, con la possibilità di mostrarsi competente.

Le dinamiche motivazionali del soggetto disabile s'intersecano in modo molto più serrato con quelle dell'adulto, in quanto il sostegno ai tentativi di padronanza e all'impegno deve essere prolungato per moltissimo tempo, e la costruzione di sfide ottimali viene fatta adeguatamente solo da adulti competenti nell'handicap.

Infine la debolezza delle capacità metacognitive, cioè l'incapacità di comprendere la natura meramente rappresentazionale del proprio pensiero e di quello degli altri, rende i ritardati vulnerabili di fronte ai comportamenti altrui poco coerenti, a cominciare da quello della madre. Nei casi estremi di abuso e trauma il bambino è costretto a sviluppare un'immagine negativa di sé, avere al proprio interno un oggetto persecutorio estraneo e non assimilabile.

Quando la ricerca di rispecchiamento e contenimento del bambino non ha avuto esiti positivi, la successiva spinta verso la separazione darà luogo solo ad un movimento verso la fusione; più il soggetto cerca di essere se stesso più diventa simile al suo oggetto perché questo è parte della struttura del Sé (Fonagy, 1996, p.4).

Capitolo 2 - Lo sviluppo e il ciclo di vita della persona con ritardo mentale

La persona con ritardo mentale ha uno sviluppo in cui le tappe definite nel percorso normale hanno caratteristiche aggiuntive (o pregiudiziali) stabili o evolutive. Ciò significa che è necessario definire le tappe dello sviluppo normali caratterizzate da altri aspetti legati al ritardo, alcuni stabili e specifici del ritardo in sé, altri evolutivi e specifici della tappa di crescita nel ritardo.

Le tappe dello sviluppo, individuate anagraficamente, sono proprio quelle che definiscono che una persona è in ritardo. Le 'forze di base' che Erikson (1982) classifica per ogni età, descrivono bene la direzione in cui deve attivarsi la rete di supporto e di riabilitazione quando voglia essere progettata sull'età del soggetto con handicap. Il 'dilemma' per questo autore è la crisi fisiologica che va superata; dalla crisi nasce una 'forza di base'. Siccome nel ritardo ogni crisi rischia di bloccare ulteriormente lo sviluppo, la rete di supporto deve essere consapevole del tipo di crisi evolutiva che è in corso, connotata dalle conseguenze della stagnazione e della lentezza fisiologica del ritardo. Segue lo schema di Erikson:

	Fase orale	Fase anale	Fase fallica	Fase di latenza	Pubertà	Genitalità		
ETA'	Infanzia 0-18 mesi	Fanciullezza 18mesi-3anni	Età del gioco 3-5 anni	Età scolare 6-11 anni	Adolescenza 12-20 anni	Gioventù 20-25 anni	Età adulta 25-60 anni	Età senile 60anni in poi
DILEMMA	Fiducia/ sfiducia	Autonomia / dubbio vergogna	Iniziativa/ senso di colpa	Industria/ senso di inferiorità	Identità/ confusione d'identità	Intimità / isolamento	Generatività/ stagnazione	Integrità / disperazione
FORZA DI BASE	speranza	volontà	finalità	competenza	fedeltà	amore	cura	saggezza

Ad esempio nell'infanzia (0-18 mesi) la forza di base è la speranza, che nasce dalla risoluzione positiva del dilemma 'fiducia/sfiducia di fondo' all'interno della relazione soggetto-ambiente. Alla nascita di un bambino disabile, le frustrazioni, le ferite narcisistiche e il lutto dei genitori rischiano di impedire la fondamentale sensazione del bambino di sentirsi voluto, accolto, amato. Alcuni ritardi psicomotori e mentali non sono ancora evidenti a questa età, ma sono sottilmente percepiti dalla madre. Se però la coppia coniugale e ogni coppia genitore-figlio riesce a sperimentare la fiducia e il dono ricevuto, allora la disperazione rimane situazionale, circoscritta a qualche momento (per esempio quello della diagnosi), ma non diventa la base del rapporto e quindi della psiche del bambino. Anche il bambino organicamente molto lesso partecipa a questa crisi iniziale che favorisce o ostacola l'attaccamento.

Il secondo dilemma nei bambini sani amati sfocia nella possibilità di avere una volontà propria. Essendo in questione l'autonomia versus il dubbio e la vergogna (il dubbio come blocco cognitivo e la vergogna come blocco emotivo) il bambino disabile si trova da subito di fronte ai suoi limiti fisici e psichici, oltre che alla vergogna dei genitori in certe situazioni¹¹. La volontà soggettiva fa fatica ad instaurarsi e la dipendenza decisionale è il prezzo della dipendenza fisica o psicologica. Parallelamente alla risoluzione della vergogna-senso di colpa dei genitori per aver procreato un bambino non perfetto, il bambino comincia ad acquisire assertività nei desideri e nell'esplorazione.

Il dilemma successivo è tra iniziativa e senso di colpa nel bambino; a questa età la riabilitazione inizia ad essere massiccia ma deve essere già finalizzata dalla definizione dei deficit, non solo come diagnosi generale ma specifica,

¹¹Vegetti Finzi (1990) sottolinea come la situazione sia complessa in ogni caso: 'il figlio fantasticato si configura come una duplicazione narcisistica di sé, come un'ombra prodotta dall'Io nel momento in cui si stacca dal tutto materno' (p.119) e più avanti scrive: 'Accade che le fantasie perdurino e che il figlio reale si trovi costantemente svantaggiato di fronte al suo predecessore immaginario, braccato da un inespresso giudizio materno di inadeguatezza. Il proliferare, talora parossistico, di interventi ortopedici (occhiali, ortodonzia, ginnastica correttiva, cure ricostituenti, fonazione) rivelano il fallimento del riconoscimento originario' (p.227).

data da 1) fenotipo comportamentale (O'Brien e Yule 1995), 2) valutazione neuropsicologica (Denes e Pizzamiglio, 1996), 3) quadro personologico (Ziegler e Bennet-Gates, 1999), 4) eventuali psicopatologie (Pilone, Muzio, Levrero 2000). Lo sforzo necessario a coordinare questa ricerca complessa è massiccio, e quando non può farlo un genitore difficilmente viene svolto da operatori del servizio di neuropsichiatria infantile o dal medico di famiglia (Rovetto, 1996, p.25) E' necessario comunque evitare gli interventi assistenziali generalizzati (e con questo non s'intende screditare l'intervento dell'educatore o dell'assistente domiciliare, quanto le prese in carico non definite da precisi obiettivi ma solo da 'progetti'), che aumentano la dipendenza e l'insicurezza nel bambino, i sensi di colpa in lui e soprattutto nei genitori per aver dato una delega globale agli operatori.

Se i genitori e i riabilitatori maturano una conoscenza specifica di quel bambino di fronte alle diverse difficoltà allora i livelli di competenza di tutti s'innalzano e il bambino ritardato acquisisce i metodi, cioè le buone abitudini e le domande che con fatica gli sono state messe dentro (quelle stesse che nei bambini normodotati sono spontanee); per esempio, imparando il gioco dei confronti (vedi metodo Feuerstein, in Italia soprattutto con www.mediationarca.org) egli impara a porsi la questione metacognitiva (adesso mi devo fare la domanda 'cosa c'è di uguale/diverso tra questi due oggetti?') anche solo come stereotipia, se è stato almeno addestrato a farlo. Questo addestramento al metacognitivo, anche se non produce i risultati della mente in grado di farlo spontaneamente, rientra negli obiettivi specifici: apre spazi più ampi nella considerazione degli oggetti osservati e dell'azione dell'osservare, e un interesse maggiore a scoprire le funzioni (industriosità).

La quinta tappa, quella adolescenziale, arriva nella vita del ragazzo ritardato con connotazioni legate alle pulsioni sessuali o alla chiusura, più che alla ribellione. La fase di latenza è poco individuabile nello sviluppo del

ragazzino con ritardo mentale mentre la pubertà o ritarda o s'impone, in certi casi, per carenza di autocontrollo, di inibizione sociale, o per problemi di regolazione del sistema nervoso. Se la famiglia è preparata, l'impatto della sessualità sulle dinamiche familiari e scolastiche è molto meno distruttivo. L'identificazione di genere sembra in ogni caso rimanere superficiale: 'in G. (35 anni), appare parziale, incompiuta, paradossale, avviene per ricombinazione randomizzata....l'involucro è maschile mentre il mondo interno è faticosamente ricombinato secondo modalità casuali' (Venturini, 2004, p.43). Con il fallimento percepito della propria capacità di far innamorare (sofferenza presente soprattutto nei giovani con sindrome di Down quando il ritardo è lieve) il rischio sono l'isolamento o un ritorno rabbioso dalla madre, soprattutto quando il ritardo è troppo grave per poter indirizzare le energie verso la generatività espressiva, creativa, professionale. La demenza senile o la chiusura chiudono la storia, poiché in età avanzata aumenta la solitudine o avvengono istituzionalizzazioni non riabilitative.

2.1 Infanzia

I fondamenti teorici per una psicologia dello sviluppo del bambino con deficit mentale, sono quelli che considerano esplicitamente o implicitamente l'esperienza del ritardo come potenzialmente sempre traumatica, ma in qualche modo trattabile e modificabile, con i cambiamenti dell'ambiente, la psicoterapia, le riabilitazioni, lo sviluppo stesso. In questo ambito l'approccio differenziale che interessa la ricerca oggi non è più quello tra bambino normale e bambino ritardato, ma tra lo sviluppo semplicemente ritardato, lo sviluppo ritardato complicato nevroticamente e la psicosi con ritardo.

Alla nascita l'Io si trova impotente di fronte all'accumularsi dei bisogni istintuali, e in ogni successiva situazione di dolorosa insoddisfazione, l'esperienza viene vissuta come pericolosa e provoca angoscia. L'essenza del pericolo è rappresentata dall'ammissione della nostra impotenza di fronte al

pericolo stesso. Con il concetto d'istinto di morte Freud mette l'angoscia in rapporto direttamente con l'autodistruzione. Il pensiero kleiniano parte da qui, per cui non solo la patologia ma anche lo sviluppo normale del bambino rappresenta una difesa contro l'angoscia originaria di morte, che provoca la costruzione di strutture psichiche sempre più stabili ed evolute. Secondo Freud la libido narcisistica fa spostare verso l'esterno l'istinto di morte, e una parte rimane all'interno costituendo il masochismo primario. Klein (1932) riconosce un altro mezzo per dominare le pulsioni distruttive che rimangono nell'organismo: saranno difese mobilitate contro la parte proiettata sull'oggetto stesso. Si crea così una scissione nell'Es, primo passo verso il Super-Io.

Nei primi mesi di vita la realtà è percepita come frammentata in 'organi' o oggetti parziali; il primo è il seno, che rappresenta il mondo esterno nella sua totalità. Alla scissione tra Es e Io corrisponde una scissione tra seno buono idealizzato e seno persecutore cattivo; questa fase è chiamata da Klein 'posizione schizo-paranoide'. C'è uno scambio di proiezioni e introiezioni tra l'Io e la realtà da cui si sviluppano l'identificazione proiettiva e introiettiva. Nella misura in cui l'oggetto internalizzato è persecutorio, esso viene utilizzato come Super-Io e diventa nemico dell'Es, permettendo il controllo della pulsione distruttiva. La realtà viene percepita travisata dalle pulsioni dell'Es e dai meccanismi difensivi dell'Io: la scissione porta ordine in questo travaglio perché permette la netta separazione del buono e del cattivo e, nella normale crescita, l'introeiezione per la maggior parte di oggetti buoni. Quando l'Io è sufficientemente arricchito dal seno buono internalizzato può cominciare a sintetizzare e integrare le parti scisse. Si arriva così alla 'posizione depressiva', in cui la madre è percepita come oggetto totale, con parti buone e cattive, separato da sé. Di pari passo all'integrazione si sviluppa il senso della realtà psichica distinta dalla realtà esterna. L'angoscia viene dalla paura di distruggere l'oggetto amato per cui il bambino si sforzerà di imparare a riparare e, da ciò, a sperare.

Le psicosi schizofreniche o depressive sono in diretta connessione con le due posizioni descritte. Anche il funzionamento del pensiero della persona con ritardo è in connessione con la fissazione nelle due posizioni, anche in contemporanea, come succede in alcuni pazienti schizofrenici regrediti in cui il Super-Io ha caratteristiche persecutorie e depressive.

Straordinariamente vicino al funzionamento del Super-Io in persone con deficit mentale è la descrizione che Klein fa delle origini precoci del Super Io; proiettando i propri impulsi libidici e aggressivi sugli oggetti esterni, il neonato si crea immagini di un seno buono e di un seno cattivo. Queste due immagini introiettate contribuiscono alla formazione dell'Io e del Super-Io ma 'se durante la fase paranoide l'aggressività e, di conseguenza, le angosce paranoide aumentano per cause interne ed esterne, le fantasie di oggetti persecutori saranno predominanti e disturberanno la capacità di mantenere gli oggetti buoni al proprio interno, capacità da cui dipende lo sviluppo di un Io e di un Super-Io normali; in questi casi il nucleo del Super-io primitivo avrà carattere persecutorio (...) L'oggetto buono altamente idealizzato accresce la severità del Super-Io' (Rosenfeld, 1952 in Bott Spillius, 1988, p.35 ed.it.). Quando le angosce paranoide diminuiscono, compare l'angoscia depressiva, ma se c'è un difetto nella normale elaborazione depressiva, la regressione alla posizione paranoide viene rafforzata (Klein, 1946, in Bott Spillius, 1988, p.36 ed.it.).

Le cause interne ed esterne che aumentano le angosce paranoide sono facilmente individuabili nello sviluppo di un bambino con deficit, come anche la ciclicità non evolutiva dell'alternanza delle posizioni. Questi fattori portano a caratterizzare il pensiero ritardato nei termini di un Super io persecutorio che salva da un'angoscia depressiva insopportabile perché incapace di riparare l'oggetto buono, anche se la causa non è l'odio della realtà che provano gli psicotici. L'oggetto buono è altamente idealizzato e la simbiosi del bambino con gli oggetti non permette né separazione né

autoriparazione. La realtà psichica è più faticosamente distinta dalla realtà esterna, e il difetto nella simbolizzazione¹² porta il soggetto a sentire che le parole sono (quasi) le cose reali che indicano.

L'Io ausiliario della madre o del padre ripara le rotture che avvengono durante il manifestarsi delle angosce depressive e diminuisce la persecuzione del Super-Io primitivo. Anche l'Io ausiliario del terapeuta assume la funzione riparatrice e di contenimento, ma può non riuscire a mediare in assenza prolungata. La presenza fisica dell'Io ausiliario è una necessità che dura per molto tempo nello sviluppo in presenza del ritardo, e questo per diverse cause: la difficoltà nella percezione del tempo e delle quantità di tempo (per cui è intollerabile aspettare il ritorno della mamma), la difficoltà a costruirsi un'immagine interna sostitutiva dell'oggetto buono e rappresentarla efficacemente negli oggetti transizionali (che rischiano di essere proiezioni dissociative), il mancato utilizzo di comportamenti ossessivi in sostituzione di quelli paranoico persecutori (per cui posso dondolarli o contare o roteare oggetti solo fino a quando torna la mamma senza rischiare di rimanerne prigioniero), posso ragionare con me stesso che la mamma può avere avuto un imprevisto senza aumentare con questo stesso pensiero il terrore di perderla: 'una regola fondamentale, per il trattamento del bambino simbiotico, è di non esporlo mai al pericolo della perdita dell'oggetto fusionale, sia come perdita reale, sia come perdita della rappresentazione interna allucinatoria, perché questo pericolo è per lui fonte di annientamento' (Bonaccorsi 1980, p.65).

Anna Freud dissente da M.Klein nella cronologia della formazione del Super-Io, il quale si formerebbe solo con la risoluzione del complesso d'Edipo. In quest'ottica, non sarebbe giustificabile il crudele Super io che alcuni bambini deficitari sviluppano nonostante non abbiano superato il

¹² Freud usò il termine "simbolizzazione" in due accezioni: una "segnica", che appartiene al normale processo di pensiero, in cui il simbolo rappresenta l'oggetto e connette la mente e la cosa; una "realistica", che appartiene al pensiero patologico, in cui il simbolo sostituisce l'oggetto e viene trattato come se fosse una cosa.

complesso d'Edipo; la sottomissione al principio di piacere dovrebbe in teoria evitare loro per esempio di rimuginare inutilmente e instancabilmente, mentre in realtà accade il contrario, cioè il principio di piacere s'infiltra nella funzione superegoica troppo presto, prima che si strutturi il senso morale che rende giustificata questa connessione. Secondo Klein (1932, cit. da Bonaccorsi, 1980, p.70) 'l'analisi risolve le fissazioni sadiche diminuendo in tal modo la severità del Super-Io e contemporaneamente, l'intensità dell'angoscia e la pressione dei desideri istintuali', anche se parte del Super-Io crudele si mantiene comunque a stadi pregenitali, soprattutto se l'analisi avviene in età adulta.

Tutto ciò va inserito nella cornice che vale per ogni bambino, che suggerisce di 'non stigmatizzare il carattere del bambino con giudizi che rischiano di immobilizzarlo in uno stereotipo; è importante capire che cosa lo spinge a comportarsi in modo negativo per se stesso, prima ancora che per gli altri. O al contrario ad essere un bambino così 'bravo', così 'intelligente', così 'perfetto' da non riuscire neppure a capire quale sia la sua vera indole. Solo attraverso la comprensione degli impulsi e dei sentimenti che egli stesso non sa ancora come esprimere, possiamo entrare in sintonia con lui, aiutarlo a conoscere se stesso incoraggiandolo a potenziare le sue qualità e correggere i suoi difetti senza snaturare la sua indole' (Vegetti Finzi e Battistin, 1996, p.207).

2.2 Adolescenza

L'adolescente con deficit mentale, secondo Marcelli e Braconnier (1991, p.394), risente e percepisce le stesse pulsioni dei suoi coetanei normali in pubertà. Gislon (1993) parla di 'simbiosi ambivalente' per cui l'adolescente vive, con la stessa intensità e nello stesso momento, il desiderio e la paura di diventare autonomo e di rimanere dipendente; 'la presenza di spinte verso un processo di autonomia ed indipendenza non elaborabili né realizzabili, spesso trovano la soluzione in un'adesività sociale (comportamenti di falso

sé) o in un grave disadattamento (comportamento antisociale)' (Capozzi, 1994, p.404). Il risveglio della sessualità e il desiderio d'emancipazione, anche se irrealizzabili, comportano le pulsioni e la ricerca dell'altro sesso, che però non passa per gli usuali giochi erotici e può assumere un carattere compulsivo. Il desiderio sessuale può giungere più tardivamente. L'adolescenza è il periodo in cui si accentuano le dismorfie e i repentini cambiamenti d'umore, che, con la gestione disarmonica della pulsione e la scarsità di esperienza, provocano il secco allontanamento dei terzi. I riferimenti morali convenzionali, il carattere malleabile e impressionabile possono provocare il coinvolgimento in attività erotiche disordinate.

Secondo Tomkiewicz (1982, in Marcelli e Braconnier, 1991, p.396) è la gravità dello stato somatico e comportamentale del bambino che influenza il modo in cui si sviluppa l'adolescenza. Egli distingue tra 1) polihandicap, 2) insufficienza mentale profonda e 3) psicotici deficitari profondi.

Nel polihandicap le condizioni fisiche predominano; il passaggio all'adolescenza si manifesta con un aumento di peso, con la comparsa dei caratteri sessuali secondari, con l'aggravamento delle difformità, in particolare della colonna vertebrale e delle anche. Alcuni gravi non presentano apparentemente alcun contatto affettivo, altri sanno almeno mostrare i bisogni fondamentali a tutti i caregivers, altri, anch'essi senza il linguaggio, mostrano una qualità della relazione, anche solo per la capacità di modulare lo sguardo, e la capacità di attaccamento a figure specifiche. Nell'adolescenza questo legame di attaccamento s'intensifica, proprio quando spesso diventa necessario il ricovero; secondo Tomkiewicz (1982 in Marcelli e Braconnier, 1991, p.397) le ripercussioni psichiche dei cambiamenti fisici si concretizzano nel rafforzamento o nella rottura del legame.

Nell'insufficienza mentale profonda l'autore raggruppa i ritardati gravi senza grosse angosce o gravi turbe affettive: durante l'adolescenza si rafforzano i

loro atteggiamenti stereotipati, essi tentano di esprimere i desideri e l'individuazione con fughe o collere; nel campo della sessualità riescono ad esprimersi fisiologicamente nella masturbazione, e gli occasionali contatti possono essere omo e/o eterosessuali.

Tra gli psicotici deficitari profondi l'autore classifica le psicosi precoci e l'autismo infantile con evoluzioni deficitarie. La loro adolescenza è caratterizzata dalla perdita degli atteggiamenti infantili, il rallentamento nei progressi, l'emergenza di comportamenti auto etero aggressivi. La masturbazione può essere ossessiva e l'abuso frequente. L'assenza di differenziazione sessuale intrapsichica è per l'autore evidente nei casi di lunghe psicoterapie.

Le modificazioni somato-psichiche sono quindi gli aspetti caratterizzanti l'adolescenza nel ritardo medio e grave, ma i processi intrapsichici non sono simili a quelli dell'adolescenza normodotata. Anche le complicazioni psicopatologiche tipiche di questo periodo, ad esempio i passaggi all'atto e le condotte delinquenziali, i disturbi alimentari, le condotte centrate sul corpo, la depressione, le tossicomanie e il consumo di alcool, sono inseriti in un quadro più esteso di comportamenti tipici di ogni sindrome e del grado di ritardo. Ogni soggetto poi ha la sua storia, nel vissuto e nell'esperienza, condizionata anche dalla qualità dell'ambiente.

A questo proposito Pietropolli Charmet (2000, p.97) individua il Sé aggressivo, il Sé asessuato, il Sé sociale e il Sé creativo come nuovi Sé che si attivano nel mondo rappresentazionale del ragazzo. Egli sostiene che nel preadolescente il Sé sessuato compare in seconda battuta, sulla scia del Sé aggressivo, probabilmente perché quest'ultimo allarga gli spazi di manovra e di libera espressione sia nel mondo interno sia nella realtà relazionale. La rottura dei rapporti di dipendenza e la definizione di spazi privati permette al ragazzo di vivere le prime pulsioni con una presenza non più totale dei genitori. Questa sequenza non avviene nel caso dell'handicap mentale e la

famiglia è costretta a 'partecipare' al percorso degli impulsi sessuali, delle scoperte, delle limitazioni (solo in camera tua con la porta chiusa!). Quando il ritardo non è già precedentemente complicato da psicosi, i genitori si trovano per la prima volta a dover decidere se far assumere un farmaco che attenui la pulsione. Quando il Sé sociale si attiva, in tutti gli adolescenti, e a maggior ragione nei ragazzi con ritardo, può fallire la realizzazione delle istanze sociali nel caso che le spinte aggressive e sessuali siano troppo prepotenti: sempre ci sarà allora l'uso compensatorio e difensivo della sessualità o dell'aggressività 'rispetto al dolore quasi insopportabile che provoca nella mente dell'adolescente la percezione o il sospetto del proprio fallimento sociale, cioè della propria incapacità di rendersi visibile e di conquistare l'accesso alla partecipazione allegra e laboriosa alla costruzione della microsocietà dei coetanei' (Pietropolli Charmet, 2000, p.99).

La tappa finale è data dal presentarsi del Sé creativo, espressione e tramite più diretto del vero Sé: diventa perciò fondamentale la riabilitazione di tipo espressivo, per evitare al ragazzo ritardato la rigida strutturazione del 'falso sé', sempre incombente nello sviluppo delle persone con deficit mentale (Mannoni 1976; Sinason 1992; Montobbio 2002). Alcuni ragazzi con ritardo lieve fanno l'esperienza che Petter (cit. da Confalonieri e Grazzani Gavazzi, 2002, p.91) chiama 'marginalità psicologica volontaria': è il desiderio di compiere scelte ed esperienze dirette, valutando risultati e conseguenze con la propria testa, rimanendo sospesi tra famiglia e mondo esterno per scelta.

2.3 Età adulta

Al termine dell'adolescenza il ragazzo normodotato dovrebbe possedere una certa consapevolezza di sé e delle proprie caratteristiche, che Erikson (1982 in Confalonieri e Grazzani Gavazzi, 2002, p.21) classifica come segue: 1) continuità e consistenza interna, 2) reciprocità, corrispondenza dell'immagine che abbiamo di noi e quella percepita dagli altri, 3) libertà con accettazione dei propri limiti, 4) avvertire una destinazione, avere un

progetto di vita. Se questi obiettivi non sono raggiunti, l'identità risulta confusa a livello dei ruoli sociali giocati per l'età anagrafica, con un conseguente senso di inadeguatezza. La costruzione dell'identità però è un processo che continua sia che i compiti di sviluppo siano soddisfatti sia che non lo siano. Infatti, anche dal un punto di vista degli apprendimenti, i risultati ottenuti dagli studi genetici sull'intelligenza e sui fattori ambientali, sostengono che questi ultimi diventano meno importanti con l'età, mentre quelli genetici aumentano la loro influenza con l'età; nelle situazioni di privazione affettiva o di ipostimolazione, quindi, i soggetti ritardati possono sviluppare in età adulta delle abilità geneticamente possibili ma ostacolate dall'ambiente.

Nell'età adulta, un percorso di adattamento su due fronti, inteso come lo sforzo di rendere più convenzionale la risposta della persona con ritardo rispetto all'oggettiva domanda esterna, ma anche come reperimento e identificazione delle possibili risposte individuali alle richieste esterne, disegna un *ruolo personalizzato per il giovane adulto*. Avendo lo spazio per far ciò, in un contesto solo in parte protetto, il soggetto può sviluppare una consistenza interna costante. La corrispondenza dell'immagine interna con quella esterna è invece il più improbabile degli obiettivi sopra elencati, anche quando forme di reciprocità siano state raggiunte. Anche se ad una certa età l'adulto si può essere reso conto delle proprie caratteristiche, in parte liberato da adesività, identificazioni patologiche, proiezioni e falsi sé, difficilmente sarà riuscito a sviluppare una sicurezza e un'autostima tali da non farsi ferire da alcune immagini che gli altri hanno di lui. Questo è un problema che si ripercuote sull'autocontrollo dell'emotività, anche perché molte persone con ritardo mentale hanno il tratto caratteriale della *permalosità*, sviluppato a causa di una scarsa flessibilità e del continuo giudizio negativo a cui sono socialmente esposti.

La caratteristica dell'età adulta, cioè la cura intesa come forma d'impegno in costante espansione che si esprime nel prendersi cura delle persone, dei prodotti e delle idee che ci siamo impegnati di curare, si realizza pienamente nel contributo affettivo a tutte le età e nel contributo effettivo che per esempio l'adulto disabile non grave può dare ai genitori anziani o al contesto comunitario collaborativo.

Il contributo sociale del soggetto disabile può essere passivo, nel caso venga riconosciuto alla sua presenza un ruolo di sensibilizzazione del contesto verso il superamento delle differenze, nella solidarietà o per altri valori simil democratici, come avviene nella scuola quando ci sono gli inserimenti nelle classi dei coetanei. Ci sono però a volte nei bambini (normali) 'forme di crudeltà del tutto inconsapevoli: una di queste è la difficoltà di accettare le anomalie fisiche o mentali dei compagni handicappati. Proprio perché sono in via di sviluppo, hanno un'immagine di sé ancora troppo fragile, mutevole, sia dal punto di vista corporeo che intellettuale, per essere sicuri delle proprie capacità fisiche e cognitive. Vedere che altri bambini hanno difetti fisici o difficoltà di apprendimento molto gravi li impaurisce, come se potesse succedere anche a loro. Tendono così a prendere la distanza quasi il problema non esistesse o non li riguardasse. Altri invece non si limitano a mostrarsi indifferenti ma allontanano da sé il compagno, lo rifiutano. Oppure si avvicinano, lo osservano, ma con una curiosità eccessiva, un po' morbosa, che non ha nulla di amichevole' (Vegetti Finzi e Battistin, 1996, p.169).

Non è semplice capire le cause dei comportamenti che suscitano le persone handicappate in quelle normodotate. E' evidente che anche negli adulti normodotati, oltre che nei bambini, come dicono Vegetti Finzi e Battistin, le reazioni sono diverse, di stampo fisiologico (repulsione), psicologico (proiezioni) e sociale (appartenenze a gruppi diversi). Tutte però possono essere migliorate dall'abitudine (alla bava, agli odori, agli urli, alle reazioni

aggressive, alle mancate risposte, alle ripetizioni logoranti) e dalla conoscenza-incontro di/con quella persona, che porta alla scoperta imprevedibile di risorse nascoste e di affetti profondissimi. In questo senso, l'identificazione del contributo sociale del disabile non è qualcosa di immediato, evidente, esplicito di per sé, ma va ricostruito concettualmente e supportato emotivamente.

Negli adulti e nei bambini che frequentano le persone deficitarie, un'attitudine sana, capace di superare molte difficoltà nell'accettare forme eccezionali di malattia psichica e di comportamento, è legata ad un aspetto della sublimazione concernente l'interesse e la curiosità: 'la spinta a conoscere che ne scaturisce è scevra da caratteri nevrotici o da formazioni reattive quali la pietà' (Bonaccorsi, 1980, p.78). La fede cristiana connota il contributo sociale (dato dal disabile che vive nella società) che è civilmente riconosciuto, con un supplemento di significato, riconoscendo in questa persona una partecipazione alle sofferenze salvifiche di Cristo; il senso della malattia e della deformità deriva dal ricordare alla collettività che deve staccarsi dalle cose materiali, precarie ed illusorie (Sinason, 1992, p.221).

L'etnia Ngobe-Buglé¹³ di Panama crede nel profeta Mirono Kromono, un uomo con deformità del corpo e della faccia simili ad un animale o uccello. La nascita di un bambino con handicap è vista da questo popolo come un segno di Dio, perchè il disabile è il messaggero della tenerezza di Dio per tutti (Vasquez, 2005, p.2). La fecondità delle persone con handicap assume il significato di una generatività di senso della vita degli altri, e quindi della propria (Benzi, 2002, p.61). Riguardo all'ingenuità tipica dei semplici/fanciulli, Dolto e Sévérin (1977, p.46 ed.it) sostengono che

¹³ Dopo la conquista spagnola, l'organizzazione statuale e gerarchica di questa popolazione, tradizionalmente bellicosa, si disgregò, trasformandosi in una società tendenzialmente egualitaria. L'organizzazione politica si fonda sulla "casa del congresso", dove a sera gli abitanti del villaggio si riuniscono per organizzare la vita della comunità, decidere i lavori collettivi e ascoltare i canti tradizionali del saila (capo). Ogni sei mesi cinque delegati per ogni comunità si incontrano nel "Congresso generale kuna" per discutere i problemi di tutto il popolo.

vengono portati a modello nel Vangelo perchè rappresentanti di coloro che riescono ad andare oltre l'identificazione con i genitori, in quanto dover essere, e 'sono aperti al proprio Desiderio, che è relazione con Dio'.

2.4 Anzianità

Se si fa mente locale cercando di rispondere alla domanda 'conosco persone ritardate anziane?', la risposta non è immediata. Questo per 1) mortalità, 2) istituzionalizzazione, 3) psichiatrizzazione, 4) indementimento dei normodotati, 5) recupero. Il 'recupero' avviene quindi non solo perché, pur essendo sempre in ritardo, in alcuni le tappe minime sono state prima o poi raggiunte, ma per una omogeneizzazione con le altre popolazioni (in senso statistico).

L'aumento di morbidità e di perdita funzionale nella vecchiaia, si inserisce comunque in un quadro dell'invecchiamento 'come fenomeno sistemico, relativo all'integrazione delle funzioni attraverso i sistemi biopsicologici, per cui i cambiamenti dovuti all'età in qualche subsistema possono implicare le disfunzioni di altri. In questo senso la performance sensoriale sembra un'area basilare di funzionamento e in tale area si può osservare la maggior parte di funzionamento dell'organismo in interazione con l'ambiente' (Laicardi e Pezzuti, 2000, p.66). I disturbi aumentano e sono amplificati dalle malattie organiche senili, al punto che il ricovero è obbligato anche in quelle famiglie che l'hanno sempre evitato.

La separazione, che può sembrare una catastrofe ai genitori anziani di persone deficitarie quasi anziane, poiché interiormente presentifica una simbiosi risolta alla fine solo dalla morte, nella realtà è una situazione nuova, un evento che definisce finalmente l'età adulta della persona deficitaria, una potenziale integrazione con i pari: la necessità assoluta sarebbe di inserimenti in strutture di ispirazione riabilitativa (motoria, psicologica e sociale), ma per queste utenze anziane è prevista una conclusione di vita

prettamente assistita, per cui la potenzialità dell'integrazione finale rimane per ora nella teoria.

Secondo A.Semi (nella prefazione a Fattori e Benincasa, 1996, p.x) 'solo conoscendo maggiormente le modalità possibili dello sviluppo della soggettività dell'handicappato potremo costruire con lui delle situazioni vivibili che gli consentano di affrontare in modo proprio alcuni nodi cruciali del ciclo della vita, quali l'invecchiamento e il lutto per la morte dei parenti. Questa conoscenza si ottiene solo da un continuo, trasformativo rapporto'.

Capitolo 3 - Percorsi diagnostici attuali

Negli ultimi dieci anni è stata determinante la ricerca sui 'fenotipi comportamentali' per la classificazione delle aree di ritardo, per la prognosi delle complicanze fisiche e psicologiche, per lo stesso reperimento metodico, fatto per ipotesi, della diagnosi genetica. La biologia definiva il fenotipo come l'insieme delle caratteristiche direttamente osservabili, mentre la ricerca sulle malattie genetiche ha allargato il termine ad ogni caratteristica non compresa nel genotipo; 'il riconoscere che una malattia può essere associata a un insieme stereotipato o riproducibile di comportamenti è un passo di estrema importanza. L'identificazione del profilo comportamentale può permettere al clinico di formulare la diagnosi (...); ancora più importanti sono i comportamenti con i quali i genitori devono convivere giorno dopo giorno. Sono i comportamenti¹⁴ che possono portare alla distruzione di una famiglia o alla richiesta di ospedalizzazione o di istituzionalizzazione, non il QI, non l'assetto cromosomico, non il deficit enzimatico. Perché si sviluppi un modo realistico di affrontare i problemi che i bambini 'insoliti' possono creare, è estremamente importante fornire un appropriato counseling, soprattutto di tipo prognostico, facilitando l'inserimento dei genitori in gruppi di supporto specifici e quello dei bambini in altri gruppi, ove possa incontrare altri bambini con fenotipo comportamentale simile' (Nyhan, 1995, in O'Brien e Yule, 1995, p.xii ed.it.).

Viceversa la conoscenza del danno genetico e delle conseguenti alterazioni metaboliche indotte, con una migliore comprensione delle interferenze ambientali sono di primaria importanza nella determinazione del comportamento (Franceschini e Soresi, 2000, in O'Brien e Yule, 1995, p.xvi ed.it.) e dei suoi significati corretti, interpretati nell'interpolazione delle influenze organiche e di quelle psicologiche reattive a quelle organiche (Bonaccorsi, 1980, p.27).

¹⁴ Qui l'autore avrebbe dovuto chiarire che sta parlando di 'comportamenti problema' e non di comportamenti in generale.

Il funzionamento cognitivo, linguistico, adattivo, sociale, di personalità in ogni sindrome, viene definito in riferimento 1) al ritardo generico (con gruppi di controllo), 2) alle altre sindromi, 3) all'evoluzione o involuzione durante il ciclo di vita; ciò permette di individuare a sua volta, attraverso la metodologia dei punti di forza e di debolezza, i comportamenti disadattivi e le psicopatologie (Dykens, Hodapp, Finucane 2000).

Questo approccio al ritardo mentale porta, ancor più dei precedenti, ad un'intensa e specialistica attivazione nella direzione delle riabilitazioni su base educativa, in un'ottica sistemica (vedi Molinari, 2002). Nell'entusiasmo delle diagnosi genetiche individuate con l'affascinante metodo delle ipotesi sulle configurazioni di comportamenti e sulle dismorfie, e nella sicurezza che storicamente dà l'esplicitazione delle categorie diagnostiche, il rischio è quello di perdere le aperture metodologiche e applicative faticosamente conquistate dagli psicoanalisti come Mannoni (1976) e Bonaccorsi (1980) nei trattamenti delle persone con ritardo mentale in quanto individui portatori di significati dinamici, cioè legati alla propria storia familiare, di attaccamenti più o meno riusciti, e alla propria, singolare storia clinico-medica, di adattamento più o meno riuscito ai traumi collegati all'handicap. Di conseguenza, in questo filone, il concetto di nevrosi viene raramente utilizzato, e lascia ampio spazio, nei casi di complicità non riferibili al deficit cognitivo, a quello di psicosi, intesa nuovamente in modo generico, con categorie semplificate come 'esternazioni' e 'interiorizzazioni', e quindi fortemente collegate ai comportamenti, oppure con definizioni di ambito psicopatologico, e quindi collegate ai sintomi.

La definizione di nevrosi d'abbandono, in cui predominano l'angoscia d'abbandono e il bisogno di sicurezza, di nevrosi d'angoscia, che Freud riferisce a eziologie molto specifiche (accumulazione della tensione sessuale, assenza o insufficienza di elaborazione psichica dell'eccitazione sessuale somatica, che non può trasformarsi in 'libido psichica'), di nevrosi attuale

(con origine nei conflitti del presente), di nevrosi di destino (legata alla coazione a ripetere), di nevrosi familiari (in una data famiglia le nevrosi individuali si completano e condizionano a vicenda), di nevrosi narcisistica (ritiro della libido sull'Io), di nevrosi traumatica, per finire con quelle fobiche ed ossessive (tutte secondo le definizioni di Laplanche e Pontalis, 1974) sono pertinenti con i quadri psicologici delle persone con deficit mentale; decidere a priori che una persona con ritardo mentale non possa avvalersi anche di una terapeutica nevrosi da transfert di tipo B, significa precludere al trattamento psicodinamico la legittimità teoretica, per lasciarlo, al limite, alla buona volontà dei terapeuti che 'ci provano'.

3.1 Le sindromi genetiche, la ricerca fenotipica e le complicanze psicopatologiche

I modelli di ereditarietà si basano ancora sulle osservazioni originali di Mendel: i geni vengono trasferiti in coppia, uno da ogni genitore. Nell'eredità autosomica dominante la mutazione, presente solamente in una delle due copie di una coppia di geni, è sufficiente a causare i sintomi. Quando invece è sufficiente che un gene della coppia lavori adeguatamente, la trasmissione ereditaria è autosomica recessiva: il disturbo appare solo quando entrambe le copie sono modificate.

I maschi, poiché hanno un solo cromosoma X, sono soggetti a condizioni genetiche che solo raramente colpiscono le femmine, in quanto poche condizioni legate al cromosoma X sono causate da geni dominanti; siccome i geni legati al cromosoma X giocano un ruolo importante nel causare disabilità dello sviluppo, ci sono molti più maschi affetti da ritardo mentale.

L'eredità multifattoriale dipende sia da fattori genetici che non genetici: per esempio, i disturbi cardiaci e il diabete risultano da una combinazione di fattori familiari e di fattori legati allo stile di vita, la prevenzione della spina bifida può avvenire con l'acido folico. La gran parte dei soggetti con ritardo mentale sembra avere un disturbo di tipo multifattoriale causato da una

tendenza ereditata ad avere QI bassi che si manifesta associata a deprivazioni ambientali nelle prime fasi di vita: per questo, 'data la variabilità e la complessità dei fattori genetici implicati, l'approccio più razionale per prevenire effettivamente il ritardo mentale di tipo multifattoriale è dare una forte importanza agli interventi ambientali' (Dykens, Hodapp, Finucane, 2000, p.64 ed.it.).

I fenotipi comportamentali sono il risultato di complesse interazioni del patrimonio genetico e dei fattori ambientali, ma non esiste una relazione diretta tra tessuti embrionali e personalità, come indicavano le tipologie psicologiche su base somatica della prima metà del 1900, né esistono personalità cliniche, come quella epilettica. L'enfasi dei fattori naturali di quegli anni ha provocato successivamente una reazione di rigetto, che ha dato un'eccessiva importanza all'influenza dell'educazione negli anni '70, con l'ecologia comportamentale di Bronfenbrenner, la programmazione individualizzata, l'approccio cognitivo-comportamentale e le teorie dell'apprendimento (O'Brien e Yule, 1995, p.11 ed.it.). Si è assunto che tutti i comportamenti che si manifestano in una determinata situazione sono strettamente connessi al livello di gravità e alla difficoltà d'apprendimento presente, anche se molti riconoscono che l'esistenza di alcuni disturbi genetici, soprattutto nella sindrome di Prader-Willi e in quella di Lesch-Nyham, influisce pesantemente sul fenotipo comportamentale. O'Brien e Yule (1995, p.15 ed.it.), che citano Plomin (1991) e Billings (1992), riconoscono che sono rari i disturbi genetici che dimostrano una consistente influenza sulle manifestazioni comportamentali, ma sostengono che sia altrettanto importante non precludere la possibilità di ottenere descrizioni ed elaborazioni di molti altri fenotipi comportamentali.

Queste riflessioni possono essere importanti per stabilire delle linee guida nello studio della compresenza e dell'interazione tra ritardo mentale e complicanze psichiatriche: per esempio Clarke (1993, riportato da Molinari,

2002, p.75) studiando casi di Prader Willi adulti con psicosi, giunge alla conclusione che non esiste alcuna relazione tra la sindrome e le diverse psicosi e ipotizza che siano i deficit cognitivi a favorire l'insorgenza delle complicanze psichiatriche (che l'autore dà cinque volte più frequenti tra le persone con disabilità intellettive rispetto alla popolazione sana.).

Flint e Yule (1994, cit. da O'Brien e Yule, 1995, p.3 ed.it.) sostengono invece che 'il fenotipo comportamentale è un tipico quadro clinico di anomalie motorie, cognitive, di linguaggio e sociali, ed è strettamente associato a disturbi biologici. In alcuni casi può costituire un disturbo psichiatrico; in altri casi possono manifestarsi comportamenti che non sono identificati come sintomi psichiatrici'; nello stesso testo affermano che 'un fenotipo comportamentale potrebbe essere costituito da comportamenti distintivi che si verificano in quasi ogni caso di un particolare disturbo genetico o cromosomico, e raramente, se non quasi per niente, in altre condizioni' (p.4). Si può quindi concludere, a partire dalle riflessioni di tutti questi autori, compresi quelli che le approfondiscono (come Dykens, Hodapp, Finucane, 2000), e quelli che le raccolgono (come Molinari, 2002), che sebbene sia legittimo parlare di fenotipo comportamentale per le anomalie motorie, cognitive e sociali, non lo sia per le doppie diagnosi psichiatriche.

Partendo dal presupposto che sia molto più difficile modificare un comportamento geneticamente condizionato rispetto ad un comportamento geneticamente non condizionato, il fatto che la complicità psichiatrica non appartenga al fenotipo comportamentale è una notizia positiva, e accresce l'importanza della psicoterapia dei soggetti con ritardo mentale nell'ottica preventiva, dei soggetti con doppia diagnosi in un'ottica curativa della psicosi; in ogni caso, fonda ancor più la legittimità teoretica (quindi non più solo umanitaria), dell'intervento psicoterapeutico a favore di questi soggetti. Rimangono da verificare comunque l'efficacia dei diversi trattamenti e la ricaduta cognitiva sul ritardo mentale.

3.2 Personalità normali e patologiche

Bergeret (1974, p.1 ed.it.) afferma che l'approccio caratteriologico, in quanto scienza che precisa i punti d'incontro metapsicologici (che riguardano il profondo, la struttura di personalità, la latenza) fra le molteplici manifestazioni relazionali possibili nelle diverse strutture di base, è stato in parte trascurato nello studio della personalità: 'ogni tipo di struttura profonda della personalità potrebbe così dare origine a differenti modelli relazionali, alcuni situati nell'ambito del carattere, altri più o meno radicati nel registro patologico (...). Molte personalità corrispondono a degli abbozzi di strutturazione imperfetti o incompiuti; si riscontra, in un certo numero di casi e per molto tempo, la possibilità sia di un cambiamento delle cose rispetto alla strutturazione definitiva, sia di un arresto dell'evoluzione strutturale, di durata variabile da un soggetto all'altro, a livello di una semplice disfunzione latente, che non presenta alcun carattere definitivo. Inoltre si possono notare alcune fissazioni caratterizzate da una fragile organizzazione difensiva, molto costosa dal punto di vista economico, ma che permette di conservare ugualmente tutte le capacità evolutive, in una direzione più stabile e solida' (p.1).

In filosofia e psicologia la 'struttura' definisce le modalità di organizzazione mentre in psicopatologia il termine è limitato agli elementi di base della personalità, alle modalità di organizzazione solo sul piano profondo, potendo così opporre il termine sia a 'sintomi' sia a 'caratteri'. La psicopatologia si occupa infatti di funzionamenti, e il carattere è il funzionamento manifesto e non patologico della struttura. La sintomatologia, per Bergeret (1974, p.3 ed. it.), studia quindi il funzionamento patologico di una struttura che si scompensa quando fattori conflittuali (interni ed esterni) non sono più equilibrati dal gioco efficace dei meccanismi di difesa e di adattamento. Ciò che lo interessa è il significato economico dato ai sintomi rispetto al carattere o rispetto alla struttura, e non la descrizione fenomenologica.

Trasferire queste riflessioni nell'ambito del ritardo mentale, in accordo con le osservazioni che sono state fatte da Bergeret (1974) in un testo che si pone il problema della normalità e della malattia, comporta l'apertura a questioni inerenti a 1) la definizione dei caratteri delle persone con ritardo, 2) la riflessione sulla struttura di base in quanto intatta, disorganizzata o disorganizzante, 3) il funzionamento manifesto non patologico, nel senso di non psichiatrico, in un soggetto ritardato, 4) i dis-funzionamenti cognitivi ed emotivi del ritardo e le fissazioni difensive come strutturazioni imperfette o incompiute che, però, si organizzano stabilmente e funzionalmente in un contesto protetto.

Nel caso del soggetto normodotato malato di mente, la struttura di base, intesa come organizzazione permanente più profonda dell'individuo, ha trovato una sistemazione funzionale patologica. Qualunque sia la variazione patologica, 'conviene ricercare la condizione mentale, al di là dell'episodio patologico, in una struttura profonda originale e formale, che conservi un significato esistenziale e antropologico' (Bergeret, 1974, ed. it). Come nel bambino in cui la personalità non è ben definita, anche nel soggetto ritardato le fasi di equilibrio e di scompenso possono succedersi senza un significato profondo ben evidente; nel ritardo, la struttura profonda spesso non raggiunge un significato 'esistenziale e antropologico', nel senso che la continuità di percezione della consistenza del Sé e dell'Altro non è garantita, anche se può assumere un significato 'esistenziale e antropologico' per chi la interpreta.

Il rapporto dell'Io e del Super Io con le pulsioni è infatti diversamente convogliato: esso non passa semplicemente attraverso i meccanismi di difesa, funzionali o perversi, ma è caratterizzato anche dalla presenza nella struttura di 'nodi irrigiditi', come ad esempio le stereotipie, che funzionalmente non sembrano aver significato, né relazionale (ricerca di attenzione) né difensivo (paura di relazione), e quindi non appartengono alla

caratterialità; la stereotipia, infatti, non è un sintomo psicotico se non a livello quantitativo, in quanto ingombrante ostacolo a tutto il resto, e non è una difesa nevrotica, in quanto distoglie dall'apprendimento ma può essere rielaborata ('io faccio sempre/dico sempre così) solo sul piano della consapevolezza e non su quello delle cause ('io faccio sempre/dico sempre così perché...mi piace').

Forse le nevrosi ossessive e fobiche sono quanto di più vicino ci sia alla stereotipia, perché anche quest'ultima è usata nei combattimenti contro l'invasione dell'Io da parte di fantasmi di frammentazione psicotica, ma anche, viceversa, nei combattimenti contro la naturale e spontanea integrazione delle parti. In questi casi, in cui il funzionamento del pensiero e del linguaggio sembra orientato più al mantenimento della stereotipia, potrebbe entrare in gioco un'adesività della struttura, imperfetta e incompiuta, ma stabilizzata da un piacere nella ripetizione (nel ritardo) o nell'oggetto (nell'autismo). Il piacere rasserenante che manifesta soprattutto l'autistico ma anche la persona con ritardo, quando ricorda (riflette su) le proprie ripetizioni, compatta e stabilizza l'alternanza delle fasi di equilibrio e scompenso, coinvolgendo la libido verso questo obiettivo di stabilizzazione.

Quando poi 'la personalità, senza essere ancora scompensata, si trova organizzata in maniera stabile e irreversibile, con meccanismi di difesa rigidi, con una modalità di relazione oggettuale selettiva, con un livello di evoluzione della libido e dell'Io definito, con un atteggiamento verso la realtà bloccato in modo ripetitivo, con un gioco reciproco dei processi primario e secondario invariato' (Bergeret 1974, p.46 ed. it.) allora è possibile parlare anche di struttura di personalità nevrotica o psicotica; 'conviene cercare le basi costanti sulle quali riposa il funzionamento mentale di un gruppo di soggetti identici nei loro meccanismi psichici fondamentali. Solo così si potrà valutare con serietà l'importanza dei segni presenti e le

loro implicazioni nella genesi e nella prognosi evolutiva dell'individuo considerato' (Bergeret 1974, p.46 ed. it.).

Il problema diagnostico di differenziare le strutture e le sintomatologie nevrotiche da quelle psicotiche nasce dalla necessità gestionale e trattamentale. Anche per le persone con ritardo mentale è utile arrivare a identificare con precisione il tipo di disturbo, ma i criteri non possono essere gli stessi utilizzati nel caso delle persone normodotate. Per esempio, l'impossibilità di far fronte a situazioni nuove, interne ed esterne, divenute più potenti delle difese mobilitabili abitualmente, può derivare dalla carenza di autonomia o di abilità, e non dall'insorgere della malattia mentale. Nell'ambito di un trattamento psicoanalitico, questa valutazione acquista importanza nel caso il terapeuta abbia deciso di non gratificare, colludere o agire, e cerchi di evitare premi o punizioni. Il sostegno al ragionamento e al discorso, di cui a volte il ritardato necessita, che ricorda la tecnica della comunicazione facilitata in cui l'operatore sostiene in modo apparentemente passivo, può avvenire legittimamente nella rêverie e nella interpretazione se il terapeuta percepisce con chiarezza dentro di sé quando è necessario un contenimento attivo, che vada momentaneamente a sostenere la struttura imperfetta e incompiuta, e permetta un passaggio altrimenti impossibile, e quando invece ciò ostacolerebbe il transfert terapeutico.

La nevrosi, essendo un disturbo della condotta, dei sentimenti o delle idee che manifestano una difesa contro l'angoscia e costituiscono nei confronti di tale conflitto interno un compromesso da cui il soggetto trae un certo profitto, può essere compresente con il ritardo, ma può anche essere assente. Il carattere nevrotico, se presente, non permetterà all'Io di trovare nell'identificazione del proprio personaggio delle buone relazioni con gli altri e un soddisfacente equilibrio interno (Laplanche, Pontalis, 1974) e ostacolerà ulteriormente la seppur lenta crescita. Mannoni (1976, p.61) sostiene che c'è una differenza radicale tra nevrotico e debole mentale: il

nevrotico riesce ad esprimere la minaccia dell'Altro a livello simbolico, in una dialettica verbale, perché non si sente completamente implicato nel corpo da questa minaccia.

Nel ritardo mentale i processi diagnostici semplificati del tipo 'organico oppure psichico' o 'nessun delirio, dunque nevrosi', non possono essere utilizzati, data la complessità di indagine in una struttura solo apparentemente più semplice. La mancata distinzione tra Io e non-Io, l'Io incompleto senza l'oggetto e il fallimento dell'Ideale dell'Io, punti di vista topici rispettivamente delle strutture schizofreniche, paranoiche e melanconiche, pur facilmente osservabili nel soggetto ritardato, non determinano obbligatoriamente le corrispondenti strutture patologiche, o le determinano in compresenza, quando le istanze dominanti sono sia il Super-Io sia l'Es e la natura del conflitto è tra Super-Io ed Es ma anche tra Es e realtà. In questi casi, non è utile sottolineare solo la struttura psicotica (in quanto inclusiva di quella nevrotica), o semplificare l'osservazione ipotizzando dissociazioni, perché i disturbi dell'apprendimento possono essere trattati con i loro derivati nevrotici anche se la psicosi è attiva. Bion (1957 in Bott Spillius 1988, p.79 ed.it.) non ritiene che l'Io venga mai ritirato completamente dalla realtà ma che sia mascherato dal predominio della fantasia onnipotente di distruggere la realtà; dato che il contatto con la realtà non viene mai perduto completamente, i fenomeni legati alla nevrosi saranno compresenti alla psicosi.

La descrizione kleiniana della fissazione nelle posizioni trova massimo riscontro nella sintomatologia psicotica della persona con ritardo mentale. Nelle persone in cui il pensiero silenzioso, nella mente, è completamente sostituito dal discorso con se stessi ad alta voce, è osservabile (ascoltabile) come persecutoriamente possa agire il Super-Io primitivo, come l'Io sappia comunque trovare il compromesso, come l'organizzazione patologica viva in equilibrio con le posizioni schizo-paranoide e depressiva (Steiner, 1987, in

Bott Spillius, 1988, p.348 ed.it.), come gli oggetti sovrainvestiti dall'identificazione proiettiva diventano persecutori, come le istanze della personalità non creino identità dissociate ma parallele, compresenti e spesso collaborative, anche se raramente integrate.

3.3 Le psicosi franche e la doppia diagnosi

Come si è evidenziato nei capitoli precedenti, l'approccio sintomatologico e fenomenologico, nell'applicazione psicopatologica, ha dato un forte contributo alla ricerca genetica del fenotipo comportamentale. L'indagine strutturale, le topiche (differenziazione dell'apparato psichico in un certo numero di sistemi dotati di caratteri o funzioni diverse, disposti in un certo ordine, di cui si può dare la configurazione spaziale) hanno invece dato un importante contributo fornendo il significato economico dei sintomi, inserendo il 'comportamento problema' della persona ritardata in una comprensibilità dell'individuo, in una sua storia di costruzione psichica e relazionale.

Rimane da analizzare la ricerca sulle psicosi pure, intese sia come perturbazioni della relazione libidica con la realtà (e il sintomo manifesto come tentativo di ripristino del legame oggettuale), sia come incapacità di adattamento sociale, perturbazione della facoltà di comunicazione, mancanza di coscienza dello stato morboso, incomprensibilità dei disturbi, evitando così di ricorrere all'idea di perdita di realtà come unico criterio diagnostico per la psicosi. Anche qui si ripropone la questione della differenziazione tra personalità psicotica e non psicotica, come per Bergeret (1974) nell'ambito strutturale; nelle persone con ritardo questa necessità ha meno urgenza gestionale, visto che comunque il soggetto vive già inserito in contesti protetti o prudenti, quasi sempre affiancato, e la prognosi psichiatrica non ricade così pesantemente come sull'individuo senza deficit, ma ha una maggiore importanza trattamentale: capire cosa è ritardo e cosa è psicosi suggerisce al terapeuta, ma anche al riabilitatore e al familiare,

quando trascurare per estinzione un certo aspetto psichico o un certo comportamento, se affrontarlo, se interpretarlo. Viceversa, il fatto stesso di attribuire un'origine deficitaria o psicotica deriva da una mancata risposta ad un certo tipo di trattamento già effettuato. In quest'ottica, il ritardo sembra assumere maggiormente su di sé l'origine organica della malattia e la psicosi l'origine ambientale; in effetti, questa lettura può aiutare a focalizzare temporaneamente gli sforzi su un ambito, proteggendolo dalle interferenze dell'altro. In una realtà psichica complessa come quella del ritardato psicotico, l'organicità deve però essere assunta come derivante da entrambe le patologie, e l'influenza ambientale pure.

La percezione degli oggetti è una delle aree di maggior difficoltà differenziale. Un soggetto ritardato non grave riconosce la differenza pratica e categoriale tra un oggetto-cosa, una persona e un animale, ma sperimenta emozionalmente l'attribuzione di sentimenti, emozioni, intenzionalità alle cose. Più raramente, attribuisce loro anche azioni. Questo tipo di percezione è cognitivamente simile a quella dei bambini piccoli, ma emotivamente può assumere le caratteristiche di quella psicotica; la 'minuta scissione in piccoli frammenti di tutta quella parte della personalità che riguarda la consapevolezza della realtà interna ed esterna, e l'espulsione di tale frammenti affinché entrino nei loro oggetti oppure li inglobino' (Bion, 1957 in Bott Spillius 1988, p.76 ed.it.) è la caratteristica della personalità psicotica.

Anche nel funzionamento mentale del ritardato non psicotico accade, ma con un'angoscia decisamente inferiore e una ricaduta minima sull'intero assetto psichico, gli elementi 'non roteano slegati e incontrollabilmente dinamici come nella psicosi, e appaiono rarefatti, immobili, stagnanti' (Venturini, 2004, p.28). Quando invece la persona ritardata è psicotica, o ha un episodio psicotico, i livelli di angoscia diventano paralizzanti o scatenanti e la frammentazione cognitiva, linguistica e/o emotiva prevale su tutto il resto.

Per Bion le precondizioni per la psicosi sono la presenza massiccia degli impulsi distruttivi (che invadono anche la capacità di amare trasformandola in sadismo), l'odio della realtà interna ed esterna esteso a tutto ciò che ne favorisce la consapevolezza, il terrore di un'imminente distruzione, la formazione precipitosa e superficiale di relazioni oggettuali tenaci, compreso il transfert. Con queste caratteristiche, la personalità attraversa le posizioni schizoparanoide e depressiva in modo diverso dal normale a causa di un'eccessiva scissione e di un'eccessiva proiezione. L'im maturità, la superficialità e la tenacia delle relazioni hanno come conseguenza per Bion il conflitto tra gli istinti di vita e di morte. Questo processo si potenzia nell'handicap psicotico, anche a causa del modo in cui viene sentito da parte del disabile il desiderio della propria morte percepito negli altri, per Sinason (1992) fonte del trauma.

Anche *l'equazione simbolica* (Segal, 1955, in Bott Spillius, 1988, p.182 ed.it.), che sostituisce la simbolizzazione¹⁵, fa sentire al paziente che le parole sono le cose reali che indicano: 'i disturbi nel rapporto tra l'Io e l'oggetto si riflettono sui disturbi nella formazione del simbolo. In particolare i disturbi della differenziazione fra l'Io e l'oggetto portano a disturbi nella differenziazione fra il simbolo e l'oggetto simbolizzato e di conseguenza al pensiero concreto caratteristico delle psicosi' (Segal, 1954, in Bott Spillius 1988, p.181 ed.it.). I primi simboli non sono sentiti dall'Io come simboli o sostituti, ma come se fossero lo stesso oggetto originario. Anche Klein (1978) pose la questione dell'inibizione nella formazione dei simboli: se la simbolizzazione non ha luogo, lo sviluppo dell'Io si arresta. In questa direzione, Fattori e Benincasa (1996, p.95) individuano nel processo di simbolizzazione l'incontro tra le due aree disturbate, cognitiva ed emotiva,

¹⁵ In senso stretto, il simbolismo è il modo di rappresentazione che si distingue per la costanza del rapporto tra il simbolo e il simbolizzato incoscio, a livello individuale e collettivo (Laplanche e Pontalis, 1967, p.564). Il simbolo vero e proprio, disponibile per la sublimazione e operante a favore dello sviluppo dell'Io, è sentito *rappresentare* l'oggetto, le cui caratteristiche sono riconosciute, rispettate e utilizzate (...). Il simbolo è usato non per negare ma per superare la perdita (Segal, 1955, in Bott Spillius, 1988, p.186)

nel ritardo mentale, e il senso del lavoro terapeutico nello sblocco del processo di simbolizzazione: 'quando finalmente la configurazione triadica si sarà stabilita, il bambino potrà acquistare la capacità di simbolizzazione che, permettendogli di rappresentare la scena primitiva, gli consentirà di evolvere sia sul piano della conquista della propria identità, sia sul piano degli apprendimenti (Fattori e Benincasa, 1996, p.95). L'esperito non simbolizzato costituisce il nucleo della rimozione originaria, a sua volta nucleo di rimozione di tutte le rappresentazioni delle esperienze, che diventano irrepresentabili.

Il percorso che porta dal corpo al simbolo parte dall'esperienza corporea, che viene investita, integrata e infine simbolizzata. Il funzionamento deficitario dell'handicap produce un fallimento in una di queste fasi, causando gravità diverse; 'il deficit può infatti collegarsi sia ad elementi non correttamente simbolizzati, come nell'inibizione intellettiva, sia ad elementi non integrati come nella patologia borderline, sia ad elementi non investiti, come nella patologia psicosomatica, sia ad elementi che non sono stati esperiti, come nelle psicosi precocemente deficitarie' (Fattori e Benincasa 1996, p.102). L'importanza della madre in tutti questi passaggi è ancora maggiore per il soggetto ritardato: essa sa creare la mancanza dando una stimolazione parziale, per prima investe sul figlio, collabora per l'attribuzione di senso, facilita la simbolizzazione con la rêverie, nella cornice del contenimento che formerà a sua volta il senso del Sé del bambino e la sua mente come 'contenitore'¹⁶ di pensieri. Bion (in Grinberg e altri, 1991, p.43 ed.it.) individua, in questo senso, due meccanismi che partecipano alla formazione di un *apparato per pensare*; il primo riguarda la relazione dinamica tra un contenuto, cioè qualcosa che si proietta, e un contenitore, cioè un

¹⁶ Segal (1979, in Bott Spillius, 1988, p.191) descrive il disturbo di formazione del simbolo in una giovane donna, in termini di rapporto tra contenitore e contenuto: 'quando era eccessivamente concreta, la parte proiettata veniva identificata totalmente col contenitore; quando le sue comunicazioni erano prive di significato, il contenitore e il contenuto avevano un rapporto di reciproco svuotamento; quando era frammentata e produceva associazioni del tipo 'oggetti bizzarri', le sue proiezioni avevano ridotto in frammenti il contenitore'

oggetto che lo contiene; il secondo, riguarda la relazione dinamica fra le posizioni schizo-paranoide e depressiva (PS? D). La madre funziona come un contenitore delle sensazioni del bambino, e con la sua maturità trasforma con successo il dolore in piacere, la paura in tranquillità: è dall'assenza¹⁷ che Bion fa sorgere la capacità di pensare (Vegetti Finzi, 1986, p.354). Se queste trasformazioni (la cosiddetta funzione alfa) non hanno luogo, il bambino reintroietta i contenuti (non-pensieri denominati 'beta') sotto forma di 'oggetti bizzarri' (vedi cap.1.2), cioè contenuti psicotici.

La ricaduta sul ritardo mentale della psicosi è chiaramente di ulteriore inibizione dell'apprendimento, mentre gli effetti della psicoterapia, nei casi in cui si ottiene un cambiamento profondo, sembra possano comportare, in alcune situazioni specifiche, un circolo 'negativo'. La questione riguarda proprio l'aumento della capacità di entrare in rapporto più diretto con la propria difficoltà e con le frustrazioni dei fallimenti, più oggettivamente valutati. L'ipotesi da verificare è se la psicoterapia aumenta il grado di aderenza alla realtà e soprattutto, se potenzia le capacità cognitive, quanto ciò crei di per sé una necessità difensiva dalle difficoltà dell'handicap, dalle discriminazioni sociali, dalla solitudine, eccetera. Questa impressione è aumentata nei momenti del processo psicoterapeutico che causano più sofferenza, cosa che però avviene fisiologicamente in ogni percorso di consapevolezza. Il sostegno dato dalla relazione profonda con il terapeuta spesso permette a questa dolorosa apertura di arrivare a buon fine. Il fatto che la relazione profonda sia evitata nella psicosi, ma cercata nella struttura psicologica del ritardo mentale (punteggi superiori nella tendenza alla reazione positiva e nella tendenza a lasciarsi guidare dall'esterno, secondo Ziegler e Bennet-Gates, 1999, p.159 ed.it.) dovrebbe garantire i passaggi più difficili, se di pari passo si rafforza la percezione realistica della propria

¹⁷ Come in Freud, l'assenza dell'oggetto resta alla base della formazione del pensiero, ma in Bion diventa essenziale anche la 'qualità dell'oggetto assente'. L'assenza, cioè, diventa tollerabile quando una sufficiente rêverie abbia permesso lo sviluppo della funzione alfa e quando il senso di frustrazione per l'assenza dell'oggetto non si sia trasformato in panico o "terrore senza nome" (Gaburri, 1982).

identità in termini non distruttivi. Bonaccorsi (1980) avverte del pericolo della dipendenza totale, che espone il paziente alla catastrofe psichica in caso di rottura della relazione, ma ella poi tenta persino di verificare la possibilità di incistare in terapia il danno organico attraverso il meccanismo della scissione. E' probabile che la questione posta nei termini 'se diminuisce il ritardo aumenta la sofferenza quindi il rischio psicotico' derivi proprio dalla potenza dell'handicap nel ricordarci la nostra personale fragilità e mortalità (Sinason 1992) e nel conseguente sentimento d'impotenza circolare e quindi catastrofica. Sinason dice chiaramente che la psicoterapia serve per gli handicap secondari, cioè proprio per quelle difese che insorgono dal trauma che avere un handicap provoca; questo punto di vista spezza il circolo dell'impotenza e restituisce al setting la possibilità di prendersi in carico proprio ciò per cui è stato cercato, cioè la psicosi. Il testo di Venturini (2004, p.7) analizzato nel cap.5, evidenzia come il problema sia complesso.

Secondo alcune ricerche (Koller, 1982; Gillberg, 1986), la prevalenza dei disturbi psichiatrici è inversamente proporzionale al livello intellettivo, cioè i soggetti con più grave deficit cognitivo sono più esposti alla malattia mentale. Esiste anche un rapporto tra QI e tipologia del disturbo psichiatrico. I disturbi emotivi come depressione ed ansia, ed il comportamento antisociale prevalgono nei livelli più alti di QI, mentre l'ipercinesia, l'autoaggressività e le condotte autistiche sono più frequenti in bassi QI.

Il gruppo di ricerca di Levi (Neuropsichiatria, Università degli studi di Roma) ha approfondito la psicopatologia del ritardo mentale all'interno di un modello di psicologia dello sviluppo, arrivando alle conclusioni di Mazzoncini (1992): la psicopatologia del ritardo mentale è specifica nel suo funzionamento mentale deficitario e non è interpretabile né semplicemente come secondaria né come reattiva a situazioni sociali di frustrazione e fallimento. In specifico, Capozzi e colleghi (1994, p.403) hanno individuato

alcune caratteristiche costanti sia sul piano psicopatologico sia su quello neuropsicologico-cognitivo, definendo la '*costellazione psicologica*' tipica del ritardo mentale data dai seguenti elementi: 1) non integrazione del Sé, 2) condizioni per cui le spinte attive verso un processo d'integrazione vengono ostacolate e bloccate dal deficit della capacità rappresentativa, 3) rappresentazione di sé come bisognoso e dipendente, relazione persistentemente diadica adulto-bambino, 4) costante fluttuazione tra somatizzazione e mentalizzazione, laddove le funzioni mentali vengono confuse con parti del corpo, 5) difficoltà a distinguere tra realtà esterna ed interna, 6) difficoltà comunicative e linguistiche, 7) assenza della continuità temporale e spaziale delle esperienze vissute associata al deficit di attenzione, 8) scarsa consapevolezza delle proprie emozioni, 9) spinte verso l'autonomia non elaborabili e non realizzabili.

Secondo questi autori, l'associazione di queste problematiche costituisce la struttura psicopatologica specifica dei soggetti con ritardo mentale. Questa affermazione in parte si scontra con quanto sostenuto dagli altri autori dei quali ho riportato i pareri nei capitoli precedenti: se la definizione di una configurazione psicologica del soggetto ritardato può collimare con il tentativo di individuare delle specificità di struttura, cognitive, di personalità, il fatto che essa stessa definisca la specificità¹⁸ psicopatologica presuppone la presenza costante della patologia psichiatrica. Capozzi e colleghi (1994, p.411), difatti, auspicano la formulazione della doppia diagnosi (cognitiva e psichiatrica) nel ritardo mentale, e la indicano come l'approccio più completo alla comprensione dei soggetti affetti da patologia cognitiva. Nei casi che riportano, dimostrano effettivamente quanto è utile arrivare ad una diagnosi psichiatrica specifica, ma non riportano casi in cui il ritardo ha solo

¹⁸ Per la psicologia clinica "è importante approfondire le ipotesi sulle mancate riparazioni sistematiche e strutturali in quel particolare sistema diadico (madre-bambino), cioè teorizzare la specificità dei deficit nell'incapacità del riconoscimento di alcuni stati che assumono per i caregiver significati idiosincratici specifici che urtano la loro sensibilità, o peggio, riguardano dimensioni non tollerabili dell'esperienza" (Albasi, 2005 b).

complicanze nevrotiche o non ha correlati psicopatologici. Hanno sicuramente ragione a sostenere che 'la doppia diagnosi permette di evitare il rischio di ipervalorizzare il disturbo psichiatrico non tenendo conto che questo spesso può insorgere su una struttura cognitiva deficitaria, e di sottovalutare il disturbo psichiatrico quando questo insorge su un quadro conosciuto di ritardo mentale (...) In conclusione l'uso della doppia diagnosi sembra permettere il superamento della ormai rigida contrapposizione tra l'approccio cognitivo e quello affettivo-relazionale, una reale integrazione tra aspetti psicopatologici e cognitivi, l'utilizzazione di criteri diagnostici più attendibili e confrontabili, una conseguente migliore programmazione degli eventi' (Capozzi e colleghi, 1994, p.411).

Anche Fattori e Benincasa (1996), nel motivare l'intervento psicoterapeutico su larga scala nel ritardo, indicano gli elementi caratteristici di disturbo psichico e presuppongono un nucleo psicopatogeno in tutti i soggetti con ritardo: 1) gli esiti del rapporto madre-bambino in cui il genitore ha difficoltà ad accettare il figlio e, di conseguenza ad interagire correttamente con lui, 2) la problematica narcisistica nel soggetto con ritardo, che tende ad aggravarsi nel tempo per le esperienze di fallimento, 3) il 'nucleo psicopatogeno costituito proprio dal deficit cognitivo, per la sua influenza sul modo in cui il bambino si mette in relazione con la realtà esterna e si costruisce quindi il proprio mondo affettivo interno' (p.1).

Soresi e Nota (2003, p.16), invece, sostengono che le persone con ritardo non sono a rischio per il solo fatto di possedere una disabilità intellettiva, perché fattori come le condizioni ambientali, le scarse abilità funzionali e sociali incidono in modo più significativo sui livelli di disadattamento.

La questione rimane aperta e verrà affrontata in termini meno teorici nella seconda parte di questo lavoro (cap.5.1). Per quanto riguarda le famiglie e la scuola, è importante saper spiegare le cause di certi comportamenti, ma perché ciò rientri in una visione costruttiva ed educativa, bisogna fare i conti

con ciò che significa e comporta una lettura psichiatrica, piuttosto che di disturbo dell'apprendimento, per quella famiglia specifica o per quegli insegnanti.

SECONDA PARTE: APPLICAZIONI DALLA LETTERATURA

STUDI E RICERCHE IN CORSO

Io non capisco: sono geloso delle mie cose (Andrea).

Capitolo 4 – Studi e tecniche psicoanalitiche

La letteratura d'indirizzo psicoanalitico che si é occupata di ritardo mentale ha affrontato alcune problematiche specifiche che hanno determinato diversi punti di vista applicativi. Ci sono studi che sottolineano la possibilità d'intervenire sui disturbi emotivo-affettivi o psichiatrici, altri che studiano la natura delle relazioni tra il minore e i genitori; in tutti i casi, si cerca di capire se i disturbi affettivi e comportamentali siano da considerare un effetto diretto di disfunzioni neurologiche oppure il prodotto delle particolari relazioni affettive con l'ambiente. Rapaport (1987, in Vianello, 1990 a, p.1) osserva lo sviluppo delle funzioni dell'Io rifiutando che il danno cerebrale sia la causa predominante del disturbo comportamentale: 'gli apparati dell'Io compromessi dalla lesione cerebrale e le punizioni e le restrizioni da parte dell'ambiente, avevano interagito, provocando disturbi del comportamento di tipo ostile ed impulsivo. Fu quindi necessario aiutare il bambino a strutturare gli apparati dell'Io difettosi ed a elaborare i conflitti emotivi derivanti dai traumi, in modo che la funzione dell'Io e il senso d'identità potessero adeguatamente svilupparsi'.

Molti autori analizzano il processo di lutto per la 'morte' del bambino sano e la sopravvivenza del bambino malato: i tentativi di ritirare la libido dal bambino normale perduto sono vanificati dall'esigenza d'investire il bambino vivo difettoso, e ricordano quotidianamente il fallimento e la ferita narcisistica di tutti. Recentemente Spinetoli (2005 a, p.6) in una scheda statistica sul ritardo mentale, ha voluto sottolineare le seguenti considerazioni, fondanti la propria osservazione clinica:

- la storia naturale di un bambino con ritardo spesso manca di un luogo di rappresentazione, accessibile e condivisibile;
- la coppia genitoriale porta spesso fantasmi generazionali non risolti che occupano lo spazio mentale in cui il futuro bambino dovrebbe prendere forma;
- viene disturbata l'identificazione primaria per mancanza di un luogo materno dove la rêverie materna possa trasformare l'esperienza del

bambino, mantenendone attiva la pulsione libidica-epistemofilica e favorendone i processi secondari;

- in particolare, il bambino non può sperimentare quel grado di onnipotenza primaria che permette l'accesso alla relazione oggettuale, rimanendo in un'area di inibizione senza creatività;
- durante il percorso scolastico viene quasi sempre a mancare lo spazio in classe; successivamente, non c'è lavoro, ruolo sociale, relazione amorosa;
- per converso, spesso il bambino si trova a rappresentare un'area problematica dei genitori, quindi non può esprimere il suo vero Sé, finendo per sentirsi solo un peso (o un'appendice);
- la conseguenza di tale difetto relazionale, relativo all'insufficienza dello spazio transizionale, è che il bambino non riesce ad accedere ad un'area di gioco condiviso con i coetanei, sentendosi un estraneo.

Queste considerazioni riassumono le questioni psicoanalitiche poste, dagli anni '70 ad oggi, dai terapeuti che hanno, volutamente o meno, trascurato in parte l'integrazione con gli altri approcci psicologici (cognitivo, neuropsicologico, psichiatrico, statistico) e con le scuole psicoanalitiche alternative allo sviluppo lineare del pensiero freudiano.

Tra le teorie innovative che si sono succedute negli sviluppi postfreudiani della psicoanalisi, quelle 'oggettuali', o della 'relazione d'oggetto', hanno posto l'accento non più sulla spinta di forze endogene, quali fonte e origine dello sviluppo e del funzionamento psichico, quanto sull'esperienza relazionale dell'individuo; 'tuttavia le teorie oggettuali sono state elaborate ed usate per descrivere e comprendere il 'come' si strutturi la psiche degli individui: ma il 'perché' è stato, o accantonato, o rimandato alla tradizione freudiana, e cioè all'ipotesi di una 'energia' che, modellata da certe 'realità', dispiega una dinamica e un'economia che portano alla struttura psichica del singolo' (Imbasciati, 2005, p.1). Lo stesso è avvenuto per l'analisi dello sviluppo e del deficit della mente ritardata, che tanto ha preso a livello descrittivo dall'impostazione di M. Klein, recuperando successivamente lo schema energetico-pulsionale per motivare l'orientamento nei trattamenti. Gli sviluppi della scuola di Bion, sottolineando *l'apprendimento dall'esperienza*,

vedono lo strutturarsi della mente non su spinte endogene ma per apprendimenti; anche il concetto di aggressività viene svincolato dal paradigma istintuale, e nella scuola bioniana sostituito dal concetto di distruttività, che libero da connotati esplicativi (il 'perché'), viene usato per descrivere una modalità relazionale (un 'come'), ancorata al concetto di fantasia, anziché a quello di pulsione (Imbasciati, 2005, p.1). Gli sviluppi delle teorie oggettuali hanno determinato notevoli divaricazioni nella psicoanalisi, e alcuni autori, tra cui Kohut, hanno cercato di mettere insieme i due modelli, pulsionale e oggettuale.

4.1 Le problematiche recenti

Le teorie psicoanalitiche attuali mostrano una poliedricità e diversità di modelli, concetti e termini, tale che é sempre più arbitrario raccoglierle tutte sotto la stessa categoria (Wallerstein 1988, p.5), al punto che è possibile parlare di 'molte psicoanalisi'.

L'interpersonalismo americano, le scuole inglesi delle relazioni oggettuali, la psicologia del Sé e l'attuale corrente della psicoanalisi relazionale hanno spostato l'accento dalle pulsioni agli affetti, sottolineando le problematiche dell'insicurezza e dell'attaccamento, della fragilità del Sé, del bisogno di conferma e di sostegno; anche nella persona ritardata le convinzioni inconsce organizzano l'esperienza in maniera preconcetta e danno luogo a rigidi paradigmi relazionali: 'grazie a questo articolato sviluppo complessivo, possiamo oggi spiegare la coazione a ripetere in maniera più utile e meno pessimistica. Questo cambiamento generale di prospettiva si riflette anche nella teoria della cura, per cui non si pensa più, illuministicamente, che il fattore terapeutico unico o principale consista nel portare a coscienza l'inconscio attraverso l'interpretazione verbale, perché si ritiene almeno altrettanto importante una forma di scambio più profondo e sottile che avviene fra i partner della relazione analitica, attraverso il prolungato coinvolgimento di entrambi nelle emozioni patologiche che é necessario

trattare' (Lorenzini, 2005, p.1). La coazione a ripetere viene studiata da Fattori e Benincasa (1996, p.112) come base per l'imitazione per l'apprendimento, che nel ritardato diventa spesso ripetizione per il controllo. Il problema del bambino con deficit é proprio quello di non riuscire a controllare se stesso e l'oggetto, e quindi di non poter investire libidinalmente ciò che non é controllato. Difficilmente il bambino con deficit arriva al gioco ad imitazione differita e simbolico perché fatica a rappresentare i due differenti oggetti (per esempio sedia e treno) in due distinte categorie per poter cogliere somiglianze e differenze (a questo proposito, si veda la riabilitazione cognitiva del metodo Feuerstein, www.mediationarca.org); in più egli rimane imprigionato nel livello di *equazione simbolica*¹⁹(Segal, 1955, in Bott Spillius, 1988, p.182 ed.it.) perché, invece di sostituire solo temporaneamente un oggetto con un altro, e solo per alcuni aspetti, compie una sostituzione definitiva e totale (Fattori e Benincasa, 1996, p.115). Per questo poi la persona ritardata si dispera per la rottura di un oggetto, vissuta come una reale castrazione. La difficoltà a tollerare l'ambivalenza e il conflitto porta frequentemente il soggetto a ricorrere al meccanismo di scissione, che a volte é la modalità prevalente di funzionamento in molte sindromi deficitarie, con la conseguente difficoltà di cogliere le relazioni, sia logiche sia affettive, e quindi all'incapacità di capire nella sostanza il diagramma parentale²⁰.

Le complesse dinamiche emotive che hanno luogo quando le dimensioni psicopatologiche più impegnative si mobilitano e investono la coppia analitica, vengono interpretate diversamente: secondo la scuola kleiniana, il paziente proietta nell'analista i propri contenuti mentali maggiormente insostenibili, allo scopo che questi li elabori e glieli restituisca trasformati in una forma più sopportabile; secondo la psicologia del Sé, il paziente avanza

¹⁹ Si veda il cap.3.3; l'equazione simbolica fa sentire al paziente che le parole sono le cose reali che indicano.

²⁰ S'intendono qui le relazioni logico-affettive che stanno alla base della comprensione dello schema della propria parentela.

dei bisogni narcisistici di rispecchiamento e di idealizzazione che hanno qualità arcaiche e fusionali. L'analista deve accogliere tali bisogni durante una fase di prolungata comprensione empatica, per poterli solo successivamente interpretare. Infine, secondo la scuola americana di Mount Zion Hospital, il paziente mette inevitabilmente a dura prova l'analista, a causa del suo urgente bisogno di smentire le sue convinzioni più pessimistiche e patologiche: per questo motivo, quando si sente sufficientemente al sicuro nella relazione con lui, comincia a coinvolgerlo in intense drammatizzazioni, dando per scontato il rifiuto, l'abbandono o la ridicolizzazione di sé, allo scopo inconscio di poter fare un'esperienza diversa e di arrivare a smentire e a smantellare i propri terribili paradigmi relazionali.

Stolorow e Atwood (1995, p.108), esponenti della corrente dell'intersoggettività, affermano che 'le impasse terapeutiche, se analizzate dal punto di vista dei principi che organizzano a livello inconscio le esperienze del paziente e del terapeuta, rappresentano un'occasione unica, una via regia per raggiungere l'obiettivo della comprensione psicoanalitica'.

Ciò, nel trattamento del soggetto ritardato, comporta l'immersione e l'interpretazione dell'oblio della memoria frammentata, del falso Sé, del rifiuto controtransferale, della noia difensiva e dell'annoiare aggressivo, sicuramente dell'esperienza dell'evitamento, dell'abbandono, dello spregio della fisicità e dell'eccessiva differenza. Il modo per 'allargare l'osservazione empatica, cioè mettersi nei panni del paziente e nella condizione di comprendere le sue terrificanti esperienze emotive dall'interno della sua prospettiva psicologica, é proprio quello di lasciarsi coinvolgere nella poco agevole spirale di una circoscritta follia a due' (Lorenzini, 2005, p.1), o comunque di una identificazione finalizzata, attraverso la condivisione di una modalità ritardata di pensiero e una modalità disordinata di rielaborare le emozioni. Per Fattori e Benincasa (1996, p.117) é 'solo l'esperienza

relazionale piacevole, il piacere condiviso, che permette quel passaggio all'attività di simbolizzazione, che costituisce un autentico progresso del bambino sia sul piano della maturazione affettiva sia cognitiva (...) L'attività piacevole acquista una dimensione psichica e diventa desiderio, e non soddisfazione di un bisogno primario o coatta ricerca di sicurezza attraverso il controllo, solo dopo l'esperienza di una situazione relazionale piacevole e solo nel momento in cui al bambino viene verbalizzato uno scopo' (p.118).

Nella terapia delle persone normodotate spesso il crollo psicologico dà inizio alla crisi relazionale e sembra corrispondere, nella maggior parte dei casi, alla perdita di un'illusione, d'una idealizzazione, di una speranza di onnipotenza, che si verifica nell'impatto con la realtà dell'altro che, in quanto separato, diverso ed esterno rispetto al proprio Sé, manifesta qualche forma d'inadeguatezza o d'imperfezione nello svolgere una funzione di sostegno del Sé, della quale era stato incaricato: 'il paziente in crisi sta vivendo il lutto di una perdita e, siccome non si tratta della perdita di un oggetto concepito come esterno, ma di un oggetto-sé, cioè di un oggetto vissuto come parte di sé (prolungamento o specchio del proprio Sé), possiamo comprendere perché egli patisca una ferita narcisistica e viva le emozioni ad essa conseguenti di angoscia di annientamento, angoscia di frammentazione, intensa vergogna e rabbia vendicativa' (Lorenzini, 2005, p.1). Il *saper fare* del terapeuta corrisponde a *stare nella crisi in modo risolutivo*. Durante la crisi della persona con ritardo mentale, nell'impossibilità di partecipare ad una dinamica emotiva che si è interrotta e che il soggetto quasi sempre non riesce a descrivere, il terapeuta può mettere a disposizione la sua interiorità, supplendo all'interiorità del paziente che si sottrae, tentando di narrare una storia che c'è ma non è mai stata ben narrata dal soggetto stesso, muovendosi verso un 'aggregato funzionale' o un 'ologramma affettivo' (Ferro, 1992, p.21), che non sia un ennesimo falso Sé.

Kohut (1986, p.234) ha definito l'empatia come introspezione vicariante: non é possibile entrare direttamente nel mondo interiore di un'altra persona; ognuno ha unicamente accesso al proprio mondo interno, ma, in un certo senso, ha anche la possibilità di prestare ad altri la propria capacità introspettiva. Con l'introspezione vicariante 'l'analista ascolta il paziente e ricorda o immagina determinate proprie esperienze personali analoghe: ricrea attivamente nel pensiero il simbolo (lo schema o l'immagine) di un'esperienza emotiva analoga e lo presenta al paziente. Se questi non si riconosce in tale risposta, allora l'analista modifica e ripete il proprio esperimento mentale, finché non ha luogo la cosiddetta 'risonanza empatica' e il paziente afferma di sentirsi pienamente compreso. Tutto questo funziona, finché le emozioni accettano di farsi rappresentare dai simboli. Ma quando il mare dell'inconscio é troppo agitato e le emozioni sono così violente da urtare e squassare la fragile imbarcazione del Sé, il simbolo appare come un sostegno troppo raffinato e inconsistente. C'è bisogno di altre braccia sul timone, mentre i flutti spazzano il ponte, c'è bisogno della presenza di qualcuno che, per così dire, si prenda momentaneamente la nostra croce sulle sue spalle' (Lorenzini, 2005, p.1), cioè c'è bisogno della relazione affettiva, di qualcuno che sa stare nella tempesta senza paura e riesce contemporaneamente a consolare l'altro: 'l'empatia é indispensabile per la vita interiore dell'individuo come l'ossigeno é indispensabile per la vita dell'organismo' (Lorenzini, 2004, p.1).

L'intervento terapeutico per il soggetto deficitario, insieme ad una funzione interpretativa nel senso sopra inteso, deve avere una funzione strutturante per costruire, ripartendo dalle origini, le capacità simboliche, cioè di gioco (Fattori e Benincasa, 1996, p.118): si deve creare una situazione relazionale che offra prima di tutto sensazioni piacevoli, in seguito dare senso al gioco di scarica, poi facilitare l'imitazione e trasformarla in gioco imitativo, portare infine il gioco da imitativo a simbolico. Con i bambini deficitari, sia quelli in cui prevale l'insufficienza mentale sia quelli in cui prevale la caratterialità, il

lavoro terapeutico sarà quello di permettere l'investimento e creare la struttura del processo di simbolizzazione.

4.2 Le tecniche

La valutazione iniziale e la presa in carico, il setting, il transfert e il controtransfert, le dinamiche relazionali con i genitori o con gli operatori delle strutture residenziali, la questione del denaro e di chi paga, l'interpretazione degli agiti del terapeuta e la supervisione, sono gli aspetti collaterali di una terapia, il contenitore all'interno del quale nasce e si sviluppa la relazione emotivo-affettiva tra il soggetto in terapia e il terapeuta. Nel trattamento delle persone mentalmente disabili, ci sono alcuni di questi fattori che si diversificano per problemi pratici, altri per efficacia terapeutica, in relazione alle caratteristiche emotive e/o cognitive specifiche del ritardo o di una certa sindrome.

Già la tecnica della terapia infantile pone problemi di setting ben diversi da quelli che si presentano nella terapia analitica con gli adulti: secondo Rocco (1996, p.24) alla base di questa diversità 'ci sono fattori collegati alle modalità espressive del bambino, anche nel manifestare il disagio psichico, e alla presenza concreta dei genitori nella vita di un bambino e quindi nella sua analisi'. Questi due fattori valgono anche per le persone adulte con ritardo mentale, dipendenti sia psicologicamente sia concretamente da figure ausiliarie, e portatori di modalità espressive proprie, con un non-verbale che ha interferenze organiche, un verbale sintatticamente contorto e lessicalmente bizzarro.

I confini della relazione analitica sono assai più soggetti ad essere trasgrediti, sia per una maggiore tendenza all'agito (poiché esso sostituisce l'espressività verbale povera), sia per alcuni sentimenti transferali non elaborabili all'interno del rapporto analitico, per esempio quelli con i genitori. Il setting stabile ma non rigido, nel rapporto con la persona ritardata, permette di conoscere le sue modalità comunicative e i suoi personali percorsi cognitivi;

il setting quindi non deve garantire solo una zona protetta e senza intrusioni dall'esterno, ma anche il dispiegamento del Sé senza ostacoli o preconcetti, prima di tutto da parte del terapeuta stesso. Jung (1921) parla del 'rapporto di comune inconscietà' che si crea tra analista e paziente, trasformativo per entrambi, che attiva non solo elementi inconsci personali, ma anche aspetti archetipici. Bion parla di 'insaturità delle interpretazioni' (1987, in Ferro, 1992, p.21); i Baranger (1961) parlano del 'campo bipersonale' nel quale emerge 'la fantasia inconscia di coppia', cioè il prodotto dei due funzionamenti mentali, dell'analista e del paziente, e delle identificazioni proiettive che si incrociano nel campo. Questo concetto amplifica quello di relazione, poiché lo estende a tutta la situazione analitica, quindi al setting e alle regole, fornendo anche la possibilità di uno sguardo più allargato rispetto a quello sulla relazione. Montecchi (1995, p.158) evidenzia come nell'analisi con i bambini l'analista possa sentirsi spinto ad uscire dalla sua funzione analitica perché soggetto alla potente attivazione delle angosce arcaiche, e come solamente un costante ascolto dei propri movimenti controtransferali possa permetterne la comprensione: l'agire dell'analista assume nell'analisi infantile un diverso significato. Nell'analisi del soggetto ritardato l'agito rischia di andare nella direzione del sostegno, dell'educazione, della assicurazione, trasformando il percorso analitico in una riabilitazione cognitiva o espressiva. Se nell'analisi infantile il terapeuta è spinto ad un'azione immediata quando è ancora scarsa la possibilità di elaborazione verbale, al contatto fisico per una comunicazione preverbale, in attesa di rimandarlo al suo significato psichico, nell'analisi della persona ritardata questi elementi devono essere considerati e valutati sapendo che il piano della modalità espressiva è ben diverso da quello della simbiosi e della fusionalità.

Ferro (1992, p.183) sostiene che al di là delle differenze di setting e di modelli psicoanalitici, quello che conta è il funzionamento mentale dell'analista; il setting interno dell'analista si traduce nel suo modo di

lavorare, e si forma attraverso un costante confronto con le regole dell'analisi²¹ e con il senso che queste hanno per la salvaguardia del paziente, dell'analista e dei familiari; proporre e custodire la regola analitica va ad attivare la funzione archetipica paterna, preposta a far valere il principio di realtà²², che prevede il farsi carico dell'aggressività che ne deriva, e che può avere un potente valore trasformativo (Rocco,1996, p.25). La 'rêverie paterna' (Samuels, 1994, p.110) é il contenimento in grado di facilitare la trasformazione delle fantasie e degli impulsi aggressivi in qualcosa che si può utilizzare creativamente²³. Ferro (1992, p.133), a proposito, riporta un proprio sogno e lo spiega: "sogno di essere in Africa e, in previsione di un attacco di selvaggi, faccio costruire dei pannelli di legno che servono a proteggermi dalle frecce; i pannelli non sembrano molto forti ma sembrano sufficienti allo scopo, sono legati uno all'altro. Temo che siano troppo fragili e decido che è più sicuro che ogni pannello venga rinforzato da un palo che lo sorregga. E' qui descritto il contatto con le difficoltà del lavoro analitico, c'è una barriera che può assorbire, c'è la distinzione dal paziente, è necessario però il ricorso a una funzione paterna²⁴, o a un oggetto combinato, che garantisca la stabilità mentale dell'analista".

I confini della relazione analitica, le regole del setting, sono l'elemento frustrante per le parti infantili, ma non necessariamente per quelle 'ritardate', caratterizzate da una maggior vischiosità e lentezza di reazione. Il doppio

²¹ "La cosiddetta lente psicoanalitica sono convinto che sia una lente *a contatto*, che si realizza solamente nel contatto emotivo tra paziente e analista all'interno di un setting rigoroso" scrive Ferro (1992, p.1)

²² Montinari (1990, p.31) descrive la dimensione paterna nelle relazioni, nell'organizzazione, nelle ambientazioni, come 'argine per la distruttività senza limiti' (p.45).

²³ La regola analitica, il setting, sembra avere nell'analisi una funzione paterna che integra quella materna di accoglimento (Rocco, 1996, p.24).

²⁴ Riguardo alla funzione paterna Winnicott (1993, p.38) scrive "Certi 'no' della madre rappresentano il primo segno della presenza del padre. I padri, come tali, compaiono per la prima volta nella vita del bambino in modo indiretto, quando la madre dice 'no' e tiene duro. All'inizio l'idea di personificare il 'no' può non piacere, ma risulta meno sgradita se tiene presente che ai bambini piccoli piace sentirselo dire. A loro non serve giocare sempre con cose morbide, sanno apprezzare anche i sassi, i bastoni, il pavimento duro".

ruolo materno-paterno, così fondamentale nell'analisi infantile, viene incorporato nella sintesi dell'altro adulto, rappresentata dal terapeuta e dal mondo, per il soggetto ritardato. Nella percezione di sé solo come disabile, e non ancora come persona, il soggetto cerca sostegno immaginandosi un mondo di genitori al quale chiedere e dal quale ricevere aiuto. Il terapeuta deve allora rappresentare anche altro, un *altro* rispetto al padre e alla madre, con entrambi i quali il soggetto ha sperimentato la fusionalità, anche a causa della gestione dei deficit. Per questo è ancora più importante che venga rispettato lo spazio del setting da parte delle persone esterne, al fine dell'identificazione. Il terapeuta deve stabilire il programma diagnostico e trattamentale direttamente con il soggetto per aprire la possibilità dell'autodeterminazione e dell'autocontenimento. Il contratto diretto riguarda le regole della terapia, mentre i genitori e/o gli operatori hanno il compito materiale di accompagnare il disabile e di sostenere la continuità; perciò ci sarà un momento in cui vengono esplicitate la frequenza delle sedute, l'onorario, l'orario, le vacanze, in una seduta allargata. I genitori e gli operatori devono essere preparati al miglioramento²⁵ del soggetto, aprendosi ad una modificazione del rapporto che hanno con il disabile e delle concezioni maturate negli anni su di lui e sul ritardo.

²⁵ Montinari (2006, p.1) sostiene che il miglioramento del quadro psicopatologico - comportamentale del paziente ha, in linea di massima, un carattere globale, cioè sincronico, indifferenziato, aspecifico: 1) *sincronico* perché il miglioramento dei sintomi, quando c'è, riguarda pressoché simultaneamente e in tempi brevi quasi tutti gli ambiti della personalità, quelli almeno sui quali il paziente mostra di esercitare un controllo diretto (nel "costruire" o nell'accantonare un sintomo); 2) *indifferenziato* perché non vi è grande diversità tra l'entità dei miglioramenti nei vari ambiti della personalità; 3) *aspecifico* perché il miglioramento non dipende dai singoli interventi terapeutici; tutti questi (con la consueta, anche se non totale, esclusione degli psicofarmaci) sono utili e fattibili nella misura in cui, prima di tutto, accrescono nel paziente il sentimento di adeguata protezione/stimolazione ambientale. Per esempio un intervento psicomotorio migliora sì, la motricità e altre funzioni motorie (come coordinazione, tonicità, modulazione della forza, ecc.), ma migliora anche, contemporaneamente, tutta una serie di altre funzioni (la spazialità, il ritmo, le capacità relazionali, ecc.) e soprattutto rinforza nel paziente la convinzione di essere in quel modo aiutato a stare meglio, pur essendo preservato dal confronto con le temute sollecitazioni dell'ambiente esterno.

4.3 Le dinamiche

Col termine 'transfert' si designa un particolare rapporto oggettuale nel corso del quale un individuo evidenzia nei confronti dell'analista sentimenti provati in passato per qualche figura importante della propria infanzia, in particolare quelli vissuti nei confronti dei genitori. Durante l'analisi, mediante il transfert, il paziente attua continue proiezioni, a carattere conscio e inconscio. La proiezione infatti é un meccanismo di difesa mediante il quale il soggetto reagisce a sensazioni spiacevoli che nega come proprie e attribuisce a cose o a persone della realtà esterna. Per Pecchio, (2006, p.1) ciò mette in discussione la teoria della neutralità dell'analista perché un forte transfert, di natura violenta o simbiotica, richiede risposte adeguate: invece di osservare bisogna partecipare e stabilire un contatto.

Nel transfert (Pecchio, 2006, p.1) si può trovare

- La riedizione o la ripetizione di un antico sentimento del passato.
- L'inadeguatezza di tale sentimento nella situazione presente.
- L'intensità eccessiva delle emozioni - o al contrario l'assenza di reazioni emotive o di altro genere - nel rapporto con lo psicoanalista.
- La presenza simultanea di sentimenti opposti nell'ambito della seduta e al di fuori di essa.
- L'improvvisa mutevolezza delle reazioni transferali nel corso dell'analisi.

La tecnica psicoanalitica attribuisce un'importanza notevole alla dinamica del transfert poiché essa porta alla luce elementi importanti del passato del paziente insieme ai relativi contenuti inconsci a volte repressi o rimossi.

Diversi autori si sono occupati della possibilità o impossibilità di sperimentare il transfert analiticamente da parte di bambini psicotici e ritardati. Fonagy (1996, p.29) riporta la capacità di pensare in termini di 'come se' del transfert alla capacità di meta-rappresentare; chi agisce gli impulsi non é capace di credere in qualcosa essendo consapevole della sua non veridicità. Mannoni (1976, p.84) vede il problema e la soluzione: 'una

tappa angosciosa, nella cura del debole mentale, é il momento in cui si intravede la guarigione (...) L'analista accetta l'interruzione prematura della terapia che i genitori richiedono. Molte analisi interrotte troppo presto lasciano il soggetto sulla soglia della nevrosi ossessiva. Lasciamo un bambino apparentemente riadattato per ritrovare, tre o quattro anni dopo, un adolescente paralizzato, che sopprime ogni richiesta, chiuso in una torre, al riparo dall'angoscia che tuttavia sussiste, in uno stato di totale dipendenza nei confronti dell'Altro. La traslazione non é stata analizzata abbastanza in profondità; é stata inclusa, sospesa, nel fantasma del paziente (...) Ciò che non é stato messo abbastanza in luce nella traslazione é il ruolo svolto dall'analista in quanto oggetto parziale nel fantasma del bambino. L'interruzione precoce comporta gravi rischi (...) perché il soggetto cede al terapeuta il suo problema e la sua angoscia, prendendo la via dell'ottusità nevrotica, descritta da Freud come meccanismo di difesa, che é in rapporto stretto con l'assenza nel soggetto di una sufficiente simbolizzazione di tutto ciò che si riferisce alla mancanza' (p.85). Anna Freud (1935, p.63 ed.it.; 1977, pp.133-138 ed.it.) sostenne che nel bambino non si instaura la nevrosi di traslazione, mentre M.Klein (1932, pp.28-29 ed.it.) reintroducendo il rigore nella condotta della cura, riapre la strada alla tecnica della traslazione: a suo avviso, l'assenza di ogni intervento pedagogico, invece di indebolire l'Io, lo rafforza. Queste riflessioni, pertinenti al dibattito sulle tecniche dell'analisi infantile, chiarirono successivamente per alcuni autori la possibilità del transfert nella persona ritardata nonostante l'azione di sostegno cognitivo ed empatico attuato nel setting.

A questo proposito Rosenfeld (1952, in Bott Spillius, 1988 p.31, ed.it.), trattando la questione del trattamento psicoanalitico nelle fasi acute della schizofrenia, ricorda che la psicoanalisi 'può essere definita un metodo che include l'interpretazione del transfert positivo e negativo senza far uso di misure rassicuranti o educative, e insieme il riconoscimento e l'interpretazione del materiale inconscio prodotto dal paziente (...) I

problemi tecnici che sorgono durante l'analisi degli psicotici in fase acuta sono infatti simili a quelli che si incontrano nell'analisi dei bambini piccoli. Nel discutere l'analisi di bambini che abbiano più di due anni e nove mesi di età, M.Klein ha osservato che interpretare il transfert positivo e negativo fin dall'inizio dell'analisi determina una nevrosi da transfert. Ella considera qualsiasi tentativo di produrre un transfert positivo con mezzi non analitici (consigli, regali, rassicurazioni) non soltanto inutile ma decisamente nocivo per l'analisi'.

La riflessione sull'analisi delle persone con deficit cognitivo deve approfondire ulteriormente la questione, nel caso che le indicazioni per l'analisi infantile e quelle sulle psicosi acute non coprano completamente il quadro del ritardo; attualmente gli studi vedono instaurarsi il transfert anche nei casi di scarse capacità simboliche in quanto è il lavoro terapeutico a creare la struttura per il processo di simbolizzazione (Fattori e Benincasa, 1996, p.118). E' proprio questo l'ambito che non era stato approfondito precedentemente; la questione dell'uso dei mezzi non analitici, per rafforzare la relazione, e della pericolosità del controtransfert, sono invece rimaste aperte in generale, differenziando le molteplici scuole psicoanalitiche.

Bion (1952, in Bott Spillius, 1988, p.99, ed.it.) definisce il controtransfert l'effetto della identificazione proiettiva del paziente nell'analista, e diversifica le situazioni in cui questi è oggetto di una identificazione proiettiva da quelle in cui non lo è: l'analista sente di essere manipolato in modo da recitare una parte nella fantasia di qualcun altro. Il problema è che a prima vista l'emozione e la fantasia imposta al proprio analista, non sembrano affatto derivanti dal paziente; l'analista prova l'emozione come se fosse una propria risposta a qualcosa e la difficoltà è distinguere il contributo del paziente dal proprio (Money Kyrle, 1956, in Bott Spillius, 1988, p.100 ed.it.).

Al controtransfert nella psicoanalisi dei deboli mentali, Mannoni (1976, p.63) dedica un intero capitolo. Con gli 'oligofrenici' l'imbarazzo è nel far

pagare la terapia senza la certezza di un miglioramento; l'analista donna viene catturata dalla madre che le affida il figlio per provare a se stessa e all'analista che solo lei é capace di fronteggiare la situazione. Tenendo il padre in disparte, la madre risveglia nell'analista la relazione materna; giudica il lavoro o lo loda eccessivamente, invitando l'analista a entrare nell'area dell'onnipotenza (ha bisogno di crederci per tener duro). L'analista che fiuta il pericolo denuncia i fantasmi per non diventarne supporto e ottiene così l'interruzione della cura: 'se l'analista é intenzionato a continuare la cura, é inopportuno che esprima dubbi' (p.65)

Nei casi di 'debolezza mentale semplice' l'autrice collega il rapporto tra analista e genitori al ruolo che questi hanno assegnato al bambino come debole mentale: se il bambino é tenuto a rimanere debole mentale, egli maschera, con il proprio stato, il rischio di una depressione grave nella madre; se invece la debolezza mentale del bambino non ha il supporto dei genitori, questi ultimi assegnano all'analista il ruolo di rieducatore. Il controtrasfert é, in ogni caso, di insoddisfazione integrale, di noia, al punto che il meglio é un analista tanto paziente da non desiderare nulla per anni e capace di farsi infine più morto del soggetto stesso, in modo che l'angoscia possa finalmente scaturire. Nel caso dei deboli mentali ansiosi si rischia di interrompere la terapia non appena sono scomparsi i disturbi caratteriali, mentre nel caso dei cosiddetti deboli mentali privi di angoscia, il rischio di interrompere la cura é minore con una madre che ha un atteggiamento di rifiuto, mentre la madre iperprotettiva dà all'evoluzione del figlio il significato di propria castrazione (p.89).

Bonaccorsi (1980, p.77) sostiene che il controtransfert é così potente che conviene fin dal principio lasciar liberi i terapeuti di scegliere i soggetti da curare sulla base di una rispondenza emotiva: il messaggio non verbale di rifiuto verrebbe altrimenti percepito dal paziente scatenando in lui ansie

persecutorie, di abbandono e distruttive che ostacolerebbero l'introduzione di un oggetto buono.

Il terapeuta proietta nel paziente sue parti antiche, piccole, aggressive e deteriorate, da cui si protegge con la scissione, ma anche l'aspetto fisico e i comportamenti autolesionistici possono provocare automaticamente la paura, il senso di impotenza, la fuga; 'dobbiamo accontentarci di un equilibrio fra le diverse istanze della personalità e di una propensione all'oblatività. Non sarebbe utile per una corretta terapia utilizzare profonde pulsioni masochistiche nel terapeuta che non farebbero che ravvivare il sadismo del paziente. Un'attitudine sana e capace di superare molte difficoltà nell'accettare forme eccezionali di malattia psichica e di comportamento, è legata a quel particolare aspetto della sublimazione che prende il nome di interesse e curiosità scientifica. La spinta a conoscere che ne scaturisce è scevra da caratteri nevrotici o da formazioni reattive quali la pietà' (p.78).

Fattori e Benincasa (1996, p.13) sono d'accordo con Bonaccorsi sulla necessità di prendere in carico i pazienti deficitari sulla base della rispondenza affettiva iniziale, poiché il controtransfert ha un peso predominante. Anche la tolleranza verso le manifestazioni comportamentali varia da persona a persona e diventa selettiva: c'è chi non sopporta la saliva, chi l'aggressione, chi l'indifferenza autistica, chi il costante contatto corporeo o l'assillo verbale. Questi autori ritengono comunque utile basare la valutazione diagnostica iniziale sull'inestricabilità tra le forme in cui l'insufficienza mentale ha reazioni psicotiche e le forme in cui la psicosi determina il deterioramento delle funzioni cognitive, come Gibello (1984, p.20, ed.it.) quando sostiene che 'certi fantasmi inconsci o alcune angosce sono favoriti da condizioni biologiche che comportano una grave deformazione della percezione della realtà'. Le dinamiche nella relazione terapeutica sono così caratterizzate da una prospettiva aperta:

semplicemente si tratta di provare un sentimento di apertura sul futuro in relazione a quella determinata persona, liberati dall'idea di eliminare il deficit (Fattori e Benincasa, 1996, p.13).

Capitolo 5 - L'ipotesi clinica

I temi della frammentazione e della scissione come descrittori dello sviluppo, delle dinamiche della mente ritardata e degli eventuali innesti, sono nell'evidenza collegabili alle manifestazioni paranoico-persecutorie; la dissociazione come processo adattivo delinea un modello di mente deficitaria, inserito nel quadro del pattern disorganizzato di attaccamento (Albasi 2005 a, p32).

5.1 Le ricerche sperimentali

5.1.1 Il deficit compensato

Già Vygotskij in un articolo postumo (1935, in Vianello 1990 b, p.1) opponendosi sia alla concezione intellettualistica (c'è il deficit cognitivo da cui deriva il disordine affettivo e di personalità), sia alla dinamica di Lewin (1935, p.205 ed.it.) che inverte la causalità (il deficit viene dopo il disordine affettivo), rifiuta le polarizzazioni e pone al centro dell'indagine il rapporto tra affettività e intelletto, introducendo un'altra variabile: il senso della situazione stessa. Vygotskij riporta gli esperimenti fatti da Lewin (misura dei tempi di saturazione) e le sue modifiche finalizzate all'apprendimento: con il bambino ritardato è risultato necessario modificare la situazione stessa, rendendola percettivamente più attraente; con il bambino normale era sufficiente mutare il senso della situazione, ad esempio chiedendo al bambino di insegnare ad un altro bambino come si faceva. La differenza fondamentale tra il pensiero ritardato e quello normale era quindi la possibilità di modificare la situazione attraverso il pensiero; l'attività percettiva risultava per i ritardati più vincolante rispetto a quella intellettuale, e l'attività aveva più importanza della rappresentazione. La teoria del ritardo mentale di Vygotskij interpreta gli esperimenti nella direzione della compensazione: il deficit, che è un limite perché crea un ostacolo, provoca una potente spinta in avanti con processi compensatori, sostitutivi, integrativi e correttivi nello sviluppo; la reazione dell'organismo e della personalità del bambino al deficit è la realtà con cui deve avere a che fare la

difettologia. L'ipercompensazione é provocata dalla *'legge della diga psichica'*, cioè dal fatto che ogni deficit, costituendo un ostacolo, provoca un aumento dell'energia psichica e può avere effetti sia positivi sia negativi. I processi di compensazione non sono finalizzati a supplire al deficit ma a superare le difficoltà causate dal deficit (Vygotskij 1935, in Vianello 1990 b, p.2). Questo fattore risulta fondamentale nel modello di mente deficitaria (vedi cap.5.3).

5.1.2 La complessità nella fenomenologia e nell'eziologia dei disturbi psichiatrici

Moss (e altri, 2000, p.452) hanno studiato un campione di 320 persone con diagnosi ufficiale di disturbo dell'apprendimento (*learning disability*), con l'obiettivo di determinare quanti soggetti che tengono comportamenti *challenging* (cioé di sfida, competitivi, oppositivi o provocatori), presentano anche sintomi psichiatrici. Hanno trovato una correlazione tra l'aumento della severità della provocazione e l'aumento della gravità dei sintomi psichiatrici; nella depressione, l'associazione é maggiormente marcata. I sintomi d'ansia sono associati con la presenza del comportamento autolesivo. La conclusione di questa ricerca é che é possibile ridurre il comportamento di sfida trattando il disturbo psichiatrico, soprattutto tenendo in considerazione che l'oppositività é un sintomo della depressione nel ritardo mentale. A mio parere, l'aspetto interessante di questa ricerca sta nel fatto che rileva il comportamento provocatorio come collaterale del disturbo psichiatrico e non del deficit cognitivo: in specifico, il disturbo della parola porta alla provoc/azione, e il disturbo del pensiero porta all'azione. Ciò sembra in contrasto con quanto sostengono: Soresi (2003, p.14 che riporta Sigman, 1985), e cioè che ad un QI più alto (RM lieve) corrispondono psicopatologie cognitivamente più raffinate; Capozzi (1994, p.401), secondo il quale il comportamento antisociale é più frequente nei soggetti con RM lieve. Rocco (e altri 2002, p.22), utilizzando proprio lo strumento FBF-schedule di Soresi e Nota (2003, 2005), trova che la

difficoltà di comunicazione correla con il RM grave²⁶. Dai dati di Moss (2000, p.454), depressione e ipomania correlano significativamente con il comportamento di sfida mentre non lo fanno psicosi e ansia. Nelle conclusioni, gli autori sottolineano però la non causalità: la provocazione esaspera il disordine psichiatrico e quest'ultimo si esprime nella provocazione. Per Moss e colleghi il disturbo d'ansia (oltre che quello dell'autolesionismo) caratterizza il ritardo mentale grave, mentre Soresi e Nota (2003, p.3) vedono i disturbi d'ansia caratteristici del RM lieve. Coorey e Bakala (2005 p.1) trovano la causa della difficoltà di diagnosi del disturbo d'ansia nella vulnerabilità dei soggetti con RM (che aumenta all'accesso ai servizi di salute pubblica) e nei sistemi classificatori standardizzati su soggetti normodotati.

²⁶ Problematiche psicopatologiche in soggetti con ritardo mentale (Soresi e Nota, 2003, p.14)

FATTORI FBF Schedule	RM grave maschi Media DS	RM grave femmine Media DS	RM medio maschi Media DS	RM medio femmine Media DS	RM lieve maschi Media DS	RM lieve femmine Media DS
Isolamento e inespressività emozionale	15,88 6,83	13,15 6,19	12,28 5,95	12,13 5,5	13,80 7,02	13,97 6,98
Irritabilità, sbalzi di umore e scarsa tolleranza alla frustrazione	24,64 9,39	22,82 10,04	27,82 10,59	30,14 11,7	29,95 13,01	30,50 12,31
Difficoltà di comunicazione verbale	18,79 6,22	17,97 6,54	13,81 5,31	14,12 5,29	9,63 4,06	10,55 5,49
Difficoltà nel mantenere il contatto oculare	11,36 5,42	10,97 5,16	9,48 4,98	9,91 5,58	7,17 4,26	7,2 4,33
Inappetenza	4,8 3,24	4,89 3,53	3,76 2,44	4,4 2,67	3,95 2,5	4,97 3,12
Trascuratezza dell'aspetto ester.	11,69 2,9	10,48 4,22	8,51 3,72	7,13 3,42	7,56 3,7	7,15 3,7
Apatia e rallentamento psicomotorio	21,26 9,26	22,53 8,54	19,13 8,24	18,25 7,9	19,97 9,33	19,87 7,8

Molte altre ricerche analizzano i comportamenti problema nel ritardo mentale (vedi più avanti il cap.6.1). Quella americana di Rojahn, Matson, Naglieri e Mayville (2004) studia le relazioni tra condizioni psichiatriche e comportamenti-problema in persone adulte con RM; lo studio individua i comportamenti-problema legati ai punteggi più alti di psicopatologia (autolesionismo, aggressività/distruzione, stereotipie) e trova le associazioni con le patologie psichiatriche: il fattore autolesionismo e aggressività/distruzione risultano essere collegati al controllo degli impulsi e ai problemi di condotta; il fattore separato di comportamento stereotipato è risultato collegato ai disturbi pervasivi dello sviluppo, alla labilità emotiva e, in misura minore, alla schizofrenia. Depressione, mania, ansia e sindromi organiche sono risultate non correlate a problemi comportamentali, in particolare all'autolesionismo e all'aggressività. L'analisi fattoriale ha rilevato una forte associazione tra autolesionismo e aggressività/distruzione, mentre la loro relazione debole con il comportamento stereotipato è un elemento nuovo e sorprendente alla luce delle relazioni tra autolesionismo e stereotipie frequentemente osservate (p.230).

La difficoltà dell'analisi dei dati è determinata dall'interazione di due sistemi complessi e interagenti quali quelli del ritardo e della patologia psichiatrica (complessità analizzata da Venturini, 2002), ma le variazioni nelle diagnosi sono determinate dalla diversità sincronica degli strumenti di valutazione e dai frequenti cambiamenti diacronici che avvengono nelle persone con RM, sia nella direzione del miglioramento del ritardo sia del peggioramento; lo studio italiano di Ruggerini (e altri, 2004, tra cui Matson dello studio appena presentato, cioè Rojahn, Matson, Naglieri e Mayville, 2004) analizza gli effetti dell'introduzione nell'assistenza alle persone con RM della Certificazione Evoluta (linee guida e di controllo dei risultati riabilitativi a distanza dalla dimissione). Gli effetti di questa prassi assistenziale (dati del 2001-2002, 28 pazienti) comprendono:

- a) variazioni rilevanti nella definizione del livello di RM dopo una rivalutazione sistematica attraverso prove standardizzate: il livello si mantiene invariato solo in 8 pazienti su 28;
- b) variazioni rilevanti nella definizione nosografica dei disturbi mentali associati: solo il 39,3% delle 33 doppie diagnosi ricevute dai 28 pazienti, dopo una psicodiagnosi con strumenti standardizzati, é in accordo con le definizioni diagnostiche precedenti.

Interessante, da un punto di vista eziologico, é il breve dibattito tra Collishaw, Maughan, Pickles (2004) e Feroz-Nainar (2005). La ricerca di Collishaw, Maughan, Pickles (2004), con un campione del 1958, studia la correlazione tra RM lieve all'età di 11 anni ed elevate percentuali di sintomi depressivi in età adulta; trova anche che a 43 anni l'umore depresso era in larga parte mediato dalle variazioni dello svantaggio socio-economico e dalle malattie organiche della vita adulta. Nelle conclusioni, veniva sottolineata l'estrema importanza del prevenire le deprivazioni socio economiche e le malattie nelle persone con RM. Feroz-Nainar (2005) evidenzia che la ricerca non aveva controllato l'interazione del fattore genetico: le sindromi di Down e dell'X Fragile sono le cause più comuni, tra le sindromi diagnosticate, di RM, epilessia e depressione. Ciò implica che la deprivazione socio economica potrebbe essere un fattore confondente in questi tre gruppi. Gli autori della ricerca, allora, per testare la possibilità che la differenza tra i gruppi RM/ non RM nella depressione sia dovuta a fattori biologici come l'epilessia, rianalizzano i fattori e ottengono che il nuovo gruppo di controllo (epilessia e problemi neurologici) non riduce la differenza nei disturbi affettivi adulti.

Ciò mette in discussione, secondo gli autori, che le avversità dell'infanzia e della vita adulta possano essere una variabile interagente, ma non riescono ad ipotizzare un terzo fattore confuso con lo svantaggio sociale che possa spiegare i dati dei campioni precedenti, visto che comunque, valutando un

campione di popolazione generale, i fattori sociali e la salute adulta giocano un ruolo importante nel contribuire all'umore depresso tra persone con RM.

5.1.3 La prospettiva del disturbo post traumatico

Hollins e Sinason (2000, p.32) descrivono i recenti sviluppi della comprensione e della pratica nel campo dei disturbi d'apprendimento, non ancora assorbiti dalla psicoterapia e dalla psichiatria tradizionale: la teoria dell'attaccamento e gli effetti del trauma. Le aree di approfondimento e trattamento clinico che le autrici rilevano sul campo sono:

1. l'esistenza della disabilità, le fantasie cosce e inconscie che l'accompagnano;
2. la perdita del Sé normale che avrebbe dovuto nascere²⁷;
3. la sessualità e le deformazioni interne dovute all'impatto della disabilità;
4. la dipendenza e l'impossibilità di vivere autonomamente;
5. la paura della morte o dell'omicidio, appartenendo ad un gruppo che la società desidera eliminare.

Il trauma sorge dall'interazione tra la disabilità, il mancato legame nell'attaccamento, la ripercussione sulla psiche dei genitori della diagnosi, e la consapevolezza del proprio handicap nel ritardato. Il disturbo post traumatico é quindi la patologia principale, che va affrontata nella psicoterapia dei soggetti con ritardo (p.34), e presenta i disturbi classici: ricordi e pensieri intrusivi, sogni e incubi sugli eventi traumatici, disturbi del sonno, comportamenti ripetitivi del trauma, fughe, iperattivazione ansiosa e reattività eccessiva. Nei casi più gravi, la sintomatologia presenta distorsione dei ricordi, difficoltà di concentrazione permanente, omissioni e dissociazioni; questi elementi possono essere confusi e attribuiti al deficit

²⁷ Vegetti Finzi (1990, p.180-181) scrive che la frequente comparsa, seppur in forma lieve, di una depressione post-partum nelle puerpere, è data da un paradossale sentimento di perdita che si comprende soltanto con la sparizione della antica imago filiale. Il vissuto di aver smarrito una presenza mentale ormai familiare è meno intenso quando il neonato è fragile, menomato o malato, quasi che la sua incompiutezza prolunghi l'incanto del lavoro onirico, la permanenza delle sue figure surreali (nelle fiabe è Pollicino, vedi cap.1.2) . Qui, Hollins e Sinason (2000) sottolineano il senso di perdita soprattutto nel bambino.

cognitivo primario. Le autrici ritengono che ci siano molte opportunità terapeutiche su questo tipo di disturbo, forse proprio per le similitudini nei sintomi e nelle cause del disordine post traumatico rispetto a quello dei normodotati; l'espressione del disturbo emozionale e della malattia mentale può avvenire spesso in modo comportamentale, per cui l'orientamento terapeutico deve ricostruire il legame tra sentimenti e comportamenti, tra paure e parole che le esprimono. Le linee di trattamento che oggi vengono proposte in generale per i disturbi post traumatici sono varie e si inseriscono all'interno delle diverse correnti di pensiero e di scuole psicoterapeutiche (Vassalli, 2002, p.25); divergono per aspetti tecnico procedurali ma convergono per la matrice di fondo data dalla sequenza dei seguenti passaggi: 1) creazione di condizioni di sufficiente sicurezza; 2) elaborazione del trauma; 3) riconnessione del paziente con la vita reale nel presente (Vassalli, 2002, p.26). In ogni caso, il trattamento deve essere sempre di una certa durata, psicologico, con colloqui di analisi, counselling o *debriefing* (direttivi).

McCarthy (2001, p.164) dice che Hollins e Sinason (2000) guardano il trauma nel RM da una prospettiva emozionale e lo definiscono in tre aree: disabilità, sessualità e morte. Per McCarthy i sintomi del PTSD nel RM grave sono aggressività, regressioni e disturbi del sonno, e il rischio è di attribuire questi sintomi ad altri disturbi psichiatrici. Il dolore negli adulti con RM è spesso accompagnato da un aumento dei disturbi ansiosi e dei comportamenti aberranti.

Il disturbo traumatico rientra a mio parere tra quelli che sono caratterizzati dai tratti paranoico-persecutori, e quindi non di più probabile innesto sul RM ma di più evidente manifestazione; anche McCarthy (2001, p.164) sostiene che i soggetti con RM esposti ai traumi sviluppano il disturbo post traumatico con percentuali perfettamente comparabili alla popolazione normodotata; questa affermazione, dimostrata dalla ricerca di Ryan (1994)

su un campione di 51 adulti, è socialmente molto importante perché contraddice l'idea che le persone ritardate possano essere maltrattate senza gravi conseguenze. Lo studio del trauma nell'ambito della psicologia dello sviluppo, inoltre, definisce cruciale il livello cognitivo e linguistico per determinare quanto il bambino riuscirà ad essere reattivo ad una particolare esperienza traumatica, con la conseguente osservazione del fatto che i maltrattamenti dei bambini ritardati provocano ancora più danni che nei bambini normali. Il PTSD è infatti più frequentemente diagnosticato in bambini con RM, che hanno una bassa resilienza.

5.1.4 La diagnosi dei disturbi di personalità

Alexander e Cooray (2003, p.28) esaminano la letteratura pubblicata riguardo alla diagnosi dei disturbi di personalità nel RM. Secondo i dati delle ricerche presentate dagli autori, i problemi legati alla diagnosi derivano dai seguenti fattori:

- Le caratteristiche di personalità definitive si manifestano più tardi, nell'adolescenza.
- I problemi di comunicazione, di percezione sensoriale e di comportamento ostacolano il passaggio d'informazioni. Spesso lo stesso pattern di comportamenti diagnosticato come 'disturbo di personalità' nel RM lieve, può essere visto come un disturbo comportamentale nel RM grave.
- I criteri diagnostici di parecchi disturbi di personalità presumono un livello intellettuale che può essere assente nel RM. I disturbi dissociativi e paranoici ne sono un esempio.
- Mancano strumenti validati che differenzino in modo preciso gli effetti di una psicosi infantile dai disordini della personalità
- La diagnosi, per essere oggettiva, necessita di osservazioni comportamentali e di raccolta di informazioni.
- I tratti autistici si sovrappongono alle caratteristiche della personalità anancastica e ossessiva.
- Aspetti della personalità borderline, come l'autolesionismo, l'impulsività, l'instabilità affettiva, sono molto frequenti nel RM.
- I disturbi affettivi nei soggetti con RM si presentano sotto la forma di personalità instabili.
- Il disturbo dipendente non può essere diagnosticato nel RM.

- Il disturbo schizoide, molto frequente nel RM, può derivare da un autismo infantile.

IL DC-LC (Diagnostic Criteria in Learning Disability) che gli autori propongono, é un sistema multi assiale di criteri diagnostici operazionalizzati nel RM; sostiene che: 1) le categorie dei disturbi organici di personalità dell'ICD 10 non possono essere usate per i soggetti ritardati con un fenotipo comportamentale associato o con epilessia; 2) la diagnosi deve essere tentata dopo i 21 anni; 3) le categorie di disturbo schizoide, dipendente ed evitante, non possono essere utilizzate; 4) non é lecita la diagnosi di disturbo di personalità nel RM grave.

Alexander e Cooray (2003, p.30) sostengono nelle conclusioni che nel RM lieve c'è una frequenza di disturbo di personalità del 90%, diagnosticabile secondo quasi tutta la gamma dei disturbi; il fatto che spesso questi non vengono rilevati spinge a formulare errate diagnosi di psicosi.

5.1.5 La valutazione dell'efficacia della psicoterapia nel ritardo

L'ambito della psicoterapia riguarda diversi metodi, strategie e tecniche, compresi il counseling, lo skill training (ad esempio sulle abilità sociali e sull'assertività), la psicoeducazione. Storicamente gli studi sono sui bambini (Eysenck 1952, 1965; Rachman 1971; Levitt 1957, 1963, 1971; tutti riportati da Prout e Nowak-Drabik, 2003, p.82) e concludono che il trattamento ha prodotto un beneficio minimo o nullo se confrontato con i soggetti non trattati. Più recentemente, la prospettiva sull'efficacia della psicoterapia é cambiata, sia nella prima meta analisi su larga scala di Smith e Glass nel 1980, sia nelle successive degli anni '90, in cui viene rilevato un beneficio generale, sebbene continui a porsi il problema dell'efficacia clinica. Attualmente, gli autori delle ricerche sperimentali riportano un'efficacia nulla o, comunque, la questione viene lasciata aperta (Butz, Bowling e Bliss, 2000, in Prout e Nowak-Drabik, 2003, p.82). Gli studi su questo argomento

tendono ad essere in gran parte qualitativi e descrittivi. Il ritardo mentale rimane in quasi tutti i casi un criterio di esclusione per i soggetti che partecipano alle ricerche sull'efficacia della psicoterapia. Prout e Strohmer (1998, in Prout e Nowak-Drabik, 2003, p.82) sottolineano l'adattamento evolutivo in termini di modificazione del linguaggio, degli obiettivi, delle strategie e dei compiti nei clienti con ritardo. Essi sostengono che la storica affermazione che la psicoterapia non sia efficace con i soggetti ritardati vada riformulata nel senso che sono state le tecniche terapeutiche ad essere inefficaci con questi soggetti: per questo la questione è tutta da approfondire e le tecniche adeguate ancora da sperimentare. Butz e colleghi (2000) dicono che la causa del vuoto nell'offerta terapeutica sta nel fatto che gli psichiatri considerano ancora i disturbi emotivi giustificati dal deficit cognitivo, altri che i ritardati sono immuni o indagnosticabili o eccessivamente dipendenti per un trattamento. Essi ritengono che la soluzione stia nella formazione degli specialisti dei disturbi dell'apprendimento in strategie e tecniche psicoterapiche e viceversa, nella formazione degli psicoterapeuti nel ritardo

La varietà di terapie offerte è molto ristretta, la proposta è quasi sempre comportamentale, e anche nei gruppi di terapia (cognitiva, di counseling e a lungo termine) vengono esclusi persino quelli con RM lieve. La percentuale degli studi pubblicati è però favorevole, secondo Prout e Nowak-Drabik (2003, p.83), perché gli editori tendono a pubblicare quelli in cui si evidenzia un cambiamento significativo. Essi rilevano comunque una consistente efficacia degli interventi individuali, ad orientamento comportamentale, attuati nei contesti psicoterapici (ad esempio nelle cliniche).

Courtenay (2000, p.566) sostiene che l'offerta psicoterapeutica debba andare dall'analisi alla terapia familiare, anche perché, dal punto di vista della ricerca, questi soggetti permettono di sondare in modo inestimabile lo sviluppo e i disturbi della personalità dei soggetti normodotati. De Groef e Heinmann (1999) si avvalgono dei risultati delle ricerche di parecchi autori,

che sostengono l'evidenza clinica e teoretica riguardo alla capacità di insight delle persone con RM.

In generale, la necessità di verificare empiricamente l'efficacia della psicoterapia e l'esigenza di far conoscere le prove documentate in favore delle psicoterapie (in contrapposizione alla tendenza della *managed care*, che predilige solo trattamenti farmacologici per la terapia di disturbi come la depressione e l'ansia), hanno portato alla compilazione degli elenchi dei cosiddetti *Empirically Supported Treatments* (EST), cioè i trattamenti supportati empiricamente o *evidence-based* (basati sulle prove).

La validità di questo processo di valutazione è paradossalmente molto dibattuta (Migone, 2005, p.103). Seligman (1995) distingue tra *'efficacia'* ed *'efficienza'*: gli studi sulla *efficacia* (*efficacy*) misurano il risultato di una terapia effettuata in condizioni strettamente controllate, mentre gli studi sulla *efficienza* (*effectiveness*) misurano il risultato di una terapia effettuata in condizioni meno controllate della pratica clinica reale di tutti i giorni. Westen e Morrison (2001) hanno preso in considerazione gli studi sperimentali sulla psicoterapia della depressione, del panico e dell'ansia generalizzata ed hanno riesaminato la base empirica delle psicoterapie brevi manualizzate, distinguendo la risposta iniziale dalla genuina efficacia, e la terapia degli 'stati' psicologici dalla terapia dei disturbi. La loro conclusione è che questi trattamenti brevi manualizzati tendono a produrre una notevole risposta positiva iniziale di indubbia significatività clinica, ma che la maggior parte dei pazienti rimangono subclinicamente sintomatici, hanno ricadute o richiedono un ulteriore trattamento entro due anni. Inoltre, è dimostrato (Migone 2005, p.104) che i tipici studi di efficacia escludono ben i 2/3 dei pazienti trattati a causa della comorbidità (cioè della presenza simultanea di più diagnosi), che è molto frequente e che richiede terapie più lunghe.

Gli studi di efficacia generici non possono quindi essere utilizzati per la ricerca sui soggetti con RM perché il campione non li rappresenta.

5.2 L'osservazione clinica

Come si é visto, il ritardo mentale viene valutato spesso in termini di danno non modificabile né esplorabile, e l'innesto (o screzio) psicotico difficilmente viene definito con le etichette diagnostiche utilizzate per i normodotati. Venturini (2002, p. 1) tenta di comprendere i due fenomeni (ritardo e psicosi) nella reciproca derivabilità emotivo-affettiva, la loro 'natura complementare, integrata ed integrabile e non più isolata, scissa o casualmente coincidente', non intellettualmente ma con una profonda identificazione con il paziente. Gli stessi terapeuti infatti finiscono con il 'rimuovere le loro emozioni, le loro storie come se il ritardo mentale o il difetto psicotico possano in qualche modo sancire un nostro burn-out anticipato che ci precluda la possibilità di intervenire in senso terapeutico e di avvicinarci con lo strumento interpretativo' (p.2) . Pensare *per* il paziente e *con* il paziente può voler dire vivificare propri oggetti interni 'ritardati' che si ricollegano, se se ne diviene consapevoli, a parti infantili primitive, libere, gioiose, empatiche, epidermiche. Per Venturini si entra così nella dimensione dinamica, 'dove é possibile esplorare, interagire, intervenire, talvolta modificare e da dove é credibile far partire il processo riabilitativo non più svalutato da una empasse di natura schizo-paranoide. Possiamo verificare inoltre come, in questo modo, il ritardo mentale venga ad essere modificato da "cosa in sé" o *noùmeno*, non derivabile, non comprensibile, in un fenomeno finalmente decifrabile e plausibile - ove collegato con la sfera emotivo-affettiva -, e lo screzio psicotico possa assumere una veridicità psicopatologica nonché nosografica' (p.2).

5.2.1 Una psicosi debole con tratti autistici e paranoici

Venturini (2004) indaga questi temi basandosi sull'osservazione di circa trenta pazienti, di entrambi i sessi, con diagnosi di Ritardo Mentale di grado medio-lieve e Screzio Psicotico, in un arco di tempo di sette anni. Il loro modo di esprimere la sofferenza psichica non differisce sostanzialmente dalle modalità evidenziate negli altri pazienti psicotici, le principali

autonomie sono da loro prevalentemente conservate, sebbene poi si verifichino importanti difficoltà nella realizzazione dei comuni obiettivi dell'esistenza, quali l'utilizzo corretto del denaro, una sufficiente socializzazione o, per esempio, il conseguimento della patente di guida. Venturini ipotizza differenti tipi di infrastrutture psichiche ma la condivisione di una comune matrice progettuale e uguali fondamentali coesistono all'interno del mondo psichico del paziente due prevalenti infrastrutture e due prevalenti materiali "da costruzione", differenti tra loro per natura e tipologia del "terreno sociale" (*holding* e *rêverie* genitoriali), delle angosce primitive e dei relativi meccanismi di difesa; c'è una "coesistenza di nuclei" che devono essere valutati come realtà intrinsecamente commiste tra loro, nell'alternanza e nella prevalenza ora dell'una ora dell'altra o nell'apparente assenza degli aspetti appartenenti a questa o a quella dimensione nucleare (p.3).

Sul primo nucleo, la persona non è riuscita a costruire quasi nulla: questo *non-processo* si concretizza nei materiali con cui i pazienti tentano di costruire una parvenza di strutturazione: 'Potremo così osservare che, durante l'effettuazione di una attività occupazionale, un momento di aggregazione o socializzazione o lo svolgimento di un colloquio, in modo sottilmente dissimulato o chiaramente manifesto, secondo modalità inopinate o facilmente prevedibili, il paziente tenderà a ritirarsi dal contesto circostante per esprimere un suo linguaggio fatto di stereotipie mimico-gestuali (talora anche minime), perseverazioni comportamentali, lallazioni, paleocinesie apparentemente non significative o semplicisticamente riconducibili all'esigenza di uno "scarico" immediato di istanze ansiose o di iperstimolazioni sensoriali' (p.3). In queste situazioni Venturini vede emergere 'quell'elemento liquido di cui sembra essere composto il nucleo, elemento difficilmente amalgamabile o coagulabile che tende a disperdersi nello spazio, pur rivestito nei suoi pseudopodi da una sottile membrana che ne impedisce una fuoriuscita definitiva. Sono queste le situazioni che più si

avvicinano al concetto di "Forme autistiche" della Tustin o, ancora più precisamente, al modello dello "Smontaggio" descritto da Meltzer che suggeriva l'idea di momenti di "Assenza del pensiero" nei quali il paziente, per un periodo di tempo più o meno lungo, realizza il tentativo di sfuggire ad una realtà divenuta insopportabile. Esiste nel paziente l'esigenza di "sperdersi" nell'ambiente per sospendere la sua dolorosa esistenza di emozione-pensiero nel mondo e per cercare di "non sentirsi" se non attraverso modalità evasive del tutto personali da lui percepite, anche rispetto alla nostra inquietante presenza, come maggiormente tranquillizzanti, più comode, più calde, più morbide. Un "non essere" preferibile ad un "esserci" troppo frustrante o carico di valenze eccessivamente emancipative (gruppo di lavoro come negazione dei bisogni regressivi fusionali)' (p.4).

Ci sono poi le fasi di "iperproduzione di pensiero": l'intero materiale liquido prima descritto subisce un rapido mutamento di stato, solidificandosi in una specie di roccia monolitica, un fenomeno che Venturini identifica in una Psicosi Ossessiva Post-Autistica (Residuo Autistico o Sviluppo Post-Autistico), per essere in grado di esperire un controllo onnipotente ed una separazione degli oggetti e, di conseguenza, una preoccupazione di tipo rimuginativo per il modo in cui gli elementi del mondo sono legati tra di loro. Sono situazioni in cui alcuni pazienti mostrano particolari abilità nel calcolo o nella memoria di numeri, ma anche stereotipie comportamentali (talora difficilmente discriminabili da quelle rilevate durante l' "assenza di pensiero"), domande e richieste verbali reiterate, interrogazioni pseudo-scientifiche e filosofiche pleonastiche, ripetute argomentazioni circa la natura degli oggetti, la concatenazione smontata e ricostruita di cause ed effetti, le valutazioni morali e le conseguenze affettive dei propri comportamenti provocatori vissute come gioco relazionale ripetuto all'infinito. L'autore sostiene che il *materiale roccioso del nucleo* si organizzi per realizzare una vera e propria *dimensione dell'oblio*, in cui non c'è più il dolore.

Al di là dell'esigenza di un controllo degli oggetti 'esiste il disperato bisogno di una precisa frammentazione dell'esperienza emotiva, trasformabile in un qualcosa di "non senso", al di sotto quindi della comune soglia di percezione del dato emotivo. La spinta motivazionale é rivolta alla parcellizzazione di quella particolare forma di terrore derivante dalla constatazione di separazione dall' "oggetto primario" dal quale i pazienti si sono sentiti "strappare via" o "essere divelti" a viva forza. Seguendo questo percorso, l'esperienza emotiva non può più essere accessibile alla memoria, né più utilizzabile come frammento di memoria a riprodurre, per certi versi ed in un contesto di meccanismi primitivi, l'equivalente psicotico della teoria freudiana della rimozione' (p.4)' .

La radice emotivo-affettiva del ritardo trova quindi una ulteriore conferma nell'utilizzo di meccanismi di difesa arcaici nei confronti di angosce precocissime riferibili alle prime fasi dell'esistenza. Il secondo nucleo é quello su cui il soggetto ha costruito qualcosa: il materiale ipotizzabile per questo tipo di progettazione é anch'esso solido, ma di una cronica fragilità soggetta a linee di frattura e a frequenti distacchi di frammenti. Per effetto di intensi meccanismi di scissione e di identificazione proiettiva assistiamo infatti ad un impoverimento dell'Io del paziente paragonabile ad una frammentazione. Se per un mancato intervento, il ritardo mentale andrà a consolidarsi, tutto ciò finirà coll'impedire il riassorbimento del nucleo autistico, a cui si aggiungeranno i meccanismi di scissione che stanno strutturandosi.

Nel caso di un intervento in età puberale o pre-adolescenziale, i tratti autistici potranno essere eliminati, mentre quelli dissociativi permarranno intessuti nelle modalità del ritardo: 'lo stato confusionale, caratterizzato non solo dall'impossibilità a distinguere tra impulsi libidici e distruttivi, tra oggetti di amore e di odio, ma, anche, dalla incapacità a distinguere tra parti dell'Io ed altri oggetti, tra parti differenti del Sé corporeo, tra fantasia e

realtà, tenderà a modularsi da subito in un percorso di cronicità con una ridotta incidenza delle fasi di acuzie e, soprattutto, con lo sviluppo della "seconda fase" del ritardo mentale' (p.7), in cui vengono perse competenze già acquisite: infatti, 'se la differenziazione normale non può essere raggiunta, i meccanismi di scissione si rafforzano' (Rosenfeld, 1965, in Venturini, 2004, p.7), l'apprendimento e la memoria vengono indeboliti. Ne consegue che, se da un punto di vista clinico la confusione e l'angoscia vengono mitigate dalla scissione e dall'identificazione proiettiva, assistiamo ad un deterioramento del paziente, perché i suddetti processi provocano la progressiva disintegrazione dell'Io.

Purtroppo, anche una maggiore integrazione nelle diverse parti della personalità del paziente, a causa della diminuzione dei fenomeni di scissione, comporta il pericolo di una violenta disintegrazione. Divenendo gli impulsi aggressivi predominanti in via temporanea, minacciano di distruggere l'intero Sé del paziente: il percorso di riparazione può essere così ostacolato in modo particolare, prima per il manifestarsi di uno stato confusionale acuto, successivamente per l'emergere di una condizione delirante allucinatoria: 'Due sono le ragioni principali del temporaneo predominare degli impulsi aggressivi (...) In primo luogo una gran quantità di energia aggressiva viene spesa per mantenere in atto i processi di scissione. Quando la scissione diminuisce l'energia aggressiva viene liberata e può essere temporaneamente eccessiva. In secondo luogo, col diminuire dei processi di scissione, gli impulsi libidici che vengono liberati, vanno alla ricerca di una immediata soddisfazione. La frustrazione di questi impulsi libidici contribuisce anch'essa all'accrescersi degli impulsi aggressivi (...) Gli impulsi libidici riescono a riunire assieme i pezzi degli oggetti e dell'Io, ma gli impulsi aggressivi impediscono ai pezzi di essere riordinati e connessi nel modo esatto. Nel caso peggiore, gli oggetti e l'Io vengono collegati ma in un modo completamente disordinato ed errato' (Rosenfeld, 1965, in Venturini 2004, p.8).

Nella seconda dimensione nucleare, Venturini non riscontra quadri riferibili ad una sintomatologia ebefrenica o catatonica e sostiene che 1) la fenomenologia più rappresentata é data dalle forme paranoicali e paranoidee oltre a qualche caso di forma simplex e 2) i disturbi dell'umore e di personalità non possono essere classificati nelle forme sindromiche.

L'elemento principale é comunque sempre quello paranoico perché, nel disturbo disforico, 'il tratto distintivo é quello di una franca persecutorietà e non certo di una sub-euforia sostenuta da meccanismi di negazione o diniego. Così pure nelle manifestazioni depressive, riconoscibili prevalentemente da lamentazioni ipocondriaco-cenestopatiche, gli aspetti relativi al senso di colpa, difficilmente si legano ad una emozione orientata all'autoconservazione ed alla riparazione, bensì ad un attacco sadico e distruttivo che minaccia il Sé di morte e si unisce così ad angosce paranoidei' (p.9)

In questo quadro, il deficit cognitivo, per Venturini, può essere comprensibile nell'arresto dello sviluppo emotivo durante la crescita dell'individuo e nell'utilizzo di manovre protettive autistiche ; allo stesso modo l'autore individua una sua derivabilità, coesa, senza soluzione di continuità, nel deterioramento del processo evolutivo quando questo venga costantemente alimentato da profondi meccanismi di scissione ed identificazione proiettiva.

Il ritardo, poi, plasma il fenomenico nel suo apparire, e realizza un "modus operandi", chiamato dall'autore *psicosi debole*, in cui 'più difficilmente questi pazienti mostrano una sofferenza acuta; quasi sempre manifestano una sofferenza cronica con elementi mischiati ed espressi debolmente' (p.9); gli elementi principali di questa *psicosi debole* sono:

- le difese di identificazione adesiva²⁸ che provocano un apprendimento per mimesi; l'identità é sostenuta da un "Io ausiliario" anch'esso funzionale all'imitazione.
- Il fatto che il delirio non presenti mai il grado di sistematizzazione delle forme paranoicali e paranoidee; non mostra la frammentazione degli stati ebefrenici o delle sindromi psicoorganiche complicate da aspetti produttivi. Solitamente, esso tende a sganciarsi dagli elementi della realtà: é presente in modo costante ma ripercorre una sorta di pseudologia fantastica i cui elementi sono contraddistinti prevalentemente da narrazioni estatico-mistiche o persecutorie, che assumono il carattere di favole angoscianti, paradossali, cattive, disgreganti.
- le allucinazioni, solitamente di natura bizzarra ed improbabile, sono difficilmente obiettivabili, più rappresentazioni eidetiche che fenomeni dispercettivi. Manca il vero convincimento del paziente, che riporta la sintomatologia in maniera perplessa, caotica ed accompagnata, di frequente, da una amplificazione isteriforme abnorme e grossolana, per la necessità del paziente di dare maggiore peso alla propria sofferenza (non riuscendoci con i mezzi naturali a disposizione) e di destare l'attenzione di un interlocutore troppo spesso annoiato o distratto.

5.2.2 *Il Super Io riabilitativo*

Nel testo del 2004, Venturini non focalizza più l'attenzione sull'interazione dei due nuclei ma sulla dimensione dell'oblio come evoluzione uniforme del

²⁸ Se la funzione contenente, dalla madre, non viene svolta in modo adeguato, o se viene danneggiata dagli attacchi fantasmatici distruttivi del bambino stesso, non viene introiettata: all'introiezione normale si sostituisce un'identificazione proiettiva patologica continua che provoca confusioni di identità. Persistono gli stati di "non integrazione". Il bambino cerca freneticamente un oggetto - luce, voce, odore, ecc. - che mantenga un'attenzione unificante sulle parti del suo corpo e gli permetta quindi di fare, almeno temporaneamente, l'esperienza di tenere insieme le parti del Sé. Egli tiene insieme se stesso attraverso il rapporto con questi oggetti e soprattutto "aderendo", "stando appiccicato" alla madre (Bick, 1968, in Bott Spillius, 1988, pp.205-209).

ritardo mentale: 'questi pazienti presentano un'ineludibile urgenza, che si staglia sopra ogni altra cosa. L'urgenza é quella di non voler più pensare, una rinuncia a stare svegli, una rinuncia alla opportunità di poter sognare (...) sostituire l'esistenza psichica con un'esperienza depersonalizzante che disciolga la coscienza dell'io' (p.27).

La teoria dell'oblio abbraccia una categoria di fenomeni mentali distinti da quelli formulati da Freud per le amnesie della rimozione; non sembra percepibile una sofferenza autentica sottostante: poca angoscia, solo fastidio, irritazione, sentimenti di incredulità, perplessità, inutilità. Ma il ritardo e l'oblio non possono essere considerati dimensioni passive perché, oltre che protettive, hanno una funzione comunicativa; l'odio, la rabbia distruttiva presumono un rompere, uno spezzare i pensieri; l'orrore presume invece uno slegare i pensieri²⁹, l'atto dolce di interrompere, slegandoli, i collegamenti, sciogliendo in un brodo amniotico stagnante, il filo della coerenza immaginativa, gli elementi alfa appunto' (p.33).

Quando poi l'adulto con RM segue la spinta al sentirsi vivo, si attiva un Super Io-riabilitativo, costruito sulle figure genitoriali, sugli operatori, sulle strutture preposte alla riabilitazione. Si crea una falsa situazione adulta atta a rispondere alle sollecitazioni esterne, una *ricombinazione randomizzata*: si sovrappone un'ulteriore atmosfera obliata e obliante, un'apparente crescita; si ricostruiscono dei collegamenti errati, se non casuali, di emozione e pensieri precedentemente slegati, in modo da creare una cortina fumogena che distolga l'attenzione dello spettatore dal trauma sottostante e dalle

²⁹ Bion (1957, in Bott Spillius, 1988, p.82 ed.it.) scrive che la mente psicotica attacca il pensiero primitivo perchè collega le impressioni sensoriali della realtà con la coscienza, e in più, a causa dell'iperdotazione di distruttività, i processi di scissione vengono estesi ai legami dentro gli stessi processi di pensiero. Ogni ideogramma rimane isolato. Di conseguenza la formazione dei simboli, il cui effetto terapeutico dipende dalla capacità di unire due oggetti evidenziando le somiglianze senza intaccare le differenze, si fa difficile. Sempre Bion (1959, in Bott Spillius, 1988, p.112 ed.it.) spiega che il legame tra paziente e analista, o fra neonato e seno, è il meccanismo dell'identificazione proiettiva. Gli attacchi distruttivi contro questo legame hanno origine dall'analista o dalla madre, e il risultato è un'eccessiva identificazione proiettiva, anche se la causa principale dei disturbi, dice Bion, è nella disposizione innata del neonato.

incapacità: un oblio che nasconde un oblio, struttura fragile perché priva di significati ed esperienze. Il paziente vive per mimesi, con un *apprendimento raccattato*³⁰ di pezzi messi insieme (p.43).

Il percorso terapeutico che cerca di ricucire il tessuto slegato appoggiandosi sui significati e sulle esperienze deve evitare il confronto diretto con l'area traumatica, limitandosi a costruire la coerenza narrativa nelle aree circostanti il trauma. L'alleanza con questo Super Io riabilitativo permette di sostituire in modo stabile quello eccessivamente persecutorio dell'infanzia, e di affrontare finalmente anche i tratti paranoici; il problema rimane nell'effettiva permanenza della parte infantile, che prima discuteva con il SuperIo persecutorio e ora dialoga con il Super Io riabilitativo. Queste parti, piccole e adulte, sono in contatto tra loro, compresenti nel vivere ed affrontare le frustrazioni e le ricompense, e il soggetto le riconosce come proprie, sovrapposte, e facenti parte di un'unica evidente identità.

Un paziente, ad esempio, può dire: 'Lo sai cosa ha fatto Mattia?' rivolgendosi ad un ascoltatore esterno ma parlando di sé, ma anche 'Dai, andiamo, vieni con me', rivolgendosi a se stesso, e 'Io e Mattia abbiamo deciso', parlando sempre solo di sé. Se interrogato sulle parti, le riunisce, senza presentare angoscia, come se il problema fosse solo lessicale e grammaticale (come usano parlare di sé in terza persona i bimbi), al massimo cognitivo. Per questo è difficile parlare di schizofrenia anche nei momenti in cui le parti si scontrano duramente e il soggetto arriva a darsi delle sberle durante il litigio, oppure nei momenti in cui si capisce dai discorsi fatti tra Sé e Sé (!) a voce alta, che c'è qualcun altro cui il Super Io sta raccontando cosa ha combinato il Sé piccolo, con un carico di emozioni tale da escludere il rimuginare di discorsi sentiti o già fatti. Nel discorso

³⁰ L'apprendimento raccattato si basa su un sentimento di "invidia" che porta a rubare, a carpire conoscenze, in modo da farle proprie senza riconoscerne l'origine: l'idea che siano state "raccattate" serve a modificare la percezione di furto; si tratta di cose date, buttate via da altri che vengono acquisite e in segreto fatte proprie (Meltzer e Harris, 1986, p.36)

(narrazione di sé, struttura grammaticale, ecc.) è più corretto pensare che la causa sia il deficit cognitivo e il problema abbia una valenza formale, mentre nell'agito, soprattutto aggressivo autolesionista, è più probabile che la causa sia un disturbo dissociativo nel senso di una mancata integrazione, e la valenza psichiatrica. I farmaci antipsicotici, compresi quelli atipici, riducono la conflittualità delle parti tra loro (il dosaggio sedativo però smorza le dinamiche ad un livello generale e non discriminante), convogliando le energie nella direzione del Super Io riabilitativo, ma non uniscono le parti né ne spengono una piuttosto che un'altra: ciò dimostra empiricamente la strutturazione avvenuta in senso psicotico.

Einfeld (2001, p.43-44) dice che 'lo psichiatra riceve spesso da parenti e operatori informazioni riguardo a presunte allucinazioni. Le prove sarebbero che la persona è stata vista parlare a se stessa, sia da sola sia in mezzo agli altri. E' molto probabile che tali comportamenti siano dovuti ai limiti nelle abilità sociali, più che ad allucinazioni. Di solito il soggetto sta ricordando o fantasticando riguardo a una conversazione, sebbene lo faccia a voce alta. Similmente, è probabile che le idee grandiose siano tentativi di compensare la poca autostima, dato che non sembrano delusi se non vengono creduti. Per chiarire la natura di questi comportamenti non c'è alternativa se non passare molto tempo discutendo di queste esperienze con il paziente'

5.3 La dissociazione adattiva: un modello di mente deficitaria

L'interesse generale per i problemi legati al trauma ha approfondito in diverse discipline lo studio dei disturbi dissociativi, cioè dell'incapacità del soggetto di integrare e associare informazioni e significati delle esperienze vissute. Come dice Albasi (2004, p.9), sul piano descrittivo la dissociazione non è un processo che può essere sempre considerato patologico e brevi esperienze di stati alterati della coscienza e del senso di Sé sono rintracciabili in alcuni ambiti della quotidianità, come ad esempio gli automatismi, lo sport agonistico o estremo, l'assunzione di sostanze con effetto psicotropo, i

rapporti sessuali, le realtà virtuali, l'esperienza di flusso³¹ o '*motivazione flow*' studiata da Csikszentmihalyi (1993) e descritta da De Beni, Moé (2000)³².

In psicopatologia, i Disturbi Dissociativi sono gli stati alterati delle funzioni integrative riguardanti il senso dell'identità, la memoria, la percezione e la coscienza. Nel DSM-IV sono inclusi in questa classe di disturbi l'Amnesia Dissociativa, la Fuga Dissociativa, il Disturbo Dissociativo dell'Identità, il Disturbo di Depersonalizzazione, il Disturbo Dissociativo Non Altrimenti Specificato.

Nell'ambito teorico della psicoanalisi relazionale statunitense, invece, il concetto di dissociazione non viene utilizzato semplicemente per indicare i sintomi classificati nel DSM-IV, ma per parlare di processi fini che articolano la soggettività nelle sue uniche ed individuali modalità di costruzione del significato dell'esperienza personale. I processi dissociativi vengono considerati come costitutivi la mente umana, 'concorrono ad organizzare la soggettività in ambiti di significato distinti; se i confini tra questi ambiti si irrigidiscono, i processi dissociativi possono dare vita a sintomi o a psicopatologia severa, sia, ad un primo livello, creando un'impossibilità di comunicazione tra diversi significati della propria esperienza di sé e delle relazioni, sia, ad un secondo livello, nel rendere impossibile l'accesso ad alcuni significati troppo angoscianti e mortificanti che quindi, oltre a non essere in comunicazione con altri aspetti del funzionamento mentale, rimangono primitivi e grezzi' (Albasi 2004, p.10). La personalità allora si organizza sulla dissociazione come forma di difesa

³¹ L'esperienza di flusso avviene quando il soggetto è molto concentrato ed interessato ad un'attività che sta svolgendo cosicché la sensazione di padronanza aumenta la motivazione, la quale aumenta la concentrazione.

³² Nella mia tesi di laurea in Filosofia del linguaggio (Bartoli, 1990, p.93) analizzo la dissociazione delle nozioni e la rottura del legame concettuale, attuate tramite la ristrutturazione dei presupposti, che diventano possibilità euristiche di uscire dal proprio sistema di riferimento. La dissociazione infatti 'esprime una visione del mondo, ristabilisce delle gerarchie' (Perelman, 1958, p.442). Questi elementi retorici vengono presentati come una chiave per aprire l'insight, in sé e negli altri, attraverso la 'manipolazione' dialettica.

anticipatoria rispetto alla potenziale ripetizione di un trauma. La dissociazione permette in questi casi di isolare delle versioni di Sé da altre versioni di Sé in modo molto rigido, impedendo l'accesso contemporaneo alla coscienza di significati incompatibili. Questo funzionamento rende anche estremamente difficoltosa l'autoriflessione, il pensiero sui propri affetti, desideri, credenze e sulle proprie rappresentazioni mentali, la funzione riflessiva (Fonagy e Target 2001, in Albasi 2004, p.11). Se la dissociazione non é traumatica allora non é rigida e viceversa; permette alle persone di funzionare in modo adattivo nonostante l'esperienza dell'angoscia o della depressione.

Albasi (2005 a, p.25) vede nella ricerca empirica di prospettiva psicoanalitica degli ultimi decenni un notevole aumento dell'interesse per i modelli di sviluppo mentale che si basano sull'osservazione diretta del bambino, invece che su ricostruzioni teoriche: protagonisti sono l'Infant Research, la teoria dell'attaccamento e gli affetti, come matrici della costruzione o rottura dei legami durante tutta la vita, secondo i Modelli Operativi Interni (Bowlby, 1973, vol.2). Albasi (2005 a, p.26) tenta di sintetizzare il conoscere relazionale implicito, la dimensione procedurale dei MOI e il pensiero clinico sulla dissociazione, tramite il concetto di Modelli Operativi Interni Dissociati (MOID); egli ipotizza che la tensione dialettica tra processi dissociativi e processi integrativi della mente venga persa a causa della profonda distorsione nella relazione di accudimento, in quanto, se la figura di attaccamento non offre un legame costruttivo, l'individuo si disperde: la fisiologica molteplicità infatti deve essere contenuta attraverso il riconoscimento, operato dall'ambiente, dell'esperienza del bambino³³. Nella teoria della mente relazionale e del Sé come molteplice, nelle quali viene

³³ In una scena del film 'La famiglia' di Ettore Scola (1986), con Vittorio Gassman e Stefania Sandrelli, si può cogliere, nella reazione del figlio, come alcune situazioni possono essere di per sé disgreganti; la telecamera inquadra i due genitori dalla cintola in giù e il bambino tra le loro gambe, mentre fanno il gioco di non trovare più il figlio, di guardare nella sua direzione senza vederlo, di cercarlo ovunque. Il bambino reagisce al gioco con un attacco d'ansia paralizzante, a causa del mancato riconoscimento.

sottolineato che l'ambiente che accoglie il bambino segna e informa in modo primario e fondamentale la nascita psicologica dell'individuo, il processo traumatico non consiste tanto nell'insediarsi nella mente di una rappresentazione patogena, ma nello sconvolgimento prodotto da una relazione, significativa per l'individuo, nell'organizzazione del suo mondo interno.

Ferenczi (1932) parla della dissociazione come di una reazione specifica al trauma, legando fortemente questi due concetti tra di loro. Egli afferma che: "non c'è trauma né spavento che non abbia come conseguenza un accenno di scissione della personalità" (Ferenczi, 1932, p.98 ed.it.). Il trauma è un violento attacco alla possibilità di comprendere il *sensu dell'esperienza*, un attacco quindi all'essenza stessa della mente, che non può vivere se non attribuendo senso. Il trauma in Ferenczi viene contestualizzato nelle relazioni interpersonali dell'individuo con il suo ambiente evolutivo, essendo sostanzialmente determinato dai processi di diniego del significato delle esperienze messi in atto dalle figure adulte da cui il bambino dipende (Borgogno, 1999; Albasi, 2004, p.16). Lo sviluppo procederà perpetuando i processi dissociativi; 'se i traumi si ripetono nel corso dello sviluppo, aumentano anche il numero e la varietà delle dissociazioni, cosicché diventa ben presto difficile - senza cadere nella confusione - mantenere il contatto con i vari frammenti, che si comportano come personalità distinte, di cui ciascuna non sa nulla dell'altra. Alla fine può verificarsi una condizione che, volendo proseguire la metafora della frammentazione, possiamo senz'altro definire atomizzazione, di fronte alla quale ci vuole molto ottimismo per non perdersi d'animo' (Ferenczi, 1932, p. 99, ed.it.).

Per Albasi (2004, p.17), di fronte alla presa di coscienza della propria impotenza, per evitare la tremenda sensazione di dolore, il bambino entra in uno stato di torpore (l'oblio di Venturini, 2004), uno stato appunto di tipo

ipnoide (dissociato) e vede la realtà dal di fuori, come se fosse un'altra persona.

Sullivan (1940, p.300 ed.it.) intende la dissociazione come un'operazione di sicurezza. Le operazioni di sicurezza sono 'attività interpersonali per fuggire o minimizzare l'angoscia', tutti quei modi in cui distogliamo la nostra attenzione da quel che ci potrebbe disturbare, utilizzando forme di disattenzione selettiva. Anche Sullivan osservava come i processi dissociativi si originino in una relazione disfunzionale con i genitori, nella quale parti della personalità del bambino vengono disapprovate. Sullivan utilizza il concetto di dissociazione per descrivere un ampio spettro di fenomeni evolutivi; egli assegna importanza essenziale all'empatia nella comunicazione umana, e sottolinea che nella relazione madre bambino l'empatia è il mezzo per creare o contenere l'ansia.

Fairbairn (1929, in Albasi, 2004, p.20) considera la dissociazione come l'operazione psichica più primitiva e con questo approccio anticipa quello della scissione come meccanismo universale e presente in tutte le fasi di sviluppo della personalità. Fairbairn ritiene che le scissioni dell'Io (dissociazioni) siano strutturali nella mente umana e afferma che tutti gli individui, in questo senso, sono alle prese con il dilemma schizoide. Le esperienze non formulate rappresentano il materiale che non è mai entrato nella coscienza e non il materiale che è stato espulso da essa. La dissociazione, in questa cornice di riferimento, rappresenta un'incapacità di riflettere sull'esperienza, non un evitamento inconscio di farlo.

Per Stern (1997, in Albasi, 2004, p.21) il contrario di dissociazione non è semplicemente la cognizione dell'esperienza in corso, ma la libertà di immaginazione, intesa come articolazione vivida, carica di sensazioni emotive, simboliche e metaforiche. La dissociazione è il processo che permette di ritrarsi dal contatto affettivo con il mondo interpersonale quando il senso soggettivo di minaccia è troppo intenso. A differenza del

ritiro psicotico, che si struttura attraverso processi mentali primitivi, la dissociazione comporta un ritiro dai sensi. Infatti, i "sintomi" della dissociazione (fuga, amnesia, le esperienze di essere al di fuori del corpo, autoipnosi, distorsioni percettive, senso di morte affettiva, cambio di identità, depersonalizzazione, derealizzazione) riflettono tutti le ripercussioni delle emozioni sui sensi.

Per la psicoanalisi relazionale la dissociazione é un mezzo attraverso il quale l'essere umano mantiene la continuità personale, la coerenza e l'integrità del senso del sé. Quando questa illusione di continuità diviene troppo pericolosa per essere mantenuta, allora ad una emozione o percezione viene negato l'accesso alla coscienza. L'esperienza che ha generato l'emozione o la percezione incompatibili viene dissociata e rimane semplicemente presente come dato crudo, che non può essere elaborato cognitivamente all'interno della rappresentazione di sé con l'altro; essa non può essere processata simbolicamente e affrontata come uno stato di conflitto, permane come oggetto solido nella dinamica fluida della psiche (cfr. Venturini 2002, p.4). Il ritardo mentale raccoglie passo dopo passo tutte queste caratteristiche della dissociazione, sia quelle deficitarie (come la difesa anticipatoria dalla ripetizione dei traumi, il funzionamento irrigidito dell'autoriflessione, la distorsione della relazione di accudimento e i processi di diniego del significato delle esperienze condivise messi in atto dagli altri, la carenza dell'articolazione simbolica, le forti negazioni che impediscono l'elaborazione cognitiva ed affettiva di intere aree) sia quelle di disattenzione selettiva funzionale ai 'processi compensatori, sostitutivi, integrativi e correttivi dello sviluppo' (Vygotskij, 1935, in Vianello, 1990b, p.1). Il carattere di necessità e di preziosità di questo processo compensatorio é rilevabile, da un punto di vista affettivo, in due direzioni: nella direzione della dissociazione quando, per esempio, il soggetto ritardato é capace di

perdonare completamente e istantaneamente la persona che lo ha ferito³⁴, mentre nella direzione dell'integrazione/compensazione quando dimostra elevate capacità di insight, in una visione ingenua ma autentica di sé e del mondo; su un piano cognitivo è rilevabile quando memorizza e tratta i dati secondo la modalità compilatoria e per categorie, oppure quando è capace di interagire socialmente senza avere la nozione del tempo e delle quantità³⁵, e infine, quando l'attività percettiva, proprio perché risulta per i ritardati più vincolante rispetto a quella intellettuale, aumenta la capacità attentiva invece che diminuirla.

Anche secondo Albasi (2005 a, p.32) i MOID (Modelli Operativi Interni Dissociati) hanno degli aspetti, sia di contenuto sia di processo, del tutto particolari. Dal punto di vista del contenuto, le esperienze in essi inscritte sono costituite da abbozzi di aspettative deluse e mortificate, da accessi affettivi privi di possibilità di regolazione e significazione, dalle tracce di quelle forme di proibizione e divieto di espressione caratteristiche del contesto interpersonale di provenienza; dal punto di vista dei processi, in questi modelli si sono interrotti i nessi funzionali, e essi risultano deficitari nella misura in cui sono scompensati, dando origine alla discontinuità di funzionamento dell'attaccamento cosiddetto disorganizzato (Cassibba, 2000, p.22).

L'esperienza memorizzata nei MOID non è però disponibile per la mentalizzazione ma soltanto per una messa in atto nell'interazione ('enactment', la messa in scena dei modelli); ad essi 'è impedita anticipatoriamente la possibilità di essere sperimentati soggettivamente in qualsiasi forma (quindi è inibita l'eventuale connessione tra il livello

³⁴ Questo aspetto, secondo Venturini (comunicazione personale, vedi intervista allegata), differenzia la persona ritardata con screscio psicotico dalla persona schizofrenica.

³⁵ Manieri, nell'introduzione a Totem e tabù di Freud (1913), scrive: "L'economia dell'uomo primitivo si struttura staticamente-rigidamente. Nei suoi margini di sopravvivenza egli getta la rete aderendo a ritmi cosmici (un'economia di attesa e di ricorrenze): una dimensione quasi indeformabile a livello individuale" (p25).

implicito e quello simbolico, che permetterebbe una elaborazione degli affetti e del significato attuale delle esperienze in essi memorizzati) lasciando un senso soggettivo di confusione, insensatezza, vuoto, mancanza, turbamento' (Albasi, 2005 a, p.33). Se i MOI sono qualcosa che le persone fanno insieme agli altri, sono sia *dentro* le persone sia *tra* le persone, i MOID invece evitano le esperienze intime che potrebbero riattivarli e allo stesso tempo spingono verso quelle stesse esperienze perché permettono di ricordare, in una memoria primitiva, in attesa di riconoscimento intersoggettivo, nell'aspettativa interrotta di un incontro affettivamente significativo' (p.34). L'impossibilità della relazione coniugale per le persone ritardate costituisce un ulteriore handicap nel percorso di riconoscimento e accettazione dei MOID, come invece avviene nella coppia adulta quando è soddisfatta la richiesta di poter essere se stessi in una relazione di attaccamento (Carli, 1995, p.91). A maggior ragione è importante il processo psicoterapeutico che rivitalizza seppur dolorosamente le aspettative e gli affetti connessi ai MOID, e la speranza di incontrare possibilità relazionali più 'sicure', in cui la fiducia permette di liberare i contenuti dissociati e, soprattutto, la creatività personale (Winnicott, 1971, p.123).

I dati della ricerca di Barone (2003, p.73) confermano il fatto che la dimensione organizzazione/disorganizzazione è un fattore di rischio più importante della dimensione sicurezza/insicurezza, nel predire reazioni negative ai traumi, alle separazioni o alle perdite; ciò significa che l'attaccamento disorganizzato predice reazioni patologiche agli eventi traumatici³⁶.

Alla luce di tutti questi fattori, sembra delinearsi un *modello coerente* di struttura, sviluppo, attaccamento e patologie per quanto riguarda la psiche del soggetto con ritardo mentale, modello che potrebbe determinare un

³⁶ Liotti (2001) ha proposto che il pattern disorientato/disorganizzato porti ad una certa disposizione a fare esperienza, in età adulta, di alterazioni dello stato di coscienza.

approccio terapeutico ben preciso, da valutare con una sistematica osservazione empirica. Ciò che è importante aver chiaro è che la prospettiva *frammentazione-dissociazione-disorganizzazione* riguarda sicuramente i casi di doppia diagnosi, ma sembra meno pertinente nei casi di ritardo semplice o di autismo.

Lo scrittore Baricco, nel suo romanzo³⁷ “Questa storia” (2005), scrive un intero capitolo (p.205-223) in quello che lui ritiene sia lo stile narrativo della mente ritardata (il *pensiero H* della mia introduzione), con riflessioni, percezioni, e sensazioni di un adulto ritardato. In questo tipo di narrazione (riportata più avanti) il disturbo principale sembra essere quello della barriera di contatto³⁸, ma permane una buona capacità di simbolizzazione³⁹. Il personaggio è in un momento in cui la sua azione è bloccata; il tipo di *pensiero H* descritto da Baricco è caratterizzato da una debole funzione alfa, che dovrebbe ridursi ulteriormente negli scompensi, quando gli elementi alfa si convertono in beta. Siccome il personaggio sta vivendo una situazione ansiosa che peggiora per tutto il capitolo, ne deriva che questa descrizione di *pensiero H* non è realistica, mentre l'intervento attuato dal fratello normodotato⁴⁰, rappresenta metaforicamente ciò che il terapeuta può fare: “*invece che prendermi per mano*⁴¹ *fa quella cosa strana, invece che prendermi per mano fa*

³⁷ Trama: Ultimo Parri realizza il suo sogno di costruire il perfetto circuito per auto comprando con il suo fratellastro (ritardato) una pista per aerei.

³⁸ Per Bion la ‘barriera di contatto’ è l’insieme formato dalla proliferazione di elementi alfa che si aggregano per contrassegnare il contatto e la separazione fra conscio e inconscio, con il passaggio selettivo di elementi dall’uno all’altro dominio. E’ come una membrana semimpermeabile che procura la capacità di dormire o stare svegli, di essere coscienti o incoscienti, di avere la nozione del tempo (Grinberg e altri, 1991, p.38). Gli elementi alfa possono essere utilizzati in nuovi processi di trasformazione, immagazzinati o rimossi.

³⁹ Bion descrive lo ‘schermo di elementi beta’ per spiegare gli stati mentali in cui non c’è differenziazione tra veglia e sonno. Gli elementi beta non hanno capacità di legarsi tra loro, per cui lo schermo è prodotto da un agglutinamento e non da un’integrazione (quest’ultima permette la simbolizzazione).

⁴⁰ Tutti di lui dicevano che aveva l’ombra d’oro, perchè era speciale.

⁴¹ Quando i due fratelli partono, la madre si fa promettere da Ultimo, quello normodotato, che si sarebbero sempre tenuti per mano. I due lo fanno sul serio, fino a quando Ultimo lascia la mano del fratello nel momento in cui raccoglie la terra della pista.

quella cosa strana che io non so capire, invece che prendermi per mano prende un po' di quella terra che ha in tasca senza che io possa capire, prende un po' di quella terra che ha in tasca e senza smettere di sorridere mi guarda negli occhi, prende un po' di quella terra senza smettere di sorridere e guardandomi negli occhi me la infila in tasca, guardandomi negli occhi mi infila un po' di quella terra nella tasca della giacca. E' tua dice. Mio fratello mi dice che è mia e io smetto di aver paura, non so capire perchè ma quando mio fratello mi dice che quella terra è mia io smetto di aver paura (...) anche se in verità mio fratello non mi ha preso per mano io ho smesso di aver paura quando lui ha preso un po' di quella terra e con un gesto gentile me l'ha infilata nella tasca della giacca dicendomi senza smettere di sorridere che era mia. Quella terra.” (p.221-222). Il personaggio con ritardo mentale sapeva già da qualche pagina che la terra era di entrambi.

All'inizio del capitolo (p.205) Ultimo Parri tiene per mano il fratello, al quale era stata data una cartella da portare nell'altra mano. Il disabile è angosciato perchè vorrebbe controllare se in tasca ha ancora la moneta ricevuta come mancia, ma non può farlo perchè in una mano ha la cartella e nell'altra ha la mano di Ultimo. Il suo pensiero si focalizza separatamente sulla moneta, sulla cartella e sulla mano del fratello (che deve tenere); fin qui, il pensiero è descritto realisticamente come ritardato⁴², ma smette di esserlo quando arriva a chiedersi *“Dovrei cercare in tutte le tasche per ricordare dove l'ho messa, ma come faccio a cercare nelle tasche se mio fratello mi tiene per mano e nell'altra mano io tengo la cartella del capitano Skodel? Dovrei lasciare la mano di mio fratello o la cartella del capitano Skodel. Ma non posso”*.

E' stato fatto leggere questo passo del romanzo di Baricco ad A.O., poeta diciottenne, fratello normodotato di un soggetto con ritardo che pensa quasi sempre a voce alta: A.O. sostiene che nel momento in cui il disabile del romanzo mette in collegamento la moneta, la cartella e le mani occupate (e

⁴² Si trascura qui la possibilità che il ritardo sia molto lieve, in quanto il personaggio è descritto nel testo in termini di ritardo medio o grave.

può così definire il problema e progettare la soluzione), la finzione narrativa del ritardo mentale non è più realistica: troppa logica, troppa lucidità, troppi collegamenti.

E' probabile, infatti, che il tipo di pensiero riportato da Baricco sia più vicino a quello di un autistico senza grave deficit cognitivo⁴³, che reagisce al panico congelandosi ulteriormente.

⁴³ La madre diceva di lui che era un giusto castigo di cui andare fiera, grosso bambino muto.

Capitolo 6 – I veri presupposti della terapia

Nei diversi indirizzi considerati, gli studi teorici hanno valutato i presupposti necessari per accedere ai trattamenti, delineando criteri esclusivi ed inclusivi. Per quanto riguarda il ritardo mentale, i veri presupposti sono le situazioni (tecniche specifiche, approcci integrati, analisi funzionale, formazione adeguata dei terapeuti, servizi territoriali specializzati, ricoveri protetti) che rendono possibile ed efficace una terapia. Il deficit cognitivo accompagna tutta la vita della persona, compresa l'esperienza psicoterapeutica, ostacolando principalmente il passaggio delle informazioni e, di conseguenza, la condivisione dei vissuti, prima ancora che la rielaborazione. Se con i normodotati il terapeuta ascolta il racconto del vissuto e indirizza la riflessione verso le aree di contraddizione e di conflitto, avendo come obiettivo un aumento della coerenza del rapporto con la realtà, della consapevolezza, della stabilità emotiva e della volontà, con la persona ritardata la difficoltà di base è di tipo espressivo e, in seconda battuta, logico, pulsionale o relazionale. Il *non verbale* del paziente suggerisce le emozioni collegate e il punto di vista riguardo ad un certo argomento, ma a volte non permette una ricostruzione verbale sufficientemente significativa per il paziente. L'analisi infantile, la psicoterapia degli autistici e degli schizofrenici hanno affrontato e in parte risolto problemi simili attraverso il gioco, setting particolarmente empatici, o la verifica costante dell'interpretazione.

Secondo Rovetto (1996, p.25), tra i familiari, i medici di diversa specializzazione, gli assistenti sociali, gli insegnanti curricolari e di sostegno, gli psicologi, i tecnici delle riabilitazioni, le cooperative per l'inserimento sociale e lavorativo, il coordinamento è carente e spesso non individua le contraddizioni tra gli interventi. L'assistenza settorializzata è il costo più alto che il soggetto paga per rimanere nel territorio, mentre nelle strutture che fanno una presa in carico totale, anche solo diurna, le relazioni con tutti (comprese le signore delle pulizie) e lo spazio stesso hanno una dimensione terapeutica (Venturini, 2002, p.10) efficace perché significata nei colloqui

individuali (Prout e Nowak-Drabik, 2003, p.83). L'approccio multimodale alla terapia permette per Rovetto (1996, p.26) di evitare le interferenze negative tra i diversi interventi, cosa che avviene non solo, per esempio, tra farmaci sedativi e diminuzione dell'apprendimento (Einfeld, 2001, p.46), tra rinforzi ed estinzioni, tra fobie ed esposizione, ma, addirittura, tra interventi comportamentali e farmacologici (Sevin e altri, 2003, p.33); è impossibile separare l'approccio comportamentale da quello cognitivo e sempre l'intervento farmacologico ha effetti significativi solo se affiancato da esperienze di apprendimento adeguate e ristrutturazioni cognitive; tra l'altro, l'uso dei farmaci con soggetti ritardati viene ridotto dell'80% quando sono messi in atto approcci integrati. (Rovetto, 1996, p.30)

Riguardo all'integrazione degli interventi, Spinetoli (2005 b, p.3) sostiene che l'approccio deve contenere sempre un polo di osservazione psicoanalitico e sistemico-relazionale, almeno per due motivi: l'elaborazione della ferita narcisistica genitoriale, con il suo riverberare nel bambino, che rende non accessibile l'area transizionale e quindi aggrava il deficit, e la risoluzione di possibili fantasmi della coppia genitoriale. L'autore suggerisce di non avviare una psicoterapia 'esplicita', a cui la famiglia risponde spesso con la fuga, ma di attivare un *ascolto analitico* anche non dichiarato, con la creazione di una *cornice analitica* che può muoversi obliquamente nel sistema gruppo sociale-famiglia-bambino e che può trovare la sua espressione nell'analisi individuale come nella supervisione ai diversi operatori (p.4).

6.1 L'analisi funzionale come lettura sistemica preparatoria

L'intervento sui *comportamenti problema* è una delle principali priorità per molte persone con ritardo mentale; i *comportamenti problema*, cioè i disturbi del comportamento frequenti, gravi e persistenti, ostacolano le relazioni e lo scambio quando non hanno un valore comunicativo. L'analisi funzionale (Sigafoos e Tucker, 2001, p.31) è l'osservazione dei *comportamenti problema* al fine di individuarne 1) gli antecedenti, cioè variabili modificate dagli altri,

(poca o tanta attenzione, compiti gratificanti o frustranti, oggetti più o meno graditi) 2) la funzione, cioè la 'motivazione di utilità' per il soggetto ritardato (cosa fa per modificare gli altri e le situazioni al fine di ottenere cose, attenzione, interruzione dei compiti difficili, divertimento). Queste attività riguardano il rinforzo positivo (che consiste nell'ottenimento di uno stimolo gradevole contingente all'insorgere del comportamento-problema), il rinforzo negativo (che implica la rimozione di uno stimolo avversivo contingente all'emissione del comportamento-problema), e il rinforzo automatico, in cui il meccanismo é indipendente dall'ambiente sociale, determinato da autostimolazioni corporee (Wilder e Carr, 2000, p.77). Gli schemi di risposta che suggeriscono la presenza di funzionamento automatico sono un'elevata frequenza di comportamenti autolesionistici in assenza di conseguenze sociali (ad esempio nella condizione sperimentale 'da solo') o un'elevata e indifferenziata frequenza di comportamenti autolesionistici nelle diverse condizioni (Iwata e altri, 1994, p.215). Questo secondo schema di risposta può 'mascherare' il coinvolgimento di altre variabili nel mantenimento dei comportamenti lesionistici, che possono persistere in parte anche attraverso il rinforzamento mediato socialmente (McKerchar e altri, 2001, p.245).

Wilder e Carr (2000) sottolineano che la ricerca sulla modificazione delle condizioni motivazionali attraverso l'intervento sugli stimoli antecedenti ha finora riguardato partecipanti con deficit verbali, mentre é certamente possibile che i processi verbali possano prolungare gli effetti degli interventi sulle condizioni motivazionali e mediarne l'impatto (p.89). Questa tecnica può essere quindi utilizzata, nel percorso terapeutico individuale e di gruppo, a diversi livelli. L'analisi funzionale, sia con *assessment breve* (Sigafoos e Tucker, 2001, p.33) che di solito fornisce le basi per la scelta dell'intervento, sia con *l'assessment complesso* (Iwata e colleghi, 1994), definisce la *cornice di realtà* (antecedenti e funzioni) che deve essere verificata all'interno della relazione terapeutica, supplendo alla carenza di informazioni del

paziente, e apre al lavoro per l'individuazione dei significati dei comportamenti-problema, cioè le *'motivazioni d'identità'*, soggettiva ed interpersonale, che sono qualcosa di diverso e più profondo delle funzioni cercate dall'analisi funzionale; nel caso si riesca a far esistere e ad attribuire questo significato personale, la coppia analitica procederà nel valutarlo, oppure ci si limiterà ad osservare l'andamento delle manifestazioni dei diversi comportamenti-problema con l'obiettivo di eliminare gli ostacoli alla relazione e alla comunicazione profonda.

6.2 Le istituzioni: la formazione degli specialisti, i servizi territoriali specializzati, i ricoveri protetti

Una questione molto dibattuta riguarda il tipo di specializzazione necessaria ai terapeuti, riflessione che si pone come base per un concreto cambiamento della concezione del RM e dell'organizzazione dei servizi. Molti articoli inglesi denunciano che la situazione dei Servizi al RM è particolarmente connotata dal fatto che gli psichiatri sono il riferimento medico nella cura delle persone con disturbi dell'apprendimento (Carpenter 2002, Alexander 2002, Hollins 2002, Green 2001, Flynn 2001, Bouras e Holt 2004). Negli USA, l'attuale politica è questa, mentre in Gran Bretagna questo aspetto è sentito come particolarmente problematico a causa di una spiccata sensibilizzazione nella direzione del 'disturbo dell'apprendimento' invece che del deficit stabile o del disturbo di comportamento.

Carpenter (2002, p.83) riflette su aspetti legati ai ruoli dello psichiatra e dello specialista di apprendimento, alle competenze degli specialisti ma anche degli assistenti alla persona e dei terapeuti, alla definizione di RM come condizione sociale e non come malattia, ai problemi di diagnosi e cura, alla differenza tra handicap inteso come disabilità generale e il disturbo dell'apprendimento. La sua proposta (p.84) riguarda tre gruppi di competenze nella formazione degli specialisti: 1) neuropsicologica - neuropsichiatrica dello sviluppo, che si occupi di epilessie, danni organici, e

malattie mentali 2) psicoterapica 3) forense e di servizio sociale. L'approccio si avvicina quindi a quello dei Servizi di Neurospichiatria Infantile italiani, ma senza il cut off dell'età o del QI.

Alexander (e altri 2002, p.299) riporta i risultati di una ricerca sul ruolo dello specialista di RM: il 79% (38+41) degli intervistati si dichiara d'accordo sul fatto che la psichiatria nei Servizi per i Disturbi dell'Apprendimento debba essere gestita da un gruppo di lavoro integrato tra salute mentale e apprendimento, mentre si abbate la percentuale al 5% (3+2) di quelli che pensano che il RM debba essere gestito dai servizi sociali⁴⁴. Per il RM lieve, invece, il disturbo psichiatrico deve essere trattato dal solito Servizio d'Igiene Mentale Territoriale. Diversi autori riconoscono che il problema che ostacola un effettivo cambiamento organizzativo sia il mantenimento del potere da parte dei servizi psichiatrici classici e la conseguente allocazione da parte loro delle risorse.

Hollins (2002, p.283) confronta le proposte di Carpenter e la ricerca di Alexander, individuando la meta del cambiamento nell'ambito della Psichiatria della Disabilità (dell'apprendimento, sensoriale, per danno cerebrale, per autismo). Il problema più generale é che la persona con RM deve essere accompagnata sempre nell'avvicinamento di ogni servizio medico di salute, per cui Hollins (p.284) propone il ruolo e la formazione psicoterapeutica non come un polo o come una delle abilità, come dice

⁴⁴ Strutture gestionali suggerite (Alexander, 2002, p.300)

	Molto d'accordo %	D'accordo %	Non d'accordo %	Fortem. non d'accordo %
Servizio integrato	38	41	15	6
Specialisti di apprendimento	16	45	28	11
Servizi medici	6	41	32	21
Medicina di base	2	8	45	45
Servizi sociali	3	2	23	72

Carpenter, ma come *l'abilità trasversale*, la funzione coordinatrice della presa in carico, in quanto risposta continua ai bisogni emozionali dei pazienti: é la formazione psicoterapica il ponte tra la disabilità e la psichiatria. La ricerca di Green (e altri, 2001, p.264) conclude che non solo la NPI debba essere in carico alla Pediatria e non alla Psichiatria, ma che, all'interno della Pediatria, debbano esistere dei referenti, informati e motivati, per l'accompagnamento della famiglia in tutti i servizi medici. Questa necessità é determinante nella misura in cui i vari medici specialistici, pur pediatri, non sono sufficientemente formati e motivati al RM, e forniscono diagnosi condizionate dalla mancata collaborazione del bambino, mentre in realtà lo sono dalla loro mancata preparazione sul RM. Anche nella psichiatria degli adulti si sente l'esigenza del potenziamento di un servizio medico-psichiatrico per adulti con disturbi dell'apprendimento⁴⁵, che in Gran

⁴⁵ Ruoli svolti dal Servizio Integrato di Psichiatria dei Disturbi di Apprendimento (Alexander, 2002, p.300)

	Molto d'accordo %	D'accordo %	Non d'accordo %	Fortemente non d'accordo %
Valutaz. e cura delle malattie ment.	97	3	0	0
Valut. e cura dei problemi comport.	49	43	6	2
Valut. e cura della epilessia	42	45	10	3
Provvedimenti per pz. ricoverati	67	30	2	2
Supporti per delinquenti con RM	46	49	3	3
Servizi per autismo con IQ>70	10	44	37	10
Servizi per autismo con IQ<70	77	22	0	2
Consulenze per RM border (70<IQ<85)	33	55	8	5
Servizi per danno cognitivo da lesione	3	23	47	27
Collegamento con la psichiatria gener.	13	25	32	30

Bretagna si chiama CTLD (Community Team for adults with Learning Disabilities) e si dovrebbe occupare di tutti gli ambiti medici: infatti i CTLD sono composti da due tipi di specialisti (psichiatrici e dell'apprendimento) ma le risorse non sono suddivise adeguatamente, le competenze non sono integrate, i ruoli non sono ben separati. (Flynn, 2001, p.117).

La ricerca sperimentale di Bouras e Holt (2004) esamina i servizi offerti alle persone con doppia diagnosi e le prove della loro efficacia: il presupposto che gli autori trovano errato é il fatto che la chiusura degli ospedali psichiatrici abbia diminuito la prevalenza dei disturbi psichiatrici nelle persone con RM.

La conseguenza più critica di tutti questi aspetti, organizzativi e concettuali, si propone dolorosamente quando il soggetto con RM necessita di un ricovero in ospedale; la complessità delle diagnosi psichiatriche e la risposta idiosincratca paradossale ai trattamenti farmacologici porta a pensare che, in ogni caso, l'ospedalizzazione debba essere evitata, anche nei reparti di psichiatria; in più, durante i ricoveri, il soggetto con RM viene esposto ad influenze negative spesso per lui nuove (fumo, alcol, droghe, relazioni sessuali, abusi) quando proviene da ambienti di vita protetti (Chaplin e Flynn, 2000, p.129). In Italia, la prassi é di continuare i ricoveri e i trattamenti specialistici delle persone con RM maggiorenni presso gli ospedali infantili di provenienza (Convegno IRCCS San Raffaele, Roma, 27/5/05). Ciò che non é abbastanza chiaro nelle istituzioni é il fatto che i quadri clinici psichiatrici dei soggetti con RM si organizzano nel tempo e con l'influenza degli ambienti frequentati (cfr. Finicelli e altri, 2001).

APPENDICE: INTERVISTE

DOMANDE PROPOSTE

1. Quale tipo di identità tende a sviluppare la persona con RM?
2. Quale relazione c'è tra parti infantili, parti adulte e parti deficitarie della mente nell'adulto con RM?
3. Lo sviluppo emotivo del bambino è lo stesso di quello dei normodotati (ad esempio l'Edipo)?
4. Perché si può curare con psicoterapia la persona con RM? Cosa consente che la terapia avvenga?
5. C'è una specificità di setting, di tecniche o di transfert nella psicoterapia delle persone con RM?
6. Quali sono le aree di cambiamento da lei verificate per la persona e, in seconda istanza, per la persona con RM, in terapia?
7. Quali sono i criteri per valutarne l'efficacia?
8. Quale orientamento deve avere la psicoterapia del RM?
9. La terapia di gruppo è fattibile e in che termini?
10. Nella sua esperienza ha osservato tutti i diversi pattern di attaccamento?
11. Esiste un pattern di attaccamento più frequente?
12. Esiste, dopo il fallimento negli approcci sentimentali e sessuali del giovane con RM, un ripiegamento, una chiusura, una sorta di Edipo secondario?

RISPOSTE DEL DOTT. LUCIO VENTURINI

(Psichiatra, Psicoterapeuta, ANFFAS Genova)

Modalità di raccolta dati: intervista telefonica audioregistrata

1. Quale tipo di identità tende a sviluppare la persona con ritardo mentale?

Il problema è complesso, riguardo proprio al tema dell'identità personale. E' stato scritto un libro dal prof. Montobbio (2002), che parla del falso sé, e per certi versi sono d'accordo. Però, è un concetto che a me non basta, bisogna andare a vedere cosa sottende alla struttura 'falso sé', cioè quali sono i meccanismi, o meglio, la semeiotica emotiva che determina una struttura del genere. Questo potrebbe essere un prototipo, anche se poi all'interno ci sono tante sfumature. Tenzialmente, i soggetti con RM cercano, anche e soprattutto per identificazione adesiva, di mostrarsi e di apparire come sono gli altri, come sono gli adulti di riferimento che stanno accanto a loro, non solo i modelli genitoriali, ma soprattutto gli educatori di riferimento, i tecnici della riabilitazione e anche me. I meccanismi di funzionamento prevalenti sono di identificazione adesiva, a partire dai quali si struttura tutto il resto. Ciò è quello che si evidenzia e fa dire a tutti quanti, in modo superficiale, che sono strutture 'falso sé'.

2. Quale relazione c'è tra parti infantili, parti adulte e parti deficitarie della mente nell'adulto con RM?

Sicuramente in loro sono presenti una parte infantile e una parte che è più cresciuta, anche se non andrei a fare una differenza di questo tipo, e neanche starei a differenziare il discorso sul ritardo mentale. Penso che le tre dimensioni siano nello stesso tempo molto embricate tra di loro ma anche molto slegate fra di loro. Nella maggioranza dei casi quello che noto, non in maniera continuativa, è il fatto che i pazienti non solo non sono coscienti,

ma neanche consapevoli. La descrizione è riferibile all'immagine visiva della palude, dello stagno, dove tutte le cose galleggiano slegate tra di loro. Andare a verificare le distinzioni e vedere le connessioni è difficile. Sicuramente c'è la dimensione più arcaica, nel senso di più antica, che è riferibile ad una sfera più vicina alla fenomenologia dell'autismo; c'è la parte cresciuta, che, comunque, risente in qualche modo degli effetti e dell'evoluzione della precedente, con aspetti più psicotici tradizionali classici; poi, c'è il ritardo mentale, ma io considero quest'ultimo qualcosa di particolare, nel senso che non dovrebbe essere valutato nei termini in cui si valuta oggi. Ho verificato, in 13 anni di lavoro, vedendo più di 50 ragazzi con ritardo medio lieve, con screzio psicotico, che è un errore diagnostico pensare, in termini di nosografia classica, che ci sia un ritardo mentale con innesto psicotico. Dal punto di vista anamnestico, questi pazienti stanno male da sempre, non sono arrivati all'età di 16 anni e hanno avuto un breakdown psicotico. Che stiano male da sempre lo testimoniano l'anamnesi, i colloqui con la madre, le indagini ematochimiche, diagnostiche e strumentali effettuate. Quello che presuppongo è che ci sia una condizione primaria di psicosi, con varie differenziazioni, che determina un arresto. Come la persona molto ansiosa difficilmente sa rispondere a dei quiz, così la persona con ritardo ha subito un arresto emotivo, che comporta un arresto cognitivo. In questo senso, si dovrebbe parlare più correttamente di *screzio psicotico con innesto di ritardo mentale*, che nasce in certi casi anche dal deterioramento degli aspetti psicotici classici che perdurano nel tempo. Per via dei fenomeni di scissione e identificazione proiettiva, si assiste all'impoverimento, a meno che non ci sia il discorso riabilitativo, che mantiene; questa è la mia concezione del ritardo mentale, che non dovrebbe essere considerato, in prima istanza, perchè nella maggioranza dei casi le indagini diagnostiche sono negative; poi, riportando Bion, io considererei il ritardo come la nascita e la morte, sono fatti incontestabili, perchè ci sono e quindi non si può andare a discuterli; lui dice 'a me non interessa parlare di queste cose, a me interessa parlare del tempo che rimane al mio paziente'.

Nel nostro caso bisogna non andare a vedere il dato organico, anche se ci fosse, che deve essere considerato come concausa, non causa principale. Il ritardo non deve essere considerato di per sé. Dobbiamo considerare, invece, il *mondo emotivo* che c'è nella persona. Se viene in studio la classica paziente adolescente molto brava a scuola che improvvisamente non riesce più, il mio lavoro non lo faccio sullo strutturare dei dati cognitivi; io mi dimentico del problema scolastico e cerco di armonizzare le valenze emotive, e improvvisamente vedo che, così per caso, questa riprende le sue sufficienze. Il dato emotivo sostiene tutto quanto. Se noi andiamo a vedere il dato emotivo-affettivo, è possibile una crescita al di là del ritardo mentale, al di là del dato organico, e ciò vale anche per i soggetti più gravi. Attraverso la crescita emotiva io riesco anche a incidere sul dato cognitivo.

Per chiarire, quanto dico nel testo sullo 'screzio psicotico' del 2002, ci sono quindi due differenti tipi di ritardo mentale, che ho distinti benché non debbano di fatto esserlo perché sono commisti tra di loro. Quando io osservo il paziente noto che ci sono entrambi i nuclei, che prevalgono ora uno ora l'altro: un ritardo mentale che deriva dall'arresto della crescita emotiva (si tratta del primo nucleo, chiamiamolo autistico) e il ragazzo si chiude. Chiudendosi, o avendo una concausa organica che provoca un'alterazione dei canali della senso-percezione, avviene un'ulteriore chiusura perché tutto viene distorto e avvertito in maniera terrificata, di conseguenza lo sviluppo gli si arresta e non può più imparare. Non imparando, arriva al ritardo mentale. L'altro nucleo, quello più classico, schizofreniforme, commisto nella persona, è più simile ad una struttura solida tipo cristallo. Lo schizofrenico non usa i meccanismi di difesa dell'autistico ma, prevalentemente, scissione ed identificazione proiettiva. Questo determina una perdita dei pezzi. Le parti del Sé sono fratturate, sparpagliate e nessuno le raccoglie. Se continua questo processo, il cristallo perde pezzi, s'impoverisce e il ritardato mentale diviene simile allo psicotico cronico che vediamo in comunità terapeutica, che cammina avanti e

indietro. Il nucleo liquido, con assenza del pensiero e smontaggio del Sé, si presenta quando si aprono come un fiore e spargono liquido, non hanno niente da dire, allontanano, sono in una dimensione stagnante. Bisogna andare a vedere dentro, altrimenti la reazione che provocano è disinteresse. L'altra dimensione, quella solida, va differenziata dal liquido solidificato, cioè dalla psicosi ossessiva, quella che osservo più di frequente, uno sviluppo post autistico, le reiterate domande. E' comunque un materiale inerte che non presuppone un elemento distruttivo, perchè nella dimensione autistica c'è la rivalità, il sentimento prevalente è la rivalità nei confronti dei fratelli, ma non ci sono ancora elementi distruttivi quali l'invidia e la rabbia. C'è l'orrore, c'è la paura, ci sono le crisi di agitazione psicomotoria pantoclastiche, ma derivano dalla paura e dall'orrore. Nella dimensione del cristallo, schizofrenica, ci sono elementi distruttivi quali la rabbia e l'invidia. L'invidia è un attacco distruttivo a tutto ciò che appare bello, buono, creativo, legato al sentimento di autodisprezzo, di per sé l'attacco al legame di Bion, anche perchè magari c'è in noi la vanità di mettere insieme i pezzi mentre nello psicotico i pezzi vanno solo avvicinati, se no c'è la crisi acuta dopo l'evidente miglioramento. Rabbia e invidia determinano, proprio per espulsione, perchè certi sentimenti non possono essere tollerati, perdita dei pezzi da parte del cristallo. A lungo andare, si verificano l'impoverimento e il deterioramento, il ritardo mentale. L'affetto di base che domina però è l'orrore, sentire che si è soli al mondo. Più andiamo ai primordi più c'è il terrore perchè non può esserci comprensione, e in una struttura piccola, che capisce poco e con strumenti senso-percettivi poco sviluppati, come il neonato, tutto è più complesso, in balia completa degli altri per la sopravvivenza fisica ed emotiva. Non può fare nulla ed è invaso da sensazioni interne che non riesce a discriminare, come il mal di pancia. Il terrore deve essere continuamente depurato dalla mamma.

3. Lo sviluppo emotivo del bambino con RM è lo stesso del normodotato (ad esempio l'Edipo)?

Assolutamente no. Magari potessero arrivare all'Edipo, rimangono strutture arcaiche, non intese in senso dispregiativo, ma nel senso di molto antico, ci vuole quindi più creatività per cercare di capire questa dimensione. Lo sviluppo emotivo non c'è in questo senso tradizionale classico, si rimane in una posizione quasi sempre schizoparanoide; ci sono dei momenti in cui c'è un'oscillazione e le varie fasi tipicamente freudiane si arrestano alle fasi, orale soprattutto, e anale, ma nel primo stadio, per come l'ha descritto Abraham del 'distruggere – espellere', non nel secondo stadio, quello della dimensione dell'ossessività, del 'dominare – trattenere'. Il dato edipico noi lo vediamo strutturato nel falso Sé, perchè il Super io della famiglia e il Super io nostro riabilitativo impone che questi siano degli esseri normali e loro si sentono forzati a vivere, perfino dalla vita stessa che richiede il suo tributo perchè la vita *vuole* vivere, quindi molte volte si tratta di apparenza, creata artificiosamente e con canoni anche sbagliati perchè si costruisce una realtà parallela che è una sorta di altro oblio, una realtà bizzarra, caotica, costruita mettendo assieme anche dei pezzi sbagliati.

4 Perchè si può curare con psicoterapia la persona con RM? Cosa consente che la terapia avvenga?

Mi rifaccio alle teorie elaborate da Correale e Conforto⁴⁶. Loro parlano di *rialfabetizzazione emotiva*. E' una cosa cui io credo molto, soprattutto nel riuscire a fare una disamina in termini di diagnosi emotiva, di semeiotica emotiva. Il disturbo nelle persone con questo tipo di problema, non è legato alla rottura dei pensieri, come avviene nello schizofrenico classico, dove c'è una rottura, immagini un cristallo che cade in tanti pezzi. Qui è diverso. C'è uno *slegare i pensieri*. E' un atto *dolce* in confronto al rompere. A forza di slegare i pensieri, si arriva in una dimensione nella quale manca il senso.

⁴⁶ Il manuale di Conforto (2004) ha una concezione innovativa e un taglio pratico; non è ordinato sistematicamente per patologie ma, in una visione trasversale, ripercorre un panorama variegato di strategie di intervento, esperienze quotidiane e problemi; presenta gli scenari, gli strumenti utilizzati, le diverse professionalità con cui oggi la psichiatria affronta i disagi, le patologie e le situazioni conflittuali nelle diverse età della vita e nei diversi contesti sociali e familiari.

Perchè avviene? Perchè, credo, devono in qualche modo difendersi da un'esperienza primaria che è per loro quella dell'orrore, del terrore connesso all'essere stato strappato via dal corpo dell'oggetto primario, la mamma. Necessariamente, per non provare più quel vissuto, fanno in modo di slegare, come una bambina autistica che, in psicoterapia, ogni volta portava via un capello alla terapeuta, ma, riflettendoci, col tempo potrebbe portare via anche un'area di cuoio capelluto. Slegando l'esperienza emotiva, ottengono di non avvertirla più consapevolmente e gli altri non se ne accorgono. Il procedimento terapeutico è quello di ricostruire, di legare i pensieri in maniera coerente, perchè, quando loro li legano, lo fanno in modo sbagliato, perchè cercano di apparire, cercano di esserci nel modo che intendiamo noi. Come quel ragazzo che era stato in vacanza e alle mie domande 1) 'Quanto ci sei stato?' rispondeva 'due settimane' 2) 'E quanti giorni sono?' rispondeva scocciato 'sette giorni!' 3) 'Me li indichi sul calendario?' Lui indicava uno spazio di dieci giorni. Oppure, un altro che discuteva con gli educatori della Sampdoria, che aveva vinto, ma alla domanda 'A quanto ha vinto?' rispondeva 'Uno a uno'. Si arriva ad un disturbo della coscienza dell'Io che determina un *non esistere*, un *non esserci*. Non sono né coscienti né consapevoli. Il nostro compito è quello di ricostruire la loro storia perché non c'è più una trama coerente, il loro percorso di vita continua, ma c'è uno *slegamento* che noi dobbiamo ricostruire in modo che loro possano riacquistare la loro identità, identità che intendo non in quanto adulto o bambino, ma nel senso di una coscienza dell'Io che permetta di essere consapevoli di esserci in quel momento.

5. C'è una specificità di setting, di tecniche o di transfert nella psicoterapia delle persone con RM?

Qui ci si può rifare tranquillamente a quello che ci dice Etchegoyen nel "I fondamenti della tecnica psicoanalitica": il setting, soprattutto nell'istituzione, deve adattarsi al contesto di istituzione che c'è. Quindi il

setting ha una sua rigidità, che io cerco di mantenere, ma compatibilmente alle risorse umane in struttura, alle altre attività, agli orari e, anche, alle loro richieste, perchè sono pazienti psicotici, e non possono essere trattati convenzionalmente. Le sedute sono di 45 minuti, due volte alla settimana. Il libro di Rockland “La terapia di sostegno”⁴⁷ risponde a chi mi dice che faccio solo psicoterapia di sostegno, perchè la terapia di sostegno consta di un continuum tra il sostegno e l'esplorativo, quindi un qualcosa di più profondo. Se non restituiamo un significato emotivo profondo a loro, non possono fare passi avanti. Solo il sostegno, l'holding, non bastano. Ci vuole una rêverie ben strutturata perchè si possa avere un miglioramento. Una nevrosi di transfert in questo caso non esiste, c'è una psicosi di transfert in cui bisogna imparare a delirare con loro, perchè loro hanno bisogno soprattutto, e faccio riferimento a Ferro e al modello narrativo di Lichtenberg, che noi seguiamo il loro *dialetto* mantenendo la nostra creatività. Questo comporta una grossa difficoltà. Si entra nel loro mondo, dove è presente tutto; in alcuni momenti c'è sicuramente la psicosi di transfert, con meccanismi di negazione, diniego, proiezione.

6. Quali sono le aree di cambiamento da lei verificate per la persona, e in seconda istanza, per la persona con RM, in terapia?

Non diversifico le aree di cambiamento tra i cosiddetti normali e loro, perchè la differenza non è qualitativa ma quantitativa, cioè quello che noi percepiamo al 20% loro lo percepiscono all'80%. Ci dobbiamo porre degli obiettivi limitati, soprattutto nei confronti della nostra onnipotenza. Le aree sono le stesse ma gli obiettivi più limitati. Mi rifaccio a Corrales, sia per questi pazienti sia per gli psicotici classici, dicendo che bisogna *rispettare l'area*

⁴⁷ Rockland (1994) sostiene che sia molto diffusa l'opinione che chiunque abbia una buona preparazione nelle tecniche di psicoterapia basate sull'insight, come la psicoanalisi, la psicologia analitica, eccetera, sappia praticare, si potrebbe dire a fortiori, una terapia di sostegno: egli ritiene sbagliata e pericolosa per l'efficacia dell'azione terapeutica questa opinione. Il suo testo è un manuale sulla terapia di sostegno.

traumatica, non bisogna entrare sadicamente in essa, bisogna lasciarla lì dov'è e bisogna far rifiorire tutto attorno all'area traumatica.

7. Quali sono i criteri per valutarne l'efficacia?

Sinceramente non lo so, l'unico criterio che io posso valutare è intuitivo. Una domanda del genere mi fa pensare ad un sistema di operare cognitivo comportamentale che ritengo un po' artificioso, non posso andare a quantificare le emozioni e gli affetti. Posso parlare in termini semplici di miglioramenti nella sintonia ambientale, di socializzazione all'interno della struttura, di una minore conflittualità nel nucleo familiare; per certi versi, invece, ci dobbiamo accontentare di piccoli miglioramenti, per esempio che un autistico accetti di vestirsi in modo un po' più comodo. In termini più tecnici, posso parlare di miglioramenti nella ralfabetizzazione emotiva, cioè sono più in grado di raccontare la propria storia e di raccontarla in un contesto di realtà che abbia un che di coerente, con i pensieri *allacciati*. Più autentici a loro stessi. C'è anche un prevalere dei meccanismi introiettivi, con l'abbandono dei modelli di *adesività* o di *apprendimento raccattato*.⁴⁸

8. Quale orientamento deve avere la psicoterapia del RM?

La psicoterapia nel ritardo deve avere un orientamento psicoanalitico; con Ferro è cambiato in modo drastico il ruolo dell'analista e dei suoi strumenti. Le interpretazioni classiche vanno usate con molta cautela, si deve seguire invece il discorso narrativo del paziente, facendo uso della propria creatività e della propria capacità negativa, non invadere e aprire uno spazio dentro di noi dove poter accogliere dei pensieri nascenti; dopo, strutturare un apparato per pensare questi pensieri, ma questo in un secondo momento. Il

⁴⁸ Come è stato spiegato nel cap.5.2.2, l'apprendimento raccattato si basa su un sentimento di "invidia" che porta a rubare, a carpire conoscenze, in modo da farle proprie senza riconoscerne l'origine: l'idea che siano state "raccattate" serve a modificare la percezione di furto; si tratta di cose date, buttate via da altri che vengono acquisite e in segreto fatte proprie (Meltzer e Harris, 1986, p.36)

modello comportamentale va limitato ad alcuni momenti del processo riabilitativo; anche le varie strategie che utilizzano non fanno altro che riproporre un meccanismo ossessivo, che porta i ragazzi al disorientamento o al rafforzamento di quello che già sentono e cercano di mettere in relazione. Anche l'approccio cognitivo-comportamentale poi arriva al colloquio con valenza psicoanalitica, perchè è l'unico modo che tratta di avvenimenti emotivi nel senso ermeneutico di restituzione di un significato, cogliendo l'esperienza significativa dal punto di vista emotivo.

9. La terapia di gruppo è fattibile e in che termini?

La terapia di gruppo è fattibile ma non in termini classici, devono essere inseriti degli elementi di mediazione quando l'uso della parola diventa penoso; per esempio il teatro, la mediazione corporea, l'arte, il disegno, la carta, il video. E' utile una terapia di gruppo che ponga in essere un'area transizionale, che tolga le angosce persecutorie, per cui si possono trattare questioni che riguardano i soggetti ma non in modo esplicito, diretto.

10. Nella sua esperienza ha osservato tutti i diversi pattern di attaccamento?

Non ho mai pensato in questi termini. Nella pratica ho osservato tutti i pattern di attaccamento.

11. Esiste un pattern di attaccamento più frequente?

Esiste una fusionalità soffocante che genera terrore, e si vede bene nella relazione con la madre quando tornano a casa alla sera dal centro; sembra che abbiano tanto bisogno di fusionalità ma poi la rifiutano con angoscia. Il terrore è dato dalla dispersione, dalla perdita della pelle psichica. Deve essere data una consulenza alla famiglia, anche se i padri rimangono defilati, sempre sullo sfondo a causa delle ferite date dal figlio con handicap che viene vissuto come colpa.

12 Esiste, dopo il fallimento negli approcci sentimentali e sessuali del giovane con RM, un ripiegamento, una chiusura, un Edipo secondario?

In effetti prevale una sessualità indifferenziata; la maggior parte non si sono mai avvicinati alla sessualità né sanno di cosa si tratta, come quei due ragazzi fidanzati che la volta che il maschio ha organizzato la visione di una cassetta pornografica, ne sono scappati entrambi scandalizzati, come se quelle immagini e quelle azioni non riguardassero la loro sessualità. Pochissimi sono i casi di rapporti genitali (2 su 50), e causano grossa confusione. Dopo i fallimenti sentimentali il ritorno dalla madre ha comunque un aspetto rabbioso e mai di tenerezza, di maternità. Tra loro sono più fratelli e sorelle, hanno delle relazioni pseudoamoroze, e il discorso sessuale è nel transfert con gli educatori, che sono il sostituto materno; i vincoli religiosi e sociali sono imponenti e discriminanti; nelle ragazze ciò provoca, in più, una depressione reattiva.

RISPOSTE DELLA DOTT.SSA ADRIANA ANDERLONI

(Psicologa clinica, Psicoterapeuta, Consulente della Divisione di Neurologia dello Sviluppo dell'Istituto Neurologico C.Besta, Milano)

Modalità di raccolta dati: colloqui telefonici non audioregistrati

1. Quale tipo di identità tende a sviluppare la persona con RM?

Per tutta l'intervista farò riferimento solo a bambini con ritardo mentale secondario collegato a lesione, paralisi cerebrale, disordini neuropsicologici, e non ad adulti. L'identità è caratterizzata, per quote più o meno elevate, dalla dipendenza.

2. Quale relazione c'è tra parti infantili, parti adulte e parti deficitarie della mente nell'adulto con RM?

Il problema è proprio questo; persiste la difficoltà a mettere in relazione queste istanze. O fa irruzione l'adulto, o il bambino fa il padrone, come ci fosse la prevalenza della scissione.

3. Lo sviluppo emotivo del bambino è lo stesso dei normodotati (ad esempio l'Edipo)?

Penso di sì. Prevale comunque sempre la figura materna. Le tappe sono le stesse ma più sfumate, condizionate dall'identità dipendente e dall'attaccamento alla figura materna.

4. Perché si può curare con psicoterapia la persona con RM? Cosa consente che la terapia avvenga?

E' possibile aiutare il bambino a trovare la propria strada, a prescindere dal QI, e rintracciare i propri gusti, i desideri, arrivare a poter dire "questo sono io" e poterlo raccontare. Nel mio articolo *'La storia di Albertino'* racconto la

psicoterapia di una ragazza con displegia spastica, disordini neuropsicologici e conseguente deficit cognitivo. Albertino è il protagonista della storia che costruiamo. Gli aspetti emotivi vengono trattati in un *luogo immaginario*, al fine di trovare un proprio posto nel mondo degli affetti.

5. C'è una specificità di setting, di tecniche o di transfert nella psicoterapia delle persone con RM?

Il setting è un po' diverso nel senso che è più protetto, più modulato sulle caratteristiche del paziente, più coordinato e collegato con i genitori, con l'équipè curante, con le altre figure professionali, come educatori, assistenti sociali, animatori. Le tecniche sono quelle della psicoterapia a orientamento psicoanalitico, ma a dosi omeopatiche. Si può costruire una storia, giocare, *animare l'immaginario*. Giocando, il bambino racconta di sé, quindi il terapeuta deve usare una tecnica non interpretativa, deve sostenere il gioco, farlo andare avanti e *storicizzarlo*. Quindi, la cornice concettuale è quella della psicoanalisi infantile, il setting è ludico non interpretativo ma storicizzabile: c'è un momento del gioco in cui si possono tirar fuori l'emozione, l'esplorazione dell'emozione, e magari anche la narrazione della propria emozione. Riguardo al transfert, ci sono alcuni elementi: mi capita che i bambini trasferiscano su di me o sui personaggi del gioco alcune parti, alcune esperienze, però non voglio trattare l'argomento della nevrosi da transfert perché è teorico, di scuola.

6. Quali sono le aree di cambiamento da lei verificate per la persona e, in seconda istanza, per la persona con RM, in terapia?

Il focus della psicoterapia è rintracciare il senso di esistere della persona, cosa che rimane un po' carente in altri approcci, ad esempio quello funzionale. Il senso di esistere specifico del bambino deve emergere, e avviare un dialogo con le parti scisse; c'è un riconoscimento dei propri sentimenti e delle proprie emozioni, c'è la possibilità di riuscire ad esprimerli

nel pensiero e nella verbalizzazione. Nella paralisi cerebrale infantile il deficit cognitivo è spesso secondario, nel senso che, se non si fa un buon lavoro di didattica speciale, che tratti i disturbi cognitivi come provenienti dai disordini neuropsicologici, il bambino rimarrà sicuramente indietro. La fisioterapia da sola, ma anche la psicomotricità, non sono sufficienti perchè, per esempio, non individuano e non trattano i difetti visivi centrali di esplorazione, quelli non rilevabili dall'oculista; proprio in quanto centrali, non permettono che vengano messi insieme gli input visivi. L'approccio globale favorisce la riorganizzazione del Sè ma rimodella anche il sistema nervoso centrale.

7. Quali sono i criteri per valutarne l'efficacia?

L'osservazione e il lavoro fatto insieme ai genitori.

8. Quale orientamento deve avere la psicoterapia del RM?

La psicoterapia deve essere di orientamento psicoanalitico, ma, come ho già detto, l'approccio deve essere globale, prima di tutto centrato sulla relazione e sull'emergere del senso di sé, di esistere, come ne parla Vallino, poi deve appoggiarsi sull'intenzionalità del bambino, sul suo desiderio di fare e di muoversi. Ad esempio, accarezzare la madre è un'esperienza motoria che parte dai suoi desideri. In questo modo, è possibile favorire la riorganizzazione del Sè e rimodellare il sistema nervoso.

9. La terapia di gruppo è fattibile e in che termini?

Nei gruppi si fa fatica. Io non ne ho esperienza, ma mi capita di sentire che ce n'è un bisogno, dopo la conclusione di un percorso individuale, come di una seconda fase. All'istituto neurologico Besta c'è la terapia di gruppo e, in termini neuroriabilitativi, funziona; può essere trasferita a livello psicoterapico, ma i bambini devono avere già interiorizzato un setting

terapeutico, che per loro significa fiducia nell'altro, la fiducia di essere capito, di potersi affidare, di guardarsi e guardare l'altro.

10. Nella sua esperienza ha osservato tutti i diversi pattern di attaccamento?

Sì, mi sembra di poter dire che non c'è un tipo che prevale in riferimento al ritardo, quindi direi che si distribuisce come nella popolazione normale. Però non ho ragionato in questi termini.

11. Esiste un pattern di attaccamento più frequente?

Può darsi che nei bambini a rischio di psicosi prevalga il tipo disorganizzato.

12. Esiste, dopo il fallimento negli approcci sentimentali e sessuali del giovane con RM, un ripiegamento, una chiusura, una sorta di Edipo secondario?

Più che di sessualità io parlerei di sentimenti. Io seguo i ragazzi fino a 18 anni e, quando ci sono problemi sentimentali, tendono molto ad inasprirsi. La questione si gioca fra desiderio di emancipazione e dipendenza, per cui con una mano si lanciano e con l'altra si tengono aggrappati, ma con aggressività.

RISPOSTE DEL DOTT. CESARE ALBASI

(Ricercatore in Psicologia Clinica, docente di 'Psicoterapia' e 'Psicopatologia 1' all'Università degli Studi di Torino, Psicoterapeuta)

Modalità di raccolta dati: tramite email

1. Quale tipo di identità tende a sviluppare la persona con RM?

Se intendiamo l'identità come la risultante dell'integrazione di molte dimensioni psichiche e relazionali, è difficile pensare ad una identità tipica che si associ al RM, ma proprio nella funzione di integrazione che la caratterizza si riscontrano deficit legati agli aspetti dei processi cognitivi che sono espressamente interessati nella comprensione delle relazioni interpersonali, come ad esempio la mentalizzazione. Di conseguenza, la funzione di integrazione dipenderà in modo importante dalle relazioni di attaccamento su cui la persona con RM può contare.

2. Quale relazione c'è tra parti infantili, parti adulte e parti deficitarie della mente nell'adulto con RM?

Gli adulti con RM possono aver avuto una storia di iper-apprendimenti di competenze che ne hanno favorito alcune autonomie ma che possono necessitare della ricerca di un nuovo significato nel presente (e nei differenti momenti dell'esistenza). E' necessario favorire un processo di sviluppo della capacità di vivere sia l'intimità sia l'autonomia nelle relazioni intersoggettive, non concentrarsi selettivamente sulle autonomie comportamentali e comunicative, che potrebbero aumentare la frammentazione se non accompagnate da un lavoro di elaborazione dei significati.

3. Lo sviluppo emotivo del bambino è lo stesso dei normodotati (ad esempio l'Edipo)?

Le conoscenze di cui disponiamo attualmente sullo sviluppo emotivo (per esempio, i risultati dell'Infant Research) ci orientano a concepire linee individuali nello sviluppo e a svincolarci da tappe e fasi precostituite, soprattutto dopo il primo anno di vita. Lo sviluppo emotivo è intrecciato con quello cognitivo e intellettuale, quindi l'elaborazione degli affetti nelle relazioni sarà influenzato dal deficit. In ogni caso, all'interno di un contesto di attaccamento sicuro, l'elaborazione delle angosce può trovare processi che vengano interiorizzati in modo strutturale dalle persone con RM.

4. Perché si può curare con psicoterapia la persona con RM? Cosa consente che la terapia avvenga?

Perché la psicoterapia non si basa solo sull'intelligenza ma soprattutto su dimensioni relazionali implicite che possono aiutare le persone con RM a organizzare i loro contenuti mentali affettivamente disturbanti

5. C'è una specificità di setting, di tecniche o di transfert nella psicoterapia delle persone con RM?

Setting e tecniche devono essere pensati all'interno di un ragionamento clinico sul paziente che tenga conto anche di altri elementi e non solo del RM, anche se l'atteggiamento tecnico del terapeuta sarà meno orientato a formulazioni interpretative e più orientato alla regolazione della relazione di attaccamento con il paziente, volta a stabilire degli spazi espressivi sicuri nel quale il paziente costruisce con il terapeuta dei modi per affrontare le angosce più intense e dei modi per sentire in lui affetti positivi (la sicurezza, la distensione, il piacere ecc.), e per organizzare e riorganizzare insieme a lui il suo mondo di significati e di valori affettivi.

6. Quali sono le aree di cambiamento da lei verificate per la persona, e in seconda istanza, per la persona con RM, in terapia?

Nella psicoterapia psicoanalitica relazionale, che conosco e pratico, le aree maggiormente al centro del lavoro sono le modalità di vivere le relazioni intime (i Modelli Operativi Interni)

7. Quali sono i criteri per valutarne l'efficacia?

Il dibattito su questo tema è molto acceso, ma nei criteri non si possono escludere quelli che sono gli obiettivi dichiarati del cambiamento, quindi le modalità di relazione e i Modelli Operativi Interni

8. Quale orientamento deve avere la psicoterapia del RM?

Un orientamento che tenga in considerazione la dimensione implicita dei Modelli Operativi Interni, come per esempio la psicoterapia psicoanalitica relazionale orientata dal concetto di MOID (Modelli Operativi Interni Dissociati)

9. La terapia di gruppo è fattibile e in che termini?

Non ho sufficienti elementi per rispondere

10. Nella sua esperienza ha osservato tutti i diversi pattern di attaccamento?

La psicoterapia psicoanalitica relazionale tende ad elicitarne tutti i pattern di attaccamento in quanto struttura un rapporto di attaccamento intenso e ha una storia sufficientemente lunga per affrontare eventi di vario tipo, con risposte di vario tipo da parte del paziente. Spesso il pattern di attaccamento che si manifesta con più chiarezza all'inizio del lavoro lascia posto agli altri.

11. Esiste un pattern di attaccamento più frequente?

È una domanda alla quale si può cercare risposta tramite ricerca empirica ma una definizione ristretta di pattern di attaccamento può mettere in evidenza

alcune dimensioni e trascurare i rapporti che in ogni individuo ci sono tra la molteplicità dei suoi pattern, rapporti conflittuali o dissociativi.

12. Esiste, dopo il fallimento negli approcci sentimentali e sessuali del giovane con RM, un ripiegamento, una chiusura, una sorta di Edipo secondario?

Sì, ripiegamento, chiusura, forme depressive ma anche forme di protesta e difficoltà a controllare la rabbia. Anche in questo ambito ho osservato reazioni molto varie. Da punto di vista terapeutico, queste esperienze mettono in risalto il problema della costruzione dell'autostima.

Osservazioni conclusive

Questo studio nasce dalla convivenza nella quotidianità con persone di diversa età che presentano ritardo mentale e/o disturbi della personalità⁴⁹. L'idea iniziale era di verificare ciò che l'esperienza mi suggeriva, cioè che la persona ritardata non è semplicemente *qualcuno con qualcosa in meno*, e, di conseguenza, che il ritardo mentale *non è qualcosa in meno*.

L'ipotesi teorica da verificare era che l'organismo si organizzi, in funzione del ritardo mentale - in maniera adattiva o disadattiva, funzionale o disfunzionale - *creando* qualcosa di specifico.

Per verificare tale ipotesi, il percorso di ricerca richiedeva di definire un'*identità* e un *modello di mente* riferibili ai portatori di ritardo mentale.

Definita tale prospettiva (cap.1), mi sono resa conto del fatto che il soggetto con ritardo mentale non è né un 'bambino per sempre' né una persona molto lenta a crescere (cap.2), ma un individuo che sviluppa un'identità caratterizzata da una relazione *specifica* tra le diverse aree della personalità: infantili, adulte e deficitarie (cap.3). L'intelligenza emozionale e la teoria della mente sono in alcuni di loro straordinariamente potenziate, nonostante l'impulsività, l'instabilità e i traumi affettivi. Per via di queste capacità, in tutto il lavoro (nel cap.4 in particolare), ho dato più spazio al punto di vista psicoanalitico e alla psicoterapia psicoanalitica come strumenti adatti per i soggetti con RM al fine di riconoscere la propria preziosa specificità. Nell'analizzare gli studi e le sperimentazioni ho seguito un filo conduttore personale (cap.5.1), che ho esplicitato nel termine '*ipotesi clinica*', in quanto

⁴⁹ Ho lavorato come educatrice professionale in comunità residenziale e in centro diurno; sono madre affidataria di un ragazzo di 15 anni con doppia diagnosi (psicosi e ritardo medio, attualmente senza specifica diagnosi neurologica o genetica) accolto nella nostra famiglia da 6 anni. Con lui frequento due centri di riabilitazione che sono l'Associazione Centro Down di Alessandria, fondata nel 1995, organizzata e gestita dai genitori dei disabili, e il Centro Girasole gestito dai Servizi Sociali del Comune di Valenza (AL). Entrambi i contesti propongono diverse attività riabilitative (individuali, di coppia e di gruppo) a cui i disabili accedono secondo un progetto annuale individuale, con verifiche periodiche. I centri di riabilitazione di questo tipo sono diversi dai centri diurni per disabili, per esempio per quanto riguarda il coinvolgimento dei genitori e la presa in carico.

tale mi é parso l'accordo teorico e pratico che il modello presentava: nella prima parte, infatti, nell'espore il pensiero psicoanalitico delle relazioni oggettuali, ho sottolineato i temi della *frammentazione* e della *scissione* come descrittori dello sviluppo e delle dinamiche della mente (non solo quella ritardata) e degli eventuali innesti psichiatrici; nella seconda parte, analizzo le osservazioni cliniche che evidenziano soprattutto le *manifestazioni paranoico-persecutorie* (cap.5.2). Dopo aver approfondito la parte psichiatrica, torno all'approccio del trauma evolutivo nell'ambito della psicoanalisi relazionale (cap.5.3), proponendo il lavoro di quegli autori che considerano la dissociazione come *processo adattivo* e delineano un *modello di mente deficitaria*, inserito nel quadro del pattern disorganizzato di attaccamento. Ho cercato di non assolutizzare il filo conduttore della *frammentazione-dissociazione-disorganizzazione* né come sequenza di sviluppo cognitivo-emotivo, né come diagnosi univoca. Piuttosto, ho utilizzato tale filo conduttore come un circolo d'indagine 'orientato da un'aspettativa di senso' (Gadamer, 1987, p.13), circolo non vizioso se 'nasconde una possibilità positiva del conoscere più originario, possibilità che é affermata in modo genuino solo se l'interpretazione ha compreso che il suo compito primo, durevole ed ultimo, é quello di non lasciarsi imporre pre-disponibilità, pre-veggenza e pre-cognizione dal caso o dalle opinioni comuni, ma di farle emergere dalle cose stesse, garantendosi così la scientificità del proprio tema' (Heidegger, 1976, pp.194).

Poiché oggi la scientificità non é considerata garantita neanche dall'evidenza, mi sono limitata a supporre una legittimità d'indagine confrontando i dati con la pratica educativa. L'osservazione al microscopio della vita quotidiana ha fornito gli scambi duali, le azioni-reazioni, le verifiche AB/BA, la condivisione di aspetti più difficili da rilevare ed elaborare, come l'angoscia istantanea della rottura del Sé proiettata negli oggetti, o di aspetti più frequenti, come la catena infinita delle ripetizioni logoranti recitate dalle persone con ritardo; l'osservazione al telescopio, invece, ha messo in

evidenza i progetti di vita di quelle stesse persone, le idealità, la visione esistenziale o collettiva.

Anche se l'intervento può avvenire solo su un equilibrato piano relazionale ed affettivo, lo studio del ritardo mentale é comunque un percorso di *demitizzazioni e rimitizzazioni*, che richiede qualcosa di più della capacità negativa di perseverare nelle incertezze (Bion, 1970); lo psicoterapeuta della persona con ritardo mentale ha un motivo in più per tentare di essere 'senza memoria, senza desiderio, senza comprensione', perché così tende ad essere questo tipo di paziente; la complessità dell'Uomo, però, non ne rimane per nulla scalfita, per cui la motivazione alla cura può sicuramente trovare il suo fondamento e il periodico rinnovamento nell'affettuosa fraternità .

Nell'appendice vengono riportate tre interviste. La prima conferma la prospettiva psicopatologica che ho seguito nel mio lavoro, tra prevalenza di senso persecutorio, scissione ed oblio di sé; quando ho letto i testi del dott. Venturini, sono rimasta colpita dalla descrizione dello screezio psicotico nel ritardo mentale, perchè era sorprendentemente vicina alle mie osservazioni sul campo. Non enfatizzo l'impostazione teorica di concepire il ritardo nella doppia diagnosi soprattutto come conseguenza della psicosi: la matassa di queste due entità è alla base della specificità del modello di mente che ho ipotizzato e frequentemente ho osservato come i disturbi di percezione e le difficoltà cognitive provocano le crisi acute.

La seconda intervista presenta un punto di vista solo in parte sviluppato in questo lavoro, cioè quello che si occupa di ritardo mentale secondario alle lesioni cerebrali; il tema è comunque ben presente negli Autori da cui parto nell'introduzione (Mannoni, Bonaccorsi, Sinason, Fattori e Benincasa); la dott.ssa Anderloni richiama la metodologia della narrazione di storie (Vallino, 1998) come base per una psicoterapia non interpretativa, in base al principio omeopatico della mente che cura l'immaginazione con l'immaginazione; potrebbe essere interessante approfondire il mio lavoro in

questa direzione, secondo l'ipotesi che questa metodica non sia adeguata per i soggetti con doppia diagnosi: se 'l'immaginazione combina la nozione di irrealtà, ossia di libertà dal fatto osservato, con il senso di una realtà intima' (Vallino, nell'introduzione a Borgogno e Ferro, 2000, p.14), allora può servire quando il bisogno di fantasticare è stato soffocato, ma non sono sicura possa essere facilmente utilizzata in presenza di interferenze dissociative.

La terza intervista porta l'attenzione sull'integrazione delle molte dimensioni psichiche e relazionali, e sui deficit del conoscere relazionale implicito. L'attaccamento disorganizzato, quale realizzazione principale dei Modelli Operativi Interni Dissociati nel ritardo mentale, è mal visto dal dott. Albasi in quanto rischia di semplificare la molteplicità dei pattern di attaccamento di ogni individuo. Potrebbe essere significativa una raccolta sistematica di dati per verificare se, come risulta dalla mia osservazione, il pattern disorganizzato aumenta la frequenza della doppia diagnosi nel ritardo.

I punti di vista dei tre professionisti intervistati sono, quindi, differenti per la diversa qualifica professionale, gli autori di riferimento e l'ambito di applicazione (psichiatrico, neuropsicologico, evolutivo). Tutti e tre gli intervistati sono psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico e operano sulle psicopatologie o su altri disturbi correlati con il ritardo mentale. Le risposte, fornite in relazione alle questioni proposte, sono risultate complesse e non scontate, a dimostrazione del fatto che le domande hanno toccato evidentemente problematiche aperte, affrontate, nelle esperienze riportate, con strumenti concepiti in base ad approcci diversi: psicopatologico, neuroriabilitativo, epistemologico.

Gli stimoli proposti nelle domande erano costruiti appositamente nel tentativo di non fare un'intervista troppo omogenea: ho mescolato

paradigmi e linguaggi molto diversi, cercando di provocare riflessioni proprie su argomenti di altra scuola⁵⁰.

L'atteggiamento conoscitivo rifiutato, in generale, è quello che fa riferimento a tappe precostituite, alla riflessione teorica senza connessioni con l'evidenza empirica, ma anche alla valutazione dell'efficacia tramite criteri generalizzati. L'osservazione e la relazione vengono enfatizzate nelle loro valenze dinamiche, nel senso di movimento dell'ottica, cambiamento di strategia, non patologizzazione del paziente.

L'identità adesiva, la prevalenza di scissione, lo sviluppo emotivo specifico sono le aree su cui gli intervistati si trovano moderatamente d'accordo; l'utilità clinica della psicoterapia, gli obiettivi e il setting sono i temi su cui propongono la stessa ottimistica visione; la terapia di gruppo, i pattern di attaccamento e la sessualità, invece, sono risultate aree che richiedono una competenza specialistica, ulteriore a quella psicoterapica.

⁵⁰ Un autore italiano ha rifiutato l'intervista 'poichè non riusciva a far stare le sue ricerche e i suoi metodi nella terminologia' da me impiegata.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., (2000), *“DSM-IV-TR Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali”*, Masson Ed., Milano, 2002

Abraham K., (1924), *“Tentativo di una storia evolutiva della libido”*, vol.I, in *“Opere”*, Boringhieri, Torino, 1975

Albasi C., (2003), *“Regolazione degli affetti e molteplicità dei modelli operativi interni. Le radici relazionali della dissociazione”*, in Granieri A. e Albasi C. *“Il linguaggio delle emozioni: lavoro clinico e ricerca psicoanalitica”*, Utet, Torino 2003.

Albasi C., (2004), *“Prospettive sulla dissociazione e modelli psicoanalitici della mente”*, in *A & R-Abilitazione e riabilitazione*, anno XIII, n.2, pp.9-28

Albasi C., (2005 a), *“Il conoscere relazionale implicito e il concetto d Modelli Operativi Interni Dissociati – MOID”*, in *A & R-Abilitazione e riabilitazione*, anno XIV, n.2, pp.25-40

Albasi C., (2005 b), *“Modelli operativi interni dissociati, ovvero che cosa succede quando non viene riconosciuta la specificità”*, in *Ricerca Psicoanalitica*, n.3, pp.331-354

Alexander R., Regan A., Gangadharan S., (2002), *“Psychiatry of learning disability – a future with mental health?”*, in *Psychiatric Bulletin*, n.26, pp. 299-301

Alexander R., Cooray S., (2003), *“Diagnosis of personality disorders in learning disability”*, in *British Journal of Psychiatry*, n.182 (suppl.44), pp.28-31

Alvarez A., (1993), *“Il compagno vivo. Si può strappare un bambino alla pazzia?”*, Astrolabio Ubaldini, Roma

Anderloni A., (2000), “La storia di Albertino. Il difficile e controverso cammino di una bambina alla ricerca di sé e di un posto per sé nel mondo degli affetti” in “La storia e il luogo immaginario” (a cura di Borgogno F. e Ferro A.), *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n.41, pp.82-95

Aparo A., Casonato M., Vigorelli M., (1989), “*Modelli genetico-evolutivi in psicoanalisi*”, Il Mulino, Bologna

Argentieri S., (1985), “Sulla cosiddetta disidentificazione dalla madre”, in *Rivista di Psicoanalisi*, vol.31, n.3, pp.397-403

Aron L., (1996), “*Menti che s’incontrano*”, Cortina, Milano, 2004

Baranger M., Baranger W., (1961), “*La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*”, Ed. Cortina, Milano, 1990

Baricco A., (2005) “*Questa storia*”, Fandango Libri, Roma

Barone L., (2003), “Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview”, in *Attachment & Human Development*, vol.5, n.1, pp.64-77

Bartoli S., (1990), “*Il detto e il non detto: figure della manipolazione dialogica*”, Tesi di laurea, Università degli studi di Pavia – Facoltà di lettere e filosofia, non pubblicata

Benzi don Oreste, (2002), “*Ho scoperto perché Dio sta zitto*”, Mondadori, Milano

Bergeret J., (1974), “*La personalità normale e patologica*”, Cortina, Milano, 1984

Bertelli M., (2005), “*L’intelligenza emotiva e la disabilità intellettiva*”, in www.sirmonline.it

Berto Ceroni G., Correale A., (1999), *“Psicoanalisi e Psichiatria”*, Cortina, Milano

Billings P.R., Beckwith J., Alper J.S., (1992), “The genetic analysis of human behavior: a new era?”, in *Social Science and Medicine*, n.35, pp.227-238

Bion W.R., (1952), “Group dynamics: a re-view”, in *International Journal of Psycho-Analysis*, n.33, pp.235-247

Bion W.R., (1967), *“Analisi degli schizofrenici e Metodo Psicoanalitico”*, Armando editore, Roma, 1970

Bion W.R., (1970), *“Attenzione e interpretazione”*, Armando editore, Roma, 1973.

Bonaccorsi M.T., (1980), *“La psicoterapia analitica del bambino organico”*, Emme Edizioni, Milano

Borgogno F., (1999), *“Psicoanalisi come percorso”*, Bollati Boringhieri, Torino.

Borgogno F., Ferro A. (2000) *“La storia e il luogo immaginario nella psicoanalisi e nella psicoterapia dei bambini e degli adolescenti”*, Borla, Roma

Bott Spillius E., (1988), *“Melanie Klein e il suo impatto sulla psicoanalisi oggi”*, Astrolabio, Roma, 1995

Bouras N., Holt G., (2004), Mental health services for adults with learning disabilities”, in *British Journal of Psychiatry*, n.184, pp.291-292

Bowlby J., (1973), *“Attaccamento e perdita”*, vol.2, Separazione dalla madre, Bollati Boringhieri, Torino, 1978

Campanelli M., (1985), "Affermatività e abilità sociale: repertori differenti e costitutivi della competenza sociale", in *Terapie del Comportamento*, n.5, Bulzoni, Roma, pp.5-18

Canevaro A., Ianes D., (2003), "*Div?rsabilità*", Erickson, Trento

Capozzi F. ed altri (a cura di), (1994), "La doppia diagnosi: i disturbi psichiatrici nel ritardo mentale", in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, n.4/5, pp.401-412

Carli L., (1995), "*Attaccamento e rapporto di coppia – Il modello di Bowlby nell'interpretazione del ciclo di vita*", Cortina, Milano

Carli L., (1999), "*Dalla diade alla famiglia; i legami di attaccamento nella rete familiare*", Cortina, Milano

Carpenter P.K., (2002), "Should be a Faculty of Learning Disability Psychiatry?", in *Psychiatric Bulletin*, n.26, pp.83-84

Cassibba R., D'Odorico L., (2000), "*La valutazione dell'attaccamento nella prima infanzia*", Franco Angeli, Milano

Chaplin R., Flynn A., (2000), "Adults with learning disability admitted to psychiatric wards", in *Advances in Psychiatric Treatment*, vol.6, pp.128-134

Clarke D.J., (1993), "Prader Willi Syndrome and Psychoses", in *British Journal of Psychiatry*, vol.163, pp.680-684

Collishaw S., Maughan B., Pickles A., (2004), "Affective problems in adults with mild learning disability: the roles of social disadvantage and ill health", (short reports), in *British Journal of Psychiatry*, n.185, pp.350-351

Collishaw S., Maughan B., Pickles A., (2005), risposta degli autori su eLetter al dibattito proposto da Feroz-Nainar C. (2005), in <http://bjp.rcpsych.org/cgi/eletters/185/4/350>

Confalonieri E., GrazzaniGavazzi I., (2002), “*Adolescenza e compiti di sviluppo*”, Unicopli, Milano

Conforto C., Ferrarini L., Ferro A.M., Giusto G., (2004), “*Lavorare in psichiatria. Manuale per gli operatori della salute mentale*”, Bollati Boringhieri, Torino

Cooray S.E., Bakala A., (2005), “Anxiety disorders in people with learning disabilities”, in *Advances in Psychiatric Treatment*, n.11, pp.355-361, (abstract)

Corominas J., (1991), “*Psicopatologia e disturbi arcaici*”, Borla Ed., Roma, 1993

Correale A., Rinaldi L., a cura di, (1997), “*Quale psicoanalisi per le psicosi?*”, Cortina, Milano

Costa L., Goldwurm G.F., Iannaccone N., Mastrangelo F., Pezzotta M., Sacchi D., (1985), “Social Skill Training e allenamento cognitivo nella riabilitazione degli schizofrenici”, in *Terapia del Comportamento*, n.5, pp.113-129

Courtenay K.P., (2000), “Psychotherapy and developmental disability”, in *British Journal of Psychiatry*, n.177, p.566

Csikszentmihalyi M., (1993), “*The evolving self: a psychology for the third millennium*”, ed.HarperCollins, New York

De Beni R., Moé A., (2000), “*Motivazione e apprendimento*”, ed. Il Mulino, Bologna

De Groef J., Heinmann E., (1999), *"Psychoanalysis and Mental Handicap"*, Free Association Books, London

De Vito E., (2002), "Le nuove patologie in adolescenza", in *A & R- Abilitazione e Riabilitazione*, anno XI, n.2, pp.13-21

Denes G., Pizzamiglio L., (1996), *"Manuale di neuropsicologia"*, Zanichelli, Bologna

Dolto F., Séverin G., (1977), *"Psicoanalisi del Vangelo"*, Rizzoli, Milano, 1978

Dykens E., Hodapp R., Finucane B., (2000), *"Ritardo mentale: sindromi a base genetica"*, ed.Junior , Azzano S.Paolo, 2002

Einfeld S.L., (2001), "Systematic management approach to pharmacotherapy for people with learning disabilities", in *Advances in Psychiatric Treatment*, vol.7, pp.43-49

Emiliani F., Zani B., (1998), *"Elementi di psicologia sociale"*, Il Mulino, Bologna

Erikson E., (1982), *"I cicli della vita"*, Armando, Roma, 1984

Etchegoyen H., (1990), *"I fondamenti della tecnica psicoanalitica"*, Astrolabio, Roma

Fattori L., Benincasa G., (1996), *"Psicoterapia psicoanalitica e deficit cognitivo"*, Cortina, Milano

Finicelli C., Mattioli R., Pirola C., Valentini R., (2001), "Il contributo di un servizio per l'handicap ai compiti evolutivi dell'adolescente con ritardo mentale", in *Difesa Sociale* LXXX, n.3. pp.109-121

Francesconi M., (2004), "Il perturbante del crescere. Identità e cambiamento in adolescenza", in *Il Vaso di Pandora*, vol.XII, n.2

Fratini A., (2006), “Psicoanalisi e psicoterapia: un’identità forzata” in www.aepsi.it dell’Associazione Europea di Psicoanalisi, 24/1/06

Ferenczi S., (1932), “Confusione delle lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione”, in *Opere*, vol. 4, Cortina, Milano 2002.

Feroz-Nainar C., (2005), “Affective problems in adult with mild learning disability – Confounding factors?”, (dibattito su eLetter con Collishaw S., Maughan B., Pickles A), in <http://bjp.rcpsych.org/cgi/eletters/185/4/350>

Ferraris M., (1987), “A proposito di ermeneutica e epistemologia”, in *AUT AUT*, n.217-218, pp.241-266

Ferro A., (1985), “Capacità di rêverie, contenimento e rapporto oggettuale nella mente dell’analista di bambini”, in *Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza*, n.52, pp.505-514

Ferro A., (1986), “Da robot a Pinocchio: lento cammino di una trasformazione”, in *Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza*, n.53, pp.171-185

Ferro A., (1988), “Dall’allucinazione al sogno: dall’evacuazione alla tollerabilità del dolore”, in *Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza*, n.55, pp.733-744

Ferro A., (1992), “*La tecnica nella psicoanalisi infantile*”, Cortina, Milano

Flynn A., (2001), “Learning disability teams and mental health trusts”, in *Psychiatric Bulletin*, n.25, p.117

Fonagy P., (1996), “Attaccamento sicuro ed insicuro” in *KOS*, n.129, pp.26-32, intitolato “Attaccamento, sviluppo del sé e sua patologia nei disturbi di personalità”, in www.psychomedia.it, 28/10/2005. L’indicazione delle pagine fa riferimento al testo sul sito.

Fonagy, P. e Target, M., (2001), *“Attaccamento e funzione riflessiva”*, Cortina, Milano

Forcolin C., (2002), *“I figli che aspettano – Testimonianze e normative sull’adozione”*, Feltrinelli, Milano

Freud A., (1935), *“Psicoanalisi per educatori”*, Guaraldi, Firenze, 1972

Freud A. e altri, (1977), *“L’aiuto al bambino malato”*, Boringhieri, Torino, 1987

Freud S., (1901), *“Psicopatologia della vita quotidiana”*, Melita, Roma, 1976

Freud S., (1913), *“Totem e tabù ed altri saggi di antropologia”*, Newton Compton Italiana, 1970

Gaburri E., (1982), *“Una ipotesi di relazione tra trasgressione e pensiero”*, in *Rivista di Psicoanalisi*, n.4, pp.511-525

Gadamer H.G., (1987), *“Sul circolo ermeneutico”*, in *AUT AUT*, n.217-218, pp.13-20

Gardner H., (1999), *“Sapere per comprendere”*, Feltrinelli, Milano

Giannotti A., De Astis G., (1989), *“Il diseguale, psicopatologia degli stati precoci di sviluppo”*, Borla Ed., Roma.

Gibello B., (1984), *“I disturbi dell’intelligenza del bambino”*, ed. Borla, Roma, 1987

Gillberg, Presson, Grufman, Themmer, (1986), *“Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: epidemiological aspects”*, in *British Journal of Psychiatry*, n.149, pp.68-74

Gislon M.C., (1993), *“Adolescenza e discontinuità”*, Bollati Boringhieri, Torino

Goldstein G., Ruthven L., (1985), “Riabilitazione di soggetti adulti con danno cerebrale e terapia del comportamento”, in *Terapia del Comportamento*, n.6, pp.67-107

Green K., Williams C., Wright B., Partridge I., (2001), “Developing a child and adolescent mental health service for children with learning disabilities”, in *Psychiatric Bulletin*, n.25, pp.264-267

Grinberg L., Sor D., Tabak de Bianchedi E., (1991), “*Introduzione al pensiero di Bion*”, Cortina, Milano, 1993

Hall I.S., Strydom A., (2001), “Self help resources for adults with a learning disability”, in *Psychiatric Bulletin*, n.25, pp.495-496

Harter S., (1978), “Effectance motivation reconsidered: toward a developmental model”, in *Human Development*, n.21, pp.34-64

Hautmann G., (1977), “La formazione del contenitore in una prima settimana di analisi”, in *Rivista di Psicoanalisi*, n.23 pp.408-430

Heidegger M., (1976), “*Essere e tempo*”, Longanesi, Milano

Hinshelwood R.D., (1989), “*Dizionario di psicoanalisi kleiniana*”, Cortina, Milano 1990

Hollins S., Sinason V., (2000), “Psychotherapy, learning disabilities and trauma: new perspectives”, in *The British Journal of Psychiatry*, n.176, pp.32-36

Imbasciati A., (2005), in www.imbasciati.it riflessioni dell'autore sui suoi testi “*Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*”, (1994), Utet Libreria, Torino e “*Nascita e costruzione della mente*”, (1998), Utet Libreria, Torino

IRCCS San Raffaele, Convegno “*Disabilità intellettiva, salute mentale e qualità di vita*”, Roma, 27/5/05

- Iwata B.A. e altri, (1994), "The function of self-injurious behavior: an experimental-epidemiological analysis", in *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol.27, pp.215-240
- Jaspers K., (1959), "*Psicopatologia Generale*", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma,1964.
- Jung C.G., (1921), "*Dizionario di psicologia analitica*", Boringhieri, Torino, 1977
- Jung C.G., (1967), "*L'uomo e i suoi simboli*", ed.Teadue, Milano, 1991
- Karmiloff-Smith, (1992), "*Oltre la mente modulare*", Il Mulino, Bologna, 1995
- Klein M, (1932), "*La psicoanalisi dei bambini*", Martinelli, Firenze, 1970
- Klein M., Riviere J., (1969), "*Amore, odio e riparazione*", Astrolabio, Roma
- Klein M., (1978), "*Scritti 1921-1958*", Boringhieri, Torino
- Kohut H. , (1980), "*La guarigione del Sé*", Bollati Boringhieri, Torino
- Kohut H. , (1986), "*La cura psicoanalitica*", Bollati Boringhieri, Torino
- Laicardi C., Pezzuti L., (2000), "*Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*", Il Mulino, Bologna
- Laplanche J., Pontalis J.B., (1967), "*Enciclopedia della psicanalisi*", Laterza, Bari, 1974
- Lewin K., (1935), "*Teoria dinamica della personalità*", Editrice Universitaria, Firenze, 1965
- Lichtenberg J.D., (1995), "*Psicoanalisi e sistemi motivazionali*", Cortina, Milano

Liotti G., (2001), *“Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista”*, Cortina, Milano

Lorenzini A., (2004), “Gli strumenti del vedere. Una risata é la risposta: l'empatia secondo la psicologia del Sé”, in *Script* (rivista on line), n.9, luglio 2004, www.script-pisa.it

Lorenzini A., (2005), “I modi del fare: esperienze di lavoro terapeutico. Crisi e svolta in corso di terapia”, in *Script* (rivista on line), n.10, gennaio 2005, www.script-pisa.it

Malavasi P., (1992), *“Tra ermeneutica e pedagogia”*, La nuova Italia, Firenze

Mannoni M., (1976), *“Il bambino ritardato e la madre. Studio psicoanalitico”*, Boringhieri, Torino

Manzano J., Palacio Espasa F., (1983), *“Studio sulle psicosi infantili”*, Zanichelli, Bologna, 1986

Marcelli D., Braconnier A., (1991), *“Psicopatologia dell'adolescente”*, Masson, Milano

Masi G., (1997), “Il ritardo mentale: aspetti clinici e terapeutici”, in *“Viaggio nel ritardo mentale”*, a cura di Guerra Lisi S., La Malfa G., Masi G., ed. Del Cerro, Pisa

Masi G., (1998), “Psychiatric illness in mentally retarded adolescents: clinical features”, in *Adolescence*, vol.33, n.130, pp.425-434

Maturana H., (1990), *“Autocoscienza e realtà”*, Cortina, Milano, 1993

Mazzoncini B., Capozzi F., Freda M.F., Gicca Palli F. , (1992), “Vulnerabilità cognitivo-relazionale nella costellazione psicologica dei

ragazzi con ritardo mentale”, in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, n.59, pp.571-587

McCarthy J., (2001), “Post-traumatic stress disorder in people with learning disability”, in *Advances in Psychiatric Treatment*, vol.7, pp.163-169

McKerchar T., Kahng S., Casiopo E., Wilson D., (2001), “Analisi funzionale di comportamenti autolesionistici mantenuti da rinforzamento automatico: scoprire funzioni sociali nascoste”, in *Handicap Grave*, vol.2, n.2, pp.245-249

McWilliams N., (1999), “*La diagnosi psicoanalitica*”, Astrolabio, Roma

Meazzini P., Battagliese G., (1995), “*Psicopatologia dell'handicap – Dalle sindromi al trattamento*”, Masson, Milano

Meltzer D., (1967), “*Il processo psicoanalitico*”, Armando Editore, Roma, 1971

Meltzer D. e Al., (1975), “*Esplorazioni sull'autismo*”, Tr.it.Boringhieri, Torino, 1977

Meltzer D., (1981), “*Del Simbolo*”, in *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n.5, Borla, Roma

Meltzer D., Harris M., (1986), “*Il ruolo educativo della famiglia*”, Centro Scientifico Torinese

Migone P., (2005), “Sono veramente efficaci le terapie evidence-based?”, in *Il Ruolo Terapeutico*, n. 98, pp.103-114

Milana G., (1996), “L'apporto della psicoanalisi alla costruzione di un ambiente terapeutico”, in “*La persona adulta con RM nelle Istituzioni*”, a cura di Sala M. e altri, ed. Ghedini, Milano

Molinari E., (2002), *“Clinica psicologica in sindromi rare”*, Bollati Boringhieri, Torino

Money Kyrle R.E., (1956), “Normal countertransference and some of its deviations”, in *International Journal of Psycho-Analysis*, n.37, pp.360-366

Montecchi F., (1995), *“I simboli dell’infanzia”*, Ed. NIS, Roma

Montinari G., (1990), *“Il buco nella rete – Le strategie impossibili della terapia comunitaria”*, ECIG Genova

Montinari G., (2006), *“La ricerca di indicatori di trattabilità in pazienti ospiti di strutture residenziali”* in www.psychomedia.it del 24/1/06.

Montobbio E., (2002), *“Il falso Sé nell’handicap mentale”*, ed. Del Cerro, Tirrenia

Moss S., Emerson E., Kiernan C., Turner S., Hatton C., Alborz A., (2000), “Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour”, in *British Journal of Psychiatry*, n.177, pp.452-456

Murphy P.K., Alexander P.A., (2000) “A motivated exploration of motivation terminology”, in *Contemporary Educational Psychology*, n.25, pp.3-53

O’Brien G., Yule W., (1995), *“Caratteristiche comportamentali delle malattie genetiche”*, McGraw-Hill, Milano, 2000

O.M.S., (2001), *“ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute”*, Erickson ed., Trento, 2002.

Papini M., Guerri S., Landi L., Leonetti R., (1993), “Handicap, breakdown adolescenziale, ‘intervento di Io Ausiliario’. Esperienze cliniche”, in *Psichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza*, vol.60, n.6, pp.507-528

Pecchio L., (2006), "L'orma dell'immensa-mente; metapsicologia dei meccanismi di difesa e di adattamento", in www.vertici.it/rubriche/studi 3/1/2006

Perelman C., Olbrechts-Tyteca L., (1958), "Trattato dell'argomentazione", Einaudi, Torino, 1989

Piaget J., (1945), "La formazione del simbolo nel bambino", La nuova Italia, Firenze, 1972

Piaget J., (1946), "Lo sviluppo della nozione di tempo nel bambino", La nuova Italia, Firenze, 1979

Pietropolli Charmet, (2000), "I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte ad una sfida", Cortina, Milano

Pilone M., Muzio C., Levriero A., (2000), "VAP-H Test di valutazione degli aspetti psicopatologici nell'handicap", Erickson, Trento

Plomin R., (1991), "Behavioral genetics", in McGugh P.R., McKusick, "Genes brain and behavior", Raven Press, New York, pp.165-180

Prout H.T., Nowak-Drabik K.M., (2003), "Psychotherapy with persons who have mental retardation: an evaluation of effectiveness", in *American Journal on Mental Retardation*, vol.108, n.2, pp.82-93

Pruneti C., (1997), "Stress. Disturbi dell'integrazione", ed. ETS, Pisa

Ricci C., Blundo C., (1985), "Neuropsicologia comportamentale", in *Terapia del comportamento*, n.6, pp.3-24

Rocco M., Mazzella G., Sala R., Vigorelli P., Foresti G., (2002), "Valutazione degli aspetti psicopatologici in persone adulte con grave ritardo mentale", in *Giornale Italiano Disabilità*, ed. Junior, n.3, dicembre, pp.17-24

Rocco P., (1996), "Bambini in analisi: considerazioni sul setting della terapia analitica", in *Informazione in psicologia, psicoterapia, psichiatria*, n.26, pp.24-31

Rockland L.H., (1994), *La terapia di sostegno. Un approccio psicodinamico*, Astrolabio, Roma

Rojahn J., Matson J.L., Naglieri J.A., Mayville E., (2004), "Relazioni tra condizioni psichiatriche e comportamenti problema in persone adulte con ritardo mentale", in *American Journal on Mental Retardation*, ed. italiana, vol.2, n.2, giugno, pp.223-234

Rosenfeld H.A., (1965), *Stati Psicotici. Un approccio Psicoanalitico*, Armando, Roma, 1973

Ross E., Oliver C., (2002), "La relazione tra comportamenti problema e livelli di umore in persone affette da ritardo mentale grave e profondo", in *Handicap Grave*, vol.3, n.2, pp.181,191

Rovetto F., (1996), "Un approccio multimodale alla terapia del ritardo mentale", in *Non solo pillole. Psicoterapia e psicofarmaci. Un'integrazione*, McGraw-Hill, Milano, pp.25-32

Ruggerini C., Neviani V., Greco V., Guaraldi G. Matson J., Ricchetti E., Vezzosi F, (2004), "Effetti all'introduzione di linee guida nell'assistenza psichiatrica a persone con ritardo mentale", in *American Journal on Mental Retardation*, ed. italiana, vol.2, n.3, ottobre, pp.493-505

Ryan R., (1994), "Post traumatic stress disorder in persons with developmental disabilities", in *Community Mental Health Journal*, n.30, pp.45-53

Samuels A., (1994), *La psiche al plurale*, Ed. Bompiani, Milano

Seligman, (1995), "Progetto del *Consumer Report* sulla psicoterapia", in *Psicoterapia e scienze umane*, n. 2/1998, pp. 171-172

Sevin, Bavers-Stephens, Hamilton, Ford, (2003), "Come si integrano gli interventi comportamentali e farmacologici nel trattamento delle persone con disturbo psichiatrico e ritardo mentale?", in *Handicap Grave*, ed. Junior, n.1 gennaio, pp.33-57

Sigafoos J., Tucker M., (2001), "Analisi funzionale e scelta degli interventi sui comportamenti problema a funzione multipla", in *Handicap Grave*, vol.2, n.1, pp.31-50

Sims A., (2004), "*Introduzione alla psicopatologia descrittiva*", Cortina, Milano

Sinason V., (1992), "*Mental Handicap and Human Condition*", Free Association Books, London

S.I.Ps.A. (Società Italiana Psicodramma Analitico) – Seminario "*Handicap: la fatica di stare in un tempo che non c'è*", Atti c/o COIRAG, Alessandria, 24 settembre 2005

Solomon J., George C., (1999), "*Attachment Disorganisation*", Guilford, New York

Soresi S., (1998), "*Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*", il Mulino, Bologna.

Soresi S., Nota L., (2003), "FBF Schedule. Uno strumento per l'analisi del disadattamento in soggetti con ritardo mentale adulto", in *Giornale Italiano Disabilità*, ed. Junior, n.1, gennaio, pp.3-17

Soresi S., Nota L., Ferrari L., (2005), "*Psicopatologia in soggetti con ritardo mentale adulti, adattamento e abilità sociali*", in Progetti di ricerca in corso – Università di Padova – Dipartimento di psicologia dello sviluppo e della socializzazione

– Settore disabilità e riabilitazione, <http://dpss.psy.unipd.it/ita/settori/dis-progetti.htm>

Spinetoli B.(2005 a), “Scheda sul ritardo mentale”, in www.psychomedia.it

Spinetoli B.(2005 b), “Presa in carico riabilitativa del paziente con RM: integrazione degli interventi”, in www.psychomedia.it

Stolorow R., Atwood G., (1995), “*I contesti dell'essere*”, Bollati Boringhieri, Torino

Sullivan, H.S., (1940), “*La moderna concezione della psichiatria*”, Feltrinelli, Milano, 1961

Tajfel H., (1981), “Human groups and social categories”, Cambridge University Press; trad.it.”*Gruppi umani e categorie sociali*”, Il Mulino, Bologna, 1995

Todorov T., (1978), “*Simbolismo e interpretazione*”, Guida Editori, Napoli, 1986

Tomkiewicz S., (1982), “L'adolescence des déficients mentaux profonds”, in *Psychologie*, n.147, pp.35-41

Tustin F., (1987), “*Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*”, Borla Ed., Roma, 1990.

Tustin F., (1990), “*Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*”, Cortina, Milano, 1991.

Università di Firenze - Dipartimento di Psicologia, Convegno “*Una svolta nella validazione dei risultati e dei processi delle psicoterapie*”, 17 maggio 2003; www.disfinzione.it

Università di Padova – Dipartimento di psicologia dello sviluppo e della socializzazione – Settore disabilità e riabilitazione, (2005), *Progetti di ricerca in corso* – <http://dpss.psy.unipd.it/ita/settori/dis-progetti.htm>

Vallino D., (1998), “*Raccontami una storia*”, Borla, Roma

Vallino D., Macciò M., (2004), “*Essere neonati. Questioni psicoanalitiche*”, Borla, Roma

Vasquez padre M., (2005), “La ternura di Dio” in *Ombre e luci*, anno XXIII, n.4, pp.2-3

Vassalli A., (2002), “La terapia delle sindromi post-traumatiche da stress”, in *A & R-Abilitazione e riabilitazione*, anno XI, n.2, pp.22-28

Vegetti Finzi S., (1986), “*Storia della psicoanalisi*”, Mondadori, Milano

Vegetti Finzi S., Battistin A.M., (1996), “*I bambini sono cambiati*”, Mondadori, Milano

Vegetti Finzi S., (1990), “*Il bambino della notte*”, Mondadori, Milano

Venturini L., (2002), “Ritardo mentale e screezio psicotico. Un’ipotesi psicoanalitica”, in *Il Vaso di Pandora*, vol.X, n.1. Le indicazioni delle pagine si riferiscono al testo integrale su www.priory.com/ital/riviste/pandora/venturini.htm

Venturini L., (2004), “Dal ritardo mentale alla dimensione dell’oblio: analisi di frammenti clinici”, in *Il Vaso di Pandora*, vol.XII, n.1, pp.25-48

Vianello R., (1990 a), “L’approccio psicoanalitico: le riflessioni della Mannoni, di Rapaport, di Solnit e Stark”, in “*L’adolescente con handicap mentale e la sua integrazione scolastica*”, ed.Liviana, Padova. L’indicazione delle pagine é riferita al testo su www.ritardomentale.it, 3/10/2005

Vianello R., (1990 b), "Affettività, intelligenza ed interazione culturale nel minore con ritardo mentale secondo Vygotskij", in *"L'adolescente con handicap mentale e la sua integrazione scolastica"* , ed.Liviana, Padova. L'indicazione delle pagine é riferita al testo su www.ritardomente.it, 3/10/2005

Vianello R., (2005), *"Disabilità cognitive e sviluppo della personalità"*, Convegno, Modena, 15-18 marzo 2005

Wallerstein R.S., (1988), "One psychoanalysis or more?", *Internat. J. Psychoan.*, n. 69, pp.5-21.

Westen D., Morrison K., (2001), "A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies", in *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , vol.69, n.6, pp.875-899

Wider D., Carr J., (2000), "Ridurre i comportamenti problema utilizzando le condizioni motivazionali", in *Handicap Grave* , vol.1, n.1 , pp.77-93

Winnicott D.W., (1971), *"Gioco e realtà"* , Armando, Roma, 1974

Winnicott D.W., (1982), *"La famiglia e lo sviluppo dell'individuo"*, Armando, Roma

Winnicott D.W., (1993), *"Colloqui con i genitori"*, Cortina, Milano

Ziegler E., Bennet-Gates D., (1999), *"Sviluppo della personalità in individui con ritardo mentale"*, ed.Junior, Azzano San Paolo, 2002