

## Capitolo 1: NORMALITA' E PATOLOGIA

*Maria Antonella Galanti*

*“Tra corpo, mente e affetti”*

Non è possibile conoscere separatamente le diverse dimensioni dell'esistenza umana, in quanto l'una ha sempre degli effetti sull'altra. L'intelligenza infatti è legata allo sviluppo neuromotorio. Eppure nella nostra società possiamo notare una certa tendenza a considerare corpo e mente come due entità diverse, il cui studio è deputato a specialisti di diverse discipline in riferimento a soggetti con e senza disabilità. A scuola infatti l'educazione motoria è una disciplina a se stante e non intrecciata con le altre materie motivo per cui lo studio viene visto come qualcosa di alternativo alla motricità, tanto vero che il messaggio che viene percepito dai bambini è quello di associare la scuola ad una rigidità di postura dovuta ad ore e ore seduti al proprio banco. Secondo la pedagogia però le azioni corporee sono un ambito di apprendimento nel quale si struttura l'intelligenza. In pedagogia infatti la motricità rappresenta una delle più importanti funzioni dell'Io attorno alla quale si formano sia l'intelligenza sia la vita affettiva di ogni persona. L'apprendimento motorio infatti non è una semplice somma di acquisizioni di competenze, ma bensì il fulcro di un'importante trasformazione dell'immagine che si ha del mondo e rende possibili nuovi modi intelligenti di adattarsi. Un esempio può essere dato dall'apprendimento motorio dei primi anni di vita, attraverso il quale si acquisisce la permanenza degli oggetti (cioè l'idea che essi esistono indipendentemente dal percepirli) ma anche l'orientamento spazio temporale permettendo quindi al bambino di individuarsi. Nascondendo e ritrovando gli oggetti il bambino prende atto della loro esistenza a prescindere dalla sua percezione e quindi anche della propria stessa esistenza, come esistenza distinta ad esempio da quella dei genitori. L'azione motoria nasce dunque come un modo per trasformare la società e adattarsi ad essa di conseguenza. Lo sviluppo motorio, sul quale dunque si strutturano affetti e intelligenza, si realizza secondo le teorie sistematiche attraverso tre vettori:

- *Rapporto con se stessi*, riguarda la definizione della propria identità mettendo in dialogo il corpo inteso in senso generale con il mondo interno ma anche il corpo che sono con quello che ho.
- *Rapporto con il mondo e i suoi oggetti*, permette di comprendere i legami logico-temporali, di operare, confrontare e classificare.

- *Relazionalità*, permette di stabilire relazioni adeguate capaci di tollerare la distanza, capacità che si acquisisce nel momento in cui si sperimenta la possibilità di allontanarsi ma anche di ritornare fisicamente dalle persone.

Muovendosi e spostandosi il bambino acquisisce il cosiddetto schema corporeo, cioè la capacità di pensarsi come un solido che occupa uno spazio. Questo concetto, introdotto dallo psicologo austriaco *Paul Schilder* quasi un secolo fa, permette di interpretare la realtà indipendentemente da noi riconoscendone la dimensione oggettiva. Il movimento infatti, oltre che essere un sistema di azioni volontarie è anche un sistema di segni che può essere volontario ma anche involontario come nel caso di pallori, rossori, sudorazione, vertigini (segni legati al sistema neurovegetativo). Il movimento dunque, in quanto linguaggio profondo, nella sua complessità comprende gesti, comportamenti, spazi e distanze all'interno di una comunicazione sia verbale che non, mimica e gestualità.

### ***“La paura e la sfida nel rapporto tra normalità e patologia”***

L'epoca nella quale viviamo è caratterizzata dalla paura della alterità, cioè dalla paura incontrollabile dell'altro che è diverso da noi, in quanto la differenza (che può essere legata al genere, all'età, alla cultura o alla disabilità) viene vissuta come disconferma identitaria. A causa di queste paure, che intensificano inquietudini e fragilità, le teorie di tipo deterministico registrano ampi consensi, tanto vero che nel nostro millennio, assistiamo ad una vera e propria smania tecnicistica che nell'ambito della salute mentale e della disabilità si traduce nella tendenza a mettere al primo posto la dimensione biologica piuttosto che quella psichica. Tali concezioni meccanicistiche sono pericolose, perché portano a paragonare l'uomo ad una macchina, e ad illudersi di avere un controllo onnipotente della realtà, anche di quella inafferrabile della psiche. Anche la scuola fra l'altro sembra seguire questa tendenza affidando la valutazione a test prediligendo quindi aspetti quantitativi a quelli qualitativi dietro l'inganno di una maggiore oggettività considerando quindi piccoli frammenti di realtà piuttosto che la realtà nelle sue molteplici relazioni. Emerge dunque una visione riduzionistica, la quale permette di liberarsi dalle responsabilità soggettive rispetto a tutto ciò che suscita paura (malattia psichica), e che trova come suo unico rimedio quello farmacologico che finisce però paradossalmente per scoraggiare ogni tentativo di cambiamento piuttosto che renderlo possibile. Ovviamente essere consapevoli dei rischi del tecnicismo non significa esserne contrari, in quanto la tecnica è sicuramente un elemento che va a migliorare la vita, ma bisogna però prestare attenzione a non darle un potere eccessivo attribuendogli tutti quegli aspetti positivi propri delle relazioni umane e di cura.

### ***“Neuropsichiatria dello sviluppo e Pedagogia speciale: due sguardi a confronto”***

Molte discipline hanno come oggetto di studio l'uomo, considerato sia dal punto di vista psichico sia dal punto di vista socio-relazionale e affettivo. Alcune di queste come la medicina e la biologia sono caratterizzate da uno statuto forte in quanto sono ben definite nel linguaggio e nella simbologia, altre invece come la pedagogia sono a statuto più debole in quanto lasciano più spazio alla soggettività, al dubbio e alla critica. Questa debolezza rappresenta però per le discipline come la pedagogia un punto di forza, in quanto permette di avere una visione più ampia delle esperienze. Questa differenza è alla base di quel rapporto contrastante tra la medicina e la pedagogia ed in particolar modo la pedagogia speciale, cioè quel settore che si occupa di disabilità. La prima differenza fra le due discipline è data dal fatto che la medicina appare vincente in quanto le sue interpretazioni sono date da elementi verificabili attraverso statistiche e grafici al contrario della pedagogia la quale invece si basa su interpretazioni meno formali e su ipotesi progressive le quali richiedono per la verifica tempi più lunghi (incoraggiando così una maggiore apertura critica e una disponibilità al cambiamento). L'unico approccio che unisce la pedagogia alla medicina è quello per cui ci sono delle zone d'ombra che non potendo essere evitate vanno accettate dando spazio così ad una comprensione riflessiva essendo l'uomo un oggetto di studio inafferrabile e mobile. Secondo questo approccio la cura è sinonimo di sollecitudine umana indipendentemente dall'esito. La cura così intesa non si può limitare alla somministrazione farmacologica o alla prestazione tecnico sanitaria, ma presuppone anche un coinvolgimento umano, una vicinanza con la persona malata. La cura non è necessariamente guarigione, in quanto purtroppo non sempre è possibile guarire, ma sicuramente comporta ad un miglioramento della qualità di vita. Una persona con disabilità non può guarire, ma può migliorare la qualità delle sue competenze e in generale della sua vita. Per occuparsi di disabilità è necessario quindi pensare la malattia non solo come evento di carattere tecnico scientifico, ma anche come soggettività dei sintomi e di come essi si percepiscono. La malattia infatti è un insieme disordinato di cause diverse fra loro che trasformano il corpo e la mente e che, anche in caso di guarigione, impedisce alle persone di tornare alla sua situazione precedente contrariamente a quanto la medicina di stampo deterministico invece pensa: diagnosi, cura e guarigione. Il malato è una persona con un problema, ma non dovrebbe essere considerato come tale, diventando nell'ottica degli altri un tutt'uno con la sua malattia. Così facendo si arriva a depersonalizzare il soggetto malato, cosa che tutt'oggi avviene negli ospedali come sottolinea lo psicologo canadese *Goffman*, per una serie di motivi fra cui far indossare una divisa da malato, dare del tu senza prima chiedere se l'altro è d'accordo e la mancanza di privacy. Essere ricoverati significa di fatto essere retrocessi. La malattia ha due dimensioni

che si intrecciano: quella organica e quella legata alla consapevolezza soggettiva. La distinzione da operare è dunque quella fra l'essere malati e il sentirsi malati. Nel primo caso lo si è, ma nel secondo caso ci si percepisce come tali perché bisognosi di attenzioni, come diversi e più fragili nel confronto sociale. Talvolta ci si può sentire malati anche se non lo si è, sulla base del pregiudizio sociale e degli stereotipi di una cultura come nel caso dell'omosessualità. Secondo questa visione della malattia la cura è vista come sollecitudine (interessamento costante e affettuoso). La cura non può limitarsi alla somministrazione farmacologica ma presuppone un coinvolgimento umano. A tutto ciò va aggiunto il fatto che nel XX secolo si assiste ad una sorta di cambiamento, dettato dal fatto che la psiche ha cessato di mettere in scena la propria sofferenza dando totalmente questo compito al corpo. Ne consegue che la sofferenza psichica sembra ormai quasi dipendere esclusivamente dal corpo e non dalla psiche.

### *“I manuali diagnostici psichiatrici: luci e ombre”*

I principali manuali diagnostici usati nel mondo sono:

- ICD – 10:
- DSM – 5

Entrambi i manuali nascono a metà del XX secolo dal presupposto secondo cui l'interpretazione viene vista nell'ottica di un'azione legata alla soggettività e quindi non scientifica, al contrario dell'oggettività la quale invece, descrivendo ciò che si vede, può essere maggiormente garantita. Il primo manuale ICD a cura dell'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) viene pubblicato nel 1948 mentre il primo DSM viene pubblicato nel 1952 a opera dell'APA (American Psychiatric Association). I manuali diagnostici presentano una classificazione delle patologie di tipo nosografico, in quanto vogliono descrivere i quadri patologici in base all'insieme dei segni e dei sintomi, senza entrare nel merito del vissuto soggettivo. Si basano dunque su indici di frequenza e non sul vissuto soggettivo. Devono essere inoltre ateorici in quanto non devono ispirarsi ad alcuna scuola di pensiero particolare, ma al tempo stesso devono considerarle tutte per una valutazione di tipo statistico. Se dunque la statistica è il fulcro di tutta la classificazione allora significa che il sintomo è importante da un punto di vista quantitativo (frequenza) e non qualitativo. I disturbi sono enucleati in base a sintomi rilevabili sulla base dell'osservazione e della descrizione del comportamento del soggetto, ma ci sono anche dei riferimenti alla personalità. Il DSM applica alla patologia mentale l'analisi descrittiva dei sintomi che viene utilizzata per la diagnosi di patologie organiche. Fino al DSM – IV compreso la suddivisione delle patologie è di tipo assiale. Il primo asse comprende i disturbi clinici, cioè quelli che non hanno consistenza strutturale ma temporanea, e i disturbi

dell'età evolutiva. Tale asse raggruppa disturbi che un tempo venivano separati in base alla gravità come quelli che *Freud* aveva denominato come nevrosi e psicosi in un'unica continuità che va dal più lieve al più grave senza suddivisioni relative. Nel secondo asse invece sono collocati il ritardo mentale e i disturbi di personalità. Nel DSM – 5 viene definitivamente abbandonata questa struttura multi-assiale a favore di quella dimensionale e le patologie sono presentate in un nucleo come disturbi del neurosviluppo. L'esposizione delle patologie segue uno schema prefissato per tutti: descrizione sintetica del soggetto come appare, raccolta di sintomi sotto forma di elenco. Segue il numero di sintomi che si deve possedere per essere affetti da quella patologia (*cut – off*), poi durata ed età dell'insorgenza dei sintomi. L'età di insorgenza indica quasi sempre anche il grado di gravità. Lo scopo del DSM e dell'ICD non è solo quello di fornire un linguaggio diagnostico e prognostico condiviso, ma anche quello di fornire test o questionari e costruire la preparazione di base per le diverse professioni che riguardano la disabilità mentale e le patologie psichiche. A questi manuali sono state però mosse diverse critiche quali la rigidità della struttura statistica dei manuali e al *cut – off* che non considera le variazioni tra persone che presentano stessi sintomi ma con intensità e durata differenti. Altra critica è data da una eccessiva descrizione che non rende possibile cogliere le peculiarità di ogni singolo soggetto, e la dimensione etica dei manuali e di conseguenza la loro attendibilità scientifica, molti hanno infatti evidenziato a tale proposito come almeno la metà degli psichiatri coinvolti nella stesura dell'edizione del 1994 avessero avuto rapporti economici con le case farmaceutiche produttrici di psicofarmaci. L'uso dei manuali comporta dunque numerose luci ed ombre.

### ***“La conoscenza dell'altro nella relazione”***

La differenza fondamentale fra il punto di vista medico e il punto di vista pedagogico consiste nell'idea propria della pedagogia secondo cui se l'oggetto di studio sono gli esseri umani la conoscenza può avvenire solo attraverso la relazione e il coinvolgimento. Essere disponibile al coinvolgimento e all'autoanalisi implica la possibilità di vedere danneggiata la propria immagine ideale del se, mettendo a nudo debolezze, incoerenze e aspetti meno nobili della propria personalità. Il coinvolgimento con chi è diverso da noi, soprattutto nell'universo delle disabilità, genera paure per lo più inconsapevoli. Ciò porterebbe a scoprire come propri dei sentimenti socialmente disprezzati quali l'odio e l'invidia. Per questo motivo tendiamo a girare lo sguardo altrove, a rimandare e a esorcizzare le paure evitando il contatto. Nell'affrontare la tematica dell'inclusione ci troviamo di fronte a due atteggiamenti opposti possibili: il rifiuto e l'iper-protezione. Entrambi gli atteggiamenti cristallizzano la persona malata o disabile nel suo problema,

identificandolo con esso e contribuendo a fissare la sua immagine come inadeguata. Il contatto con una persona malata genera inevitabilmente paure e angosce. Non possiamo essere osservatori infatti distaccati e neutrali, non possiamo cioè pensare un soggetto malato o disabile senza accertare o comprendere i nostri sentimenti di paura, le angosce oppure le emozioni positive. Abbiamo questi sentimenti perché nella malattia tutti potremmo essere prima o poi coinvolti, direttamente o attraverso la rete dei nostri affetti. Poiché non è possibile conoscere una persona senza prima conoscere noi stessi, la capacità empatica richiede prima di tutto quella introspettiva. Ogni persona, medico o insegnante al quale sia affidato un disabile o una persona con problemi, deve pensare prima di tutto che egli stesso è una persona, con la propria storia e le proprie particolarità e che questo contribuisce a comprendere chi gli è stato affidato attraverso quello che è il confronto interdisciplinare tra docenti di diverse aree e operatori scolastici e dei servizi territoriali.