

Disabilità mentale e istituzioni

Riflessioni sulla presa in carico

A cura di

Franco Lolli, Stefania Pepegna
e Fabio Sacconi

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Disabilità mentale e istituzioni

Riflessioni sulla presa in carico

A cura di

Franco Lolli, Stefania Pepegna
e Fabio Sacconi



FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

In copertina: Henri van de Velde, Crepuscolo, 1892

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito www.francoangeli.it



Indice

Introduzione , di <i>Franco Lolli</i>	pag. 9
1. Il bambino affetto da insufficienza mentale e il desiderio dei genitori , di <i>Maria Teresa Rodriguez</i>	» 13
2. Oltre il pregiudizio , di <i>Franco Lolli</i>	» 29
3. Handicap e istituzione. Il disabile, la famiglia, l'operatore: un incontro possibile , di <i>Moreno Blascovich</i>	» 41
4. Sulla scena dell'handicap , di <i>Ambrogio Cozzi</i>	» 67
5. Il X Sistema di classificazione della disabilità intellettiva e i principi della riabilitazione , di <i>Maurizio Pilone</i>	» 73
6. Abital-mente pensato , di <i>Stefania Pepegna e Fabio Sacconi</i>	» 91
7. Uno spazio per pensare. Il forum di presentazione e discussione del caso clinico nell'insufficienza mentale , di <i>Cristina Ambrosini e Patrizia Baiocchi</i>	» 99
Gli autori	» 105

L'Istituto di Riabilitazione S. Stefano



Una lunga storia di trasformazioni, di adeguamenti ai bisogni della gente, ha portato l'Istituto di Riabilitazione S. Stefano a essere ciò che è oggi.

Una grande azienda sanitaria che si occupa quasi esclusivamente, ma non solo, di riabilitazione dopo che dal primo dopoguerra agli anni Settanta, in particolare nella sede storica e tuttora principale di Porto Potenza Picena, il S. Stefano è stato prima un ospedale con reparti di Medicina e Chirurgia, poi un grande centro per la cura medica e chirurgia della tubercolosi ossea e più in generale extrapolmonare, e infine, prima dell'ultimo, decisivo passaggio, un'istituzione per l'accoglienza, l'istruzione e l'avviamento professionale e delle persone disabili.

Da questa vocazione il passaggio alla rieducazione funzionale è stato naturale, senza che si perdesse l'idea guida di restituire le persone al mondo fuori, ovvero di restituire una vita fuori dalle istituzioni alle persone disabili, creando una rete di centri ambulatoriali che portasse la riabilitazione fino dentro le case delle persone assistite, adeguando progressivamente i protocolli assistenziali in modo da garantire dimissioni precoci e protette dopo programmi di riabilitazione intensiva post-acuzie, rinnovando la tradizione della formazione professionale per le persone disabili attraverso progetti per lo più orientati verso gli obiettivi dell'unione europea e da essa finanziati.

Oggi il S. Stefano è una realtà complessa che, fedele alla propria tradizione, ha moltiplicato le proprie sedi sul territorio estendendo la gamma dei servizi erogati a coprire tutti i bisogni assistenziali, da quelli delle persone dimesse dai reparti di terapia intensiva a quelli degli anziani, delle persone con disabilità permanenti o evolutive, dai servizi ambulatoriali per i bambini disabili alla veggenza per le persone in stato vegetativo permanente.

Tutto questo in 6 sedi di ricovero e 12 centri ambulatoriali dove operano équipe multi professionali i cui componenti (medici, psicologi, fisioterapisti, terapisti occupazionali, infermieri, educatori professionali, operatori specializzati nell'assistenza, assistenti sociali) hanno l'opportunità di mantenere le proprie conoscenze e abilità in linea con gli standard di riferimento grazie all'impegno che l'Istituto dedica alla formazione, impegno di cui è espressione la nuova struttura del Centro di Formazione Permanente.

Il ritratto è quello di un'organizzazione che è già un punto di riferimento clinico e culturale nel panorama della sanità italiana, che aspira a mantenere e rafforzare il proprio ruolo rinnovando e differenziando le proprie attività, sempre al servizio delle persone malate e disabili. Dal 2007 il S. Stefano è entrato a far parte di HSS (Holding Sanità e Servizi).

www.sstefano.it

sstefano@sstefano.it

Lo CSeRIM

Il Centro Studi e Ricerca sull'Insufficienza Mentale è un luogo di elaborazione del sapere medico, psichiatrico, psicologico, educativo e riabilitativo sul tema dell'Insufficienza Mentale.

La sua nascita e il suo sviluppo intendono contribuire a colmare una carenza nell'attuale riflessione teorica che confina la problematica della disabilità intellettiva – soprattutto in soggetti in età adulta – in una marginalità i cui effetti riverberano nella presa in carico del malato e della sua complessità troppo spesso approssimativa e inadeguata. Lo CSeRIM, attraverso l'organizzazione di seminari, convegni, conferenze, giornate di studio, eventi ECM ecc., punta a mettere a confronto le esperienze di vari professionisti, al fine di istituire, nell'assoluta libertà di orientare la propria pratica clinica coerentemente alla formazione già acquisita, un linguaggio comune e un patrimonio culturale condivisibile. Il Centro – che ha sede all'interno dell'Istituto di Riabilitazione “Santo Stefano” di Porto Potenza Picena (Mc) – si configura, pertanto, come uno spazio di confronto teorico animato dalla passione per la clinica riabilitativa di operatori che, a vario titolo, prestano la loro opera professionale nell'ambito dell'IM.

Introduzione

di *Franco Lolli*

È possibile una cura della disabilità mentale che non si riduca alla messa in atto di tecniche di condizionamento, di addomesticamento o di addestramento? È pensabile, in altre parole, una presa in carico della persona ritardata che rinunci alla prepotente pretesa di incrementare il livello delle prestazioni e che sappia accogliere, orientandola verso evoluzioni possibili e accettabili, l'intrattabilità di una condizione strutturale per certi versi irreversibile? Questo libro prova a rispondere a tali interrogativi, gli stessi che qualche anno fa ci hanno indotto a progettare dei percorsi di cura per persone con disabilità mentale fondati su una logica di potenziamento non delle performance adattative, ma, utilizzando un'espressione il cui senso si chiarirà in seguito, dello "spessore soggettivo".

Una parte dei contributi che compongono il testo è il frutto di una riflessione basata sull'osservazione dei principali fenomeni che si sono prodotti nel corso del trattamento psicoeducativo all'interno di un'unità di ricovero per pazienti con grave insufficienza mentale associata a gravi disturbi del comportamento, fenomeni analizzati in "luoghi" istituzionali dedicati all'elaborazione teorica della pratica clinica (incontri di supervisione, riunioni di équipe, forum di discussione del caso clinico). Il presupposto fondamentale che ha guidato l'intervento può riassumersi così: ogni atto dell'operatore deve essere orientato dalla considerazione e dalla consapevolezza del valore semantico del comportamento del paziente, ovvero del suo farsi portatore di significazioni inconsce che aspettano un'interpretazione e non, semplicemente, una manipolazione correttiva.

La psicoanalisi applicata alla clinica della disabilità formalizza questo rapporto tra lo statuto significativo del comportamento della persona ritardata e l'atteggiamento di ascolto dell'operatore, capace di tradursi in possibilità inedite di trattamento. La terapeutica orientata dalla teoria psicoanalitica pone, infatti, al centro del proprio interesse ciò che altre teorie liquidano come problematico: la disfunzionalità dei comportamenti e la sintomati-

cià delle manifestazioni soggettive. Quello che le altre teorie tentano di correggere, la psicoanalisi, in definitiva, tenta di spiegare. Questo significa attribuire all'evidenza dei fenomeni osservabili un senso che trascende la loro eventuale connessione con deficit organici. Per dirla in altri termini, un conto è utilizzare il quadro morboso neurologico come unico criterio per valutare un paziente e, pertanto, far risalire a esso la causalità di ogni questione clinica, altro conto è considerare le produzioni, le espressioni, gli atti – per quanto condizionati dal danno organico – come la modalità personale di relazionarsi all'Altro. Modalità che, sappiamo bene, può concretizzarsi in tentativi goffi, inefficaci spesso, ancora più spesso sfiibranti nella loro ripetizione compulsiva e che finiscono con lo spingere l'operatore a rifugiarsi in comode catalogazioni predefinite; capita così di sentir dire da operatori sfiniti dall'insistenza e inspiegabilità di determinati comportamenti del proprio paziente che è il fatto stesso di essere disabili mentali, Down o cerebrolesi a causare quei comportamenti. Tautologie del genere, nelle quali le spiegazioni dei fenomeni stanno nella definizione dei fenomeni stessi, allontanano l'operatore dalla possibilità di comprendere e spiegare le problematiche della disabilità mentale. Le ragioni che inducono una persona ritardata ad assumere certi comportamenti non possono essere sbrigativamente considerate le stesse di persone con patologie simili; concetto apparentemente banale ma che, purtroppo, nel clima di emergenza che contraddistingue la clinica della disabilità, viene frequentemente ignorato.

Lavorare per il potenziamento dello "spessore soggettivo" vuol dire, al contrario, supporre nel paziente una "profondità" che renda conto del carattere sovradeterminato del suo agire; significa passare, cioè, dalla valutazione bidimensionale – schiacciata dalla correlazione automatica tra un sintomo e una diagnosi, responsabile dell'appiattimento omologante del soggetto a una classe di appartenenza – a una valutazione tridimensionale – che introduca nella coppia fenomeno-diagnosi l'elemento di particolarizzazione soggettiva, capace di illuminare aspetti altrimenti indefinibili. È grazie a un'operazione del genere che qualcosa dell'articolazione significativa che sottende il visibile del comportamento può venire alla luce. Se l'operatore inserisce nella propria valutazione un autentico interesse rivolto al senso e al significato di ciò che osserva, dimostrando in tal modo di non soddisfarsi con spiegazioni preconfezionate, egli acquisirà uno sguardo prospettico sulla persona disabile, sul suo "spessore", sul suo essere non sovrapponibile al suo deficit.

Occorre, in conclusione, superare il pregiudizio cartesiano che esclude dalla dimensione dell'essere tutto quanto si distacca dal pensiero razionale, dalla consapevolezza ragionevole, dalla coscienza del proprio esserci; nella

famosa formula di Cartesio, infatti, chi non pensa, non è. In questa prospettiva, che ha letteralmente forgiato il pensiero occidentale, il folle e il disabile intellettivo hanno subito la messa al bando dall'umanità, la riduzione al silenzio, l'espropriazione di ogni forma di sapere (passato completamente nelle mani dei medici e degli psichiatri). Scrive Jacques Derrida, analizzando l'atteggiamento socio-culturale nei confronti della follia da Cartesio in poi:

la psicologia positivista avrebbe così mascherato l'esperienza della sragione: imposizione della maschera, dissimulazione violenta del viso della verità o della visibilità [...]. Ci sarà ormai la malattia, da una parte, che dipende dall'organico, e la sragione, d'altra parte, una sragione spesso indebolita da questa modernità alla sua forma "epitetica": lo sragionevole le cui manifestazioni discorsive diventeranno l'oggetto di una psicologia¹.

Il "Genio Maligno" – notava Michel Foucault – riconosciuto come non pensante, per secoli è stato allontanato, separato, internato; bisognerà attendere l'invenzione di Freud perché un dialogo con la sragione si ristabilisca, sebbene, come l'esperienza drammaticamente ci dimostra, non in maniera tale da cancellare nelle pieghe più profonde della cultura occidentale il dubbio dell'incompatibilità tra l'inconsapevolezza e l'essere.

Chi lavora con disabili mentali deve saper fare i conti con questo retro pensiero che lo abita suo malgrado; ne vediamo gli effetti negativi negli atteggiamenti e nelle reazioni che l'operatore non avvertito adotta nel proprio lavoro. La considerazione del deficit intellettivo del paziente può indurlo, in effetti, a pensare di avere a che fare con qualcosa di non esistente, di non pienamente esistente. Discussioni tra operatori riguardo al paziente alla presenza del paziente stesso, prese di posizione intolleranti ed estreme che negano la dignità dell'assistito e, per esempio, il suo diritto alla privacy e all'autodeterminazione, il mancato riconoscimento delle conseguenze affettivo-emotive sul paziente del proprio operato, sono declinazioni possibili di tale sottovalutazione della dimensione dell'essere del disabile mentale. Il lavoro in istituzione, qualunque forma essa assuma, deve, pertanto, prevedere la consapevolezza nell'operatore di avere a che fare con un'esistenza che, per quanto offesa dal danno organico, non può considerarsi extraumana o subumana. Un richiamo all'etica che, in tempi di "delirio tecnicista", è, a mio avviso, quanto mai opportuno e necessario.

¹ J. Derrida, *Essere giusti con Freud. La storia della follia nell'età della psicoanalisi*, Raffaello Cortina, Milano, 1994, p. 40.

1. Il bambino affetto da insufficienza mentale e il desiderio dei genitori

di *Maria Teresa Rodriguez*

1. L'innato e l'acquisito

Nel lavoro con soggetti adulti affetti da insufficienza mentale si ha a che fare con strutture psichiche già consolidate e non è frequente che l'operatore si chieda qual è stato il percorso che ha portato alla configurazione attuale.

La questione ha invece un altro peso per coloro che lavorano con bambini, in quanto nell'età evolutiva assistiamo in presa diretta alle interazioni tra il corredo biologico e le influenze ambientali. È un'osservazione clinica che la gravità dell'handicap fisico non è un indicatore sufficiente per prevedere quale sarà la configurazione psichica del futuro adulto. In questo senso le limitazioni poste dalla lesione costituiscono una finestra all'interno della quale si potranno sviluppare situazioni molto diverse. A parità di condizioni iniziali l'esito finale non è scontato. L'operatore non può evitare di porsi delle domande: quali sono i fattori che modificano, sia in senso migliorativo che peggiorativo, la condizione di partenza? Quali sono le vie materiali attraverso le quali l'ambiente incide sull'organismo vivente?

Per molti anni la relazione tra gli elementi innati e acquisiti è stato motivo di disputa tra neurologia e psicoanalisi, l'una enfatizzando la realtà della materia organica (eredità genetica, struttura e funzionamento del cervello) come determinante delle caratteristiche soggettive, l'altra mettendo in luce l'intervento dell'Altro sul bambino¹ come determinante della strutturazione dello psichismo e come facilitatore o inibitore dello sviluppo di certe caratteristiche piuttosto che altre.

Le posizioni sembravano inconciliabili, ma una scoperta scientifica re-

¹ Nella psicoanalisi lacaniana il concetto di "Altro" rappresenta sia l'ambiente familiare che quello sociale, la cultura, la lingua, il sistema simbolico transindividuale che accoglie ogni soggetto umano alla nascita.

cente è intervenuta a sconvolgere i termini di questa antica opposizione e a rimettere in gioco gli elementi del problema in modo del tutto nuovo: si tratta della plasticità neurale².

Il fenomeno della plasticità dimostra che l'esperienza lascia una traccia nella rete neurale, il che significa che, al di là di ciò che è innato, al di là di ogni dato di partenza, quello che si acquisisce attraverso l'esperienza lascia una traccia che modifica lo stato precedente. Il cervello non può più essere visto come un organo determinato una volta per tutte, come un'organizzazione immutabile di reti di neuroni: la plasticità neurale significa che la rete neuronale è modulabile a opera degli eventi e delle esperienze, che introducono cambiamenti sia strutturali che funzionali. La plasticità neurale ci costringe a pensare la relazione tra gli elementi innati e quelli acquisiti in modo diverso, e a ritornare alla questione sull'origine della struttura soggettiva in termini nuovi.

Per quanto riguarda l'insufficienza mentale, questa scoperta apre orizzonti inediti alla nostra riflessione: se il reale schiacciante della lesione traccia comunque un limite invalicabile, la plasticità neurale ci spinge a esplorare le possibilità residue e a trovare soluzioni nuove per non darci per vinti davanti al peso dell'organico.

2. Come si scrivono le tracce

Che cosa intendiamo per "soggetto"? La definizione lacaniana dice che un soggetto è rappresentato da un significante per un altro significante, domandarsi sulla genesi del soggetto è domandarsi in quale maniera si produce l'iscrizione del significante sul corpo vivente. Una volta installato il macchinario simbolico su quello che prima possiamo descrivere come un puro organismo, possiamo vederlo all'opera; ma come s'installa? La domanda è più pressante se l'operatore si trova a lavorare con bambini, perché non gli sfugge di avere anche una sua responsabilità nel facilitare tale installazione, condizione imprescindibile perché possa sorgere un soggetto.

Freud non si è mai occupato di clinica dei neonati, ma si pose le stesse domande quando le sue scoperte cliniche lo portarono alla sua prima formalizzazione della struttura dell'apparato psichico. Nel *Progetto*³, appena finisce di descrivere i tre sistemi neuronali presentati, ha bisogno di intro-

² Per una trattazione estesa dell'argomento, si veda F. Ansermet, P. Magistretti, *A ciascuno il suo cervello*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008.

³ S. Freud, "Progetto di una psicologia e altri scritti (1892-1899)", in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.

durre ciò che poco dopo chiamerà *prima esperienza di soddisfazione*, mitica ipotesi dell'origine dell'apparato psichico e di come viene facilitata la prima associazione tra due neuroni.

Nella *Lettera 52* a Fliess (1895) Freud ci presenta tre sistemi di iscrizione – segni di percezione, inconscio e preconscious – collocati tra percezione e coscienza. Nei sistemi di percezione e nella coscienza i segni sono fugaci, si cancellano subito, mentre negli altri tre sistemi le tracce scritte costituiscono un registro permanente. Freud sottolinea che le successive trascrizioni rappresentano l'opera psichica di epoche successive della vita. Il materiale psichico è sottoposto a diverse traduzioni.

I tre sistemi di trascrizione si organizzano, quindi, uno dopo l'altro. L'installazione di ciascuno di essi è condizione per l'installazione di quello successivo. Le ipotesi freudiane vengono confermate da quanto appurato dalla moderna neurologia con la scoperta della plasticità neurale.

3. Traccia su traccia

Come immaginare, anche per un neonato sano, in quale modo percepisca gli oggetti, quando non ha nemmeno imparato ancora la differenza tra il suo corpicino e il resto del mondo? Come si producono queste iscrizioni che oggi possiamo rintracciare a livello neuronale e sinaptico, ma che Freud aveva già ipotizzato?

Da molti studi sui neonati sappiamo che servono circa 8 mesi di ripetizioni di esperienze sensoriali perché il bambino sia in grado di distinguere sua madre dagli altri, ma anche da se stesso: il momento nel quale approda a questa nozione è conosciuto come *angoscia degli otto mesi*. Un poco prima, verso i sei mesi, agli albori dello stadio dello specchio, il neonato non solo sorride incantato nel vedere il riflesso della propria immagine sullo specchio, sorride anche nel vedere qualunque persona che si avvicini e gli presti attenzione. Cosa vede allora nelle prime settimane, nei primi mesi?

Il suo sistema ottico è simile a quello dell'adulto nel suo funzionamento organico, quello che manca sono le tracce mnesiche, che più avanti gli permetteranno di individuare le immagini a partire dai significanti ricevuti dall'Altro. Registra quindi man mano che arrivano i vari aspetti, le tracce dell'oggetto, filtrati dal suo apparato percettivo. Le tracce si iscrivono una per una, a seconda dell'apparato percettivo che le coglie. Ci vorranno parecchie ripetizioni della contiguità delle tracce perché il neonato si accorga che quell'oggetto che vede c'entra qualcosa con un certo tipo di rumori che le sue orecchie percepiscono e con l'impressione tattile ricevuta dalle sue manine.

Agitare il sonaglio per sentirne il rumore è quindi già un'attività raffinata che suppone la riuscita dell'integrazione tra i vari tipi di tracce.

Le varie tracce si registrano in funzione delle differenze: per esempio il neonato impara che agitare il sonaglio produce un certo suono ma agitare il lenzuolo non lo produce, e così via.

Queste differenze assegnano un certo valore ai vari tipi di oggetti. Quale valore? Si tratta di un valore libidico, il valore di quell'oggetto che presenta quel particolare tipo di caratteristiche capaci di produrre una soddisfazione nel reale, l'appagamento di un certo tipo di pulsione. In questo senso, il sonaglio avrà un valore più alto del lenzuolo per la produzione di una soddisfazione uditiva. Il lenzuolo invece sarà più quotato all'ora di generare una soddisfazione orale, che il bambino può ottenere per esempio succhiandolo.

Seguendo questa linea, anche l'Altro che accudisce il bambino avrà un'importanza decisiva nella selezione e individuazione di ciò che verrà registrato nelle tracce, perché la presentazione dell'oggetto dipende dall'adulto. Includiamo in questa presentazione sia gli alimenti che i giocattoli, sia le parti del corpo dell'adulto come quelle del bambino stesso, sia lo sguardo che la voce. L'investimento libidico dell'oggetto inizia dal lato dell'adulto, nell'elezione stessa degli oggetti che propone, e che sono segnati dai significanti inconsci di colui che si trova a ricoprire la funzione genitoriale.

Forse adesso posso proporre una formula forte: l'Altro scrive sul corpo del bambino. Interviene sulla scrittura delle tracce. Vediamo come.

4. La carta e l'inchiostro⁴

Se il neonato arriva al mondo non segnato da alcuna traccia, è invece già equipaggiato con la "carta" dove le tracce potranno iscriversi: è il suo sistema nervoso. Il primo sistema, quello della percezione, registra in primo luogo il modo in cui il reale colpisce l'organismo vivo. Lì viene ricevuto l'impatto di ciò che colpisce ma nulla di ciò viene conservato. Così lo spiega Freud: il sistema deputato al rilevamento degli stimoli del mondo esterno è diverso dal sistema deputato alla conservazione delle tracce di questi.

⁴ Devo questa illuminante metafora (e molti spunti per questo testo) a Elsa Coriat, psicoanalista argentina che mi onora con la sua amicizia. Elsa Coriat si occupa da più di 30 anni della clinica di neonati e bambini affetti da insufficienza mentale, specialmente sindrome di Down. Ha pubblicato due libri che raccolgono la sua vasta esperienza clinica e teorica: *El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*, Ediciones de la Campana, La Plata, 1996, ed *El psicoanálisis en la clínica de niños pequeños con grandes problemas*, Lazos, Buenos Aires, 2006.

Ciò che colpisce, sia per il piacere, sia per il dolore, viene registrato come traccia nel secondo sistema, quello dei segni di percezione, che è il primo sistema di iscrizioni.

E qual è l'“inchiostro”? Sono le esperienze del bambino, gli stimoli che arrivano al suo sistema nervoso, tutto quello che proviene dal suo ambiente: i gesti, gli sguardi, i significanti, il posto che gli viene riservato nel mondo, in primo luogo a opera dei genitori.

È chiaro che ciò che colpisce verrà registrato in modo diverso sulla base delle caratteristiche del sistema percettivo che raccoglie lo stimolo. A questo punto un qualsiasi deficit degli organi della percezione si tradurrà in una registrazione anomala, deficitaria o impossibile. Pensiamo all'impossibilità di percepire la luce, e quindi le forme e i colori, per un neonato cieco dalla nascita. La “carta” integra è condizione necessaria per la regolare iscrizione delle tracce. Ma se la carta è difettosa, questo significa che si dovrà rinunciare a scrivere? O che si deciderà di scrivere una cosa diversa?

Prima dell'avvento della tecnologia, poteva succedere di dover scrivere un numero di telefono e di non avere un pezzo di carta a disposizione. Si scriveva allora dove capitava, la salvietta del bar, l'orlo del giornale. Era quindi necessario aggiustare la produzione della traccia alla qualità della carta disponibile, ripetendo più volte l'iscrizione, usando un tipo diverso di penna ecc. A nessuno sarebbe venuto in mente di scrivere qualcos'altro o di fare un disegnetto invece di scrivere, solo perché la carta disponibile risultava ostica alla scrittura.

Purtroppo è quello che succede spesso alla nascita di un bambino disabile: quello che i genitori si apprestavano inconsciamente a scrivere, la trama intessuta dai loro desideri in relazione al figlio in arrivo (con una metafora informatica l'ho chiamata “programma figlio”) dove le lettere da scrivere erano organizzate dal simbolico, spesso viene messa da parte e si comincia a scrivere qualcosa di completamente diverso, il “programma handicappato”⁵. In seguito riprenderò questo argomento.

5. Tracce sonore

Anche la voce è uno degli stimoli sonori ai quali accede il neonato. Tra i segni di percezione, insieme alle tracce corrispondenti alle immagini visive di cose, ci sono anche le immagini tattili, cenestesiche, olfattive ecc., e

⁵ E. Coriat, “El psicoanálisis y los niños con problemas orgánicos”, in *El psicoanálisis en la clínica de bebés y niños pequeños*, cit.

anche, sottolineiamo, le immagini acustiche. Per il momento sono ammassate sincronicamente, e si differenziano tra di loro solo per la loro capacità di attirare o meno la libido in funzione del principio di piacere.

La voce umana che sente il bebè dalla nascita è organizzata nei fonemi di quella che diventerà la sua madrelingua. Egli sente anche un'altra voce: la sua propria. I suoni iniziali prodotti dal bebè includono tutti i fonemi di tutte le lingue del mondo. Eppure molto presto diversi suoni vengono scartati. Lo studio del bambino rivela che già la lallazione è completamente diversa da una lingua all'altra. È chiaro che ogni bambino che nasce è in grado, potenzialmente, di riprodurre i suoni di ogni lingua del mondo. Ma l'immersione nel bagno di linguaggio, con la ripetizione degli stessi suoni, fa sì che selezioni man mano i fonemi della propria lingua, perdendo gli altri. Questo spiega come mai i bambini bilingui siano in grado di padroneggiare perfettamente suoni e sintassi delle due madrelingue, mentre l'apprendimento delle lingue diventa più difficile man mano che si cresce. Le connessioni neuronali che il bambino aveva in dotazione alla nascita e che gli permettevano di riprodurre i fonemi di tutte le lingue sono state come divise in due gruppi, quelle utili alla propria madrelingua sono state rinforzate, quindi rese più forti e stabili; mentre quelle corrispondenti ai suoni che non verranno utilizzati si indeboliscono e diventano sempre più difficilmente percorribili. La mielinizzazione selettiva delle vie nervose funziona come i sentieri di montagna: il continuo calpestio mantiene sgombri da erbacce alcuni sentieri, che sono preferiti dai gitanti per vari motivi (sono più facili oppure più panoramici o altre motivazioni); mentre quelli scarsamente utilizzati diventano sempre più impervi e alla fine praticamente scompaiono sotto la vegetazione.

L'apparato vocale sarebbe naturalmente in grado di produrre ogni tipo di fonema, mentre quello uditivo è in grado di percepire i suoni di tutti i fonemi. Ma quando va perso, perché mai utilizzato, il collegamento, la strada neuronale, tra la percezione di un suono e il corrispettivo motorio per riprodurlo, è come se man mano diventassimo tutti sordi selettivi e blesi selettivi, perché, con l'andare del tempo, non riusciamo più nemmeno a distinguere i fonemi delle lingue che non conosciamo, né tanto meno a riprodurli.

Da grandi si può imparare una lingua, cioè acquisire la sua struttura significativa, la grammatica, la sintassi. Le connessioni perse si sostituiscono con altri collegamenti. Ma l'accento è l'aspetto più ostico perché essendo diventati sordi selettivi non ci rendiamo nemmeno conto che la pronuncia non è quella giusta⁶.

⁶ *N.d.A.*: essendo straniera mi capita spesso che persone di buon cuore mi vogliano aiutare indicandomi la pronuncia corretta di una parola. Mi dicono quindi: "non si dice xxxx, si dice xyxx". Tale frase suona per me così: "Non si dice *cane*, si dice *cane*".

Così quello che chiamiamo acquisizione del linguaggio, nel bambino, comporta una perdita. Perdita necessaria perché alcuni suoni devono essere scartati perché il bambino si possa esercitare e acquisire la necessaria padronanza dei fonemi della propria lingua, che si registrano per la quantità delle ripetizioni e perché sono collegati al suono della voce privilegiata, quella della madre.

Infatti il bambino inizia a produrre lallazioni differenziate a seconda della propria madrelingua già a partire dai sei mesi di vita. In questo periodo non possiamo ancora supporre che il bambino si sia accorto dell'esistenza separata dell'altro, dei limiti del proprio corpo ecc. Perché allora potrebbe esercitarsi spontaneamente con il suo strumento per comunicare, se non c'è ancora nessuno al quale indirizzare tale comunicazione?

Un'ipotesi possibile è che appena riesce a padroneggiare le proprie corde vocali, le utilizza per riprodurre i suoni associati a momenti piacevoli (sono suoni legati a un montante di libido). La sua voce è un giocatolo capace di produrre e di evocare il piacere.

6. Tu sei mio figlio

Nella comunicazione umana, la risposta presume che ci sia un soggetto che ha emesso il messaggio. Così la madre immagina già un soggetto dove nella realtà c'è ancora ben poco di soggettivo, ma è il fatto stesso che la madre ipotizzi un soggetto che dà il via alla sua costruzione. È trattando il bambino come si tratta un figlio che i genitori gli trasmettono l'affermazione "tu sei mio figlio". Ed è dal fatto di trattare il bambino come un figlio che i genitori si costituiscono come genitori. Non è madre, o padre, chi proclama di esserlo, ma chi tratta qualcun altro come un figlio: è questo che lo fa diventare genitore.

Naturalmente, non solo nel caso dei bambini disabili i genitori fanno fatica a elargire l'attribuzione "tu sei mio figlio", capita anche con i bambini sani per motivi che in questo caso hanno relazione con particolari difficoltà dei genitori stessi.

Per la madre di un bambino disabile tutte queste operazioni sono più difficili. Intanto è già uno sforzo considerare quel corpicino ferito, malato, leso, come "mio figlio". Poi la condizione stessa della disabilità del bambino rende più difficili certi scambi. Per esempio un neonato sano, se lo si avvicina al seno toccando la guancia del bambino con il capezzolo, gira la testa verso il capezzolo allineandolo con la bocca per essere allattato. Que-