

## **Il bambino con disturbi complessi del linguaggio: quale approccio?**

La relazione terapeutica con il bambino che presenta una pluridisabilità è sempre più frequentemente ridotta all'esercizio di pratiche riabilitative che puntano a promuovere l'acquisizione di capacità (sensoriali, motorie, cognitive, comunicative) deficitarie. Anzi, quasi non si considera la *relazione terapeutica* all'interno di un intervento socio-sanitario, ma la messa in pratica di diversi *trattamenti* (logopedico, fisioterapico, ecc...). E non solo: all'interno di ogni disciplina poi, negli ultimi anni, si stanno moltiplicando le tecniche e le strategie sempre più specialistiche che, di volta in volta, vengono proposte come le migliori e/o più all'avanguardia.

In una prospettiva del genere la dimensione soggettiva del bambino con disabilità intellettiva passa in secondo piano: di fronte all'impellente necessità- tutta contemporanea- di sviluppare abilità e prestazioni, si finisce così con il trascurare, spesso, la specificità della sua organizzazione psichica.

La sfida cui siamo chiamati oggi è, per riprendere lo psicanalista Franco Lolli, considerare il bambino con disabilità intellettiva "*come dotato di un inconscio che invia messaggi che chiedono di essere ascoltati e riconosciuti*".

Jacques Lacan in *Funzione e Campo della parola* propone la tesi secondo cui il linguaggio non è né una facoltà psicologica dell'uomo né un mero strumento di comunicazione quanto piuttosto ciò che avvolge la vita umana: nel senso che il campo del linguaggio precede l'essere dell'uomo e lo determina. Il linguaggio non si esaurisce in una facoltà soggettiva che si acquisisce nel corso della crescita attraverso le esperienze e la memoria. Ma l'essere dell'uomo dipende strutturalmente dall'orizzonte del linguaggio. Il linguaggio, in psicoanalisi, non indica semplicemente la facoltà umana di parlare e comunicare, ma la rete simbolica che avvolge l'intera esistenza umana, delineandosi come strutturante, nel senso che è dal linguaggio e dalla relazione che il soggetto vi stabilisce, che dipende la costituzione dell'essere umano in quanto tale.

Questa inedita lettura del linguaggio che propone Lacan porta a ulteriori considerazioni in merito alla natura di alcuni disturbi del linguaggio e alla loro cura.

Gli studi universitari propongono un modello in cui il linguaggio è considerato una delle diverse funzioni cognitive dell'uomo che si affina nel corso dello sviluppo: di conseguenza vengono proposti modelli di intervento per i disturbi del linguaggio basati perlopiù sul recupero di tale funzione attraverso un approccio cognitivo-comportamentale, per cui un difetto nel linguaggio

viene affrontato proponendo una sorta di addestramento/potenziamento che porti il soggetto ad imparare, se possibile, il pattern corretto. Ma è sufficiente questo approccio?

Per quanto mi riguarda l'incontro con il pensiero di Lacan ha messo in discussione quanto avevo appreso in modo sistematico durante gli studi accademici sul tema del linguaggio e mi ha condotto verso un'ottica nella quale è per me fondamentale creare, di volta in volta, un trait d'union tra il lavoro logopedico e un lavoro orientato analiticamente.

Il mio interesse verso questo argomento è particolarmente vivo poiché negli ultimi anni la mia formazione all'interno della scuola di psicoterapia ad indirizzo lacaniano si è incrociata con il mio lavoro come logopedista presso un servizio di neuro riabilitazione all'interno dell'UOC IAFeC dell'Aulss 6: nella pratica clinica è accaduto che mentre incontravo nel pensiero di Lacan un approccio del tutto inedito al tema e alla struttura del linguaggio ho cominciato a lavorare in un servizio che accoglie bambini con patologia neuromotoria (paralisi cerebrali, sindromi genetiche, ritardi dello sviluppo psico-motorio), occupandomi, nello specifico, delle difficoltà di alimentazione (disfagia), dei disturbi del linguaggio e della comunicazione. Per intenderci non avevo più, o meglio non solo, a che fare con difficoltà di articolazione, balbuzie, difficoltà di lettura/scrittura ma avevo a che fare con le problematiche che coinvolgono questi bambini nei loro bisogni primari: l'alimentazione e la comunicazione.

Penso che per lavorare con bambini che presentano una pluridisabilità sia importante acquisire le competenze adeguate, ma ciò non basta: anzi, occorre riuscire a prendere le distanze dal solo sapere "tecnico e iperspecialistico" per riuscire a guardare il bambino e cogliere qualcosa della sua soggettività.

Questo vuol dire che nel mio lavoro non posso considerare solo gli aspetti dell'alimentazione e del linguaggio e i corrispettivi distretti anatomici, ma devo imparare ad osservare "quel bambino", nei suoi aspetti neuropsicologici (capacità cognitive, attenzione. Memoria ecc...), motori (deambulazione, postura, seduta, uso degli arti superiori e inferiori, presenza di ipo o ipertono ecc...), sensoriali-percettivi. Ad esempio la prima cosa cui devo prestare attenzione mentre osservo l'alimentazione di un bambino è la sua postura, perché so che se un bambino non è posturato in modo corretto ci saranno delle ricadute anche a livello della motricità, del tono e della coordinazione a livello oro-facciale. Ad esempio un ipertono causato da una postura scorretta (con riferimento particolare ai quadri di tetraplegia spastica) provoca uno schema di estensione che coinvolge il capo e il collo che è disfunzionale e pericoloso in fase di deglutizione.

Un altro esempio riguarda la presenza, in quasi tutti i bambini che presentano una patologia neuromotoria, di deficit sensoriali e percettivi, in primis disturbi neurovisivi e, pur non essendo un optometrista, durante le sedute di logopedia devo seguire precise indicazioni/modalità nel proporre

un'attività (avendo cura di osservare alcuni parametri come le capacità di fissazione, inseguimento, di orientamento, localizzazione e ampliamento del campo visivo, le abilità di percezione della tridimensionalità, della profondità ecc...). È chiaro che questo lo si impara se il servizio in cui si lavora si avvale di un gruppo di professionisti che lavorano effettivamente in equipe multidisciplinare. **La terapia logopedica, infatti, si inserisce e si articola all'interno di un progetto abilitativo/riabilitativo, modulandosi con gli altri professionisti secondo le necessità di cura del piccolo paziente. L'obiettivo generale è quello di facilitare la strutturazione di funzioni adattive attraverso la messa in atto di strategie adeguate rispetto all'età ed alle risorse personali del soggetto. Ogni scelta deve rispettare le tappe evolutive del bambino motivandolo ed inserendosi nel suo ambiente naturale prima che egli si adatti alla patologia e scelga la rinuncia** (ad alimentarsi, a comunicare, a mettersi in relazione con l'altro). Laddove non si riesce a **cogliere i segnali, seppur minimi, del bambino, non gli diamo l'opportunità di far sì che questi segnali (ad es. piacere/dispiacere) diventino delle opportunità comunicative, permettendo al soggetto di far emergere l'intenzionalità comunicativa** che è alla base del legame con l'altro. Il terapeuta, all'interno di un confronto costante con la famiglia, deve riuscire a cogliere gli interessi del bambino, dei segnali che dicano qualcosa del suo desiderio perché è solo da qui che abbiamo la possibilità di aprire a delle opportunità comunicative. **Questo implica riadattare e rinnovare le tecniche logopediche, pensando che c'è sempre un soggetto che non può apprendere in modo esercitativo ma solo se gli si offre l'opportunità di reperire, laddove possibile, qualcosa che ha a che fare con il suo desiderio.** Questo può risultare particolarmente difficile con quei bambini che presentano sia compromissioni a livello cognitivo, motorio e sensoriale che problematiche relazionali e per i quali, da parte di noi operatori, diventa un'impresa riuscire ad individuare specifici obiettivi di cura. In questi casi i problemi di linguaggio sono spesso intimamente connessi con la complessità della malattia, che investe tutti gli ambiti di vita del soggetto. Tuttavia quello che mi interessa qui sottolineare, a partire dalla mia esperienza, e non solo la mia, è che per quanto la medicina si sforzi di volerli inquadrare in precise e dettagliate categorie nosologiche, avvallandosi delle nuove scoperte nel campo della neurobiologia e delle neuroscienze, non è possibile poter prevedere come evolverà un eventuale disturbo del linguaggio, anche quando tutto sembrerebbe già tracciato, perché non esiste un disturbo del linguaggio, ma un soggetto, che in quanto tale è sempre unico, come unici sono i suoi sintomi.

E per favorire l'emergere di un'intenzionalità comunicativa di un bambino con problematiche di tipo neuromotorio e/o relazionali (autismo) spesso è necessario affiancare e supportare le nostre parole con i gesti e/o con le immagini, proponendo, in quest'ultimo caso, una comunicazione attraverso l'utilizzo di immagini → CAA (comunicazione aumentativa alternativa): *"E' l'insieme*

*di conoscenze, tecniche, strategie e tecnologie che è possibile attivare per facilitare la comunicazione con persone che presentano una carenza o un'assenza temporanea o permanente della comunicazione verbale".* Si possono usare simboli *fotografici*, dove vi è corrispondenza tra immagine fotografica e referente oggettuale o simboli *iconografici*, dove la forma riproduce ciò che rappresenta. La CAA non preclude la possibilità che possa emergere il linguaggio verbale, anzi si è visto che può favorire l'emergere della parola (laddove ci sia la possibilità che questo accada).

Mi interessa importante, a conclusione di questo mio breve intervento, riportare la distinzione che Franco Lolli pone tra il 'cognitivo' e 'l'intellettivo'. *Mentre il registro cognitivo indica la quantità di dati che il soggetto ha a disposizione per organizzare nel registro del senso la percezione del mondo, il registro intellettivo si configura come il processo di valorizzazione del sapere posseduto, dei dati posseduti, in funzione di uno scopo. Presuppone, cioè, l'intervento del desiderio del soggetto, variabile difficilmente misurabile quanto potentemente presente ed efficace nell'esistenza dell'essere umano".*

E ancora. *"Mentre il registro cognitivo opera sul mondo (per ordinarlo), il registro intellettivo opera sul cognitivo (per finalizzarlo); predispone i dati della conoscenza in funzione della creazione del 'nuovo' e dell'inedito. Per questo, necessita di un'intenzione soggettiva, di un desiderio personale, di una volontà autonoma che miri alla realizzazione di un 'programma'; necessita della tensione vitale prodotta da ciò che Freud chiamava pulsione di sapere, ovvero di quella spinta che nessuna tecnica di addestramento può promuovere all'interno del soggetto. [...] Ciò che conta è lo slancio, la volontà di comprendere; la volontà di comprendere, in sostanza, il posto che il soggetto occupa nel desiderio dell'Altro, e che lo porta, conseguentemente, a cercare il senso al di là delle apparenze, nelle pieghe nascoste dei comportamenti e delle parole, 'tra le righe', per l'appunto, di ciò che osserva."*<sup>1</sup>

Il desiderio di sapere, quindi, non è implicito, come effetto, nell'operazione di conquista cognitiva. Il soggetto, cioè, può acquisire conoscenze suo malgrado. I programmi di potenziamento cognitivo proposti ai bambini con disabilità mentale si basano proprio sulla possibilità del soggetto di apprendere concetti che ancora non possiede. Il bambino, in questo modo, potrà imparare a leggere e scrivere, ma ben altra cosa è voler scrivere o aver qualcosa da scrivere.

*"Se l'abilità cognitiva non si incrocia con un desiderio soggettivo, resta assolutamente inoperante; al contrario, una forte 'curiosità' può valorizzare in maniera sbalorditiva i pochi contenuti cognitivi a disposizione."*<sup>2</sup>

---

1 F. Lolli, *Riabilitare l'inconscio*, Edizioni ETS, cit. p.101-102