



# Psicomotricità

Nuovo approccio valutativo e intervento globale: terapia psicomotoria, sostegno genitoriale, collaborazione sociale

Roberto Carlo Russo



CASA EDITRICE AMBROSIANA

Roberto Carlo Russo

# Psicomotricità

Nuovo approccio valutativo e intervento globale:  
terapia psicomotoria, sostegno genitoriale,  
collaborazione sociale



CASA EDITRICE AMBROSIANA

# INDICE

<b>Introduzione</b> .....	XI
---------------------------	----

## CAPITOLO 1

<b>Fattori interagenti nel percorso evolutivo</b> .....	1
1.1 Le basi biologiche e l'habitus funzionale .....	1
1.2 Società e interrelazioni socio-culturali .....	3
1.3 Famiglia e modelli educativi .....	7
1.3.1 Ruoli genitoriali .....	15
1.3.2 Tipologie dei modelli familiari .....	18
1.3.3 Orientamento della personalità infantile .....	27
1.4 Ambiti educativi e pedagogici sociali .....	36
Per approfondire: .....	43

## CAPITOLO 2

<b>Studio sulla genesi della problematica del bambino</b> .....	44
2.1 Gravidanza .....	45
2.2 Parto .....	48
2.3 Primo mese di vita .....	49
2.4 Attaccamento .....	54
2.5 Primi organizzatori .....	60
2.6 Sorriso .....	63
2.7 Nascita del desiderio .....	64
2.8 Prensione .....	69
2.9 Angoscia per l'estraneo .....	71
2.10 Indicazione .....	74
2.11 Lancio .....	75
2.12 Marcia carponi .....	75
2.13 Prima parola .....	76
2.14 Pinza .....	78
2.15 Oggetto transizionale .....	78

2.16	Deambulazione .....	79
2.17	Attività simbolica .....	80
2.18	Gioco simbolico .....	82
2.19	Gioco costruttivo .....	84
2.20	Controllo degli sfinteri .....	84
2.21	Interesse per il coetaneo .....	86
2.22	Socializzazione .....	88
2.23	Processo di lateralizzazione .....	91
2.24	Rappresentazione grafica .....	97
2.25	Fiducia del sé .....	98
2.26	Autonomia e responsabilità .....	100
2.27	Aggressività .....	102
2.28	Organizzazione della famiglia .....	106
	Per approfondire: .....	109

### CAPITOLO 3

<b>Analisi e valutazione dei dati</b>	<b>110</b>	
3.1	Analisi storica dei dati significativi .....	112
3.2	Esami bioumorali e strumentali .....	114
3.3	Visite specialistiche .....	114
3.4	Valutazione psicomotoria .....	115
3.4.1	Osservazione psicomotoria .....	116
3.4.2	Esame psicomotorio e neuromotorio .....	120
3.5	Organizzazione motoria .....	121
3.5.1	Processo maturativo dell'atto motorio .....	121
3.5.2	Tono muscolare .....	124
3.5.3	Posture .....	124
3.5.4	Equilibrio .....	125
3.5.5	Motricità .....	125
3.5.6	Processo di lateralizzazione .....	128
3.6	Organizzazione delle informazioni .....	130
3.6.1	Sensibilità generale .....	131
3.6.2	Sensibilità visiva .....	132
3.6.3	Sensibilità uditiva .....	133
3.6.4	Sensibilità gustativa .....	133
3.6.5	Sensibilità olfattiva .....	133
3.6.6	Sensibilità del movimento .....	133

3.7	Organizzazione della conoscenza del sé corporeo .....	134
3.7.1	Disturbi dello schema corporeo .....	137
3.7.2	Disturbi della coscienza corporea .....	137
3.7.3	Disturbi del vissuto corporeo .....	138
3.7.4	Valutazione dello schema corporeo .....	139
3.8	Organizzazione spazio-temporale .....	141
3.8.1	Fasi evolutive di relazione spazio-temporale .....	142
3.8.2	Prove che indagano l'organizzazione spazio-temporale .....	143
3.9	Organizzazione della comunicazione .....	145
3.9.1	Comunicazione corporea .....	145
3.9.2	Comunicazione verbale .....	146
3.9.3	Rapporti fra linguaggio e comportamento .....	147
3.10	Organizzazione dell'espressione grafica .....	148
3.10.1	Disegno .....	148
3.10.2	Linguaggio scritto .....	152
3.11	Organizzazione dei processi attentivi .....	153
3.12	Comportamento del bambino allo specchio .....	154
	Per approfondire: .....	159

## CAPITOLO 4

<b>Intervento globale</b>		161
4.1	Premesse all'impostazione della terapia .....	161
4.2	Significato dell'intervento psicomotorio .....	163
4.3	Setting psicomotorio .....	165
4.3.1	Sala di psicomotricità .....	169
4.3.2	Materiale .....	169
4.3.3	Strumenti .....	170
4.3.4	Psicomotricità .....	171
4.4	Indicazioni all'intervento .....	173
4.5	Intervento psicomotorio .....	178
4.5.1	Obiettivi, progetto e processo terapeutico .....	179
4.5.2	Fase iniziale della terapia .....	180
4.5.3	Svolgimento della terapia .....	181
4.5.4	Fase terminale della terapia .....	185
4.6	Correlati nella terapia .....	185
4.6.1	Dimensione spazio-temporale in terapia psicomotoria .....	185
4.6.2	Dinamiche emozionali dell'atto motorio .....	189

4.6.3 Gioco simbolico e produzione fantasmatica .....	195
4.6.4 Strategie terapeutiche .....	202
4.6.5 Problemi relazionali tra la terapeuta e il bambino .....	210
4.6.6 Supervisione .....	214
4.6.7 Responsabilità del caso in psicomotricità .....	216
Per approfondire: .....	217

## CAPITOLO 5

<b>Supporto esterno ai modelli di riferimento</b> .....	219
5.1 Sostegno ai modelli familiari .....	219
5.1.1 Chi deve dare il supporto .....	223
5.1.2 A chi dare il supporto .....	223
5.1.3 Quando dare il supporto .....	224
5.1.4 Come dare il supporto .....	224
5.1.5 Regolamentazioni e limiti del supporto .....	227
5.1.6 Adattabilità del supporto .....	228
5.2 Collaborazione con i modelli sociali .....	228
Per approfondire: .....	229

## CAPITOLO 6

<b>Analisi di casi e correlazioni con la realtà</b> .....	230
6.1 Autismo atipico in danno organico .....	231
6.2 Disarmonia evolutiva di tipo psicotico .....	250
6.3 Alopecia in personalità perfezionista .....	272
6.4 Autismo .....	281
6.5 Disturbo d'ansia da separazione con evoluzione in autismo atipico .....	293
6.6 Autismo atipico .....	301
<b>Conclusioni</b> .....	321
Riflessioni sui casi .....	322
Riflessioni sui modelli familiari .....	325
Riflessioni sulla collaborazione con la scuola .....	325
<b>Bibliografia</b> .....	327

## INTRODUZIONE

L'impostazione del libro mette in evidenza come l'intervento sul bambino debba essere globale e coinvolgere pertanto anche l'ambiente familiare e sociale. L'intervento psicomotorio è stato storicamente l'anello di congiunzione tra gli aspetti sanitari e la vita del bambino nella famiglia e nella società. L'obiettivo della psicomotricità è quello di riferirsi alla persona nelle sue diverse espressività ispirandosi al principio che ogni esperienza è la sintesi tra il desiderio, il confronto con le esperienze precedenti, la volontà, il comando, la programmazione, l'esecuzione, la carica emozionale, i limiti, il risultato, la valutazione propria dell'esito e quella dell'ambiente. Ogni esperienza coinvolge il passato, il presente e il futuro; tutto questo non è altro che la vita del bambino nel suo naturale ambiente di vita. Ne risulta che il comportamento del bambino è frutto di una continua interrelazione con il mondo.

Se la psicomotricità è stata sempre più utilizzata come intervento terapeutico, e per questo apprezzata e diffusa, ancora oggi spesso non viene considerato che le problematiche del bambino si riflettono – e a volte sono generate e sostenute – nell'ambito familiare o sociale. Tropo spesso il bambino viene identificato, diagnosticato per la sua patologia e come tale viene curato, senza tenere in considerazione che le figure parentali sono i modelli evolutivi più importanti e che possiedono una significativa influenza nella formazione del suo comportamento nell'età adulta. Inoltre la sofferenza familiare per il disturbo del bambino genera spesso adattamenti o condizionamenti controproducenti alla risoluzione del problema.

Questo libro affronta le problematiche in modo innovativo: non tratta le singole patologie, ma analizza il percorso dello sviluppo del bambino in rapporto ai modelli evolutivi e alle esperienze di vita, facilitando la comprensione della genesi e del mantenimento del disturbo.

Ogni conquista evolutiva ha un significato biologico età-dipendente. Il processo di attaccamento dipende dal significato di benessere-madre, la mano che inizia ad afferrare l'oggetto assume il significato di possesso associato al benessere-madre; l'uso degli oggetti definisce e arricchisce la conoscenza e la creatività; l'angoscia dell'estraneo ha

il significato di tutela verso quello che non si conosce ancora; la deambulazione permette lo spostamento-esplorazione dello spazio e la sua conquista, stimola il bambino ad affermare la propria identità e desiderio di autonomia; i processi simbolici permettono l'accesso alla categorizzazione e alla seriazione; il gioco simbolico favorisce il confronto plasmante e parziale scelta futura tra il sé e la realtà adultomorfa; l'adattamento alle regole del nucleo familiare prepara il bambino al processo di socializzazione. Queste sono le conquiste evolutive sottese da fondanti significati biologici della specie umana.

La conoscenza dei disturbi non può più essere affrontata nell'ottica esclusiva della *patologia del bambino*, ma va affrontata come problema che coinvolge l'essenza di vita del bambino che include la famiglia e la società.

È in quest'ottica che vanno affrontate le problematiche del bambino nel suo complesso processo evolutivo, che vede come ogni conquista e relativo vissuto influenzano le esperienze successive con possibilità di migliorare o di peggiorare il suo sviluppo in rapporto a tutti i fattori che intervengono nella sua vita.

Questa possibilità di valutazione delle problematiche infantili apre la strada verso una nuova modalità di valutazione e d'intervento globale che include, quando è necessario l'intervento psicomotorio, sicuramente un aiuto alle figure parentali e una collaborazione con le figure socio-educative.

Una corretta valutazione del problema infatti può, con una certa frequenza, orientare l'intervento solo verso le figure genitoriali che, se sostenute con competenza e specificità, possono evitare un intervento diretto sul bambino. Diversamente l'intervento psicomotorio deve essere accompagnato con il sostegno ai modelli evolutivi, orientati a stimolare gli aspetti affettivi, educativi, cognitivi e comportamentali. L'aiuto parentale permetterà inoltre di fornire risposte consone alle elaborazioni terapeutiche del bambino, permettendo un'integrazione positiva tra queste e i modelli, facilitando in tal modo la risoluzione del disturbo.

Questo tipo d'intervento apre lo sguardo alla realtà del bambino e interagisce con essa, non limitandosi alla visione centrata solo sul problema-bambino.



# Fattori interagenti nel percorso evolutivo

## 1.1 Le basi biologiche e l'habitus funzionale

Il bambino, in qualità di essere biologico, necessita e si esprime tramite funzioni a diversi livelli di complessità. Il livello più primitivo è la necessità del nutrimento, del riposo (sonno) e del riparo (grotta, tenda, casa), essenziali per la sopravvivenza; un altro livello è rappresentato dal movimento che realizza nel binomio dipendenza-indipendenza la ricerca dell'autonomia, la conquista del territorio e degli oggetti, la difesa del sé e del posseduto con strategie intelligenti e con l'aggressività. Su queste basi biologiche comuni a tutti gli individui si svilupperà la personalità del bambino. Una distorsione di queste caratteristiche biologiche durante il processo evolutivo può portare alla formazione di disturbi relazionali e del comportamento.

Il corredo genetico definisce le potenzialità organizzative dei diversi sistemi e apparati, le cui funzioni, integre o carenti, condizioneranno le possibilità di conoscenza e di relazione con l'ambiente. Fin dai primi giorni di vita è possibile riconoscere alcune caratteristiche, direttamente dipendenti dal corredo genetico ma anche dall'interazione tra questo e gli influssi diretti (materni) e indiretti (ambiente) nel periodo gravidico.

Tutti i processi fondamentali del funzionamento biologico si preparano nel periodo fetale, le diverse predominanze o le carenze di determinati sistemi (caratterizzati da complessi neuro-endocrini, dallo sviluppo e moltiplicazione dei neuroni, dalla presenza di neurotrasmet-

glia si ripercuote nella società e destabilizza i principi fondamentali del vivere sociale che per primi vengono educati e vissuti all'interno del microcosmo sociale rappresentato dalla famiglia.

Oltre ai fattori espliciti menzionati, non possono essere ignorate eventuali presenze nei modelli di conflitti intrapsichici che tendono a esprimersi in modo manifesto o mascherato.

A tale proposito Spiegel (1969) descrive casi di figli trattati come genitori e genitori trattati come figli. L'armonia dei ruoli e la reciproca accettazione e collaborazione nelle mansioni e nelle funzioni del nucleo familiare, pur nelle diverse organizzazioni sociali, genera soddisfazione, auto e reciproca stima nei genitori producendo il clima più favorevole per un sano sviluppo dell'infanzia.

Le nuove recenti famiglie costituite da due membri omosessuali pongono nuovi interrogativi sugli effetti dello sviluppo infantile, ma ora è troppo presto per una valutazione, dovremo aspettare diversi anni e numerose ricerche.

Per potere meglio accedere ad una più precisa chiave di lettura, ho individuato alcune tipologie dei modelli di riferimento evolutivo particolarmente ricorrenti.

### 1.3.2 Tipologie dei modelli familiari

Le caratteristiche dei modelli educativi possono esprimere la loro azione sul bambino in diverse variabili: la maggiore incidenza di un modello sull'altro, il rifiuto di un modello e la sua sostituzione (esempio, la sostituzione del modello paterno con quello di uno zio), l'identificazione sostitutiva di un modello mancante, il complesso gioco di dinamiche tra modelli con marcate differenze, la variabilità dei modelli nell'iter evolutivo, la pluralità dei modelli, i momenti evolutivi più significativi in cui intervengono i modelli, la carica vitale e la spinta alla conquista autonoma del bambino che a volte può notevolmente ridimensionare l'effetto dei modelli.

La complessa dinamica di influssi va accuratamente valutata sia per l'effetto che produce, sia per il periodo di maggiore significatività evolutiva in cui si esprime. Tutti questi fattori verranno mediati, plasmati o subiti diversamente a seconda delle caratteristiche biologiche e psicologiche del bambino.

Pur nel rispetto di un'analisi plurifattoriale per l'obiettivo diagnostico-terapeutico, mi pare opportuno riconoscere la tipologia caratterizzante i singoli modelli per gli effetti che possono produrre nella strutturazione della personalità infantile. Per tale motivo è stata fatta una specifica ricerca per individuare le tipologie principali dei modelli con particolare attenzione alle effettive caratteristiche dominanti della figura.

La ricerca (Russo, 1984, 1997, 2000), iniziata nel 1980, è costituita da un campione di 93 casi, scelto su oltre 656 figure parentali che hanno richiesto la consultazione per problematiche neuropsichiatriche infantili. Sono state identificate dieci tipologie, riportate nello schema di seguito.

Le prime tre costituiscono l'essenza del significato biologico di supporto e stimolo evolutivo: il benessere (effetto gratificante), la presenza delle limitazioni (effetto frustrante), l'indispensabile apporto della carica d'amore.

## Tipologia dei modelli familiari

### 0. NORMA

#### 1. IPERPROTETTIVI

Ipertutelanti - Anticipatori-ansiosi - Omniconcedenti - Supervalutanti

#### 2. FRUSTRANTI

Svalutativi - Rigidi - Despota - Violenti

#### 3. ANAFFETTIVI

Parziali - Totali

#### 4. IMMATURI

Infantili - Insicuri - Superficiali

#### 5. AMBIGUI

Ambivalenti - Maschera - Comportamento di facciata

#### 6. FALSIFICANTI LA REALTÀ

Eccesso di positività - Eccesso di negatività

## 7. PATOLOGIA PSICHIATRICA

Nevrosi grave - Psicosi - Tossicodipendenza - Asocialità

## 8. SUPER INVESTIMENTO RAZIONALE

## 9. RAPPORTO EDUCATIVO DEI MODELLI

Inversione dei ruoli - Contrasto educativo

### ■ Iperprotettivi

Questo modello limita il processo di autonomia e non permette al bambino di esprimere completamente le sue competenze, creando il presupposto della difficoltà di riuscire a sostenere adeguatamente le ineliminabili frustrazioni incontrate nel percorso di sviluppo. Il bambino finisce con lo strutturare nel tempo una sfiducia nelle proprie potenzialità (sfiducia del sé) che si manifesterà nelle esperienze più impegnative, soprattutto se affrontate prive del supporto protettivo e di aiuto da parte delle figure adulte.

Possono essere differenziati quattro sottogruppi che, pur con le variabili date dai modelli e dalle caratteristiche implicite del bambino, determinano il significato comune di un comportamento del bambino sostenuto da scarsa fiducia del sé.

**Ipertutelanti.** Comprendono quei modelli che tendono a limitare gli ostacoli e le difficoltà esperenziali, ad aiutare in continuazione il bambino, non permettendo o limitando eccessivamente una libera e autonoma attività di ricerca. Tali modelli assumono di norma atteggiamenti calmi e sereni nell'espletare il loro compito educativo, per cui non determinano cariche ansiogene, ma impongono una continua dipendenza dall'adulto per ogni nuova esperienza.

Questo atteggiamento limita e spesso preclude un migliore impegno motorio e cognitivo in tutte le situazioni più difficili, presentate come tali dai genitori che si sostituiscono al bambino nella risoluzione del problema.

**Anticipatori-ansiosi.** Presentano un evidente stato d'ansia nei confronti delle difficoltà evolutive e, per evitare la propria sensazione di malessere, tendono a prevenire e risolvere tutte le possibili difficoltà finendo col presentare al bambino una strada evolutiva facilitata, non

Tra il sesto e l'ottavo mese inizia a prendere il sopravvento la durata dell'espiazione rispetto all'inspirazione, condizione essenziale per poter pronunciare le parole ottenute dalla modulazione del flusso prolungato d'aria espirata. Nei primi anni di vita la differenza tra durata dell'espiazione e la durata dell'inspirazione aumenta, per fattori maturativi, con progressione a favore della prima, in seguito per l'aumento della capacità vitale polmonare.

Altri dati da indagare sono: la capacità di soffiare lentamente e bruscamente, di modulare l'emissione del suono, di usare piccoli strumenti a fiato (fischietto, trombetta), di effettuare una respirazione nasale, di soffiarsi il naso.

Nell'evoluzione bisogna distinguere un linguaggio spontaneo, caratteristico del primo anno di vita ma che si riscontra spesso fino al 18°-24° mese, costituito da una libera espressione di suoni, da un linguaggio codificato, che inizia verso l'anno, frutto dell'apprendimento di un codice sociale per la comunicazione.

Nel linguaggio parlato si annoteranno le eventuali carenze di pronuncia di fonemi, il vocabolario in uso, la struttura della frase, l'eventuale uso di parole in gergo (suoni onomatopeici), il riferimento a se stesso con il pronome "io", le richieste di spiegazioni all'adulto (uso del "perché"), la capacità di esprimere fatti, l'uso del linguaggio per criticare, dare giudizi e per esprimere ed elaborare il proprio pensiero.

Nel corso dell'esame si otterranno le informazioni necessarie sulla comprensione del linguaggio (linguaggio impresso o ascoltato).

L'indagine sulla lettura è compito della logopedista.

### **3.9.3 Rapporti fra linguaggio e comportamento**

Il linguaggio ha anche la funzione di regolare il comportamento. Infatti progressivamente l'atto motorio, nato come spontaneo, individualizzato e immediatamente agito all'insorgere del desiderio, inizia ad essere interiorizzato tramite il linguaggio. L'azione viene prima confrontata con le esperienze, valutata e in seguito agita. In questo processo di scelta comportamentale l'individuo si avvale di un linguaggio interiore che non è altro se non il linguaggio verbale appreso e usato in modo contratto senza essere verbalmente espresso.

Il linguaggio viene usato in modo differente se viene rivolto a un adulto o a un coetaneo. Con l'adulto il linguaggio viene usato prevalentemente per comunicare i propri bisogni, per renderlo partecipe delle proprie conquiste e per porre domande (*informazione adattata*). Con il coetaneo viene usato in un rapporto di parità; in un primo momento dominano i soliloqui (*monologhi*) in cui il bambino, in presenza di coetanei, parla accompagnando e rinforzando l'azione senza riferirsi ad alcun interlocutore; in un secondo tempo compare il *monologo collettivo* tramite il quale desidera attirare l'attenzione degli altri su di sé, ma senza interessarsi di essere compreso; infine compare l'*informazione adattata* con la quale il bambino vuole informare il coetaneo e ottenere una risposta. L'informazione adattata può comparire con i coetanei verso i 3 anni e aumenta progressivamente, mentre i monologhi tendono a diminuire sempre più fino a scomparire verso i 6-7 anni (Piaget).

## 3.10 Organizzazione dell'espressione grafica

L'uso della grafia nasce spontaneamente nel bambino e, dopo una prima fase di scoperta casuale, si organizza e assume un valore espressivo di creatività. Distinguiamo due forme: il disegno e la scrittura.

### 3.10.1 Disegno

Di norma, se permesso e favorito dall'adulto, compare prima come scarabocchio obliquo dal basso verso l'alto e da sinistra verso destra nel destrimane, e obliquo dal basso verso l'alto e da destra verso sinistra nel mancino, seguirà poi lo scarabocchio circolare, in seguito le forme circolari separate e infine forme riconoscibili verso il terzo anno.

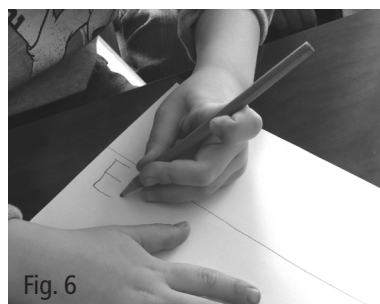
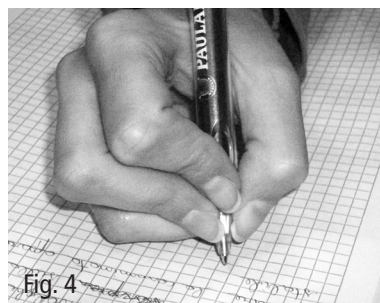
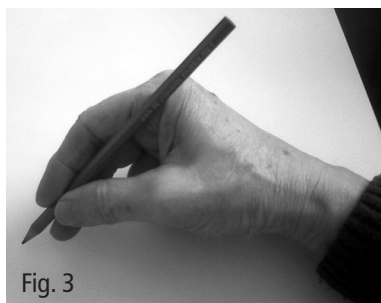
Nella valutazione dovranno essere presi in considerazione la capacità di realizzazione grafica, il valore creativo della composizione, il significato verbalizzato che il bambino dà al disegno e ai significati intuibili graficamente espressi, ma non verbalizzati.

#### ■ Impugno dell'attrezzo grafico

Possiamo distinguere diversi tipi di impugno. La modalità più semplice di norma presente nei primi tentativi è l'*impugno a cacciavite*: l'attrez-

zo è contenuto nel palmo della mano e l'estremità scrivente sta tra il primo dito e la seconda falange del secondo dito. L'impugno corretto è tra i polpastrelli del primo e secondo dito, con il terzo dito che funge da appoggio: le prime due dita muovono l'attrezzo, il terzo segue passivamente; questa è la postura corretta che permette una più facile gestione della matita e un minore impegno di energia (figura 3); tutte le altre impugnature richiedono un maggiore impegno energetico e facilitano ipertoni alle dita, al polso e facile diffusione a tutto l'arto, specie nelle fasi di acquisizione della grafia.

La figura 4 (10 anni) presenta un ipertono delle ultime falangi e una presa troppo vicina alla punta, posizione che può limitare la visione del tratto. La figura 5 (6,2 anni) mostra un aggroviglio delle dita con il secondo dito bloccato dal primo e il terzo che blocca il primo: questa presa anomala crea un ipertono a tutta la mano, assenza di libertà d'azione delle dita e del polso; il tracciato viene realizzato con tutto l'arto. Nella figura 6 (6,5 anni) il primo e il terzo dito gestiscono la matita, mentre il secondo aggancia la parte alta della matita con la possibilità di interven-



# Analisi di casi e correlazioni con la realtà

Il lettore non si aspetti di trovare risposte preformate o modalità tecniche per risolvere le problematiche infantili con la psicomotricità. L'utilizzo dell'intervento psicomotorio richiede in primis un'adeguata formazione personale relativa all'approfondita conoscenza del sé, sia per le caratteristiche psichiche che corporee, senza la quale risulta difficile entrare in un'adeguata relazione terapeutica. Non meno importanti saranno la conoscenza delle modalità di apprendimento delle competenze, il vissuto del bambino, il complesso gioco delle dinamiche intra familiari, i codici educativi e relativi riflessi sullo sviluppo, un'ottima conoscenza della neuropsicologia, delle competenze motorie e relativi disturbi. Nelle problematiche relazionali è il bambino che traccia il suo percorso di sviluppo; la psicomotricista saprà accompagnarlo con disponibilità, competenza e capacità sintonica alle problematiche che verranno elaborate durante le sedute.

Nelle patologie su base organica o disfunzionale, oltre alle sopra menzionate modalità di intervento terapeutico, saranno necessarie competenze specifiche di stimoli evoluti e di strategie adattative sempre nel rispetto dell'unità della persona.

Queste impostazioni non possono essere realizzate con metodi condizionanti (ABA, EIBI, Teacch o similari) dai quali la psicomotricità si differenzia completamente e ne prende le distanze.

Sono stati scelti alcuni casi significativi per il tipo di problematica, la modalità di conduzione, il processo terapeutico e il supporto parenta-



## ? IPOTESI PSICODINAMICA DEL PROCESSO PATOGENETICO

Il ricovero ospedaliero ha determinato all'inizio una situazione abbandonica, sulla quale si è progressivamente innestata la distorsione autistica in una situazione di difficoltà materna a dare le adeguate cure e apporti affettivi.

*G* inizia la psicoterapia<sup>27</sup> a 7 anni con la frequenza di una seduta alla settimana.

### 1<sup>a</sup> seduta

*G* entra si siede per terra in un angolo vicino alla porta e vi rimane a lungo senza parlare, è in ansia, tiene in mano un fazzoletto che ogni tanto mette in bocca e succhia. Mi pongo, seduto a terra, a una distanza di rispetto di circa 4 metri e come messaggio di disponibilità gli invio lentamente una palla, che viene respinta in altra direzione. *G* pone continue e ripetute domande. “È la luce?”, “Perché?”, “Quello è l'interruttore?”, “Accende la luce?”. Alle mie risposte sembra completamente disinteressato, anzi spesso è lui stesso che dà le risposte. Data la ripetitività delle domande, dopo le prime affermazioni smetto di dare risposte e mi limito a permanere alla distanza precedentemente assunta, accettando la sua ansia. Per tutto il resto della seduta rimane nel suo angolino ripetendo le precedenti frasi.

### 2<sup>a</sup> seduta

*G* si siede nello stesso angolo, ha un bicchierino di plastica che manipola nervosamente e chiede: “La porta è chiusa?”, “Dov'è la mia maestra?”, “Dov'è il bagno?”, “Questa è una casa?”. Io sono nella stessa posizione della seduta precedente, gli faccio rotolare vicino una palla che rifiuta e lancia in altra direzione; si isola ancora di più rannicchiandosi e volgendo il viso contro il muro. Rimango immobile e in silenzio per cinque minuti, poi lentamente gli lancio un capo di una corda che lui afferra subito per poi rilasciarlo dopo qualche secondo. Con i cuscini<sup>28</sup> costruisco un muro davanti a *G* che ne prende uno e si dondola sopra.

<sup>27</sup> Questo caso è stato condotto da Roberto Carlo Russo, neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta con *impostazione psicoterapeutica a mediazione corporea*, pertanto equivalente a terapia psicomotoria. Con *T* si intende il terapeuta.

<sup>28</sup> Per il materiale della sala di psicomotricità riferirsi al paragrafo 4.3.2.

La carenza affettiva determina nella bambina un congelamento evolutivo e le manifestazioni coatte della necessità di svestire e vestire sé, la madre e le bambole. La necessità di spogliarsi (imponendolo anche alla madre) e correre liberamente nuda richiama la spontaneità e la necessità biologica di attenzione al proprio corpo e a quello della madre, per il suo bisogno di gratificazioni corporee che non può accettare per la carenza affettiva materna. Il vestirsi e far rivestire anche la madre richiama la necessità di progressione evolutiva che si manifesta anche sulla bambola, sottolineando pertanto le sue potenzialità di investimento libidico sul mondo degli oggetti.

Le buone potenzialità intellettive hanno permesso a *E* l'affermazione del sé, la progressione verso il simbolico, l'attività di gioco simbolico con le bambole, rappresentando con esse la pretesa di apporto d'amore.

*E* è cosciente della carenza e richiama frequentemente la madre sulle sue necessità, la madre permane in una situazione di dipendenza, di delusione e di carenza affettiva, rafforzando la sua incapacità a dare le modifiche atte a permettere un'uscita in senso evolutivo.

Le manifestazioni di *E* evidenziano le sue potenzialità di sviluppo, la valida carica vitale e la volontà di affermazione.

## → EVOLUZIONE

In questo caso la terapia individuale ha dato buoni segnali di ripresa, ma è stata la notevole capacità di cambiamento dei genitori e la collaborazione con la scuola a permettere l'emergere della spinta evolutiva. I genitori (non senza difficoltà e dubbi, ma con costanza) hanno accettato il problema posto dalla situazione patologica, hanno scoperto le loro difficoltà di relazione con i figli, progressivamente hanno accresciuto la loro disponibilità affettiva, hanno collaborato attivamente nel supporto e hanno seguito i consigli educativi che venivano dati in rapporto alla progressione della bambina.

L'insegnante di sostegno, con cui c'è stata un'ottima collaborazione, è stata un trainer per le altre figure professionali scolastiche, permettendo così un rapporto significativo di *E* con l'impegno oneroso della scuola. Le buone capacità intellettive della bambina e la sua ferrea vo-

lontà di affermarsi hanno completato i fattori di influsso positivo per la risoluzione del problema.

A 15 anni, contattata telefonicamente la madre, *E* ha ottenuto la licenza media con buoni voti, è iscritta al liceo artistico, ha amicizie, esce da sola per commissioni, è bravissima in cucina e spesso fa lei da mangiare per la famiglia. Viene seguita da una psicologa una volta alla settimana, come a suo tempo consigliato.

A 18 anni, contattata telefonicamente la madre, *E* è passata dal liceo artistico a una scuola professionale di cucina, che sta ultimando. Ha buone relazioni con le amiche, in famiglia è collaborativa, buona capacità logica, valido processo di maturazione e indirizzo della sessualità. Ha terminato il supporto psicologico.

Disegno di *E* a 11 anni (figura 16).



Figura 16