

COS'È L' E.I.T.

Romeo Lucioni - Loredana Reddavidè - Aldo Fumagalli

Romeo Lucioni psichiatra e psicoterapeuta ha ideato l'E.I.T. - *terapia di integrazione emotivo-affettiva* - strutturandola come tecnica psico-terapeutica basata sui fondamenti della psicomica e della psicoanalisi, utilizzando anche le basi teorico-pratiche dello psicodramma (Moreno), della psicodanza (Rojas Bermudez), dell'eutonia, della terapia senso-motoria e del Tai-chi-chuan.

Tutte queste applicazioni pratiche si sono aggiunte, senza dubbio, all'osservazione-interpretazione psicomica e si sono arricchite dell'esperienza psicoterapeutica individuale e di gruppo così che il significato di *integrazione* usato nell' E.I.T. deriva dalla struttura concettuale fondata sulla psicologia dell' Io posta come cardine o punto focale di partenza (l'analisi) e di arrivo (il dimensionamento psicologico del soggetto nelle sue dinamiche conscie ed inconscie).

Il modello terapeutico si compone di diversi momenti che corrispondono ad altrettante aree di strutturazione personologica e si riferiscono a:

- ?? **integrazione senso-motoria:** che sviluppa le funzioni sensoriali e percettive mettendole in relazione con le capacità motorie semplici e complesse, oltre che con lo schema corporeo inteso come Sè e come Sè nello spazio;
- ?? **integrazione emotivo-espressiva:** che concerne la capacità di modulare le proprie emozioni e di esprimerle con il corpo, la postura, gli atteggiamenti, la motricità;
- ?? **integrazione emotivo-affettiva:** rappresentata dalle possibilità di mettere in relazione emozioni e sentimenti, cioè di comunicare sensazioni intime all'Altro che ci sta osservando e che ci accompagna;
- ?? **integrazione affettivo-relazionale:** si tratta di acquisire la capacità di tenere conto del feedback relazionale e valorizzare l'esperienza dell'Altro;
- ?? **integrazione cognitiva:** che interessa lo sviluppo delle capacità cognitivo-intellettive, considerando anche l'ambiente, le relazioni e le risposte emotive.

Il paradigma dell'E.I.T. consiste nel compattare e ristrutturare le funzioni emotive, affettive e cognitive che sono la base del funzionamento adattivo-volitivo dell' IO. Ricostruire il senso di sé, l'autovalorizzazione e l'autosoddisfazione significa produrre un cambiamento della visione del Sé di fronte a se stesso, alla famiglia ed al mondo e permettere di costruire una metafora percettiva semplice, ma pregnante e significativa: IO POSSO.

Da questo si evince come il processo di "crescita" non può basarsi su una programmazione di insegnamento (teaching), ma, fundamentalmente, su un apprendimento (learning) che risulta autoapprendimento nella misura in cui si delinea come spinta soggettiva e come volontà di rispettare e credere nelle proprie potenzialità.

Proprio per questo l' E.I.T. permette di superare tentennamenti e blocchi psico-mentali che si sono strutturati come reazioni "inevitabili" a:

- frustrazioni

- colpevolizzazioni (depressione)
- ansie ingiustificate
- paura di sbagliare
- angoscia di fronte ai rifiuti
- sensi di inadeguatezza
- ricordi di traumi infantili
- sensazione di non poter controllare le proprie emozioni ed i sentimenti più profondi.

L' E.I.T. è stata studiata da Romeo Lucioni sulle basi della TIMOLOGIA, scienza degli affetti, basata sugli studi sull'**intelligenza affettiva** che organizza lo psichismo dell'uomo, controllando ed amalgamando le funzione dell'**intelligenza emotiva** a quelle dell'**intelligenza cognitiva** o **razionalità**.

Il *mondo degli affetti* è il *mondo dei valori* che, partendo dal *valore del sé* come **Io-ideale** può strutturare il *valore dell'Altro* , quindi, la valorizzazione dell'Altro come *Altro da salvare*.

Tale visione poetica della vita diventa un fondamento vitalizzante che stimola l'attenzione, la memoria, la motivazione, la volontà, il desiderio ed il piacere.

In questo l' E.I.T. si legge come intervento globale e globalizzante capace di:

- ?? strutturare il senso di sé su basi di auto-valorizzazione ed auto-soddisfazione;
- ?? sviluppare l'intelligenza affettiva e l'Io-ideale;
- ?? togliere le barriere che impediscono lo sviluppo psico-mentale (affettivo e cognitivo);
- ?? aprire le porte alle potenzialità cognitive;
- ?? eliminare l'ansia ed il panico generati dalla consapevolezza delle difficoltà concrete che devono essere affrontate;
- ?? strutturare la volontà;
- ?? programmare il proprio destino non come incombente responsabilità, ma come felicità per aver raggiunto i propri obiettivi e strutturato la personalità;
- ?? creare nell'inconscio un modello che si fonda sulla autocoscienza racchiusa nelle lettere scolpite nella mente: IO POSSO.

Da questo si comprende come l' **E.I.T.** possa essere considerata una scienza (fondata su una struttura teorica psico-neuro-biologica ed una prassi organizzata su interventi codificati) che si occupa del RECUPERO e della RIABILITAZIONE.

In questi termini riassume il suo aspetto di *intervento globale* sulla persona nella quale vengono considerati aspetti funzionali motori, emotivi, affettivi e cognitivi e, come modello riabilitativo, tiene conto di disfunzioni, di disorganizzazioni, di disabilità.

Ponendo il suo interesse nell'uomo, in una dimensione olistica, l' E.I.T. non considera malattie, diagnosi e neppure cure, poiché il suo compito non è quello tradizionale di guarire, bensì di ripristinare funzioni in disuso (motorie e/o psichiche) e di riorganizzarle in una inter-relazione armonica che definiamo *integrata* .

Possiamo anche affermare che l' E.I.T. non mira solo all' *autosufficienza*, come altre scienze della riabilitazione, ma tende a riattivare l' *autonomia*, motoria e psichica, l'espressione di un funzionamento efficace dell'autovalorizzazione, di una valida coscienza di sé, di una struttura ioica integrata.

Se la *malattia* e la *menomazione* si riferiscono ad anomalità del funzionamento (per distinti motivi) di un organo o di un sistema, l' E.I.T. si riferisce al ripristino

non di una funzione, ma dell'armonico interagire tra funzioni psico-neuro-biologiche che interessano capacità intellettive (memoria, pensiero, creatività, volontà), psicologiche (percezione, attenzione, emotività, affettività), comportamentali, relazionali e sociali. In altre parole, la *disabilità*, affrontata dall' E.I.T., non riguarda una specifica funzione, ma il soggetto nel suo insieme, nella sua dimensione olistica disorganizzata da errate interazioni tra sistemi biologici, psico-affettivi e psico-intellettivi.

In questa ottica l' *equilibrio* da raggiungere è un VALORE SUPREMO, una virtù che ri-unisce in sé parti intellettive (cognitive), parti creative (emotive) e parti affettive (legate al desiderio ed al piacere auto ed etero-riferito). Le capacità di pensare, di creare e di godere sono, in fondo, quelle funzioni che l' E.I.T. tende a ripristinare, rinforzare ed integrare in una dimensione che possiamo definire "poetica" e che dà senso alla vita.

La "poetica della vita" è un aspetto ecologico che è "rispetto della natura" che diventa "rispetto della natura umana" composta di corpo, pensiero, emozioni ed affetti.

E.I.T. come TERAPIA

Quando presentiamo l' E.I.T. come un intervento terapeutico, ci riferiamo ad una precisa "cultura terapeutica" che è sottesa da una posizione teorica fondata sui principi della psicologia dell' Io, ad una prassi codificata e ad una attenta valutazione dei risultati .

Per altro lato, la "nostra cultura terapeutica" dà una totale preminenza ad una concezione univoca e globale dell'uomo per la quale ci poniamo di fronte ad un individuo che soffre e che ha dei problemi. In questo modo il nostro intervento risponde ai parametri di una "scienza antropologica" che, al di là dei dettami clinici, propone un "incontro interpersonale", capace di cogliere le modulazioni esistenziali, le contrapposizioni, gli smacchi ed i successi.

l' E.I.T. dunque si basa su :

- ?? lavoro di gruppo
- ?? uso della musica
- ?? utilizzo del movimento e della danza
- ?? impiego di oggetti simbolici e/o transizionali
- ?? ricostruzione di situazioni relazionali simboliche

con un continuo controllo ed una attenta interpretazione dei vissuti letti come espressioni fenomenologiche di processi psicodinamici espliciti e/o impliciti e profondi.

Nell' E.I.T. il processo terapeutico è innovativo in quanto:

- pone il soggetto al centro dell'intervento;
- valorizza le potenzialità, oltre che le capacità individuali;
- mira ad una visione globale del "sistema" che è individuato nella relazione;
- tende alla riabilitazione, più che alla cura, proponendo come obiettivo il reinserimento sociale e, in questo, la vera qualità della vita;
- è strutturato su principi e metodi multidisciplinari, oltre che su basi teoriche che derivano dalla prassi (e non che la generano);

cerca un miglioramento continuo perché:

- è strutturata sulla persona, sulle sue caratteristiche anatomo-funzionali, ma anche emotivo-affettive, oltre che comportamentali;
- tiene conto delle trasformazioni che si instaurano nella relazione in base all'analisi del transfert;

- si organizza in una globalità, cioè tenendo conto degli aspetti motori, emotivi, affettivi, cognitivi, comportamentali e di apprendimento, considerati in continua integrazione ed in reciproca interazione.

Si auto-regola sulla base dei risultati che vengono monitorati attraverso scale studiate ed organizzate ad hoc.

Questo approccio "globale" diventa quindi un "percorso" costituito da parti biologiche, psicodinamiche, cognitive, sociali e culturali, ma nel quale si tiene conto della singolarità e della coesistenza, così che l'incontro con l'altro è sempre un "entre-deux" che, quindi, presuppone anche il coinvolgimento dei terapeuti.

Le "sedute" si trasformano così in "esperienze condivise" ed è proprio questo aspetto che dà significato terapeutico al lavoro finalizzato all'integrazione della personalità, attraverso una "potenza esistenziale delle nostre intuizioni di similarità" (come dicono A. Ballerini e B. Callieri) ed una pregnante ed antropologicamente valida "condivisione". Tale concezione della "funzione terapeutica" si concretizza nel bisogno di empatia, in un atteggiamento di tolleranza e di accettazione, in rassicurazioni oblativo e supportive, in contenimento con finalità di incitamento e, soprattutto, in impegno e "presenza" che strutturano un modello ed un "oggetto desiderabile".

CASI CLINICI

A

Presso la struttura del Centro di Assistenza e Riabilitazione di Como sono stati seguiti per un periodo di circa quattordici mesi i seguenti casi: Ivano, Massimiliano, Milena, Alessandro, Alessandro (piccolo), Valentina, Rosa dei quali riportiamo brevemente la storia terapeutica.

1 - IVANO anni 13.

Autistico, diagnosticato sin dai 3 anni; seguito da diverse istituzioni specializzate senza risultati importanti. Comincia la terapia E.I.T. nel novembre 2000 presentando:

- chiusura autistica;
- incontinenza emotiva grave;
- siderazione affettiva e rifiuto violento dell'approccio interpersonale;
- gravi disturbi comportamentali con marcata aggressività (graffia, sputa, calcia, afferra gli orecchini, le catenine e gli indumenti degli operatori), anche nei confronti delle maestre, delle educatrici e delle assistenti;
- disprassia e marcata difficoltà nell'eseguire i movimenti complessi;
- umore depresso evidenziabile in uno sguardo "triste";
- alessia;
- agrafia;
- difficoltà di comprensione e impossibilità ad eseguire ordini anche semplici;
- mancato controllo degli sfinteri.

Nell'arco di quattordici mesi di terapia le prime osservazioni si sono via via modificate e attualmente si evidenzia:

- la chiusura autistica si è "sciolta" in gran parte poiché Ivano partecipa alle attività terapeutico-riabilitative e alla relazione interpersonale, accettando anche il lavoro di gruppo;

- l'incontinenza emotiva è controllabile anche se, spesso, attraverso il contatto fisico con il terapeuta che lo tiene per mano;
- l'affettività si dimostra modulata e positiva sia nei confronti del sé (comparsa di iniziative; accettazione di esperienze nuove e di "mettersi alla prova"; soddisfazione per i risultati ottenuti) che degli altri (accoglienza festosa quando si inizia la terapia; adeguamento agli ordini; approccio affettuoso con tutti i componenti del setting terapeutico; accettazione della vicinanza fisica);
- risoluzione dei gravi disturbi comportamentali poiché Ivano si comporta perfettamente nel setting terapeutico. Anche nella vita di comunità, è molto più controllato e, se è di fianco al terapeuta, esprime affettuosità nei confronti di compagni, maestri, educatori, assistenti e inservienti;
- ormai il ragazzo riesce a muoversi correttamente: corre, salta, si gira su se stesso, sale e scende le scale correttamente e senza aiuto, sale e scende dallo scivolo, afferra le palle e i cerchi (dopo i primi sei mesi di terapia ha imparato a estrarre la lingua su ordine);
- il suo umore è improntato a distensione e spesso sorride e/o ride di fronte a qualche situazione che gli risulta emotivamente soddisfacente;
- il linguaggio è forse l'area che meno si è modificata e il ragazzo dice solo poche parole anche se, per lo più, scandisce quasi musicalmente le sillabe;
- comincia ad accettare di sedersi al tavolo con il terapeuta, di prendere le matite e di colorare anche se per il momento siamo ancora lontano da un vero grafismo;
- Ivano si è dimostrato un bambino con innegabili capacità cognitive e ormai comprende perfettamente gli ordini e tutto quanto gli viene detto;
- il controllo degli sfinteri è quasi del tutto raggiunto e ha cominciato a produrre la minzione in posizione eretta;
- la tenuta è migliorata notevolmente e ormai può lavorare senza interruzioni anche per quasi due ore;
- da quando era un bambino di pochi anni non era possibile portarlo in automobile perché distruggeva tutto; ora, con il terapeuta, si siede in automobile, accetta le cinture di sicurezza, partecipa attivamente all'esperienza con piccole grida di soddisfazione o con hoo! di sorpresa per una curva stretta o qualche "sbandata", saluta con il suo caratteristico "Ciao" le persone che transitano a piedi o in bicicletta sulla stessa strada, riconosce i luoghi già visitati e, per esempio, fa il segno della croce quando ci si avvicina alla chiesa dove ci fermeremo per una breve visita e per accendere la candela che lui indica con un soffio (come se volesse spegnerla);
- comincia a prendere iniziative proprie e a fare in autonomia anche esercizi che tempo addietro non accettava minimamente.

Osservazioni:

il lavoro fatto con Ivano è stato veramente proficuo e si aprono ampie possibilità di recupero e di riabilitazione anche sociale oltre che comportamentale, emotiva, affettiva e cognitiva. Il lavoro terapeutico deve continuare per raggiungere una autonomia personale e lo sviluppo del pensiero simbolico che porterà il soggetto ad ampliare la sfera degli apprendimenti e, soprattutto, a generalizzare, cioè a trasferire i miglioramenti non solo nel rapporto con il terapeuta, ma anche con le altre figure dell'Istituto e della famiglia.

2 - MASSIMILIANO: anni 13.

la sintomatologia autistica che è stata evidenziata, in realtà non può essere riferita ad un vero quadro autistico in quanto il ragazzo dimostra una quantità di dati somatici che fanno ritenere più probabile un quadro di “disturbo dello sviluppo su base dismorfico-biologico”.

Seguito da molti anni da specialisti in realtà erano stati pochi i risultati positivi per cercare di superare il blocco dello sviluppo psico-mentale i disordini comportamentali che hanno portato all'istituzionalizzazione.

Quando nel novembre 2000 ha cominciato la sua terapia E.I.T. l'osservazione clinica evidenziava le seguenti caratteristiche:

- non parla e non capisce quanto gli viene richiesto;
- chiuso in se stesso (spalle ricurve con mani ad artiglio) presenta notevole rigidità muscolare;
- sta per lo più sdraiato con le mani nei pantaloni in atteggiamento masturbatorio;
- è molto pigro e rifiuta qualsiasi tipo di attività;
- non accetta di guardare la sua immagine riflessa nello specchio e tende a vedere di sottocchi i luoghi e le persone;
- è incapace di eseguire movimenti complessi per una grave carenza di coordinazione;
- manifesta la sua opposizione con gridolini stereotipati;
- la tensione emotiva induce un atteggiamento di compulsività motoria che porta ad afferrare violentemente tutto ciò che gli capita a tiro, provocando, in questo modo, ecchimosi sulle braccia degli operatori;
- comprende gli ordini più semplici, anche se non esegue spontaneamente i compiti richiesti e deve essere continuamente stimolato dall'operatore.

Dopo quattordici mesi di terapia E.I.T. si osserva:

- l'andatura è più sciolta e i movimenti sono meno rigidi; ha imparato a scendere e a salire le scale usando alternativamente le gambe ed in modo autonomo;
- accetta di guardarsi allo specchio, anzi, sorride contento, forse, riconoscendosi;
- a volte ha iniziativa e guida l'operatore verso i luoghi che preferisce;
- si oppone meno violentemente ad eseguire esercizi che richiedono un impegno fisico;
- non tiene più le mani dentro ai pantaloni, evitando così il giocherellare con i genitali (questa conquista si evidenzia sia a casa che a scuola);
- per brevi lassi di tempo guarda in faccia alle persone del setting;
- l'incontinenza emotiva è parzialmente superata, anche se una stimolazione troppo intensa produce ancora reazioni critiche di tipo ipertonico;
- se tenuto per mano comincia a calciare il pallone interagendo anche con altri compagni;
- è ancora difficile lavorare con lui con la palla, ma accetta più facilmente i cerchi anche se anch'essi provocano paure;
- la tenuta sul compito è migliorata e raggiunge anche l'ora, ma il lavoro più coinvolgente lo stanca maggiormente.

Osservazioni:

il lavoro terapeutico ha portato a qualche miglioramento nello sviluppo psico-mentale, ma i risultati sono insufficienti dimostrando la componente anatomico-cerebrale della sindrome di cui è affetto il soggetto.

3 - MILENA anni 12.

Questa bambina affetta da sindrome psico-mentale complessa con componenti fisico-genetiche e psicologiche è stata seguita per molti anni con scarsi risultati evolutivi.

All'inizio della terapia E.I.T., novembre 2000, presentava i seguenti aspetti clinici:

- impaccio motorio molto evidente con notevole difficoltà di coordinazione e posturale;
- scarsissimo equilibrio e rigidità degli arti superiori ed inferiori; non flette il dorso per paura di cadere;
- incapacità di scendere le scale usando alternativamente le due gambe;
- stimolata ad eseguire qualsiasi attività motoria, presenta intense reazioni emotive: attacchi di ansia, gridolini di paura;
- durante le prime sedute di terapia si irrigidiva, incominciava a sfarfallare ripetutamente le mani, si guardava intorno perplessa e spaesata;
- difficoltà di relazionarsi con l'operatore, evidenziando scarsa fiducia nei suoi confronti e insicurezza in se stessa;
- sorrideva alla sua immagine nello specchio (autoidentificazione) e dimostrava di possedere una buona concezione del suo schema corporeo;
- scarse capacità cognitive (attenzione, concentrazione, memoria) e notevole difficoltà di tenuta sul compito;
- i movimenti erano sempre rallentati ed anche il linguaggio fluiva in maniera cantilenante.

Dopo quattordici mesi di terapia si osserva:

- miglioramento evidente nell'esecuzione di movimenti fini e complessi, dimostrando di aver acquisito maggior equilibrio e coordinazione (scende le scale con entrambe le gambe ed in modo autonomo);
- maggior contenimento emotivo, controllando la paura e le reazioni e accettando le novità del setting terapeutico;
- instaura relazioni con persone diverse acquisendo maggior coscienza di sé ed accettando l'Altro;
- sa scegliere tra i compagni quelli ai quali richiede una maggiore attenzione affettuosa;
- leggero miglioramento della tenuta e dell'attenzione;
- dimostra una acquisizione mnestica delle modalità necessarie per eseguire i diversi esercizi riabilitativi e, a volte, anticipa l'operatore nell'adeguamento del setting agli stessi;
- l'eloquio è più sciolto e più comprensibile;
- la comprensione degli ordini risulta più precisa, pronta ed efficace per produrre la risposta.

OSSERVAZIONI:

il lavoro con Milena ha dato buoni risultati, ma sono necessari ulteriori e precisi interventi per migliorare non solo le funzioni prassiche, ma anche quelle più specificamente cognitive.

4 - ALESSANDRO: anni 15

Affetto da sindrome di Down il ragazzo è giunto alla istituzionalizzazione a causa dei gravi disturbi comportamentali e all'insufficiente sviluppo psico-mentale ed educativo-formativo.

All'inizio della terapia E.I.T. (novembre 2000) l'organizzazione psico-mentale era caratterizzata da un profondo senso di sfiducia nei confronti del sé che si traduceva in senso di incapacità e di inadeguatezza che il giovane riferiva con "... io so che sono diverso, me lo dice anche mio padre So che non posso fare le cose che fanno gli altri Lo sai che sono un Down?".

Questo atteggiamento organizzava una ideazione controfobica che sfociava in senso di superiorità onnipotente e in una "pseudo-cerchezza" di poter essere e di attuare una qualsiasi attività professionale.

La tenuta sul compito si riduceva a pochi minuti e il ragazzo tendeva subito a sdraiarsi dicendo di essere "sfinito".

Si evidenziava anche:

- incontinenza emotiva molto accentuata che si strutturava in una vera paura nell'affrontare "il nuovo";
- non accettazione della vita in Istituto, delle regole imposte, della relazione con i compagni ritenuti "inferiori, incapaci ed handicappati";
- iperproduzione eidetica con immaginazione sfrenata nel creare situazioni quasi sempre catastrofiche;
- disagio nell'accettare di far parte di un setting terapeutico, preferendo stabilire un rapporto privilegiato, quasi simbiotico, con l'operatore;
- lo sviluppo psicomotorio era decisamente deficitario, poiché i sensi di inadeguatezza hanno sempre inibito le iniziative e l'esecuzione di attività ginnico-sportive;
- venivano riferiti gravissimi errori comportamentali nell'ambito familiare che, addirittura, avevano portato al lancio di un coltello verso la madre. Questo ambito sembrava essere particolarmente conflittivo, anche perché, a volte, il padre reagiva con violenza alla iperstimolazione incomprensibile ed ingiustificata provocata dal figlio. La figura di riferimento sembrava essere il nonno verso il quale, però, Alessandro evidenziava un atteggiamento simbiotico;
- spesso la tensione emotiva era controllata attraverso modalità controfobiche che consistevano nel darsi verbalmente, sottovoce, delle regole di comportamento: "... devi cercare di controllarti ... ha ragione I. (la terapeuta), devi comportarti bene ...".

Con quattordici mesi di terapia E.I.T. specificamente indirizzata sulla relazione interpersonale si è ottenuto:

- miglioramento nel contenimento emotivo, per cui il ragazzo può accedere con maggiore positività alle varie attività terapeutiche. Questo ha indotto la Direzione dell'Istituto a proporre un lavoro a carattere di "pre-inserimento lavorativo" frequentato quotidianamente con profitto altalenante, ma con evidenti miglioramenti di tenuta e precisione;
- accettazione con meno paura di esperienze nuove, gestendo le angosce relative;
- possibilità di lavorare in gruppo, instaurando relazioni diversificate, pur privilegiando il rapporto 1/1 con il terapeuta;
- lavoro in modo continuativo per lassi di tempo accettabili;
- acquisizione di un discreto senso della realtà, riuscendo sovente a staccarsi dalle sue fantasie.

Pur evidenziando sempre marcate "carenze affettive" Alessandro riesce a trovare le modalità per accettare le regole ed adattarsi alla vita lontano dalla famiglia. In

casa il comportamento è più adeguato; non si evidenziano più crisi e la famiglia accetta con maggior disponibilità la sua presenza.

Nel setting terapeutico il ragazzo viene utilizzato, per brevi periodi, anche come "aiutante" (ricevendo un minimo compenso), soprattutto perché ha cominciato a dimostrare le sue notevoli doti di palleggiatore e di calciatore.

La tenuta sul compito e l'adeguatezza comportamentale hanno permesso anche di iniziare sedute di ippoterapia con un grande beneficio per quanto riguarda il senso di sé, autostima e l'autosoddisfazione.

Osservazioni:

i miglioramenti ottenuti con la terapia E.I.T. fanno ben sperare per un prossimo futuro di integrazione sociale, tenuto conto anche dell'età del giovane che in breve dovrà lasciare l'Istituto.

5 - ALESSANDRO (piccolo): anni 11.

Nella psicopatologia di Alessandro prevalgono i disturbi della comunicazione. Osservandolo si scopre che il bambino possiede una precisa e ricca capacità di articolare le parole che vengono riunite, non in frasi strutturate e di senso compiuto, ma accostate in modo casuale, senza nessun legame né per assonanza, né per significato, né, tanto meno, per esternare un pensiero e/o per rispondere ad uno stimolo, ad una domanda o ad una richiesta. A volte le parole sono ripetute in forma stereotipata, magari accompagnando un gesto o un movimento, senza che, tuttavia, ci sia un nesso logico.

Attira l'attenzione la siderazione affettiva che caratterizza le modalità relazionali del bambino in quanto il contatto interpersonale risulta sempre fugace, impreciso e, soprattutto, dominato da divincolamenti e fughe repentine.

Diventa estremamente difficile lavorare con lui, anche perché un esercizio non sembra mai memorizzato e, sebbene ripetuto molte volte, rappresenta una novità. L'espressione mimica è avulsa dal vissuto, ma smorfie di dolore e di sofferenza intensa, sembrano generate da sensi di frustrazione, contenimento e costrizione. La terapia E.I.T. è stata interrotta in seguito all'introduzione di una terapia farmacologica con neurolettici che ha determinato prima, reazioni di tipo narcolettico e, successivamente, discinesie, eccitazione psicomotoria, opposizione, aggressività ed auto ed etero-lesionismo.

Le modificazioni che si possono osservare dopo circa sei mesi dalla ripresa della terapia E.I.T. possono essere così evidenziate:

- contenimento della verbosità istintiva ed anticomunicativa;
- nella comunicazione il bambino sostituisce le parole con movimenti della bocca, senza emissione di suoni; sembrerebbe un tentativo di risposta frenata dall'impossibilità di ricordare le parole esatte. Sarebbe come dire che l'articolazione verbale è possibile se fatta in forma automatica, ma diventa improbabile quando le parole devono essere articolate rispettando un preciso significato: si potrebbe parlare di un fenomeno *dislessico*;
- la possibilità di eseguire esercizi o lavori motori (calcio, lancio della palla e dei cerchi) è presente solo attraverso un preciso e costante contenimento che impedisca la fuga e/o risposte motorie automatiche;
- l'espressività affettiva è sempre molto limitata, ma si denota un certo avvicinamento che presuppone riconoscimento ed un certo grado di accettazione del rapporto fisico che, comunque, deve essere limitato perché, se troppo intenso, genera rifiuto e fuga;

- il lavoro di gruppo è ancora molto difficile perché ad Alessandro mancano continuità, precisione, finalità e concentrazione.

L' E.I.T. presuppone l'uso della musica e si è osservato come il bambino ami questo genere di stimolo attraverso il quale si possono ottenere momenti di tranquillizzazione e di attività, secondo il brano ascoltato: in questo modo la musica diventa un mezzo di comunicazione, capace di fare interagire e di sviluppare la riabilitazione. Questo si è ottenuto anche migliorando il senso di autoidentificazione utilizzando cerchi dentro quali il soggetto doveva mantenersi. Durante la terapia c'è stato un periodo in cui Alessandro portava tutto alla bocca (colletto, maniche, ...) e, soprattutto, il collo di una bottiglia di plastica che, ossessivamente, teneva in mano. Proseguendo l'attività riabilitativa questo atteggiamento è andato via via scemando fino a scomparire.

Manca totalmente il controllo degli sfinteri e non si è ancora sviluppato nessun tipo di autonomia.

Osservazioni:

la terapia E.I.T., sebbene non sia riuscita a risolvere i gravi punti interrogativi della psico-patologia di Alessandro, resta tuttavia mezzo indispensabile per cercare di ristabilire vie di comunicazione, di integrazione interpersonale e sociale e, soprattutto, per attivare le potenzialità psico-mentali in un progetto di sviluppo e di crescita.

6 - VALENTINA: anni 12.

questa bambina, diagnosticata autistica, è stata istituzionalizzata per i gravi disturbi comportamentali.

- L'isolamento autistico si stabiliva, in questo caso, con una opposizione violenta e catastrofica ad ogni avvicinamento, che si manifestava con:
 - manierismi in tutto il corpo,
 - tics e smorfie,
 - movimenti incontrollati delle gambe,
 - conati di vomito provocati,
 - sputi,
 - incontinenza urinaria e fecale;
- si evidenziavano anche:
 - mancanza totale di iniziativa,
 - opposizione alla relazione (anche quando è con il terapeuta) che viene vissuta come modalità di controllo fisico,
 - tenuta minima in ogni tipo di attività motoria che sfocia nella fuga dal setting,
 - non accettazione della propria immagine riflessa nello specchio (quando si tenta di imporgliela provoca reazioni aggressive nei confronti dell'operatore).

Durante le sedute terapeutiche che si svolgono da circa quattordici mesi, si sono evidenziati progressi graduali e costanti; attualmente:

- sono spariti alcuni errori comportamentali gravi quali gli sputi verso gli operatori, i conati di vomito, l'incontinenza fecale;
- il controllo della minzione è notevolmente migliorato, stabilendo regole precise (possibilità di andare una sola volta in bagno);
- i manierismi, i tics, i movimenti incontrollati subiscono delle oscillazioni, variando di seduta in seduta, come reazioni a situazioni diverse o nuove;

- riesce a stabilire una relazione affettiva con la sua terapeuta: la riconosce e le corre incontro, dandole subito la mano per essere accompagnata al setting;
- gestisce l'ansia anche nel lavoro di gruppo (con operatori e compagni) e contiene reazioni di fuga di fronte a "bambini pericolosi", sperimentando con loro timide modalità di approccio che sfociano in affettuosi abbracci;
- l'insicurezza nell'esecuzione di esercizi complessi è molto migliorata poiché Valentina utilizza con sicurezza il tappeto elastico e l'asse di equilibrio, si lancia dalla cavallina sul materasso di gommapiuma e non teme di infilarsi in un tunnel creato espressamente;
- l'iniziativa è buona e si evidenzia con la capacità di scegliere attività preferite;
- accetta di lavorare davanti allo specchio e, stimolata, riesce anche a tirar fuori la lingua.

Osservazioni:

le prospettive terapeutiche sono essenzialmente positive anche se non si può ancora valutare la potenzialità riguardante lo sviluppo cognitivo soprattutto perché Valentina non è in grado di pronunciare nessuna parola.

7 - ROSA: anni 16

questa ragazza caratterizza il suo profilo psicopatologico con inadeguatezza cognitiva, incapacità di adattarsi alle situazioni relazionali di gruppo e/o sociali. Rifiuta decisamente ogni intento educativo-formativo, mentre dimostra predilezione ad eseguire piccole "faccende domestiche" e ad accudire compagni disabili gravi.

Il senso di sé e veramente impoverito, per cui risulta difficile farle eseguire attività anche solo motorie che, invece, sono possibili durante programmi ludico-ricreativi nei quali Rosa dimostra trasporto, ma una tenuta molto labile.

Nell'attività riabilitativa E.I.T. le si è dato il compito di aiutare il terapeuta nel suo lavoro con altri ragazzi; questo ha portato a:

- miglioramento della tenuta e della coordinazione motoria,
- arricchimento affettivo e partecipativo,
- ampliamento dell'autostima e dell'auto-soddisfazione.

Durante questo lavoro si è evidenziato anche un certo atteggiamento erotico-sentimentale sia nel confronto degli operatori che dei compagni, ma è stato altresì facile porre limiti, stabilire regole e, in ultima analisi, arrivare a comportamenti adeguati.

Purtroppo la tenuta sui compiti non è sufficientemente valida e per Rosa sono ancora necessari richiami continui, stimoli e gratificazioni.

Osservazioni:

l'insufficienza cognitivo-razionale di Rosa risulta un grave limite per l'andamento positivo della sua riabilitazione, ma la predisposizione alle attività assistenziali e la possibilità di instaurare validi rapporti interpersonali fanno sperare in sufficienti recuperi funzionali che permetteranno l'inserimento sociale ed anche lavorativo.

8 - KETTY: anni 10

questa bambina istituzionalizzata dal gennaio 2001 per problemi familiari, non ha ricevuto una diagnosi precisa per la complessità del quadro psico-patologico e le probabili complicazioni determinate dall'esperienza storica.

Si presenta:

- estremamente inibita, piagnucolosa, chiusa in sé e paurosa, con una espressione mimica decisamente rigida e depressa;
- fisicamente ricurva, con i piedi ruotati all'interno; insicura e goffa nei comportamenti motori complessi;
- risponde alle richieste con afferramenti e/o abbracci, quasi con un atteggiamento coatto verso la simbiosi;
- con i compagni, non è per nulla comunicativa e reagisce agli stimoli troppo intensi con urla e agitazione psicomotoria;
- con le figure "significative" assume atteggiamenti seduttivi che si esplicitano con carezze;
- il linguaggio è inconsistente, limitato a qualche suono gutturale;
- discreto l'adeguamento alle regole istituzionali.

Comincia la terapia E.I.T. nel gennaio 2001, dimostrando:

- adeguamento agli ordini soprattutto per un atteggiamento di adesività e di dipendenza verso gli operatori;
- buona tenuta più per rispetto che per autodeterminazione.

Con il passare del tempo, sino ai quattordici mesi, Ketty ha dimostrato i seguenti cambiamenti:

- la motricità è molto più fluida, automatica, precisa anche nei movimenti complessi;
- la risposta agli ordini dipende più da condivisione e motivazione che non imposizione; accetta di andare alla palestra senza titubanza ed anzi con decisione, sicurezza e buona predisposizione;
- l'atteggiamento psichico non è più dominato dalla paura, dimostrando una maggiore fiducia in sé e negli operatori;
- una maggiore autocoscienza si dimostra anche nella prova dello specchio che comincia ad essere accettata anche se si evidenziano incertezze nell'autoriconoscimento (segue maggiormente l'imitazione dell'operatore);
- gli afferramenti, come risposta alle tensioni suscitate dagli esercizi, sono ormai limitati al lavoro di gruppo dove vengono attuati anche con l'operatore più vicino;
- persiste la tendenza all'isolamento, soprattutto perché i compagni sono tendenzialmente evitati;
- dimostra una maggior capacità di esprimere opposizione agli ordini, rinunciando all'adesività controfobica, per dimostrare stanchezza o desiderio di finire;
- si evidenziano momenti di frustrazione quando non riesce ad eseguire qualche ordine o, soprattutto, quando non può esprimersi con parole adeguate;
- il linguaggio si è un poco arricchito, rimanendo limitato a qualche "sillaba" (nella scuola ha cominciato a copiare le parole);
- la tenuta sul compito, nel setting riabilitativo, è adeguato;
- nella riabilitazione cognitiva si evidenziano "ragionamento concreto e apprendimento per imitazione"; i puzzle vengono ricomposti in base alla forma delle tessere e non in base alla figura che si sta ricomponendo.

Osservazioni:

Il lavoro terapeutico-riabilitativo ha portato a evidenti miglioramenti della struttura motoria ed emotivo-affettiva e delle capacità cognitive e di apprendimento, anche se l'obiettivo della autonomia è ancora lontano.

Restano ancora dubbi sulla diagnosi clinica che, non avendo ricevuto un supporto dagli esami strumentali, resta ancora indirizzata al blocco psico-mentale che però non può sicuramente essere considerato come di tipo autistico, ma, piuttosto, reattivo e/o conflittivo.

9 - LUCA: anni 9

Istituzionalizzato per gravi disturbi comportamentali prima di cominciare una psicoterapia relazionale presentava le seguenti caratteristiche:

- grave incontinenza emotiva con reazioni aggressive nei confronti sia dei compagni che dei terapeuti: sia le frustrazioni che le gratificazioni personali provocano risposte inadeguate, a volte violente;
- l'atteggiamento psichico è decisamente improntato a sfida e a sfiducia nelle proprie potenzialità, con un senso di inadeguatezza per qualsiasi compito ("*... non sono capace!*");
- la "paura" blocca i meccanismi motori adeguati, così è quasi impossibile lavorare con lui perché la risposta alla tensione emotiva sfocia, quasi sempre, nel rifiuto, nella fuga e/o nell'aggressività;
- l'attenzione e la tenuta sul compito sono sempre molto limitate e usa "pretesti" personali per deviare l'attenzione dell'operatore;
- i disturbi comportamentali si riferiscono soprattutto ad una facile risposta aggressiva (sputi, graffi, calci, schiaffi) seguita, spesso, da sorrisi irritanti e provocatori;
- di fronte alle "marachelle" chiede "... mi picchi?" come se stesse sempre aspettando la repressione e/o la necessità di essere contenuto da precisi e rigidi limiti;
- si evidenziano gravi deficit cognitivi e difficoltà nella comprensione sia negli aspetti simbolici, ma anche in quelli concreti e rappresentativi.

Dopo l'intervento terapeutico-riabilitativo di quattordici mesi si può sottolineare che:

- è migliorato l'atteggiamento di fiducia nelle proprie potenzialità funzionali ed è notevolmente diminuita la "paura" nell'eseguire gli esercizi (afferrare la palla anche lanciata da una certa distanza; lanciarsi dalla cavallina; ricevere i cerchi);
- la capacità psicomotoria è molto più efficace, finalizzata e precisa così che il movimento è più armonico;
- l'attenzione sul compito è più valida, ma sempre legata alla motivazione personale e non tanto alla valorizzazione dell'ordine ricevuto; resta anche una necessità di ricevere continuamente rinforzi, incitamenti e/o promesse di gratificazioni;
- l'aggressività etero-diretta è ridotta e, soprattutto, più contenuta dalla "regole", ma la tensione non viene sublimata, al contrario, deviata su di sé attraverso morsi delle mani, dei polsi e delle braccia, oppure contenuta attraverso modalità ripetitive e compulsive che si manifestano come: irrigidimento degli arti superiori contro il corpo e flessioni per toccare il pavimento;
- non ha più bisogno di chiedere se sarà punito per le sue inadempienze, ma resta ancora un certo atteggiamento di sfida e di provocazione;
- la frustrazione è maggiormente contenuta e non provoca più reazioni incontrollate e catastrofiche;

- l'accettazione delle conseguenze dei suoi errori comportamentali e/o rifiuti ai compiti ed alle regole cominciano ad essere più frequente dimostrando l'inizio di funzioni adattive;
- lo stimolo "affettivo" continua a predominare; di conseguenza, la perdita (come momento di lasciarsi alla fine della seduta) è motivo di disillusione, di frustrazione e di rifiuto;
- il pensiero concreto si è rafforzato dando spazio anche al pensiero affettivo; non così per il pensiero simbolico, anche se si evidenziano notevoli, progressivi e costanti miglioramenti.

Osservazioni:

il lavoro terapeutico-riabilitativo ha chiarito le caratteristiche psico-patologiche che, nel loro carattere reattivo, possono essere riferite ad un "grave disordine caratteriale" che, quindi, giustifica la complessità del quadro, ma, soprattutto, la difficoltà ad ottenere cambiamenti positivi. Il vissuto egosintonico della espressività e l'impossibilità di valorizzare l'Altro (mancato sviluppo affettivo) portano a rendere difficile l'accettazione delle regole che, rifiutate come espressione di una valida "partecipazione e/o comunione" risultano sempre vissute come imposizioni e, quindi, una perdita della "libertà individuale" insopportabile.

Le prospettive terapeutiche restano, comunque, veramente buone, anche se richiedono di un costante controllo delle metodiche di applicazione e dei risultati ottenuti.

B:

presso il "Presidio Diurno di Riabilitazione per il Recupero Funzionale e Sociale di Soggetti Portatori di Disabilità Psicica, Fisica e Sensoriale" dell' A.G.R.E.S. di Cislago (Varese) sono stati seguiti per periodi di tempo che variano da pochi mesi a tre anni i seguenti casi:

1 - FRANK: anni 6

giunge alla nostra osservazione quasi per caso, su consiglio di una amica della madre la cui figlia pratica l'ippoterapia.

Ai tre anni le maestre della scuola materna notavano caratteristiche di isolamento, di svogliatezza, di indifferenza verso le attività educative per cui avevano messo in allarme la famiglia per un possibile "quadro di autismo" (sic!!).

La neuropsichiatra infantile dell'ASL aveva riconosciuto una "grave forma di autismo" e i genitori, indirizzati ad un Centro universitario specializzato, si sorpresero per la difficoltà dimostrata dai "professori" di arrivare ad una diagnosi precisa, anche dopo un periodo di osservazione di ben un anno e mezzo.

Il bambino iniziò una "psicoterapia" forse definibile più una ludo-terapia (una volta la settimana) piuttosto che un intervento di tipo psicodinamico o psicoanalitico..

All'osservazione presso il Centro di E.I.T., Frank, già di cinque anni e mezzo, si dimostra un bambino estremamente insicuro ed immaturo:

- piagnucola in continuazione;
- si spaventa di qualsiasi cosa gli si chiede di fare;
- piange disperatamente quando si cerca di metterlo in piedi sul cilindrone;

- l'incontinenza emotiva si accompagna ad un senso di sé veramente povero, che si manifesta nel non poter reggere, anche nel gioco, il minimo confronto con i coetanei;
- il rapporto con gli oggetti è buono;
- inadeguato lo sviluppo psicomotorio e le capacità motorie fini e complesse;
- la tenuta sul compito limitatissima;
- il contenimento della frustrazione inesistente.

Il quadro psichico può essere riferito ad un deficit strutturale dell' Io o come una "debolezza delle funzioni adattive dell'Io"; per altro lato, non si possono evidenziare segni riferibili ad una struttura psichica di tipo autistico.

In queste condizioni, Frank comincia una psicoterapia relazionale E.I.T. con il fine di raggiungere il più rapidamente possibile, per intero o in parte, i prerequisiti per accedere alle tecniche più specifiche della riabilitazione e all'ippoterapia, utili per rafforzare l'autovalorizzazione e per poter entrare nella scuola dell'obbligo (va sottolineato il fatto che il ritardo di una precisa diagnosi clinica o di una diagnosi funzionale non ha permesso di predisporre nessun tipo di ausilio o l'intervento di un docente di sostegno).

Nelle prime sedute terapeutiche, Frank ha dimostrato:

- buone qualità cognitive ed una predisposizione adeguata ad apprendere;
- il suo Io-debole lo portava a trovare enormi difficoltà per inserirsi nei lavori di gruppo (anche se piccolo
- l'impegno dei terapeuti e dei genitori hanno permesso di offrire sufficienti supporti per migliorare gradatamente ed in maniera evidente le sue performances.

L'inizio della scuola è stato piuttosto burrascoso soprattutto perché le insegnanti si sono trovate di fronte a difficoltà non segnalate, ma la professionalità ha permesso loro di creare per il bambino le condizioni di poter dimostrare chiare possibilità di miglioramento.

Oltre alla terapia Frank inizia sedute di TyLA (Tymology Learning Approach) specificamente indirizzate alla riabilitazione cognitiva, centrata sull'acquisizione di abilità prescolari (formazione di parole, lettura, scrittura, riconoscimento delle figure geometriche, dimensionamento nello spazio della riga e del quaderno) e sullo sviluppo della frase e della comprensione del testo, in sintonia con il programma scolastico.

Il bambino comincia anche l'ippoterapia che lo porta rapidamente ad acquisire le funzionalità specifiche per la guida, per il volteggio e per svolgere anche esercizi sulla groppa del cavallo tenuto fermo.

Tutte queste attività inducono in Frank:

- un migliore senso di sé;
- una più valida tenuta sui compiti;
- una più decisa "volontà" nell'eseguire tutti gli esercizi;
- una nuova capacità di raffrontarsi con i compagni e con l'Altro.

Sicuro di sé e spinto dal desiderio di "fare" e di "farsi vedere" viene tolto dalla psicoterapia ludica (ritenuta ormai dannosa poiché condizionava troppo il giovane a richiudersi in "fantasie, sogni, illusioni") si indirizza l'intervento terapeutico e riabilitativo verso l'impegno, la crescita e il confronto con la realtà.

La valutazione con il test TINV (test di intelligenza non verbale) ha evidenziato:

- ~~Età~~ età mentale adeguata perché di “circa sei anni” (il bambino compirà i sei anni a dicembre);
- ~~QI~~ un quoziente di nove anni per i disegni geometrici.

Frank viene tolto dalla scuola pubblica dove le maestre insistono nel non poter seguire un “bambino con problemi” e richiedono una “diagnosi di handicap” per poter chiedere una insegnante di sostegno e inserito in una scuola privata. Il bambino trova nel nuovo ambiente gli stimoli per impegnarsi e per dimostrare efficacemente le sue potenzialità e capacità.

Dopo questa analisi, possiamo ben dire che Frank ha ricevuto tutti quei supporti che riteniamo indispensabili per affrontare i disturbi riferiti come ritardo dello sviluppo psico-mentale. È stato trattato in maniera multidisciplinare con una rete di supporto che ha coinvolto i genitori, il terapeuta, i terapisti della riabilitazione, l'ippoterapia e maestre veramente sensibili e capaci.

Oggi, dopo un anno di trattamento, possiamo dire che è del tutto “normale”, cresce con ritmi normali ed è considerato assolutamente uguale a tutti gli altri dai compagni che hanno cominciato anche a frequentarlo in casa sua o a invitarlo.

C'è stato un breve periodo che preferiva la compagnia di compagne, ma ormai anche questo “limite” è superato e partecipa a tutte le attività che gli vengono proposte.

Continua la sua terapia E.I.T. e l'ippoterapia (è stata sospeso il trattamento TyLA) dimostrando:

- ottimo controllo della motricità fine e complessa e dell'equilibrio (sta tranquillamente in piedi sul rotolone ed anzi esegue da lì gli esercizi);
- buone capacità e velocità di comprensione degli ordini;
- buona tenuta sui compiti assegnati;
- discreta iniziativa nel proporre attività ed esercizi;
- capacità di affrontare il confronto con i compagni;
- impegno ed attenzione nell'esecuzione delle attività;
- ottima relazione con gli operatori ed anche con i compagni.

Osservazioni:

Si possono segnare alcune difficoltà per le quali risulta conveniente continuare la terapia soprattutto perché i miglioramenti sono costanti, ma si evidenziano ancora:

- lentezza nel mettersi in moto;
- una distraibilità che però è più legata ad una facile stancabilità che ad un abbassamento dell'interesse;
- una certa mancanza di “spavalderia” nell'atteggiarsi, ma la sua conformazione somatica (piuttosto minuta) certamente non lo aiuta;
- qualche insicurezza nell'espletamento di attività multiple;
- alcune difficoltà nella memorizzazione di “percorsi” complessi;
- incertezze nella discriminazione e nella attività di deduzione;
- difficoltà nell'elaborazione della frase;
- tendenza a cercare nel gioco la soddisfazione personale.

2 - MATTEO (piccolo): anni 2

Arriva alla nostra osservazione portato dalla mamma che da qualche mese ha notato dei cambiamenti:

- ~~///~~ dopo i primi 15 mesi nei quali M. ha dimostrato uno sviluppo normale con precocità nella deambulazione (9 mesi), articolazione delle prime parole;
- ~~///~~ ha cominciato a preferire l'isolamento: gioca da solo; non si avvicina alla sorella maggiore; non guarda negli occhi la madre;
- ~~///~~ ha ridotto di molto l'iniziativa;
- ~~///~~ emette solo "suoni" o parole senza significato.

Gli specialisti consultati non hanno dato una risposta precisa se non il dubbio che possa trattarsi di "autismo iniziale".

Alla nostra osservazione possiamo segnalare:

- ?? continua a piangere (con o senza lacrime) e/o a piagnucolare anche con la presenza della madre che lascia senza maggiori problemi, accettando di andare in braccio a qualsiasi operatore;
- ?? tende a uscire dal setting per cui va decisamente alla porta e cerca di aprire, dimostrando di sapere il significato e la modalità dell'uso della chiave;
- ?? spesso cerca le scarpine e indica che "vuole che qualcuno gliela metta";
- ?? di fronte allo specchio sembra di non essere interessato a guardarsi;
- ?? accetta di essere tenuto in braccio, ma, anche in questa posizione, non gradisce il contatto visivo;
- ?? cammina e corre sulle punte, ma non dimostra particolari difficoltà motorie, psicomotorie e prassiche;
- ?? è oppositivo verso gli esercizi, ma se tenuto per mano conclude qualsiasi attività proposta anche se la tenuta sul compito è minima e tende a buttarsi per terra;
- ?? è poco attratto dagli oggetti che lo circondano e neppure si isola a giocare da solo (solamente cerca di scappare);
- ?? quando è in braccio mantiene le braccia incrociate sull'addome;
- ?? neppure gli altri bambini gli interessano;
- ?? l'unica parola che dice è "no" che apparentemente viene usata con un giusto significato.

Osservazioni:

la terapia viene impostata su una programmazione libera, con attività che il bambino farà anche se dovrà essere tenuto per mano, evitando che si butti per terra e cercando un contatto fisico dinamico (no tenerezze in braccio) per cercare di far elaborare il senso di perdita.

Visto il quadro psichico del bambino si prevedono rapidi e drastici cambiamenti, perciò sarà necessario un continuo e preciso monitoraggio, oltre che un adattamento costante della pratica alla situazione psico-mentale dimostrata.

Matteo

- ~~///~~ non guarda negli occhi, ma piange, con o senza lacrime, e fa tutto quanto gli si fa fare;
- ~~///~~ ha una bella memoria e una capacità di organizzare il pensiero concreto:
 - ti prende la mano per portarti ad aprire la porta;
 - sa prendere le sue scarpe;
 - cerca di mettersi da solo;
 - se non ci riesce indica a qualcuno per farsi aiutare;
- ~~///~~ ha sviluppato una buona coordinazione motoria per raddrizzarsi;
- ~~///~~ l'equilibrio è buono;
- ~~///~~ non è particolarmente pauroso;

~~zz~~ in casa si ricorda di noi e piange quando sta arrivando all'A.G.R.E.S.

Segnaliamo che il primo buon rapporto è stato con il padre che è stato il primo ad essere chiamato; poi, quasi improvvisamente, c'è stato un "distacco" (il padre c'è rimasto molto male e ha messo in relazione il fatto alle sue "temporanee assenze" per lavoro, frammiste a periodi di maggior permanenza in casa).

Da questo momento non ha più chiamato "papà" e ha dimostrato una certa freddezza affettiva. Si potrebbe anche parlare di "forclusione del nome del padre" anche se però questa particolare situazione normalmente è in relazione con una modalità specifica esercitata dalla madre.

L'osservazione fatta nel setting terapeutico quando il bambino non si agita se la madre se ne va e non le dà importanza quando è presente, diventa importante in quanto è evidente che la funzione di "nome del padre" viene assunta da chiunque stia lavorando con lui anche se questa scelta non sembra acquistare valore empatico e/o un particolare significato affettivo.

Dopo due mesi di terapia EIT (2 sedute di un'ora la settimana) si può osservare un notevole cambiamento nell'atteggiamento psico-mentale del piccolo. Durante la prima seduta Matteo piagnucolava in continuazione e dimostrava una decisa opposizione ad ogni proposta, buttandosi per terra e cercando continuamente la porta per uscire; ormai, durante il lavoro, non piange più anche se continua a fare dei "versi" emessi però mentre porta a termine gli esercizi richiesti ed eseguiti tenuto per mano.

Quasi mai si butta per terra e dimostra piacere nel "fare" con ampi sorrisi. Cammina da solo sull'asse di equilibrio e ride quando lo si butta giù; ha iniziato a saltare con l'asta (con l'aiuto del terapeuta) e me mette a ridere ogni volta che "vola sui ciscini e sui materassini".

È molto più coordinato nei movimenti e comincia a saltare da solo sulla pedana elastica; si arrampica sulla spalliera da dove poi scende solo; non ha problemi a chiedere dell'acqua quando ha sete e beve sia dal bicchiere che direttamente dalla bottiglia.

A questo punto si è deciso di iniziare l'*ippoterapia*.

Alla prima seduta ha pianto molto e si è divincolato sulla groppa; nella seconda è salito a pelo insieme all'istruttore piagnucolando, ma con poche opposizioni; nella terza, sempre in sella con l'operatore, non ha pianto più anche se si è andati non solo al passo, ma anche al trotto.

Va notato che la madre riferisce che quando vede qualche cavallo-giocattolo fa il verso del galoppare, riconoscendo quindi la situazione che vive nel maneggio.

Il bambino non dice che qualche parola e non lo si può chiamare "chiacchierone" perché continua a "parlare" con il suo linguaggio, con il quale, comunque, sa farsi capire.

Anche se in braccio alla madre il piccolo rifiuta ancora il contatto visivo con il terapeuta e questo si verifica anche se lo tiene in braccio il padre.

Conclusioni:

Il quadro psico-patologico depone per una **difficoltà nello sviluppo psico-mentale** che non ha raggiunto la forma intrusiva (generalizzata) e che interessa un bambino che dimostra notevoli capacità intellettive (anche se ancora non sono misurabili). Per questo si può prevedere che l'intervento psico-terapeutico-riabilitativo (relazionale, mirato sulla ristrutturazione dell' Io e organizzato in

maniera globale per agire sulle aree motoria, emotiva, affettiva e cognitiva) attuato con tanta tempestività e con il supporto attivo ed affettuoso dei genitori porteranno alla ristrutturazione delle dinamiche psico-affettive e psico-cognitive, alla ripresa dello sviluppo armonico, alla riorganizzazione psichica e al recupero dei prerequisiti per iniziare senza problemi l'inserimento nell'area educativa e didattica.

* In questi giorni (14/6/2002/ ci è giunto, dopo vari mesi di attesa, il referto dell'esame diagnostico prodotto presso l'Università dell'Insubria, dal Centro specializzato per lo studio dei disturbi pervasivi dello sviluppo:

- non sono state evidenziate alterazioni neuro-biologiche;
- non si evidenziano indici di aminacidopatia genetica;
- ricerca per l'X-fragile negativa;
- non segni neurologici significativi;
- all'EEG: scarsa organizzazione dell'attività elettrica in sonno; senza anomalie specifiche;
- valutazione psicomotoria (Scala Griffiths): Q.G.=58,6; segno di importante disturbo della relazione.

Diagnosi: "autismo atipico" (cod. ICD!= F84.11) con ritardo dello sviluppo psicomotorio di tipo disomogeneo, a causa di gravi problemi relazionali.

(29-6-2002) Dopo circa tre mesi di terapia E.I.T. i genitori riferiscono che da qualche tempo il piccolo ha ricominciato a giocare con le macchinine; a usare le poste a tavola (anche se dopo un po' le restituisce per essere aiutato).

Nel setting terapeutico entra con due macchinine in mano; non piange; fa qualche sorriso; comincia a lavorare.

Sorride e ride, ma si mantiene sulle sue; gioca da solo; quando gli si dice ".. tira la palla" grida "Nooo!"

È molto attivo e pieno di iniziative:

- gioca per qualche momento con Jessika;
- si guarda nello specchio e "parla" (ohi! ohi!);
- prova diverse attività cambiando continuamente gli oggetti;
- accetta tranquillamente di essere riportato sui materassini dopo che ne è uscito;
- guarda in faccia gli operatori con interesse;
- non ha paura a salire da solo e a mettersi in piedi sulla sedia;
- sa scartare la caramella per mangiarsela;
- sa inumidire il dito in acqua e se lo mette in bocca;
- ha imparato rapidamente a salire e scendere dalla spalliera.

3 - FEDERICA: anni 10

Arriva al nostro Centro accompagnata dalla madre che ha sentito dire che l'ippoterapia può aiutare a risolvere problemi di "timidezza".

La famiglia ha una storia complicata poiché si è stabilita da poco nella zona trasferita dal Sud Africa: aveva seguito (per due anni) il padre andato là per lavoro.

Madre e figlia (c'è anche una sorellina) hanno trovato in un paese "anglosassone" notevoli difficoltà relazionali e di adattamento per la lingua, ma pensavano che l'inizio della scuola avrebbe risolto almeno i problemi della bambina.

Al contrario questa ha dimostrato tali difficoltà da essere definita "insufficiente mentale" e, quindi, indirizzata a una scuola differenziale.

Di fronte ad una tale diagnosi e ad una scelta tanto drammatica, la madre decide di affrontare le difficoltà della figlia in Italia, considerata "luogo conosciuto e, pertanto, più accogliente e favorevole".

L'inserimento nella scuola italiana non è stato del tutto positivo soprattutto perché la piccola dimostrava difficoltà importanti nella relazione con i compagni, oltre che con gli insegnanti.

L'osservazione dimostra:

- aspetto fisico picnico, con distribuzione regolare dei depositi adiposi;
- abbigliamento infantile, poco adatto alla sua età ed alla sua crescita (gli abiti sono piuttosto stretti);
- ansietà poco controllata nel rapporto interpersonale;
- sentimenti di vergogna e di ritrosia;
- difficoltà ad eseguire gli ordini (che devono essere ripetuti varie volte);
- cocciutaggine ed irremovibilità infantile nella propria determinazione;
- inibizione dell'attività psicomotoria e dell'espressività, così la mimica risulta rigida ed inespressiva;
- blocco dell'articolazione della parola a tal punto che neppure riesce a dire il proprio nome;
- difficoltà evidenti nella motricità complessa;
- inibizione dell'iniziativa;
- incapacità di mantenere la relazione se non su basi di dipendenza.

Comincia la terapia E.I.T. e dimostra buone capacità di apprendere le diverse pratiche. Nello spazio di pochi mesi Federica mette in evidenza come:

- recupera le capacità di compiere esercizi ad alta difficoltà di coordinazione;
- struttura un buonsenso di sé ed una discreta autostima;
- migliora le capacità relazionali con i compagni e con gli operatori;
- partecipa con slancio al lavoro terapeutico e giunge sempre con allegria al setting;
- dimostra un miglioramento dello slancio affettivo sino a dichiarare di "volere bene" ad un operatore;
- saluta con un bacio tutti i partecipanti alle attività terapeutiche sia all'arrivo che al momento di ritirarsi.

La madre riferisce che la figlia ha molto migliorato il rendimento nella scuola anche se ha ancora difficoltà nelle relazioni interpersonali; cura di più l'abbigliamento e comincia ad avere e frequentare delle amiche.

Il miglioramento viene sottolineato anche nell'attività ippoterapica (che ha iniziato quasi insieme all' E.I.T.), dimostrando sicurezza di sé e nell'eseguire le evoluzioni anche in gruppo, guidando il cavallo con precisione e perizia.

Tutto questo non si accompagna però ad un recupero della iniziativa personale e, soprattutto, nella capacità della comunicazione verbale.

Ha iniziato anche una terapia E.I.T. di gruppo dove si dimostra totalmente bloccata quando deve "parlare", non riesce neppure a dire piccole frasi semplici ed anche a ripetere quello che le viene preparato dalle terapisti.

Il linguaggio resta il maggiore e poco risolto problema, che ha tutti i caratteri di comportamento, assimilabile alla reazione di "vergogna".

La terapia ha portato Federica a recuperare completamente le capacità funzionali motorie e psico-motorie, ma anche a smuovere il materiale inconscio nel quale si è evidenziato:

- rabbia nei confronti della madre che non comprende le necessità e le debolezze della figlia;

- svalorizzazione dell'Altro che da un lato (i ragazzi del gruppo più in difficoltà) viene assimilato all'handicappato e, per altro, scotomizzato o negato (i compagni bravi e/o gli operatori);
- egocentrismo e megalomania espresse come innamoramento verso "il più bello del gruppo" (un operatore) e negazione dei propri limiti, soprattutto, delle proprie impossibilità;
- incapacità ad accedere ai processi cognitivi analitico-deduttivi per cui il giudizio è alterato, rigido e inamovibile anche se vengono utilizzate le argomentazioni più logiche;
- la "vergogna" attanaglia non più il comportamento motorio, ma i processi psichici, per cui si dimostra ancora un blocco del pensiero e del linguaggio;
- impossibilità di valutare esattamente le capacità mentali perché, seppure ci siano tentennamenti, il non parlare risulta veramente una maschera, un rifiuto a "farsi vedere".

Nel sottolineare i grandi miglioramenti della bambina, la madre racconta come questa abitualmente ormai ("... frutto della terapia") parli in maniera sciolta con la sorella più piccola, mentre invece non lo fa con le sue compagne; "... non so cosa dire!" è la sua giustificazione.

Questa situazione dà quasi l'impressione che i famigliari vivano che manca pochissimo perché Federica parli e che, ormai, è solo questione di "buona volontà".

Il triangolo edipico è abbastanza complesso per Federica, infatti il padre non c'è mai ("... è sempre in viaggio per lavoro!"); la bambina sperimenta "innamoramenti" che contrastano con altri aspetti di rifiuto e di svalorizzazione degli Altri nelle relazioni; vengono riferiti atteggiamenti ambigui della madre che vuole la terapia, ma la osteggia ("... non so se potrò continuare a pagarla ...") soprattutto inculcando paure ("... stai attenta di non dire certe cose perché il terapeuta potrebbe arrabbiarsi ..."); si evidenzia un certo desiderio di sostituire la figlia nella terapia, di richiedere maggiori attenzioni sulla sua persona e sul suo "difficile" ruolo.

C'è in Federica una sempre presente ambiguità:

- vuole andarsene, ma resta senza problemi anche se il suo "tempo" di terapia è finito;
- non parla, non risponde neppure se le domande prevedono solo un sì o un no o una sola brevissima frase, poi non dimostra particolari difficoltà a dare degli ordini (anche a voce alta) agli altri compagni del gruppo che si dimostrano meno abili o che lei guida negli esercizi;
- entrando ed uscendo dal setting dà un bacio a tutti i presenti, senza alcun problema o tentennamento, ma si schernisce e si rifiuta in quei momenti che ha deciso di "... non rimanere più!".

4 - FRANCESCO: anni 6

Entra all'A.G.R.E.S. nel marzo 2002 perché i genitori trovano poco normale le sue difficoltà relazionali ed una buona dose di "ipercinesia": il bambino non riesce a stare tranquillo ed è sempre agitato, inquieto e poco attento.

Per questi atteggiamenti non viene fatta iniziare la scuola elementare e, nella scuola materna, vengono segnalati: disattenzione, oppositività e scontri con i compagni.

Si direbbe anche un bambino viziato: sempre brontolone, oppositivo ed infatti, quando entra per la prima volta nel setting terapeutico, dà subito ordini come: "... spegnete la radio ... io non la voglio". Questa opposizione è dimostrata verso qualsiasi attività che gli venga proposta.

È evidente in Francesco la tendenza ad isolarsi dal gruppo e prediligere attività proprie. Ama disegnare e la sua creatività è particolarmente accentuata; trae spunto da situazioni ed avvenimenti reali per realizzare prodotti del tutto originali ed arricchiti di dettagli personali.

La sua abilità nel disegnare è decisamente superiore rispetto a quella che è possibile riscontrare in bambini della stessa età; infatti, se si osservano attentamente i disegni, si noteranno elementi di movimento che caratterizzano e contraddistinguono i personaggi.

L'inclinazione ad estraniarsi dal gruppo si affianca alla predilezione per i giochi da svolgere per proprio conto ed in particolare si cimenta nei cosiddetti "giochi logici".

Solo se richiamato partecipa ad attività di gruppo o ad esercizi proposti, ma la tenuta è comunque sempre molto limitata.

Buoni risultano essere la comprensione e la produzione del linguaggio.

È presente una scarsa capacità di contenimento emotivo e di sopportazione ed elaborazione delle frustrazioni che si manifesta con piagnucolii protratti sino al momento in cui si rivolge ad un operatore cercando consolazione.

Dopo qualche seduta di E.I.T. comincia ad accettare le regole (non si lamenta più della musica) e le attività anche se spesso di mala voglia e sdraiandosi per terra non appena ci si stacchi da lui.

Ha in sé un profondo auto-discredito; dice sempre di non essere capace e per questo rifiuta di impegnarsi. Sembra addirittura "ritardato mentale" (non è capace di afferrare la palla né di lanciarla; è sgraziato nei movimenti complessi; non riesce a produrre movimenti e/o attività che richiedano destrezza).

Non sopporta la frustrazione e si mette a piagnucolare non appena si accorge di non riuscire a fare o di non capire qualcosa.

Il recupero funzionale motorio è subito abbastanza evidente, ma è nel senso di sé che Francesco dimostra le sue più spiccate debolezze: non ha tenuta sul compito; è facilmente distraibile; non dimostra volontà; non è mai soddisfatto di sé neppure quando viene gratificato; non lega con i compagni verso i quali dimostra un senso di inferiorità che lo porta a ritrarsi. Le sue particolari doti nel disegnare lo stimolano a scegliere questa attività per allontanarsi dal gruppo.

In uno di questi disegni dimostra i propri limiti psico-mentali che si strutturano in difficoltà a trovare una dimensione personale "fallica", di potere. Di fronte alla realtà si rifugia nella "fantasia" ed entra in una "nebulosa rappresentativa" (come per esempio è il cielo molto poco strutturato) o, addirittura, in una negazione-scotomizzazione di quegli elementi che rappresentano una valenza fallica (scotomizza le case della città; non trova il modo di riprodurre grattacieli che vengono ridotti a piccoli alberi nell'estremo destro del foglio).

Questo sottolinea le difficoltà di Francesco di identificarsi con la "dimensione paterna" che corrisponde ad un continuo bisogno di dipendenza, di stimolo, di "essere trascinato". In occasioni "particolari" è particolarmente emerso il "bisogno materno" e, addirittura, la fuga in "un seno accogliente" che la madre è sempre pronta ad offrire senza limitazioni.

Commenti:

si necessita un intervento molto più rigido ed impostato sui limiti nel quale deve anche inserirsi la madre, accettando più decisamente il distacco e l'apertura del figlio verso la crescita, l'indipendenza e l'auto-identificazione.

5 - OTTAVIA: anni 5-1/2**Anamnesi:**

la bambina è nata a termine da parto eutocico dopo che la madre, nel terzo mese di gravidanza, aveva presentato minaccia d'aborto.

Alla nascita si evidenziava ridotta circonferenza del cranio che si è mantenuta sino ad ora, tanto che pochi mesi fa è stata qualificata nel 3° percentile.

La bimba non ha mai cominciato la suzione, per cui riceveva il latte che "le cadeva in bocca dal seno materno stracolmo" e poi è passata subito a mangiare con il cucchiaino.

Non dava segni di fame e/o di sazietà, per cui le davano da mangiare a ore determinate e per quantità prefissate. Ancora adesso, se vede il cibo o l'acqua, mangia e beve, ma mai ne fa richiesta.

A 7-8 mesi comincia qualche lallazione che però smette subito per non cominciare mai il linguaggio spontaneo.

A 13 mesi comincia a stare seduta, ma passa lunghi periodi di tempo dondolandosi compulsivamente.

Non ha mai giocato con la sorellina maggiore, sino a quando ha cominciato a scappare (per non essere presa) e, solo da poco, al contrario.

Notevole è la "tendenza alla fuga": se non è controllata se ne va senza preoccuparsi degli altri.

I genitori si sono accorti della sua attenzione e amore per la musica: ora riconosce molte le canzoni delle quali ha imparato tutte le parole che canta con naturalezza e precisione.

Il linguaggio spontaneo si è sviluppato sotto stimolo, per cui parla correttamente (anche se solo con brevi frasi) solo sotto tensione emotiva o per rispondere ad un "importante bisogno" (per es. quando vuole che le si dia il libro di Peter Pan, dice "voglio Peter Pan").

A 18 mesi compare un fatto critico caratterizzato da cianosi alle labbra, obnubilamento della coscienza, caduta della temperatura corporea e, poi, attività convulsiva generalizzata. Questa crisi si è poi ripresentata con una certa frequenza sino a prodursi anche varie volte durante il giorno e sempre erano seguite da un lungo periodo di sopore.

Sottovalutata in un primo momento, questa sintomatologia è poi stata studiata con TAC e RMN che sono risultate negative; i vari EEG, anche da sonno spontaneo, essendo risultati positivi, hanno indotto ad iniziare una terapia farmacologica (che viene seguita tutt'ora) con Depakin (100x3) con l'aggiunta, in un secondo tempo, di Urbanil (5mg x 2).

Da qualche mese la bambina ha cominciato a presentare, come risposta emotiva, atteggiamenti e comportamenti autoaggressivi (graffi sulle gambe), per i quali è stato introdotto nella terapia Risperdal (2 gg.x2), con buon esito.

EEG:

i primi tracciati hanno messo in evidenza punte in temporale sin. Che diffondevano contro-lateralmente ed in maniera diffusa (per lo più onde lente). Con variazioni, questo quadro non si è modificato e si può osservare anche durante il sonno (non è mai stato visto il sonno REM). La bambina ha avuto sempre difficoltà a dormire (da piccola era stata anche trattata con antistaminici) e la madre riferisce che spesso scopre i segni di una scialorrea notturna.

Osservazione clinica:

la bambina è un po' inquieta, cerca continuamente qualcosa da afferrare anche se poi abbandona subito gli oggetti raggiunti.

Trova un gioco che emette suoni di animali e continua ossessivamente ad ascoltare mentre, in piedi, continua a girare su se stessa in senso orario.

Cammina sulle punte; non guarda in viso, ma sotto richiamo ha un breve periodo di attenzione rivolta a chi l'ha chiamata; rifiuta di essere toccata e/o di toccare con le mani, ma si può lavorare con lei anche se c'è contatto fisico.

Non sopporta le frustrazioni; è facilmente distraibile; la tenuta è molto ridotta.

Lavora bene se c'è la musica, che segue con attenzione, cantando le parole adeguatamente e rispettando il ritmo.

Osservazioni:

la piccola Ottavia è affetta da **epilessia** per probabile lesione focale in zona temporale sin. (è necessario un più accurato studio per arrivare ad una precisa localizzazione). La diffusione dell'iperattività elettrica nelle zone corticali simmetriche dell'emisfero destro, oltre che ai sistemi centroencefalici (diffusione generalizzata) dimostra come la terapia farmacologica non è ancora sufficiente a contenere l'espressione elettrica ipersincrona.

Il disturbo epilettico deve essere considerato principale, anche se può essere sottolineata una sintomatologia psichica caratterizzata da una certa tendenza all'isolamento e alla fuga, da attività motoria ossessivo-compulsiva, dall'ipercinesia (va sottolineato che il "girare a destra in maniera coatta" potrebbe anche essere riferito alla lesione temporale).

I disturbi comportamentali (per altro lievi e riferibili a mancanza di iniziativa; tendenza alla fuga; ricerca di imitazione) sono più legati al disordine epilettico che ad una vera e propria psicopatologia (per es. "tratti autistici").

Conclusioni:

il quadro sintomatologico riferibile a **malattia epilettica** deve portare ad un continuo controllo dell'iperattività elettrica utilizzando metodi farmacologici (vedere la possibilità di usare Gardenale?).

È necessario controllare il ritmo del sonno e, anche in questo caso, farmacologicamente con l'aggiunta di Frisium (1cp. la sera). Per questo è necessario cercare di eseguire un EEG da sonno che porti però anche a registrare una fase di sonno REM.

Il lavoro riabilitativo ed educativo-formativo deve essere improntato sulla relazione e sul recupero delle attività di base, della motricità fine e globale ed il ripristino dell'integrazione cognitiva (evitando le tecniche ripetitive per non accentuare i caratteri comportamentali tipici dell'iperattività elettrica).