

# X-fragile e processi terapeutico-riabilitativi.

**Romeo Lucioni, Alessandra Cova, Michela Avella, Sabrina Menozzi,  
Francesca Rizzi, Cristina Morresi, Leticia Lucioni**

*L'unica possibilità per salvare il bambino X-fragile dal pericolo delle conseguenze iatrogene quello di attivare processi capaci di prevenire la comparsa di gravi danni indotti dallo stato di stress cronico e dalla emotività libera.*

Di fronte ad un bambino portatore di X-fragile, inesorabilmente ci troviamo a dover rispondere su quali sono le scelte migliori per loro, quale dovrebbe essere il comportamento più adeguato di noi educatori, terapeuti, riabilitatori o anche genitori.

Prima di occuparci dei "bisogni speciali", come dice Renzo Vianello, non bisogna dimenticarsi di quelli ordinari di cui necessita in quanto bambino. In questo ordine di cose è chiaro che ogni bambino richiede prima di tutto: una famiglia che si preoccupi principalmente della sua sostentazione e cura, di dargli un ambiente sereno, di offrirgli le stesse opportunità che hanno gli altri bambini, ma, soprattutto, che si preoccupi di trovare per lui un ambito terapeutico-riabilitativo adeguato a fargli recuperare le funzioni non sviluppate o perdute, di raggiungere i pre-requisiti necessari perché possa utilizzare tutte le strutture dell'obbligo con profitto e rispettando le finalità istituzionali.

Per chiarire questi punti, possiamo considerare i seguenti quesiti che ci vengono sottoposti di frequente anche dagli stessi genitori:

?? viste le particolarità sensoriali ed espressive degli X-fragili, troverebbero maggior giovamento nell'inserimento in scuole speciali piuttosto che in quelle normali?

?? è logico fare loro iniziare la scuola dell'obbligo con qualche anno di ritardo?

Ai quali rispondiamo:

è sicuramente un errore ritardare l'inserimento nella scuola dell'obbligo perché non è questo il problema, dal momento che la vera necessità, impellente e inesorabile, è quella che bisogna lavorare il più presto possibile con gli x-fragili per dare loro la possibilità di superare le problematiche psico-patologiche e neuro-patologiche che supportano e sostengono le difficoltà ed i deficit.

È anche un errore pensare che si debba operare perché "... possano imparare come socializzare e come sviluppare abilità e capacità". Questi bambini hanno notevoli difficoltà ad imparare perché il loro *funzionamento psico-neuro-biologico* è particolare e dominato da attività automatiche negative che rendono inutilizzabili quelle funzioni primarie che, se fossero libere, risulterebbero sufficientemente adeguate.

Normalmente vengono suggerite pratiche educativo-assistenziali indicate come "situazioni ben strutturate" e questo per indicare:

?? ambiti sereni, tranquilli e non eccessivamente stimolanti;

?? attività preannunciate, ben spiegate, conosciute e familiari;

?? programmazione "strutturata" che non lasci quindi spazio alle sorprese o alle novità che generano tensioni;

?? regolamentazioni tranquille che non risultino minacciose o coercitive: far prevalere l'accoglimento.

Per questi bambini, spesso si fa riferimento al ritardo mentale (anche grave) come se potesse essere questa la causa di ansie, stress, insicurezza e crisi di identità. In realtà, non sappiamo come il difetto genetico intervenga a determinare i deficit funzionali e/o strutturali, ma possiamo ben ricordare che il problema dell'insufficienza mentale subentra a partire dalla pubertà e può anche essere di grado elevato, particolarmente grave.

Da questo dato si desume che il deficit intellettivo non è primario, ma secondario; i segni che invece possono essere riferiti come caratteristici sono:

- ✂ incapacità a contenere le risposte emotive; ansietà ed angoscia libere; grave incontinenza emotiva di fronte a stimolo anche insignificanti, a situazioni che non siano più che familiari, a persone che non conoscono;
- ✂ distraibilità incontenibile tanto che spesso bisogna lavorare in rapporto 1/1 ed in ambiente isolato perché qualsiasi stimolo produce ansia, ma anche una distrazione che poi risulta difficilissimo contenere o ridurre in quanto induce anche irrequietezza, irritabilità, ipercinesie di ogni tipo;
- ✂ l'ipersensibilità ai rumori, ai dolori articolari, agli stimoli vestibolare, ecc. ecc. non sembrano fattori specifici, ma appaiono sempre più come condizionati della sfera di iper-attività-emotiva per la quale ogni stimolo, di qualsiasi natura sia, induce reazioni sproporzionate;
- ✂ difficoltà spiccata nello stabilire rapporti e/o relazioni interpersonali, tanto che spesso viene anche riferito un fastidio ad essere toccato e nella relazione corporea.

Tutti questi segni non possono essere presi come caratteristici proprio perché sono frequentissimi nei bambini con qualche problema, ma anche del tutto normali. Le caratteristiche fenomenologica-comportamentali sono poi anche l'espressione o conseguenza dei vissuti, di esperienze, di situazioni familiari e sociali. La differenza con gli X-fragili non è qualitativa, ma quantitativa; se un bambino diventa timido in presenza di estranei, per un X-fragile può essere una esperienza drammatica, insopportabile e anche ... impressionante anche se vista dal di fuori.

L'incontinenza emotiva di un X-fragile impressiona perché tutto il corpo viene coinvolto in maniera massiccia. Le risposte emotive, nella sua automaticità, istintività ed incontrollabilità, comporta:

sul piano fisico, crisi emotive con espressioni psicosomatiche:

- ??rinorrea;
- ??scialorrea;
- ??lacrimazione abbondante;
- ??tachicardia;
- ??iperventilazione;
- ??ipertensione arteriosa e iper-attività intestinale (probabili);
- ??intolleranza sensoriale;
- ??difficoltà nella motricità fine e nell'equilibrio;

sul piano psicologico:

- ??crisi di ansia e di angoscia;
- ??difficoltà a controllare gli impulsi;
- ??insicurezza nell'affrontare situazioni nuove;
- ??comportamenti ripetitivi ed ossessivi;
- ??ritardo dello sviluppo del linguaggio con ripetizioni ed ecolalie;
- ??risposte aggressive;

- ??difficoltà nel sopportare i coetanei (impossibilità nel lavoro di gruppo);
- ??distraibilità spiccata;
- ??tendenza a lasciarsi trascinare dagli altri;
- ??facile iperattività afinalistica;
- ??tendenza ad attirare l'attenzione con pagliacciate o ripetendo gesti e parole che suscitano ilarità;
- ??incontenibile modalità comportamentale di succhiare e "masticare" la blusa, la maglietta o la camicia;

Queste evidenze bio-fisiche dimostrano quanto sia vero che l'iper-emotività sia una esperienza che investe tutto il corpo, tanto che, evidentemente, ogni interessamento sia fisico (percezioni e sensazioni tattili, geusiche, olfattive, propriocettive, enterocettive) che psichico (ansia, angoscia, terrore) risulta sproporzionato rispetto allo stimolo che lo ha indotto.

Se per un lato l'incontinenza emotiva è tanto evidente e sproporzionata, per altro bisogna considerare due conseguenze inevitabili:

- ?? quale conseguenza a livello psico-neurologico?
- ?? come si può contenere?

Le risposte sono entrambe difficili, ma molto ci ha insegnato l'osservazione clinica e l'esperienza terapeutico riabilitativa.

L'iper-eccitabilità emotiva e l'emotività libera, proprio perché non possono essere contenute, ci pongono dei quesiti:

- ?? si tratta di una iper-eccitabilità del sistema emotivo che comprende il sistema limbico e l'iper-eccitabilità di "recettori emotivi" sparsi in tutto il corpo? (vedi studi e contributi di Pert Candace B. (2000).
- ?? possono essere segno di un deficit funzionale dei sistemi deputati alla loro inibizione?

Non c'è ancora una risposta chiara e definitiva, ma possiamo pensare che si verificano entrambe le situazioni.

Se però possiamo pensare ad un *sistema-prefrontale* inadeguato a contenere e a controllare le scariche limbiche, non abbiamo la benché minima certezza di quanto possa succedere a livello periferico. Il risultato è comunque questo: sotto la pressione di un qualsiasi stimolo la risposta emotiva è tanto imponente e violenta da non poter essere controllata.

Questa situazione è riferibile come uno "*stato di stress*" che da acuto (la risposta in sé) diventa cronico (ansia libera e attiva in qualsiasi momento ed in continuazione).

Se lo stress induce una scarica adrenalinica (e soprattutto di cortisolo) dobbiamo pensare ad una circolazione eccessiva di ormoni surrenali.

L'esperienza clinica dimostra senza possibilità di dubbi che l'iper-reattività emotiva (espressa come stress cronico) è in grado di destrutturare le forze adesive dell'Io, portando nelle persone anziane a situazioni di demenza. Nello stesso modo, dobbiamo pensare che la causa della insufficienza mentale che nell'X-fragile si instaura dopo la pubertà, deve essere riferita ad uno stato di stress-cronico (emotività libera con crisi di angoscia e di terrore).

Queste conclusioni impongono una richiesta medico-assistenziale per contenere l'emotività esagerata che può essere presa come causa della maggior parte delle espressioni fenomenologiche e comportamentali che accompagnano l'X-fragile.

Come abbiamo visto, la tendenza, in generale, è quella di "*ridurre la vita*": limitare le esperienze, mantenere il bambino in un ambito protetto e familiare; ridurre le esperienze nuove. Questo modello di intervento risulta tuttavia negativo perché

anche la riduzione sensoriale ed esperienziale induce fenomeni di inibizione e di perdita della capacità funzionali (riduzione dell'albero dendritico).

Se riusciamo a contenere le emozioni producendo deficit, limitazioni e/o inibizioni iatrogene è evidente che non possiamo permetterci una scelta di questo tipo.

L'esperienza clinica ci dice anche che la risposta emotiva, l'irritabilità, la rabbia, ecc. proprio per la loro caratteristica di istintività, sono anche incontenibili ed "impongono" sempre che la scarica venga attivata.

Sembrerebbe che ci dobbiamo considerare come posti in un vicolo cieco, ma non è proprio così.

Riconosciuto il fatto che il controllo delle reazioni istintive (tra queste la risposta emotiva) non può essere appreso, non restano altre possibilità che quelle di aggredire il problema in forma indiretta: bisogna produrre risposte controllate che, con l'esperienza, diventino abituali, dirette, automatiche. Dobbiamo lavorare perché il processo riabilitativo porti l'organismo a contenere di per sé le proprie reazioni.

Per chiarire queste considerazioni diventa utile riportare la storia evolutiva di un caso clinico.

**Luca** è un bambino di otto anni; riconosciuto portatore di X-fragile all'età di cinque anni (definizione del cariotipo); ed ha iniziato il trattamento S.A.S. (Self Activating System) all'età di ..

Questo intervento globale conta di:

**E.I.T.** (Emotional Integrating Therapy): una psicoterapia relazionale organizzata sui principi della psicoanalisi e della psicomotricità, lavorando però con l'intermediazione della relazione corporea e nelle quattro direzioni psico-sensorie: motricità, emotività, affettività e sviluppo cognitivo;

**TyLA** (Tymology Learning Approach): un programma di riabilitazione globale e multidisciplinare, imperniato sul recupero di tutte le funzioni psico-mentali e psico-affettive;

**Ippoterapia**: modello di intervento riabilitativo con l'uso del cavallo, organizzato sui principi della psicoterapia oltre che dell'integrazione sociale.

Il primo approccio psicoterapeutico è servito anche a escludere del tutto la presenza di componenti specificamente autistiche e a chiarire le caratteristiche peculiari dell'organizzazione emotivo-affettiva.

L'osservazione sui comportamenti spontanei ha rilevato:

### SINTOMI E COMPORTAMENTI OSSERVATI CONSEGUENZE DI UNA DISORGANIZZAZIONE PSICHICA

SITUAZIONI COMPULSIVE	MODELLO CONTROFOBICO	MODELLO INIBITORIO
/// rifiuto a tornare a casa	/// atteggiamenti controfobici	/// inibizione dell'iniziativa
/// crisi di angoscia	/// inibizione dell'iniziativa	/// anedonia e apatia
/// crisi di terrore	/// timidezza esagerata	/// disattenzione
/// rifiuto del contatto corporeo	/// rigidità espressiva	/// perdita della memoria
/// difficoltà nell'attaccamento	/// difficoltà nella verbalizzazione	/// ritiro vergognoso
/// forte egocentrismo	/// coartazione psicomotoria	/// passività
/// atteggiamenti onnipotenti	/// impaccio grafico	/// scarsa concentrazione
/// scarsa compartecipazione	/// emotività libera	/// mutacismo e mutismo
/// irritabilità	/// crisi di ansia	/// facile stancabilità
/// opposizione	/// iperattività	/// disorientamento
/// aggressività	/// inibizione di fronte agli adulti	/// impaccio motorio
/// scarsa collaborazione	/// flessione dell'autostima	/// scoordinazione motoria
	/// tendenza a rinunciare	/// disturbi del sonno
	/// difficoltà a cominciare	/// incoerenza eidetica
	/// rigidità mimica	/// scarsa efficienza

	<del>sfregamenti delle mani</del> <del>inibizione affettiva</del> <del>scarsa iniziativa</del> <del>ricerca della ripetitività</del>	<del>distacco</del> <del>depressione</del> <del>blocco psico-mentale</del>
--	---	--

L'intervento è stato condotto prima nell'area della E.I.T. e della TyLA, iniziando l'ippoterapia solamente dopo tre mesi dall'inizio dell'intervento, proprio per raggiungere un buon livello organizzativo e di pre-requisiti che permettesse di iniziare l'attività equestre senza grossi problemi.

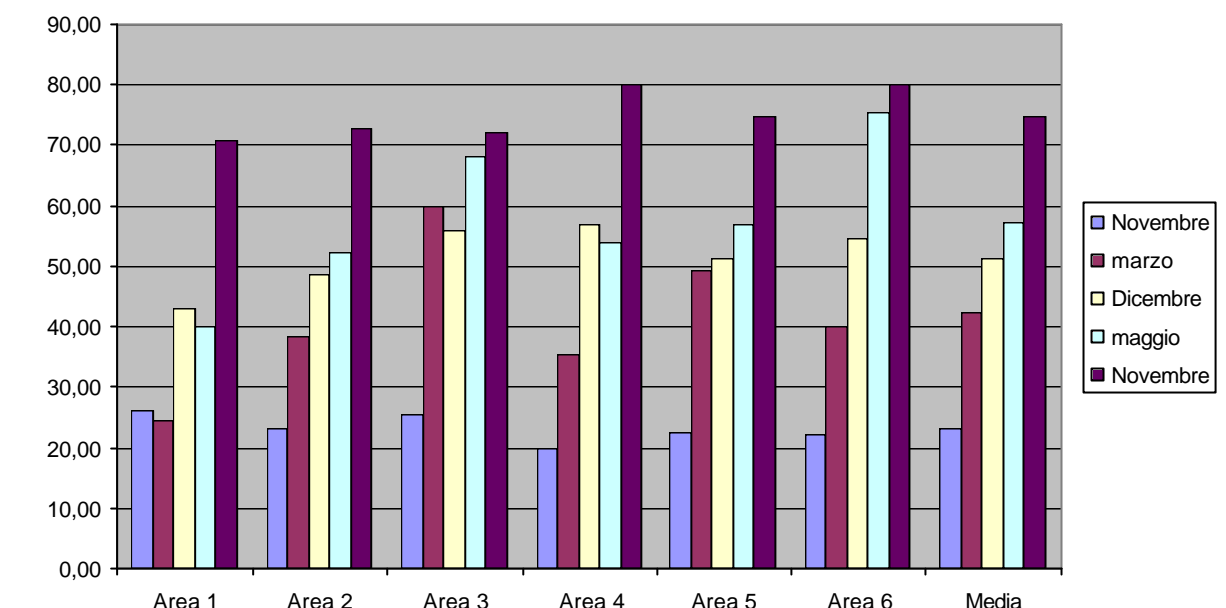
La valutazione delle capacità prassiche ha messo in evidenza la possibilità di Luca di raggiungere tutti gli obiettivi di base proposti e necessari per attuare positivamente le attività riabilitative funzionali:

## VALUTAZIONE DELLO SVILUPPO

MOTORIO	EMOTIVO	AFFETTIVO	IMMAGINARIO	COGNITIVO
Sa saltare	Si guarda specchio	Percorso con tunnel	Danza dei veli	Riconosce suo corpo
Sa arrampicarsi	Sopporta veli piccoli	Guarda negli occhi	Legato al terapeuta	Ne riconosce parti
Cammina sull'asse	“ veli grandi	Si lascia cadere	Crea percorsi	Corpo dell'altro
“ sui mattoni	Reciprocità sull'asse	Chiede di gettarsi	Uso del cappello	Riconosce al tatto
Percorso semplice	Si avvicina spontan.	Toccarsi il viso	Cambia vestiti	Problem solving
“ complesso	Accetta le coccole	Accetta l'abbraccio	Mette gli occhiali	Da senso alle figure
Sa calciare	Non teme l'altezza	Accetta rotolare	Partecipa alla ronda	Usa il dito indice
Riceve i cerchi	Accetta il cucu	Chiede le coccole	Scambia i ruoli	Riconosce le smorfie
Lancia i cerchi	Accetta il lancio	Lavora con altri	Imita le smorfie	Fa le smorfie
Riceve la palla		Accetta cambiamen.	Crea casa o castello	Mantiene attenzione
Lancia la palla		Crea giochi nuovi	Usa oggetti	Ha buona tenuta
Si solleva (braccia)		Usa il bastone		Ricon. voce modul.
Usa trampoli		Accetta gli ordini		Pregrafismi
Tira freccette				Conosce le lettere
Taglia con forbici				Conosce le parole
Fa pregrafismi				Conosce l'ora
Sporge lingua (ord.)				Conosce i soldi
Appeso al canestro				Conosce i numeri
Lancia nel canestro				
Salto rana				LESSICO:
Fare coccodrillo				parole - molte
Usa bastoni				“ - poche
Sopra rotolone				frasi - molte
Sopra rotolone-gr.				“ - poche

Per tenere sotto osservazione il livello di recupero funzionale globale è stata utilizzata la “TyLA behavioral rating list” che nel periodo di poco più di due anni di intervento ha dimostrato:

### TyLA - Thymology Learning Approach = Luca



è di particolare interesse considerare la struttura dell'intervento riabilitativo nel quale è stato seguito lo schema di una stimolazione globale proprio con il fine di creare le condizioni pragmatiche per le quali il bambino potesse arricchirsi di esperienze continue e capaci di fargli apprendere le modalità ed i processi per risolvere problemi organizzativi in un numero elevato di situazioni.

## TyLA - Thymology Learning Approach

### 150 ESERCIZI PER LA STIMOLAZIONE SENSORIALE

Accogliere e salutare il bambino con un sorriso e con effusione sia all'entrata che all'uscita.

#### Stimolazione uditiva:

1. trasmettere suoni attraverso un palloncino gonfiato appoggiato sul corpo, sul collo, sulla guancia;
2. cantare parole, piccole frasi ed anche brevi cantilene vicino all'orecchio;
3. emettere suoni, consonanti, vocalizzazioni, lallazioni o sibili mentre il bambino appoggia le sue mani sulla bocca, sul collo, sul petto, sul naso;
4. utilizzare un cilindro di cartone di 15-20 cm come amplificatore di voce;
5. imitare le vocalizzazioni ed i suoni del bambino;
6. fare versi simili a quelli degli animali;
7. coccolare il bambino mentre gli si canta una nenia;
8. utilizzare strumenti musicali per creare suoni da lievi a più intensi (triangolo, tamburello, nacchere, flauto, ecc.);
9. porre braccialetti di conchiglie ai polsi ed alle caviglie del bambino e farlo muovere per emettere suoni;
10. eseguire applausi continuati e farli imitare dal bambino;
11. cantare canzoncine semplici, ritmiche, orecchiabili e facili da ricordare;
12. utilizzare giocattoli che emettano suoni;
13. usare materiali che fanno rumore: stropicciare carta o celofan; stracciare giornale; ecc.;
14. registrare e fare ascoltare suoni di oggetti di uso quotidiano e/o di elettrodomestici;

15. suonare e far suonare il campanello della bicicletta mentre il bambino lo guarda e lo tocca;
16. utilizzare diversi tipi di musica cambiando anche il volume;
17. toccare o colpire piatti o bicchieri con un bastoncino per produrre rumori diversi;
18. modulare in modo diverso le vocali;
19. “ diversamente nomi propri conosciuti;
20. “ esclamazioni (ah; eh; ih; oh; uh);
21. riconoscere da dove proviene una voce stando sparpagliati nella palestra;
22. stare in cerchio, di spalle e, a turno, riconoscere la voce di chi dice una parola (sempre la stessa e/o diversa);
23. parlare con qualcosa davanti alla bocca: mano, fazzoletto, carta, bicchiere, ecc. e capire le parole dette;
24. ascoltare che a turno entra nel cerchio a dire il proprio nome;
25. ritmare suoni con strumenti casuali.

### **Stimolazioni visive:**

1. collocare pannelli o bandiere colorati sulle pareti;
2. appendere “acchiappasogni” a diverse altezze;
3. “ striscioline di carta colorata che si muovono da sole e/o con soffi;
4. muoversi davanti allo specchio per “vedersi”;
5. utilizzare “pile”, di diversa grandezza e potenza, per illuminare e fare il gioco delle ombre;
6. fare volare bolle di sapone (all’aperto);
7. utilizzare oggetti colorati o animaletti diversi che possano oscillare (montati su una molla);
8. fare giochi di imitazione;
9. usare espressioni e mimiche diverse davanti allo specchio;
10. sedersi e dondolarsi con il terapeuta sul rotolone o sull’asse di equilibrio;
11. guardarsi nello specchio e riconoscere le varie parti del proprio corpo e di quello dell’altro;
12. guardarsi nello specchio e riconoscere i diversi abiti ed i loro colori (pantaloni, scarpe, camicia, giacca, cappello, ecc.);
13. fare smorfie davanti allo specchio;
14. cercare di cambiare vestiti, mascherarsi (insistere con l’uso del cappello);
15. cambiare aspetto aggiungendo baffi, barba, parrucche;
16. girare intorno in gruppo e guardarsi in viso;
17. mettere il bambino in mezzo al cerchio e girargli intorno guardandolo;
18. girare intorno guardando i compagni posti in circolo rivolti verso fuori;
19. riconoscere le diversità dei componenti del gruppo;
20. stando seduti sul rotolone, guardarsi in faccia facendo smorfie;
21. riconoscere fra molti il fazzoletto rosso (per es.);
22. far rotolare davanti palle di diverso colore e a differenti velocità;
23. afferrare e lanciare cerchi dicendo il loro colore;
24. cercare in un mazzetto di fettucce quelle di un determinato colore;
25. usare guanti e manopole di colori diversi per afferrare oggetti;
26. utilizzare pastelli a cera o pitture a dito di colore intenso;
27. porre nel pavimento oggetti (cubi, ecc.) di colori diversi e indicare al bambino di prenderli secondo la loro discriminazione;
28. usare piatti colorati o diversi per metterli in fila e scegliere quelli uguali;
29. fare rotolare palle molli e colorate sul pavimenti;
30. riconoscere particolari differenti in figure apparentemente uguali;
31. riconoscimento di figure frammentate;
32. completare figure;
33. risolvere labirinti rappresentati in maniera piana;
34. risolvere labirinti rappresentati in maniera prospettica (tridimensionale);
35. riconoscere figure rappresentate in prospettiva (per es. casa);

36. copiare figure rappresentate in prospettiva;

### **Stimolazione tattile e di equilibrio:**

1. giocare con plastilina;
2. usare oggetti soffici, morbidi, ruvidi, lisci, pelosi, pungenti;
3. utilizzare oggetti riempiti di liquido e/o di aria;
4. usare oggetti diversi per peso;
5. utilizzare un asciugacapelli per far riconoscere l'aria calda;
6. " un ventaglio per dare sensazioni di fresco;
7. giocare con il velcro;
8. fare semplici giochi con le mani che implicino azioni reciproche;
9. cercare oggetti immersi in acqua, farina gialla, riso, pasta piccola e/o grande;
10. stando seduti sul rotolone, spingersi alternativamente;
11. arrotolarsi su una corda legata ad un punto fisso;
12. trascinare con una corda oggetti di diverso peso;
13. "camminare" con le dita nel tavolo variando la velocità;
14. disegnare con pressione diversa delle dita intrise di colore;
15. stando in piedi prendersi le mani e dondolarsi avanti e indietro, a destra e a sinistra;
16. mettersi in piedi su una gamba e cercare di mantenere l'equilibrio il più possibile, complicando sempre più l'esercizio;
17. tenere in bilico qualcosa appoggiato su di un vassoio;
18. cercare con gli occhi chiusi, tra tante palle, quella diversa dalle altre;
19. stando seduti uno di fronte all'altro soffiarsi reciprocamente sul viso;
20. procedere in avanti e indietro in piedi, sulle ginocchia, stando disteso prono e/o supino;
21. andare avanti e indietro rotolando su se stesso;
22. rotolare superando l'ostacolo di un compagno;
23. rotolare verso il basso su una superficie obliqua;
24. massaggio alla radice dei capelli;
25. stare appeso al canestro;
26. passare dentro il tunnel in avanti e indietro;
27. saltare da diverse altezze;
28. " sempre più lontano;
29. in due ruotare dentro un anello di corda;
30. in gruppo ruotare dentro un anello di corda;
31. camminare avanti e indietro sull'asse di equilibrio;
32. stare in piedi su rotoloni di diversa altezza;
33. cercare di camminare in piedi sul rotolone;
34. spingersi avanti e indietro mantenendo l'equilibrio;
35. fare il passo della tigre (su due e su un piede, fermandosi);
36. stare in equilibrio su di un piede mentre l'altra gamba viene spinta avanti, in dietro, in fuori;
37. stare in equilibrio facendo la verticale sulle braccia, appoggiati al muro.

### **Stimolazioni di tipo affettivo**

(senso di sé, reciprocità, accondiscendenza, altruismo, senso di auto-soddisfazione)

1. saltare sulla pedana elastica;
2. lanciare la palla cambiando velocità e senza guardare;
3. calciare la palla contro il muro ed in gruppo;
4. muoversi sotto il velo;
5. fare esercizi a due sotto il velo;
6. giocare con i bastoni;
7. giocare con i cerchi piccoli;



8. fare attività stando dentro uno spazio determinato;
9. eseguire esercizi in ronda;
10. muoversi secondo le regole del Tai-Chi-Chuan;
11. lavorare allo specchio;
12. partecipare a rappresentazioni psicodrammatiche

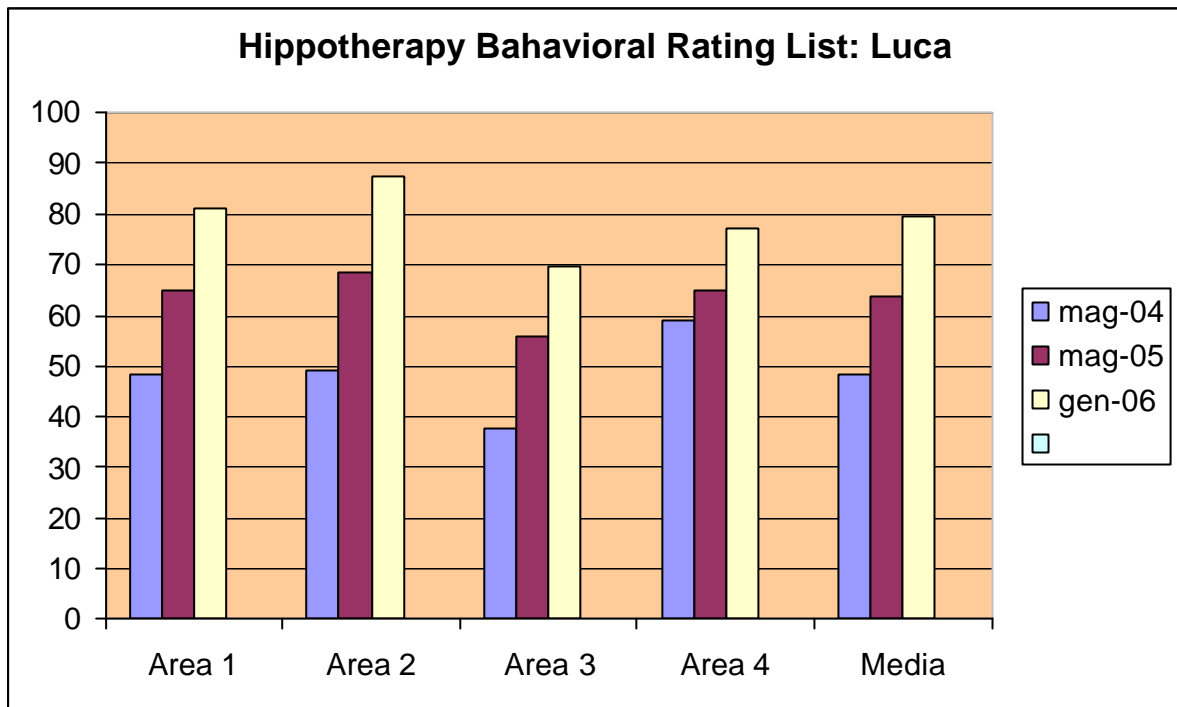
### **Stimolazione motoria e di eutonia:**

1. muovere passivamente le dita delle mani e dei piedi;
2. “ dolcemente il braccio sull'avambraccio;
3. “ “ l'avambraccio sulla spalla facendo anche ruotare;
4. solleticare la cute del petto e del dorso in modo da suscitare piccoli movimenti della muscolatura sottostante;
5. muovere dolcemente la gamba sulla coscia;
6. “ “ la coscia in tutte le direzioni;
7. “ il capo in tutte le direzioni, cercando anche di profondizzare il gesto;
8. utilizzare rotoloni per far flettere dorsalmente la colonna;
9. seguire i movimenti eseguiti in gruppo;
10. rispettare l'organizzazione ritmica dei movimenti e delle espressioni motorie
11. applicarsi nella memorizzazione sequenziale e finalistica dei movimenti;
12. cambiare ritmo e velocità nella marcia;
13. alternare il passo e la corsa;
14. alternare passo e giravolte;
15. lanciare la palla in alto e in basso;
16. lanciare la palla guardando da un'altra parte;
17. lanciare la palla dietro il capo;
18. colpire una palla con un bastone;
19. giocare con le racchette; tennis, volano, ecc.;
20. far capriole in avanti e indietro;
21. muoversi rotolando;
22. camminare sui gomiti;
23. muoversi in cerchio;
24. muoversi lateralmente.

### **Coordinazione motoria:**

1. saltare alla rana;
2. correre come i coccodrilli;
3. saltare con l'asta;
4. arrampicarsi sulla spalliera;
5. seguire percorsi complessi;
6. esercitarsi sui valori della velocità e la spazialità;
7. lanciare la palla nel canestro, da fermo, correndo, da destra, ecc.;
8. giocare con lancio multiplo della palla;
9. camminare sull'asse di equilibrio;
10. lanciare e afferrare la palla da tennis;
11. colpire una pallina con la mazza da golf;
12. lavorare con il rotolone per facilitare l'esecuzione di capriole (avanti e indietro)
13. eseguire schiacciate nel canestro.
14. fare schiacciate nel canestro;
15. eseguire gimkane al passo e correndo;
16. spostarsi avanti e indietro rotolando;
17. percorrere itinerari prefissati camminando all'indietro.

Anche l'ippoterapia è servita a valutare i progressi di **Luca** in una attività che risulta particolarmente impegnativa su tutto l'arco delle funzionalità psico-mentali (emotive, affettive e cognitive).



Il bambino si dimostra sempre affettuoso nei confronti del suo cavallo, attento nella guida che è diventata abbastanza autonoma in quanto sa tenere le redini ed usarle con precisione per dirigere il cavallo e fargli fare le evoluzioni richieste. Luca è preciso nel rispondere ai comandi della sua terapeuta e si dimostra sempre abbastanza controllato. In groppa sembra un altro bambino: sicuro di sé non dimostra tensioni emotive né di vivere criticamente le situazioni.

## **OSSERVAZIONI SULLA RIABILITAZIONE EQUESTRE MAGGIO 2004**

Luca è un bimbo molto piccolo di costituzione. La caratteristica che lo contraddistingue è un pervasivo stato di ansia che si manifesta prepotentemente attraverso il suo corpo (abbondante scialorrea, difficoltà respiratorie, iperattività). L'avvicinamento al cavallo è stato molto buono, non ha mai dimostrato paura ed è salito subito in sella molto volentieri. Nonostante comprenda bene le cose che gli chiedo di fare, l'ansia non gli permette di coordinare bene le azioni, quindi dà le gambe e impugna le redini con foga. Fatica a contenere l'emozione e a concentrarsi sul presente ed è costantemente preoccupato da quello che può accadere dopo (ripete in continuazione "è poi?, e poi?"). Quindi l'obiettivo principale è quello di strutturare il più possibile la dimensione temporale e riempire il vuoto ansiogeno creato dall'attesa. In questo senso il maneggio offre molti strumenti: fornisce dei riferimenti spazio temporali precisi attraverso cui organizzare le azioni, come ad esempio i cartelloni appesi al muro. Per esempio gli dico: "Adesso ci alziamo in piedi, al prossimo cartello ci sediamo, poi al prossimo ci rialziamo in piedi e al successivo ci fermiamo di nuovo". In questo modo ho anche la possibilità di fornire sempre una risposta alla sua domanda, in modo tale che non rimanga incompiuta, che non cada nel vuoto generando ansia ancora maggiore. Questo sistema sembra calmarlo molto e sembra anche molto tranquillizzato dal piacere ricavato dall'efficacia delle sue azioni. Si distrae facilmente, è sempre attirato da quello che gli capita intorno.

## **DICEMBRE 2004**

Luca lavora in gruppo con il suo compagno Andrea. Sebbene, all'inizio, ciò costituisca un ulteriore fattore di distrazione per la sua già molto labile attenzione, si è rivelato molto utile alla terapia. Lavorando insieme, i due bambini si sono fatti coinvolgere in modo molto positivo in alcuni giochi di coppia da eseguire in sella, con l'utilizzo di materiale vario come cerchi e palle. Questo tipo di lavoro li ha aiutati molto nella socializzazione e nella relazione. Si sono esibiti con successo anche nel saggio d'autunno, in cui si sono dimostrati molto felici di mostrare a tutti le loro nuove abilità. Questo particolare evento ha scatenato in Luca un forte stato d'ansia, che, però, è rientrato negli argini durante l'esecuzione dello "stacchetto". Il contenimento emotivo è molto migliorato, anche se rimane il punto focale della terapia: la fame d'aria lo

assale mano spesso, è molto diminuita la frequenza delle domande su ciò che sta per accadere (“*e poi?*”), così come si è notevolmente ridotta la scialorrea. Sono migliorate di pari passo le sue competenze, sia cognitive (risponde alle domande in forma più corretta, riconosce destra e sinistra, comprende alcune figure di maneggio) che motorie (guida autonomamente il cavallo). Ci tiene a ricordare al volontario che tiene il cavallo alla salita che “*io vado da solo*”. È spesso molto oppositivo, e lo riferiscono anche i genitori e le maestre, e dimostra di non aver timore né di rispettare l’autorità dell’adulto. Sto lavorando su questo aspetto cercando di mantenere una posizione di autorità, mettendolo di fronte a conseguenze tangibili dei suoi comportamenti e delle sue disobbedienze. In questo caso il cavallo lavora in mio favore, combinando qualche scherzetto se il bambino non ascolta i miei consigli su come comportarsi. Questo a volte lo spaventa e lo convince a darmi più credito.

## **GIUGNO 2005**

Il contenimento emotivo è sensibilmente migliorato, lo testimonia il fatto che non dice più “*E poi, e poi?*” e perché quasi sparita la sua tipica scialorrea. Allo stesso tempo però è emersa la sua oppositività e onnipotenza. Quando qualcosa non gli riesce si arrabbia e contrasta me e il lavoro. Verbalizza cose del tipo “*io non lo faccio, comando io, io faccio quello che voglio*”. Sporadicamente cerca di essere prepotente usando anche parolacce e modi maneschi. Io in questi casi faccio valere l’autorità del mio ruolo e la mia prevalenza fisica in modi che gli siano comprensibili, come ad esempio facendolo scendere da cavallo, contenendolo fisicamente, facendo rispondere la cavalla ai miei comandi opposti ai suoi. La motivazione non è quella di punirlo, infatti cerco sempre di convincerlo che la cosa migliore sarebbe la collaborazione, e che sono felice quando non si creano dei contrasti. Purtroppo il pugno di ferro è l’unica arma che scalfisce questa murata. Penso che lui non possa fare a meno di questi atteggiamenti fino a quando non ne avrà sperimentati di più validi.

Delle volte ho come l’impressione che ripeta, indirizzati a me, frasi e rimproveri che in origine la mamma o le maestre hanno fatto a lui.

Va molto d’accordo con il compagno Andrea, che ha un ritardo molto più grave del suo. Ne sembra quasi dipendente. Purtroppo tendono a regolare la loro relazione su di un piano molto infantile e sciocco, più vicino alle esigenze di Andrea che alle possibilità di Luca. Abbiamo fatto alcune sedute di volteggio in coppia, che sono state molto proficue per entrambi, sebbene gli obiettivi fossero per ciascuno differenti. Luca è stato in grado di collaborare, di mantenere un certo grado di attenzione, di aiutare il compagno, di fidarsi di qualcuno.

Per quanto riguarda le sue competenze equestri è in grado di salire correttamente a cavallo, di guidarlo con le redini (anche se ha poca forza), di fermarlo e di fare alcuni semplici percorsi. Il problema sta nel mantenerlo concentrato e motivato all’attività, altrimenti si scompone in modo tale da non riuscire a finalizzare correttamente un solo gesto, per poi abbandonare l’attività in seguito al conseguente insuccesso.

## **GENNAIO 2006**

Da qualche tempo Luca da segnali di un effettivo cambiamento. In generale si dimostra di essere cresciuto sul piano affettivo, dimostrando di dare un nuovo valore sia a me, che a sé stesso e all’attività.

Innanzitutto ora entra in maneggio chiedendo “permesso”, subito e a voce bella alta, dimostrando di non rifiutare più la situazione. I primi tempi, infatti, è capitato che perdesse quasi tutto il tempo della terapia rimanendo sulla porta, incapace di proferire tale semplice parola. Ho riscontrato tale atteggiamento anche in altri bambini, e mi sono accorta che è quasi sempre segnale di rifiuto o di paura nei confronti della terapia e di tutto quello che essa mette in gioco. Ora è anche meno dipendente dal compagno: lo cerca ancora molto e si preoccupa se non lo vede, ma entra nel setting e comincia a lavorare anche senza di lui, cosa che prima faticava molto a fare senza che si scatenassero grosse crisi di ansia. L’ansia è in generale molto diminuita ed è meglio contestualizzata: la scialorrea è scomparsa e il respiro si fa affannoso solo in momenti in cui le richieste si fanno obiettivamente più impegnative. A ciò è corrisposta la nascita di una nuova voglia di sperimentarsi: capita spesso che faccia spontaneamente delle richieste sulle attività (“*usciamo fuori? Entriamo a guidare?*”) e che prenda delle iniziative. Ad esempio gli piace inseguire il compagno mettendo da solo il cavallo al trotto. È da sottolineare che, fino a non molto tempo fa, questa andatura lo spaventava molto e aveva per lui una valenza punitiva (perché io, per costringerlo a prestare attenzione, gli facevo partire il cavallo di soppiatto). Non batte ancora la sella né tanto meno guida, ma mi piace che sperimenti di sua iniziativa questa nuova andatura “da grandi”. Anche il livello di frustrazione è migliorato: capita ancora che, quando una cosa non gli riesce, getti la spugna, ma lo fa con meno rabbia e convinzione e, soprattutto, lo fa solo dopo aver almeno provato a mettere in atto le mie consegne. Mi da molto più ascolto e accetta di più

il rinforzo. Anche l'attenzione e la tenuta sono migliorate e riusciamo a lavorare produttivamente quasi tutta la mezz'ora, con pochi momenti di pausa, soprattutto se inserisco dei giochi.

Visti i miglioramenti complessivi ho ritenuto di gratificarlo con il ritorno alla sella da cavaliere (non ha più bisogno della stimolazione continua fornita da copertina e fascione) e stiamo cercando di imparare ad impugnare le redini senza l'ausilio delle maniglie. Fa ancora fatica a compiere gesti efficaci a causa dell'eccessiva agitazione e foga che mette nelle azioni, ma si può ormai dire che va a cavallo quasi come ogni bambino della sua età.

## COMMENTO E DISCUSSIONE

Dopo quasi due anni di trattamento si può dire che Luca ha fatto passi da gigante nel suo sviluppo psichico, sia nel piano del contenimento delle crisi emotive, sia il quello affettivo e cognitivo.

Sottolineiamo subito le sue notevoli capacità di memorizzare nomi, numeri, situazioni ed espressioni, tanto che spesso arriva a sorprendere.

Le difficoltà motorie, psicomotorie e di equilibrio sono pressoché sparite così può essere impegnato in qualsiasi attività. Non viene disturbato da nessun tipo di sensorialità ed anche nelle attività scolastiche o di riabilitazione cognitiva (incluso il linguaggio) è molto migliorato anche se resta sempre molto distraibili.

Il suo grande problema resta il lavoro in gruppo sia per la distraibilità, che per le difficoltà di accettare di lavorare con l'Altro senza mettersi in competizione con esuberanza.

C'è ancora evidente l'incontinenza emotiva che lo porta a:

?? toccarsi i genitali;

?? dire parolacce;

?? chiedere di andare in bagno anche senza bisogno;

?? usare ossessivamente la frase "... e poi" quando gli si propone qualche attività;

?? tendenza a fare smorfie con la bocca, pagliacciate e a tirar fuori la lingua;

?? proporsi come oppositivo (anche se cede con facilità);

?? ha ancora troppi comportamenti infantili, afinalistici e chiassosi;

?? si accanisce contro la madre se c'è qualcosa che lo disturba;

?? trova difficoltà ad iniziare attività nuove.

Si osserva ancora un ritardo dello sviluppo affettivo e risultano coartati:

?? spontaneità;

?? altruismo;

?? generosità;

?? compassione;

?? devozione;

?? riconoscenza.

Queste problematiche hanno anche un valore che interessa lo sviluppo psico-sessuale che Luca sembra avere già affrontato in quanto, infatti, non dimostra difficoltà nel:

?? osservare l'Altro da vicino;

?? salutare dando la mano, un abbraccio, un bacio;

?? fidarsi spontaneamente delle persone del setting;

?? mantenere buone relazioni nel tempo;

?? contenere l'auto-erotismo.

Da tutto ciò si può desumere che la problematica affettiva del bambino riguarda soprattutto difficoltà nell'autovalorizzazione e nel riconoscimento delle proprie potenzialità che, quindi, inducono comportamenti poco adeguati con coetanei e con le persone poco conosciute.

I notevoli miglioramenti dimostrati indicano la necessità di continuare il trattamento terapeutico-riabilitativo per non rischiare che si produca un arresto dello sviluppo ed anche per indurre ulteriori e fondamentali conquiste soprattutto nell'ambito dell'immaginario.

Queste riguardano:

- ?? crescita del desiderio come conseguenza del riconoscimento del valore-stimolo della perdita di un oggetto valorizzato;
- ?? comprensione ed accettazione delle proprie inclinazioni e decisioni;
- ?? crescita delle motivazioni, della volontà, dell'applicazione e della tenuta sui compiti;
- ?? tendenza a distinguersi e farsi notare con il fine di stabilire nuove relazioni;
- ?? capacità di proporre programmi propri;
- ?? possibilità di cambiare i propri obiettivi, dimostrando di poter contenere le frustrazioni;
- ?? spinta a cercare esperienze innovative.

Da un altro punto di vista, stiamo parlando del *mondo degli affetti* e, per comprenderne meglio la struttura, possiamo riferirli alla *vergogna* che, per le sue caratteristiche, può essere considerata una espressione paradigmatica.

La vergogna è (Anna Maria Pandolfi, 2003) "... l'affetto, più o meno penoso, che accompagna la percezione nostra e altrui, consustanziali e rispecchiatesi tra loro" Gli affetti rappresentano dunque un modello di rispecchiamento che permette di vedere l'immagine di Sé nell'Altro.

In questo meccanismo, che ricorda tanto il feedback, si prospettano due possibilità:

- ?? che l'immagine di ritorno sia negativa e, per altro, accusatoria e persecutoria (è il caso della vergogna);
- ?? che il riflesso di sé sia accettabile e, quindi, venga strutturato come *verità*; il percepito è, in qualche modo, reso *valido e introiettabile* perché non diverso da quanto aspettato.

L'assunzione dell'Altro come giudicante, risulta anche un processo di auto-valorizzazione proprio perché l'Altro *può* (ha il potere) ed è in grado di essere *verità* e, quindi, riesce a *rendere vero anche il soggetto*.

Questa auto-valorizzazione può strutturarsi solo se l'Io è sufficientemente valido e ben organizzato e che, di riflesso, che il *narcisismo secondario* abbia agito la propria capacità strutturante.

Nel processo di auto-riconoscimento si stabilisce una auto ed una etero-percezione di se-stessi che, nel loro funzionamento di rispecchiamento, determinano non solo le modalità del riconoscimento positivo, ma anche quelle della legittimazione e accettazione, della approvazione-ammirazione e della auto-soddisfazione.

Va sottinteso che questi meccanismi non rappresentano una validazione-soggettivazione del percepito (non è dunque uno specchio vero), ma servono a dare un *senso di sé* che entra a far parte dell'immaginario. Le immagini di sé che, in questo modo, il soggetto introietta, non solo sono necessarie, ma risultano indispensabili per strutturare un *principio di realtà*, per entrare nell'umus del Sé, per diventare motori dello sviluppo psico-mentale, per generare capacità adattive. Le immagini mentali, lette da un'altra prospettiva, da come le dipinge Heidegger (Essere e tempo), diventano una *necessità ontologica* (A.M. Pandolfi) perché permettono di riscoprirle, nella nostra più intima essenza, peculiarità, singolarità, trasformandosi in *godimento*, in soddisfazione di essere noi stessi e di essere il mezzo per toglierci dall'anonimato.

Considerando invece il mondo delle emozioni, possiamo ricordare che l'emotività libera, l'ansia e l'angoscia portano la reattività psico-mentale a legarsi al registro fisico, del corpo. Le reazioni bio-fisiche (tachicardia, scialorrea, rinorrea, mobilità gastro-intestinale, ecc.) insieme all'iper-attività neuro-muscolare, costringono il soggetto ad affondare nel registro sensoriale e la sua mente a muoversi con le pastoie della coazione a ripetere, della ripetitività ossessiva del gesto.

Il "limite" è posto dal funzionamento organico che, in definitiva, condiziona e tende a coartare lo sviluppo (psico-affettivo e psico-cognitivo) ancorandolo ai processi della mente infantile arcaica che, a partire da percezioni fusionali, permette di sentirsi, nelle dinamiche egocentriche, illimitati, sconfinati ed onnipotenti.

Il funzionamento di una mente più evoluta limita l'espansione infinita e casuale, inducendo un processo di ancoraggio alla realtà, all'immagine di sé, al senso di essere e di valere, di autovalorizzazione e di auto-soddisfazione.

Bertolini et All. dicono che "... perché le registrazioni somatiche (attuali) e quelle mentali (potenziali) risultino diverse, occorre non già che la mente sia isomorfa al corpo, ma che la mente, gemmata dal corpo come una traccia, proceda in termini diversi ed asimmetrici". "È vero che il pensiero sulla madre nasce dall'assenza di lei che però è stata presente; ma il vero punto cruciale è che la presenza sul piano sensoriale è pura sensazione, mentre l'assenza sul piano mentale è appercezione, rappresentazione, risposta emotiva ed elaborazione affettiva oltre che cognitiva (integrativa e deduttiva).

Le difficoltà dell'X-fragile nel trovare strategie adeguate è legata al fatto che l'ansia occlude tutti i canali informativi, analitici, integrativi e deduttivi, oltre a quelli affettivi che sono legati soprattutto alla fiducia, all'affidarsi, alla sicurezza personale nella relazione.

A questi bambino risulta difficile:

?? negoziare soluzioni, per cui non riescono a rinunciare alle loro proposte;

?? utilizzare l'astrazione e la elaborazione simbolica;

?? prendere decisioni precise;

?? immaginare le conseguenze delle loro azioni;

?? usare processi sequenziali e ne consegue difficoltà a ragionare con flessibilità (incagliarsi ossessivamente in un solo aspetto del problema);

?? scegliere dei comportamenti corretti e, per questo, tendono a copiare quelli degli altri, risultando facili a lasciarsi trascinare in situazioni che non riescono neppure a comprendere.

Utilizzare un programma ampio e variegato di attività che inducono stimolazioni multiple e complesse è servito a Luca a crearsi un ambito esperienziale nel quale si sente sicuro e quindi risulta capace di indurre un controllo delle reazioni emotive abnormi.

Questi esercizi vengono per lo più diretti da varie persone e questo è un altro fattore importante per arrivare a far controllare l'esplosività emotiva. Altrettanto importante è praticare la riabilitazione in un ambito grupppale (in piccoli gruppi ed in grandi gruppi) anche se queste tecniche risultano poco accettate e sopportate. La tendenza alla competitività porta Luca a non accettare i coetanei per cui gli riesce meglio lavorare con ragazzi più grandi o con gli operatori.

Il lavoro riabilitativo mira specificamente a sviluppare il senso di realtà e, quindi, una coscienza di se e del mondo ricca e variegata, proprio perché:

l'esperienza personale dello "stato di coscienza" o "coscienza orientativa", effetto di un giudizio o di una "intenzione cosciente", si riferisce a:

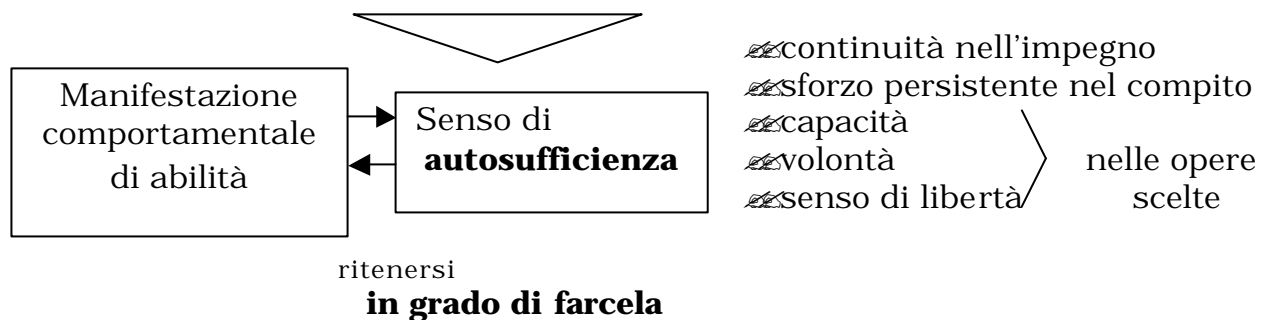
- 1) coscienza dell'IO in antitesi con gli altri-da-noi e dell'ambiente esterno;
- 2) coscienza di attività come esperienza dell'IO nel campo delle emozioni, dei pensieri, delle volizioni;
- 3) coscienza della propria identità pur nel trascorrere nel tempo;
- 4) coscienza della propria identità nello spazio vissuto;
- 5) coscienza dell'unità dell'IO nel qui-e-ora;
- 6) coscienza di "vivere" in contrapposizione alla possibilità di "non vivere" o "essere morti".

Ricordiamo che lo stato di coscienza è sotteso ad una capacità di:

- ~~///~~ percepire
- ~~///~~ memorizzare
- ~~///~~ stabilire correlazioni
- ~~///~~ sviluppare una critica
- ~~///~~ organizzare un "sistema rappresentazionale condiviso"
- ~~///~~ elaborare deduzioni
- ~~///~~ controllare le risposte
- ~~///~~ strutturare un comportamento.

Il senso di autosufficienza, sostenuto da modelli di pensiero strutturato (affettivamente e cognitivamente), porta all'organizzazione di modelli comportamentali e relazionali positivi, validi e finalizzati.

1. coscienze stabili possedute
2. processi metacognitivi, strategici, di analisi, pianificazione, controllo
3. gradualità facilitante degli obiettivi
4. stati emotivi



MODELLI ADULTI  
con: credibilità  
forza psicologica  
attrazione all'identificazione

Le coscienze stabili si riferiscono a:

1. coscienza istintiva riferita alla sensazione di essere;

2. essere un soggetto perché fa esperienze sensoriali, percettive, dolorifiche e riesce a strutturare pensieri prima concreti, poi affettivi e simbolico-razionali;
3. essere un soggetto che interpreta le proprie percezioni e le proprie sensazioni;
4. un soggetto che desidera;
5. un soggetto che pensa
6. un soggetto che percepisce di funzionare in maniera normale

Dall'interno = istintivo = esperienza di tutto o nulla

Dall'esterno = esperienze legate al rapporto interpersonale e con gli oggetti.

Io sono Io perché rispondo automaticamente agli stimoli

Suono = giro il capo - mi irrigidisco - scappo

Luce forte = chiudo gli occhi - porto la mano davanti per proteggermi

Scotta = la mano si ritrae

Sbadiglio

Muovo il capo

### RESOCONTI INTROSPETTIVI

Sistema rappresentazionale = e atteggiamento all'inganno

Come parti della *costituzione soggettiva*.

L'analisi dello sviluppo psico-mentale avviene tenendo in conto:

- ~~///~~ stato emotivo di base
- ~~///~~ capacità emotiva reattiva
- ~~///~~ contenimento delle tensioni
- ~~///~~ atteggiamento affettivo di base
- ~~///~~ " " verso di sé
- ~~///~~ " " verso gli altri
- ~~///~~ " " verso gli oggetti
- ~~///~~ " " verso il cavallo
- ~~///~~ livello di ragionamento
- ~~///~~ ragionamento matematico
- ~~///~~ " geometrico
- ~~///~~ " deduttivo-consequenziale
- ~~///~~ " nel rapporto spazio-tempo
- ~~///~~ capacità di contenere le frustrazioni
- ~~///~~ desiderio di cimentarsi e/o confrontarsi
- ~~///~~ capacità di percepire l'autosoddisfazione
- ~~///~~ senso di sé

nella psicoterapia lo svolgimento della funzione *riparativa* si attua nella relazione tra analista e analizzato e tutto ciò che passa in questo "spazio", positivo o negativo che sia, si produce su un piano *dereistico* che chiamiamo *transfert*.

L'ambito del *transfert* è il vero tema e lo scopo della psicoterapia (analisi) e, in questo, l'analizzato sperimenta tutta una serie di situazioni-vissuti emotivi ed affettivi che vengono elaborati, criticati, proiettati, ricostruiti e integrati nel qui e ora della relazione con il terapeuta.

Questo materiale intra-psichico e/o inter-psichico (vissuto con il terapeuta) subisce processi di negazione, di trasposizione, di proiezione, di sublimazione che



l'analista utilizza per strutturare quel *processo catartico* che rappresenta definitivamente la relazione terapeutica.

Il lavoro terapeutico-riabilitativo traduce una impostazione pragmatica che mira a ripristinare nei bambini con problemi di disabilità psichica, neurologica, genetica o derivata da stress acuto o cronico, utilizzando:

- /// rilassamento
- /// affrontare un tema (dialogo)
- /// rappresentazione dei contenuti
- /// psicomotricità relazionale
- /// drammatizzazione
- /// nascita di un modo di vita significativamente migliore

In questo lavoro va tenuto in conto di:

- /// evitare l'erotismo che blocca il pensiero;
- /// stimolare l'altruismo;
- /// utilizzare l'alterità (io sono te e tu sei me; sono con te e vado con l'altro);
- /// promuovere la reciprocità;
- /// sottolineare il valore della riconoscenza;
- /// riconoscere il rapporto che aiuta a crescere;
- /// accettare il confronto senza aggressività.

Con i ragazzi si cerca di discutere su quali sono le questioni che ci limitano, che ci impediscono di essere noi stessi:

- /// vergogna;
- /// paura di farsi vedere (per quello che siamo; anche il nostro corpo = maschera);
- /// paura di sbagliare;
- /// paura che gli altri siano più bravi;
- /// paura di non sapere (conoscere) abbastanza;
- /// paura di essere più bravi del papà;
- /// paura di perdere la mamma (bisogno di simbiosi);
- /// paura di perdere la propria identità (non potersi cambiare vestiti; mascherarsi)

Per Freud il cambiamento psichico è far cosciente l'inconscio e questo viene prospettato attraverso diverse tecniche che permettono:

- ?? dilatazione dell' Io;
- ?? evoluzione psico-sessuale;
- ?? diminuzione del conflitto intrapsichico;
- ?? elaborazione o ricerca di un sistema rappresentazionale che libera e permette di esprimere le proprie idee;
- ?? flessibilizzazione delle difese;
- ?? sviluppo di capacità sublimatorie;
- ?? aumento della creatività;
- ?? aumento del insight e maggior elaborazione del percepito.

Bisogna anche tenere in conto le qualità psicologiche che favoriscono il cambiamento:

- ?? desiderio di cambiare (motivazione);

- ?? possibilità di elaborare riflessioni su di sé;
- ?? simbolizzazione;
- ?? attuare la flessibilità;
- ?? creare una più ampia capacità cosciente per discriminare e riconoscere nuovi spunti affettivi verso sé e verso gli altri
- ?? sviluppare una più importante adesione con il desiderio del terapeuta
- ?? arricchire il linguaggio transferale facendo dilatare il tempo di esecuzione degli esercizi = maggior partecipazione per questo bisogno di stare attenti di permettere la creatività; non essere, quindi, troppo direttivi, ma prendere il tutto come gioco, come improvvisazione (privo di sapere): maggiore ricchezza di fronte alla tecnica;
- ?? sviluppare maggiormente le tecniche proiettive per creare un immaginario e uscire dall'obbligatorietà della coazione a ripetere il conflittivo (abbandonare la serietà e poter ridere di quanto succede).

Tutte queste osservazioni si riferiscono a:

- ≠ valutare e stimolare un inconscio dinamico attraverso l'applicazione di programmi di arte-terapia centrati soprattutto sul disegno, sulla pittura, sull'espressione teatrale;
- ≠ controllare lo sviluppo psico-sessuale che si evidenzia nell'approccio adattivo, ma anche creativo con l'altro: compagni, terapeuti, educatori, operatori; ecc.;
- ≠ contenere i bisogni libidici che generano frustrazioni ed anche atteggiamenti aggressivi;
- ≠ incrementare la strutturazione dell'apparato psichico attraverso lo sviluppo della coordinazione motoria, della creatività espressiva, delle dinamiche affettive e delle capacità analitico-deduttive perché non siano sostenute solo dalla memorizzazione;
- ≠ creare le condizioni per sviluppare l'identificazione attraverso la creazione di modelli di riferimento accettati come validi perché inducono serenità, sicurezza, senso di valere ed autosoddisfazione.

## **CONCLUSIONI**

Il modello di intervento terapeutico-riabilitativo utilizzato per affrontare le problematiche fisiche e psicologiche di Luca, che è portatore di sindrome X-fragile, si è spostato prevalentemente sul versante della prevenzione.

Non si può disconoscere che il pericolo che questo bambino possa diventare, quando giunga alla pubertà, un grave insufficiente mentale diventa il problema etico principale e forse anche assoluto.

Le crisi di ansia e di angoscia e le violente risposte emotive che si sviluppano nel corpo (rinorrea, scialorrea, ecc.) rappresentano la questione centrale del problema perché, con ogni probabilità, è l'incontinenza emotiva a condizionare lo sviluppo e l'organizzazione psico-affettiva e psico-cognitiva e a portare all'insufficienza mentale.

Il nucleo fondamentale dell'intervento riparativo-preventivo consiste dunque nel poter arrivare a controllare l'invasività emotiva. Questo obiettivo è sicuramente difficile da raggiungere proprio perché le condizioni psico-fisiche di base sono determinate (anche se non si sa come) dalla problematica genetica che si traduce nella fragilità del cromosoma-X.

I buoni risultati ottenuti con la S.A.S. fanno sperare che si sia riusciti a bloccare il meccanismo di "peggioramento".

Questo si evince non solo dal fatto di essere riusciti a frenare l'esplosività emotiva, ma anche dal fatto che il bambino abbia dimostrato uno sviluppo importante delle funzioni psico-motorie, della organizzazione affettiva ed anche dell'integrazione cognitivo-intellettuale.

Per molti aspetti, Luca è, nella scuola (oggi frequenta la seconda elementare), considerato un bambino nei limiti della norma, anche se gli è stata assegnata una insegnante di sostegno.

Per altro lato, la funzionalità psico-mentale si dimostra "particolare" dal momento che si fonda soprattutto sulle ottime capacità mnestiche che il bambino sfrutta per risolvere le problematiche dell'apprendimento a scapito di quelle analitico-deduttive.

Resta il fatto, tuttavia, che anche queste non sono inibite, ma forse solo frenate, come dimostra il fatto che si riesce a fargli rispettare maggiormente le modalità operative attraverso una forma di tranquillizzarlo ed anche le potenzialità simboliche si vanno rafforzando.

Purtroppo non si hanno riscontri con altre esperienze che potrebbero servire a tracciare un quadro prognostico, ma, dalla nostra esperienza, possiamo dire che le possibilità di successo possono essere considerate buone.

Naturalmente, bisognerà continuare senza abbassare per nulla la guardia, cercando di valutare costantemente i risultati ottenuti e, quindi, per eventualmente poter cogliere a tempo flessioni o difficoltà nello sviluppo.

Le maggiori attenzioni devono essere poste sul versante affettivo, proprio perché eventuali difficoltà anche lievi potrebbero influire molto negativamente sul complesso organizzativo psico-mentale proprio perché è il senso di inferiorità e/o di diversità che porta il bambino a competere continuamente ed a chiedersi sulla sua normalità. Questo si desume dalla difficoltà che ancora si evidenzia nel lavoro di gruppo.

Un altro problema che è emerso, riguarda le difficoltà che si riscontrano nell'indagare i contenuti inconsci del bambino che si oppone a liberarsi dagli istintivi blocchi che impediscono il fluire di contenuti profondi attraverso il disegno, le espressività psico-motorie e di quelle immaginarie.

È una caratteristica di questi bambini tendere a copiare i comportamenti degli altri, a scimmiettare le espressioni linguistiche, motorie e caricaturali dei compagni e a gestire i bisogni sociali con atteggiamenti infantili.

In questo modo risulta difficile valutare un preciso livello di sviluppo raggiunto anche se si può dire che, da quando ha cominciato una terapia ed i vari programmi riabilitativi globali ed olistici, compresa l'ippoterapia, i miglioramenti sono stati costanti.

Per finire, ribadiamo che ancora molto lavoro deve essere fatto, non bisogna credere di aver risolto tutti i problemi e, soprattutto, è necessario che il lavoro con Luca deve essere sempre e sempre più di ordine collegiale, multidisciplinare e combinato con un continuo approfondimento nello studio per scoprire le più efficaci concomitanti da mettere in gioco.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ?? Bertolini M. et All. in Muratori F. (a cura di): Il bambino borderline. Edizioni Borla, 1992.
- ?? Krachmalnicoff A. e Lucioni R.: X-Fragile. Qualità Culturale, n.2, marzo 2004.
- ?? Lucioni R., Manzoni S., Rizzi F.: X-Fragile: Sindrome di Martin-Bell. Qualità Culturale, n.2, marzo 2004.
- ?? Lucioni R. e Bergamaschi S.: Sindrome del x-fragile. Il caso di Luca. Qualità Culturale, n.2, marzo 2004.
- ?? Pert Candace B.: Molecole di emozioni. Ed. Corbaccio, Milano, 2000.
- ?? Saunders S.: La sindrome di X-fragile. Edizioni Junior, 2004.
- ?? Vinello R.: Introduzione a: La sindrome x-fragile. Edizioni Junior, 2004.