



Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Raffaele De Caro*

TESI DI LAUREA

Tecniche di terapia manuale a sostegno dell'Io corporeo:
studio di casi clinici con ritardo psicomotorio

RELATORE: Dott. Riccardo Boschini

CORRELATRICE: Dott.ssa Stefania Mazzolenis

LAUREANDO: Paolo Zuccaro De Stefani

Matricola: 1025330

Anno Accademico 2013-2014

*Ringrazio tutti i bambini che con la loro vitalità e diversità mi
hanno arricchito nello spirito regalandomi passione come
terapista del corpo e della mente.
Un particolare ringraziamento alla mia correlatrice e al mio
relatore vicini in questa esperienza clinica ed umana.*

ABSTRACT

Riassunto

Scopo

Materiali e metodi

Risultati

Conclusioni

Parole chiave

INDICE

Introduzione	4
1	Genesi e sviluppo dello schema corporeo5
1.1	<i>Nozione di schema corporeo</i>6
1.2	<i>Dallo schema al Sè corporeo</i>7
1.3	<i>Il corpo simbolico</i>8
2	La pelle organo regolatore9
2.1	<i>Risorse e funzioni della pelle</i>10
2.2	<i>Dall'esperienza tattile al comportamento</i>10
3	Il ritardo psicomotorio11
3.1	<i>Funzioni Esecutive (FE)</i>12
3.2	<i>Disturbi di attenzione (ADHD)</i>13
3.3	<i>Il versante terapeutico</i>14
3.4	<i>I protagonisti dello studio</i>14
4	Terapia Manuale20
4.1	<i>Curare l'Io corporeo</i>21
4.2	<i>Approccio globale</i>23
4.3	<i>Il trattamento</i>26
5	Valutazione20
5.1	<i>I disegni come strumento di valutazione</i>26
5.2	<i>L'immagine corporea sta alla terapia come il disegno sta alla cura</i>26
6	Conclusione33
7	Bibliografia38
8	Allegati40

Introduzione

Questo lavoro vuole essere uno studio pilota che prende in considerazione la possibilità di intervenire a livello riabilitativo in età evolutiva in particolare sulle problematiche di iperattività e difficoltà attentive (ADHD) attraverso una terapia manuale. Tenendo conto dell'età si è pensato di intervenire su più livelli cercando di incontrare là dove il bambino si trova con il suo mondo simbolico. Questo metodo vuole mettere in evidenza i mezzi per entrare in interazione con il bambino sia a livello corporeo sia mentale. A questo fine si è pensato utile partire da una trattazione in cui viene spiegata la genesi e lo sviluppo dello schema corporeo.

Abbiamo preso in considerazione le varie tappe evolutive che hanno permesso la formazione di un'entità cosciente partendo dal concetto di schema corporeo. Da un corpo frammentato governato soprattutto dagli istinti si passa ad un investimento progressivo di esso all'interno di un programma motorio dotato di volontà prima molto grossolano e poi sempre più mirato nei dettagli per arrivare a rappresentarlo a livello simbolico. In questi passaggi si inserisce il fattore emotivo e la maturazione cognitiva che vanno a condire la possibilità di interagire nel mondo dotandosi di un'entità autonoma ed indipendente.

Tutti questi processi evolutivi si giocano all'interno della relazione cioè nella possibilità di esprimere la propria volontà e di avere progressivi feedback per aggiustare i propri comportamenti; interagire con l'Altro e con l'ambiente esterno comporta un modellamento dei propri programmi motori.

Nella relazione si va costruendo il proprio Sè cosciente, la rappresentazione simbolica di noi stessi dove il corpo fisico, in particolare la pelle svolge la funzione di regolatore nella codifica del linguaggio dei due mondi.

La terapia in prima istanza cerca uno spazio nella relazione, predispone il corpo in modalità di ascolto attivo cercando di attivare processi di investimento libidico su di esso. In tal senso si cerca di inserirsi nel mondo ludico del bambino e di estrapolare quegli elementi simbolici utili alla fase successiva, quella del contatto. Si vuole sollecitare la creazione di uno spazio in cui il contatto non risulti invasivo ma anzi diventi la possibilità di sentire e rappresentare il proprio corpo in modo più funzionale.

I bambini scelti per lo studio hanno diversa età cronologica ciò nonostante i quadri clinici presentano un denominatore comune: Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, o **ADHD**, un disturbo evolutivo dell'autocontrollo.

La valutazione si è avvalsa soprattutto dell'utilizzo dei disegni per verificare il cambiamento nella rappresentazione simbolica del corpo: la ricchezza nei particolari, l'utilizzo di più colori, l'impiego del tempo sul tema assegnato ecc.

Capitolo 1

Genesi e sviluppo dello “schema corporeo”

1.1 Nozione di schema corporeo

Diversi studi neurologici, psichiatrici, psicologici hanno tentato di chiarire il concetto di percezione del corpo come stadio nella costruzione della personalità, un tema assai fondamentale in età evolutiva. Gli apporti scientifici ci hanno rimandato il messaggio che è tutt'altro che semplice evidenziare i diversi elementi che vanno a comporre lo schema corporeo e come da esso poi si sviluppi un'entità cosciente che porti a comunicare con l'esterno in modo armonico.

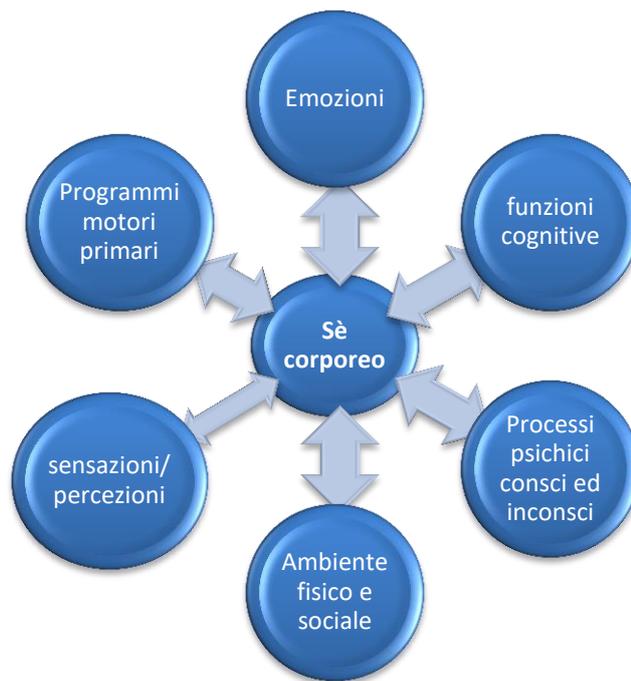


Fig. 1.1 Diversi elementi che costituiscono il Sè corporeo che si identifica come Sè Cosciente.

Il continuo interagire di questi elementi corpo cosciente e sistema ambiente porta progressivamente ad un intervento di costruzione e di ristrutturazione dello schema corporeo. Sotto un approccio più filosofico lo schema Corporeo è quindi il frutto della capacità di rappresentazione del concetto stesso (Kant). Questo

presuppone che il soggetto sia in grado di essere consapevole delle proprie funzioni cognitive e con l'intuizione spazio-temporale di dare oggettività alla propria percezione soggettiva (Koupernik e Dailly). Lo schema rimane con una forte componente soggettiva anche se è soggetta a trasformazioni ed integrazioni soprattutto in età evolutiva.

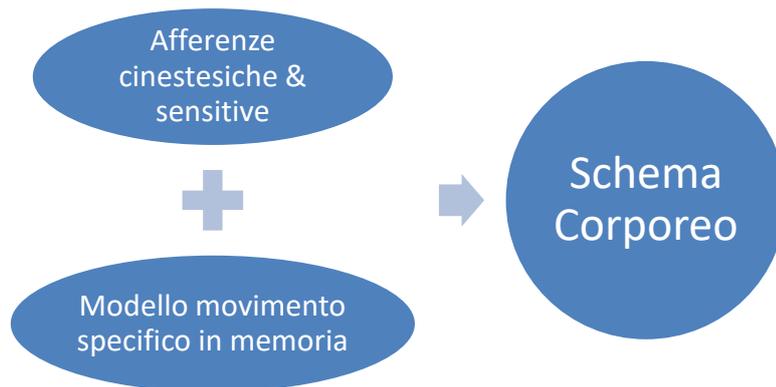


Fig. 1.2 Schema corporeo tra manifestazione del movimento ed esperienza conoscitiva.

Lo schema corporeo racchiude la conoscenza e la consapevolezza del nostro corpo rispetto lo spazio circostante con movimenti precedentemente elaborati ed immagazzinati. Uno schema che viene riesumato ogni qual volta si richiede una nuova postura o la manifestazione di un movimento (Head ed Holmes). Mutevole nel tempo, soggetta al cambiamento in virtù della propria esperienza conoscitiva.

La nostra esperienza è corredata da emozioni che caratterizzano l'investimento libidico delle diverse parti del nostro corpo (Schilder), di conseguenza si stabilisce che lo schema corporeo non può essere un concetto avulso dalla propria soggettività, si parla dunque di immagine corporea. Essa è la rappresentazione del nostro corpo che poco ha del corpo reale in senso anatomico ma diventa un'entità relazionale con cui si articola con l'ambiente fisico e sociale (Defontaine). Dotato della componente di intenzionalità si prefigura come una coscienza immaginante in cui si alternano atti di apprendimento e di adattamento. In questo modo diamo un significato al nostro esserci in questo mondo attraverso un corpo fisico percepito. Esso è il corpo vissuto.



Fig. 1.3 Dal sentire oggettivo del Corpo all'immagine soggettiva di esso.

1.2 Dallo Schema al Sè corporeo

L'importanza dell'elemento spaziale appare ribadita nell'osservazione di Ey: "il corpo, che rispetto agli altri corpi è il mio, è infatti la protoesperienza del soggetto nel proprio spazio... un'esperienza dell'Io nella prima coscienza di sè che si percepisce in quanto oggetto"(Koupernik e Dailly). In altre parole il corpo si individualizza nello spazio, diventando il punto di riferimento che il bambino utilizza per orientarsi tra gli oggetti nei suoi spostamenti.

La continua interazione tra corpo e spazio attraverso i movimenti prima come semplici atti motori e poi prodotti dall'intenzione determina la formazione di una coscienza progressiva delle parti del corpo e come esse possono orientarsi nello spazio circostante. Un corpo all'inizio frammentato che grazie all'intenzionalità costruisce un'esperienza corporea che porta alla sua unità. Nell'evoluzione del rapporto corpo-spazio si articola un'organizzazione somatognosica (intesa come conoscenza del proprio corpo) in una condizione di continua influenza nello sviluppo practognosia (Bergès e Defontaine). Nella realizzazione delle prassie dalle coordinazioni più grossolane alle più raffinate. La costruzione della propria

immagine risente di questo meccanismo dialettico, disordini o difficoltà prattognosici ci spostano sul piano clinico.

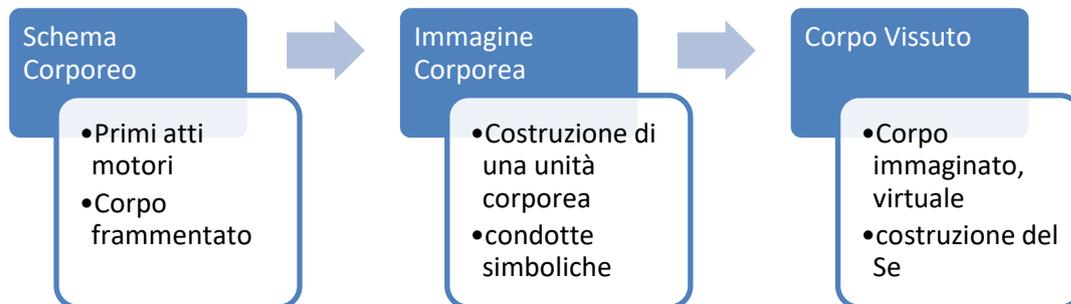


Fig. 1.4 Processo evolutivo di investimento: dallo schema corporeo alla costruzione del Sè.

1.3 Il corpo simbolico

Con la comparsa del linguaggio la conoscenza del corpo si sposta ad un livello più astratto; esso può essere nominato, ricordato, e gestito a livello simbolico nel proprio mondo interno. Lo stretto rapporto tra prattognosie e linguaggio viene ripreso da Defontaine affermando che l'attività più astratta, qual'è il linguaggio verbale prima di tutto passa per il corpo. L'azione del corpo può essere facilitata da una verbalizzazione preliminare come avviene nell'imitazione o nella comprensione di gesti altrui. Così la stretta interdipendenza tra linguaggio ed esperienza permette al bambino di arricchire le rappresentazioni mentali del corpo che agisce. A livello operativo, dichiara Pisaturo, mettendo il corpo nella condizione di agire nell'ambito del mondo degli oggetti si produce l'effetto di consentire al bambino di sviluppare la consapevolezza di quel corpo e di prendere coscienza di questo mondo, di scoprirne l'organizzazione e le leggi e di rappresentarlo.

I metodi psicomotori così come in riabilitazione si basano sull'ipotesi che la personalità globale si organizzi intorno all'immagine o schema corporeo che si

costruisce nell'azione. Dopo aver fatto riferimento al proprio e dopo vari tentativi di orientarsi nello spazio e di agire in esso, l'esplorazione del corpo dell'Altro può avvenire con l'intenzionalità di applicare un confronto.

Capitolo 2

La pelle “Organo regolatore”

Il precedente capitolo ha messo in evidenza come le funzioni cognitive superiori si sviluppino in rapporto all'attività pratica del piccolo, cioè si formano nel processo della vita di relazione e nel corso della sua attività oggettiva. La maturazione a livello micro strutturale del cervello avviene per progressive attivazioni dei circuiti neuronali; sono le stesse esperienze che venendo reiterate svolgono un lavoro di modellamento e di stabilizzazione (G. Edelman, 1984; J.P. Changeux, 1983).

In questo capitolo si affrontano le domande: quale influenza hanno sullo sviluppo i vari tipi di esperienza cutanea, in particolare da piccoli. Come corollario che tipi di stimolazioni cutanee sono necessarie per uno sano sviluppo fisico e comportamentale dell'organismo e cosa porta la mancanza o l'insufficienza di particolari tipi di stimolazioni cutanee.

Di seguito vedremo come la pelle, organo più esteso del corpo e primo a maturare rispetto agli altri organi di senso, entra nel processo somatopsichico e come l'esperienza tattile o la sua mancanza influisce sullo sviluppo del comportamento oltre che all'accrescimento e allo sviluppo armonico o meno dell'organismo.

2.1 Risorse e funzioni della pelle

La pelle che in età adulta viene percepita poco più di un semplice involucro dove l'attenzione è spesso rivolta al suo aspetto estetico, richiama la propria esistenza solo in caso di pericolo, da bambini invece, è lo strumento principe nell'esplorazione del mondo. Con il tempo viene ben presto dimenticato che è il prolungamento del nostro cervello, l'ultima stazione ai confini del nostro Io, attrezzata a riconoscere e a rispondere ad una moltitudine di stimoli: movimenti dell'aria, particelle, parassiti, virus, batteri, cambiamenti di pressione, di temperatura, umidità, luce, radiazioni, etc. Il più esteso apparato del nostro corpo, complessivamente il 16-18% del peso corporeo totale. La pelle svolge 4 funzioni fisiologiche: 1- difesa del corpo da offese meccaniche, chimiche ed organismi

estranei; 2- organo di senso (tatto, pressione, dolore); 3- regolatore della temperatura; 4- organo regolatore dei grassi, acqua e sali con la traspirazione.

Le straordinarie funzioni della pelle si rivolgono anche ai suoi meccanismi neurologici fini che ci permettono di adattarci progressivamente al mondo così come quest'ultimo ci insegna a costruire il nostro schema corporeo.

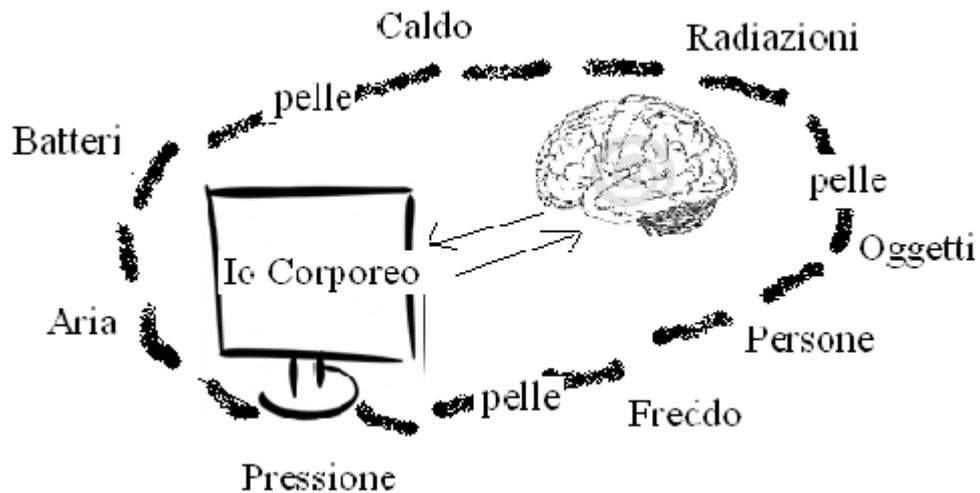


Fig. 2.1 Da piccoli il confine del nostro Io corporeo è ancora fragile.

Dagli studi effettuati sui mammiferi e umani si è rilevata la grande importanza della stimolazione cutanea a tutti gli stadi di sviluppo. Soprattutto nell'infanzia abbiamo una notevole influenza sul sistema immunitario con resistenza alle infezioni e alle malattie. Inoltre influisce sul peso, sulla capacità di resistere allo stress, ad una maggiore efficienza funzionale dell'organizzazione degli apparati corporei. Induce quindi a pensare che l'esperienza tattile è molto di più di una semplice necessità biologica per la sopravvivenza dell'organismo. Fin dai primi momenti della nascita con le contrazioni dell'utero sul corpo del feto vengono stimolati i nervi sensoriali periferici della pelle. Gli impulsi mediati dal sistema nervoso centrale e vegetativo (autonomo), si dirigono poi nei vari distretti degli organi innervati. Anche nelle successive fasi della crescita il bambino continua ad essere sollecitato ma è stato messo in evidenza che un'inadeguata stimolazione porta ad un'altrettanta perturbazione a livello nervoso e gli apparati non vengono sufficientemente attivati.

Il verbo toccare ci riporta a tanti significati e molti sono rivolti al sentimento umano. “Toccante” in senso commovente, “tenersi in contatto” restiamo in comunicazione e in assenza di linguaggio tiene l’uomo in contatto con il prossimo. Il contatto è la prima modalità che ha il bambino di comunicare con il corpo della madre, il primo linguaggio, l’origine del contatto umano. Quando sono vestiti i bambini risultano meno attivi rispetto di quando sono svestiti (Irwin e Weiss), uno dei motivi è la ridotta stimolazione cutanea, i vestiti creano un isolamento.

2.2 Dall’esperienza tattile al comportamento

I bambini sanno riconoscere chi si prende cura di loro, non è la sola pressione sulla pelle o il calore di una mano calda (Schaefer), ma anche attraverso i recettori delle proprie inserzioni muscolari: è il modo in cui vengono presi, tenuti in braccio e toccati che comunicano la qualità del sentimento. Attraverso la pelle il bambino è sensibile a captare il comportamento della persona che lo tiene in braccio. Questo gli sarà utile in futuro: quindi un comportamento è in modo significativo collegato con le esperienze tattili dell’individuo soprattutto durante l’infanzia (Clemens Benda).

Anche nello sviluppo dei rapporti emotivi e affettivi (Harry Harlow), essere baciati accarezzati, coccolati e l’amore sono strettamente connessi: in altre parole si impara ad amare non perché c’è lo insegnano ma per il fatto che siamo stati amati. La modalità in cui esprimiamo soprattutto i comportamenti sociali, affettivi ed emozionali dipendono da come li abbiamo vissuti da piccoli.

L’affettività, le emozioni, i sentimenti che gli altri esprimono nei confronti del bambino sono raccolti a livello corporeo nella sua componente tattile, cutanea e tonica (H. Wallon, 1942). Appare quindi fondamentale in età evolutiva la componente del contatto fisico e il gioco corporeo; il suo bisogno di essere toccato, preso in braccio, coccolato, il bisogno di calore, di sensazioni cinestesiche in generale esperienze che coinvolgono la globalità del corpo. Se nell’infanzia il corpo rappresenta il mezzo privilegiato di conoscenza e di comunicazione, anche

negli anni a seguire ricopre un ruolo essenziale nella maturazione dei processi cognitivi superiori (Piaget, 1967).

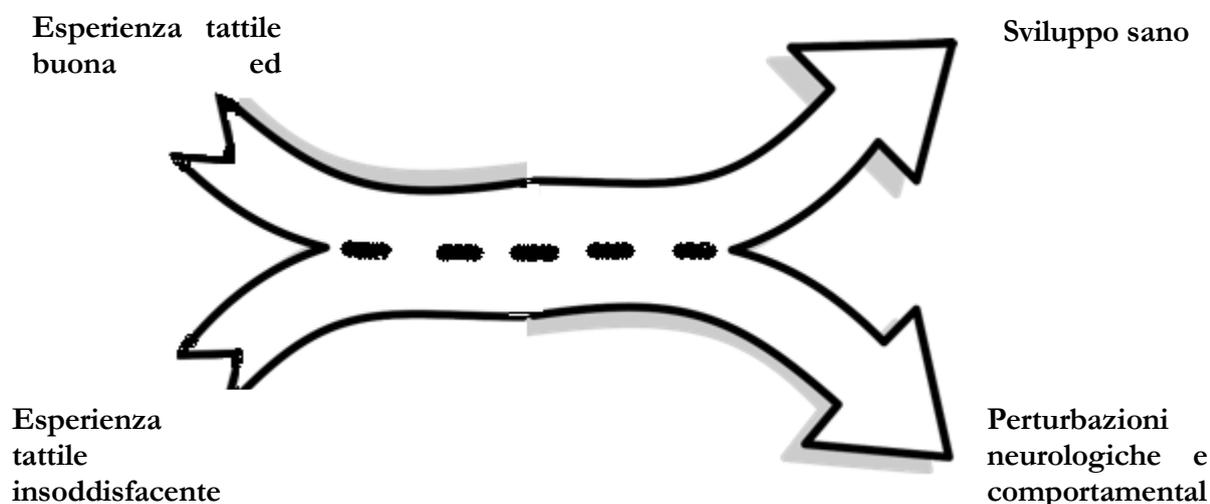


Fig. 2.2 Sviluppo del bambino secondo l'esperienza corporea.

Hartman spiega che in alcune culture il contatto fisico crescendo viene progressivamente bandito con una grande perdita nell'arricchimento della personalità. Con il tempo i bambini limitano il contatto fisico e nell'adolescenza termina completamente, parallelamente la sensibilità tattile aumenta e toccare ed essere toccati diventa uno dei grandi obiettivi-bisogni. La qualità del contatto stimola il corpo del bambino e lo aiuta a costruire un'immagine corporea e un io corporeo sano, investendo progressivamente di libido varie parti di esso nel ruolo di zone erogene (Anna Freud). La manipolazione tattile inoltre, risulta utile nello sviluppo del pensiero astratto e concettuale (Leites); l'esperienza tattile dà la possibilità di affermare una data esistenza di un oggetto o di una identità esterna al proprio Se.

Infine differenze nel comportamento si sono evidenziate in molti studi di antropologia culturale, il dott. William Caudill e la signora Helen Weinstein hanno messo in evidenza che il contatto fisico precoce e prolungato con il bambino durante lo sviluppo porta ad un comportamento di appagamento e serenità.

Dai lavori di questi autori ci inducono a pensare che la pelle svolge un ruolo importante nello sviluppo fisiologico e mentale e non ultimo quello affettivo del

bambino, diventa un mezzo di comunicazione, di integrazione di costruzione del proprio Io corporeo. A dispetto di alcune culture il desiderio di avere contatti fisici non si esaurisce con l'infanzia ma è un'esigenza richiesta anche in altre fasi della vita che assolvono a funzioni diverse forse più evolute e complesse nella loro richiesta ma comunque riconducibili ad un bisogno primario quello di essere protetti, assicurati, amati, etc.

Date le forti interconnessioni tra lo sviluppo mentale ed emotivo che passa attraverso l'esperienza tattile corporea, la pelle è al tempo stesso una risorsa e un mezzo che ci permette di costruire programmi riabilitativi. La stimolazione tattile è al centro dell'attenzione dei processi di sviluppo in particolare bisogna tener conto della quantità, qualità, frequenza e delle fasi più sensibili in cui l'organismo ne sente il bisogno. Un'esperienza tattile adeguata porta a stimolare e a maturare un organismo sano. La carenza o stimolazioni non adeguate producono frustrazioni, bassa resistenza agli stress, nervosismo, bassa attenzione selettiva e agitazione. La deprivazione possono causare gravi ritardi della crescita sia fisica che comportamentale non ultime turbe emotive. Molti di questi aspetti negativi sembrano capovolgersi quando bambini inseriti in ambienti più favorevoli, manifestano una crescita spettacolare e sviluppano reazioni fisiologiche normali (Patton e Gardner).

Capitolo 3

Il ritardo psicomotorio

Abbiamo visto come nell'età evolutiva procede la genesi e la formazione dello schema corporeo fino alla maturazione dei processi cognitivi superiori dove la pelle ha fatto da principale interprete. Entriamo ora nel campo clinico e vediamo

i casi in cui questo processo di continua interazione tra corpo e mondo esterno presenta delle perturbazioni che si insinuano nell'architettura ancora fragile e delicata del cervello del bambino. Data la natura singolare del vissuto del bambino sia la diagnosi che il trattamento terapeutico sarà altrettanto personalizzato.

Nell'ambito del ritardo psicomotorio cercheremo di analizzare quanto le funzioni esecutive possano influenzare in modo a volte significativo la costruzione del Io corporeo e di seguito alterare il comportamento del bambino.

Segue una definizione di deficit dell'attenzione dalla diagnosi alla sua evoluzione, e di seguito verranno presentati i protagonisti di questo lavoro sperimentale.

3.1 Funzioni esecutive

Nel ritardo psicomotorio sono le funzioni esecutive ad essere maggiormente coinvolte. Con il termine Funzioni Esecutive (FE) si fa riferimento all'insieme delle operazioni cognitive di ordine superiore e alle abilità necessarie per una attività intenzionale e finalizzata al raggiungimento di obiettivi (Anderson, 1998) e racchiudono un'ampia gamma di comportamenti e cognizioni dell'uomo che hanno a che fare con la pianificazione e l'esecuzione di attività finalizzate ad uno scopo (Rabbitt, 1997).

In sintesi vediamo le componenti che formano le funzioni esecutive.

- **Memoria di lavoro:** rappresenta la capacità di tenere a mente e manipolare le informazioni rilevanti per un periodo di tempo limitato, strettamente necessario allo svolgimento e al completamento di un compito (Huizinga et al., 2006).
- **Attenzione:** se consideriamo l'attività cognitiva come l'elaborazione da parte dell'uomo delle informazioni provenienti dall'ambiente esterno, l'attenzione può essere descritta come la funzione che regola questa attività cognitiva e che, attraverso il filtro e l'organizzazione delle informazioni ricevute, permette al soggetto di emettere risposte adeguate (Ladavas e Berti, 1999).

- **Pianificazione:** è una componente di fondamentale importanza nei comportamenti orientati ad uno scopo e consiste nell'abilità di formulare un piano d'azione in funzione di un obiettivo in modo organizzato, strategico ed efficiente (Anderson, 2002).
- **Inibizione:** rappresenta la capacità di frenare il proprio comportamento al fine di permettere la prosecuzione dell'attività in corso. L'inibizione non è un processo unitario: secondo alcuni autori, infatti, il controllo inibitorio sarebbe frutto di una sorta di doppia dissociazione, tra *inibizione legata all'attenzione* e *inibizione legata all'azione*. Il primo tipo si riferisce sia all'attenzione selettiva, cercando di evitare gli stimoli interferenti, sia allo spostamento da un focus ad un altro di attenzione, nei casi in cui sia possibile orientarsi su una dimensione, piuttosto che su un'altra; pertanto l'inibizione legata all'azione determina la capacità di sopprimere la prepotenza di risposta proveniente da entrambe le dimensioni.
- **Flessibilità cognitiva:** rappresenta la capacità di muoversi abilmente all'interno di stati mentali, operazioni o compiti generalmente definiti con il termine di *shifting* (Miyake et al., 2000).

Come si può notare l'attenzione è un ingrediente essenziale per tutte le componenti delle funzioni esecutive. Il modello di Robertson (1999) identifica diversi tipi di attenzione: *l'attenzione selettiva* si occupa di selezionare gli stimoli importanti e inibire quelli irrilevanti; *l'attenzione sostenuta* consente di mantenere e modulare lo sforzo cognitivo per un periodo prolungato, utile per portare a termine un'attività; infine il *controllo esecutivo* consente di spostare rapidamente l'attenzione verso la fonte di informazione più importante e di coordinare l'esecuzione di più compiti svolti in parallelo.

Alcuni studi (Douglas e Peters, 1979; Douglas, 1984) hanno evidenziato nei bambini con ADHD, alcune carenze a carico del meccanismo di attenzione sostenuta, di controllo inibitorio e la difficoltà a prestare attenzione a più stimoli

contemporaneamente, risultati confermati anche da altri autori (Barkley et al., 1990).

3.2 Disturbi di attenzione (ADHD)

Il deficit dell'attenzione è un problema neurologico che interessa il bambino fin dai primi mesi di vita, che si protrae nell'infanzia, nell'adolescenza e nell'età adulta. Può presentarsi in associazione all'iperattività e in questo caso si parla di deficit dell'attenzione con iperattività. Le caratteristiche distintive sono rappresentate da difficoltà di attenzione, impulsività e iperattività, questi tre elementi possono essere presenti in proporzione variabile. I bambini interessati da questo problema fanno molta fatica a mantenere l'attenzione e a concentrarsi, hanno la tendenza ad agire senza pensare a quello che stanno facendo, hanno delle difficoltà a modificare il loro comportamento sulla base dei loro errori e non riescono a stare tranquillamente seduti per lunghi periodi di tempo.

Nell'ambito scolastico, i disturbi comportamentali o i disturbi specifici dell'apprendimento pongono spesso difficoltà nella diagnosi differenziale. In età scolare, infatti difficoltà di attenzione, iperattività ed irrequietezza possono far parte di un quadro più complesso di ritardo cognitivo di grado lieve o moderato, possono essere uno dei sintomi caratteristici di un disturbo dell'umore, di tipo depressivo o bipolare o di un disturbo d'ansia. Infine bisogna tener presente che questi aspetti possono essere forme caratteriali riscontrabili in molti bambini come fluttuazioni normali del periodo dello sviluppo soprattutto se maschi nella fasce di età 8-10 anni .

Attualmente in Italia dal DSM-IV (APA,1995) questo disturbo viene denominato come quadro sintomatologico "Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività" (abbreviato DDAI). Per avere rilevanza clinica, il DSM richiede che i sintomi si manifestino prima dei 7 anni e in almeno due contesti (es. casa e scuola) e che ci siano evidenti difficoltà nelle abilità sociali, scolastiche o lavorative. Per l'ICD-10 denomina questo disturbo come Sindrome Ipercinetica e distingue il Disturbo dell'attività e dell'Attenzione e il Disturbo Ipercinetico di condotta. In altri termini, un bambino non sviluppa un problema di deficit

dell'attenzione da un giorno all'altro, la presenza dei sintomi deve, infatti, protrarsi per un periodo relativamente lungo. Bisogna comunque affinare una certa sensibilità su questi aspetti, studi dimostrano come la diagnosi e l'intervento precoce (in età prescolare) possono diminuire l'incidenza di ADHD in età scolare (Rappaport et al. 1998).

Non esistono due bambini con deficit dell'attenzione con le stesse identiche caratteristiche, ad esempio, un bambino può avere difficoltà a concentrarsi ed essere impulsivo senza essere iperattivo. Ciò che è essenziale in fase di valutazione iniziale è l'analisi del comportamento del bambino e la sua storia familiare. Malgrado nella terminologia clinica venga usato il termine "disturbo", va precisato che buona parte di questi bambini, se aiutata tempestivamente con interventi educativi, riesce ad avere una vita scolastica e sociale adeguata.

Analizzare le funzioni esecutive in uno stadio precoce dello sviluppo del bambino ci porta ad individuare quegli elementi predittivi dei disturbi dell'attenzione. Se le funzioni cognitive devono la loro maturazione grazie all'interazione continua con il mondo esterno attraverso l'utilizzo del proprio corpo come strumento ci viene automatico pensare che un precoce disturbo della percezione corporea inevitabilmente finisce per influenzare negativamente l'immagine del corpo. Sicuramente possiamo affermare che una distorta percezione corporea o della propria immagine, si manifesta sempre con un disagio psichico più o meno grave e più o meno evidente. Queste perturbazioni nella percezione corporea alterano il rapporto tra mondo interno ed esterno rendendo ancora fragile ed instabile i confini stessi. Il rapporto mente-corpo è un tema complesso, poiché il corpo è spesso veicolo di messaggi profondi di natura psichica e le condizioni di salute fisica possono frequentemente tradursi in un malessere (o benessere) psichico.

3.3 Il versante terapeutico

Quali sono i trattamenti psicologici più efficaci per i bambini con DDAI? Dipende dal tipo di deficit che la diagnosi avrà evidenziato come predominante: il

trattamento sarà prevalentemente cognitivo quando è necessario migliorare l'attenzione e le funzioni esecutive; più comportamentale se vanno potenziati il controllo e l'autoregolazione.

Nei paesi anglosassoni si cerca di enfatizzare maggiormente un trattamento farmacologico all'interno di un programma mirato e controllato. Ad un'analisi più approfondita è emerso che per i bambini che usufruivano sia della terapia farmacologica che psicologica era sufficiente una dose inferiore di farmaci e dimostrarono migliori risultati rispetto a quelli trattati con soli farmaci.

La letteratura scientifica sull'argomento indica che la "presa incarico" della famiglia e la consulenza sistematica alla scuola sono variabili che influenzano i risultati positivi a lungo termine.

Le ricerche compiute in questo ambito dimostrano che la forma di intervento più efficace deve agire su più fronti e comprendere:

- Consulenza e sostegno ai genitori
- Terapia del comportamento
- Terapia nei massaggi
- Neurofeedback (EEG Biofeedback)
- Consulenza alla scuola su strategie comportamentali
- Training di abilità sociali
- Interventi di potenziamento dell'apprendimento
- Interventi cognitivo-comportamentali per incrementare l'autostima

Non esistono soluzioni magiche per questo problema, ma la sua gestione è possibile. Il solo impiego di sedativi, in quanto peggiorerebbero la situazione sia a livello comportamentale sia cognitivo.

Alcuni studi si sono rivolti a terapie alternative lo yoga e la musica si sono rivelate di qualche utilità nel favorire la concentrazione ma anche la terapia dei massaggi ha dato rilevanti risultati positivi (Field et al. 1998). Quest'ultima ha mostrato un decremento nei valori della scala Conners (Le Scale di Conners permettono una

valutazione comprensiva dei comportamenti problematici presenti in età evolutiva, in particolare valutano la presenza di: comportamenti oppositivi, difficoltà cognitive e disattenzione, iperattività, ansia, timidezza, perfezionismo, problemi sociali e problemi psicosomatici (Conners, 1995) ed un incremento nei livelli di serotonina che aiuta questi pazienti a modulare i livelli insolitamente alti di dopamina (Field et al. 1996, Ironson et al. 1996). L'intervento dei massaggi veniva personalizzata, includeva tecniche Craniosacrali, Linfodrenaggio, Svedese a posizione prona o supina, vennero istruiti anche i genitori per applicare il trattamento anche a casa.

In un altro studio con 30 studenti tra i 7 e i 18 anni diagnosticati con ADHD hanno ricevuto una terapia di massaggio per 20 minuti due volte alla settimana per un mese. Rispetto al gruppo di controllo chi aveva ricevuto il massaggio è risultato più stabile nell'umore e con un comportamento più controllato in classe ([Khilnani S](#), [Field T](#), [Hernandez-Reif M](#), [Schanberg S](#)).

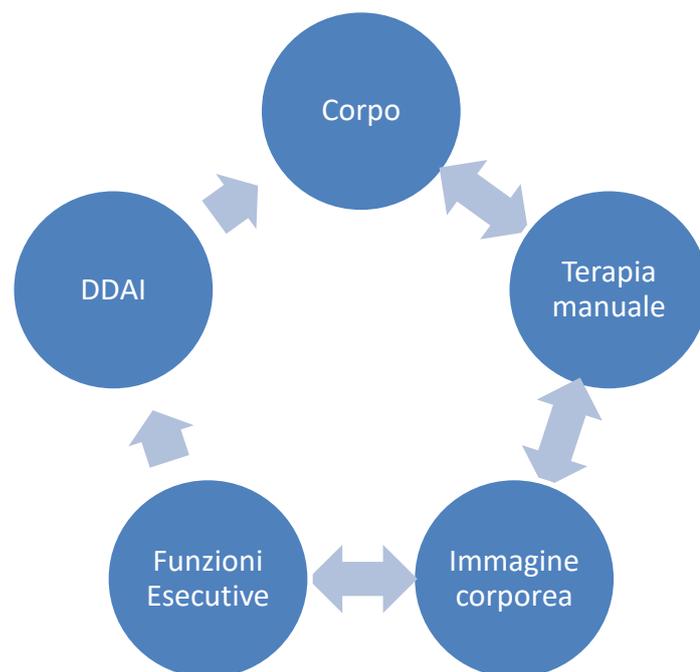


Fig. 3.1 Gli effetti diretti ed indiretti della terapia manuale.

La figura 3.1 mostra come la terapia manuale ha un effetto diretto sul corpo e sull'immagine corporea e come quest'ultima influenza i processi cognitivi

o meglio le funzioni esecutive. Una miglior efficienza delle FE riduce i livelli di DDAI.

Il deficit dell'attenzione, se non trattato, può creare problemi rilevanti nell'autostima della persona interessata con rilevanti difficoltà sociali, scolastiche e nelle abilità lavorative (Kaplan & Sadock). I bambini devono essere incoraggiati a sviluppare il loro potenziale, mettendoli in grado di aumentare la loro efficacia.

La costanza, l'impegno e il tempo unitamente a interventi terapeutici validi che agiscono su tutti gli

3.4 I protagonisti dello studio

Lo studio si è svolto in una palestra presso la struttura pubblica dell'Azienda ULS di Adria nel unità operativa, servizio riabilitazione età evolutiva. In questo servizio affluiscono bambini che hanno pochi mesi fino all'età dell'adolescenza che necessitano interventi fisioterapici. Nell'equipe fanno parte una fisioterapista, un'educatore, una logopedista, un neuropsichiatra e uno psicologo. Durante l'osservazione e i trattamenti oltre alla fisioterapista erano presenti un tirocinante e il sottoscritto. Al servizio si accede previo un consulto da parte del neuropsichiatra che valuterà il percorso da effettuare, può essere richiesto una valutazione dallo psicologo e dalla logopedista nella pratica sarà poi la fisioterapista che deciderà tempi e metodi: come la frequenza degli incontri, trattare i bambini da soli o in gruppo, presenza o meno dei genitori etc.

Presentiamo ora i bambini nei diversi gruppi con una breve descrizione.

I° Gruppo del Venerdì

- **Giulia**, anni 11, sindrome Cornelia de Lange (scarso accrescimento in epoca prenatale con basso peso alla nascita, scarsa crescita post-natale in peso ed altezza, circonferenza cranica piccola (microcefalia), presentano ritardo nello sviluppo psicomotorio e intellettuale di grado variabile con una specifica compromissione nell'area della comunicazione verbale).
- **Francesco**, anni 7,5 disturbo del linguaggio e della relazione, al tempo della presa in carico aveva tratti autistici.
- **Elia**, anni 7,5 DDAI.

- **Anna**, anni 8 epilettica farmaco resistente con lieve ritardo cognitivo.

II° Gruppo del Venerdì

- **Nicola**, 10 anni, adottato, DDAI con una forte componente oppositiva e iperattiva.
- **David**, 11 anni epilettico, disturbo del linguaggio e dell'attenzione al tempo della pesa in carico sembrava perso nel suo mondo.

I° Gruppo del Mercoledì

- **Matteo**, 4 anni, ritardo psicomotorio.
- **Giovanni Maria**, 3,10 anni, disturbo della relazione e del linguaggio.
- **Aurora**, 4 anni, disturbo del linguaggio.
- **Giacomo**, 5 anni, disturbo psicomotorio (grande prematuro).
- **Marco**, 4 anni, disturbo del linguaggio e del comportamento.
- **Andrea**, 4,5 anni, disturbo neurologico minore con crisi epilettiche.

II° Gruppo del Mercoledì

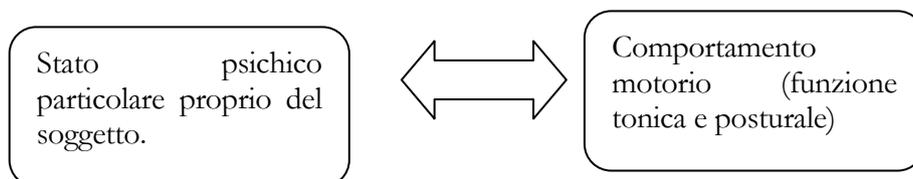
- **Edoardo**, 5,5 anni, sindrome di Freeman e Sheldon (è un difetto congenito raro, caratterizzato da anomalie ossee e contratture articolari associate a dismorfismi tipici, con lievi difficoltà respiratorie e di deglutizione), ha la necessità che una parte del suo corpo sia appoggiata a qualcosa come se avesse bisogno di un sostegno.
- **Stoycho**, 5 anni, presenta una coordinazione motoria lievemente aprassica e ritardo del linguaggio.
- **Tommaso**, 6,5 anni, sindrome di Down, lieve deficit cognitivo, difficilmente riesce a mantenere una postura adatta alla situazione.
- **Gabriele**, 6 anni, disturbo del linguaggio e della relazione. Non rifiuta la relazione ma ha difficoltà a gestirla, a mantenere la distanza interpersonale, a gestire gli impulsi, e reagisce in modo inadeguato quando sente che i suoi confini corporei sono in pericolo.
- **Ruzlan**, 6 anni, bambino adottato presenta una difficoltà nei processi cognitivi astratti che gli impedisce di costruire una realtà mentale

simbolica con cui relazionarsi, si evidenzia una grande fragilità nell'affrontare il mondo esterno.

- **Riccardo**, 6 anni, ritardo psicomotorio, immaturità neurologica. Nel rapporto tra attenzione e postura assume un atteggiamento adeguato solo quando viene investito di un ruolo prestando attenzione al compito altrimenti la sua postura è rivolta su se stesso.

I criteri di formazione dei gruppi sono principalmente l'età cronologica e quadri e caratteristiche cliniche simili. Non abbiamo casi clinici uniformi per età e per caratteristiche ma in tutti i bambini si presenta un deficit dell'attenzione a vari gradi. Il deficit attentivo può essere dovuto ad eziologia tipicamente neurologica come nel caso della sindrome di Down o nei gravi immaturi e allo stesso tempo può determinare carenze e difficoltà nella relazione, nel comportamento e nel linguaggio. La componente dell'attenzione in questi bambini influisce sulla costruzione dell'immagine corporea, sulla postura, sulla percezione del mondo esterno e verso l'Altro, sul movimento e il significato del gesto.

Partendo dalla premessa della stretta relazione tra tono-motricità e condizioni affettivo-emozionali, Wallon nota che ad ogni emozione sono connessi contemporaneamente un dato comportamento tonico e trasformazioni caratteriali delle attitudini posturali. In altre parole la funzione tonica guida quella posturale attraverso le emozioni. Una emozionalità che si traduce essenzialmente nell'antitesi tra piacere e dispiacere. Quindi se attraverso la lettura della postura possiamo indagare una personalizzazione della funzione tonica (questa ci darà anche un messaggio dello stato emotivo del bambino in quel momento.



Il gesto assume un senso nell'osservazione del comportamento dello specifico individuo (Bucher, Wallon) esplicitando un dato significativo nella comunicazione non verbale: attitudini, pose e mimica. Una gestualità in funzione

dell'adattamento al mondo ed integrata alla personalità. Il dialogo tonico resta anche dopo l'acquisizione linguistica lo strumento essenziale della comunicazione interindividuale.

Capitolo 4

La terapia Manuale

Nei capitoli precedenti abbiamo visto come procede la maturazione cognitiva nei bambini in particolare nella formazione dell'immagine corporea e come l'organo della pelle svolge un lavoro chiave in questo processo. Perturbazioni negative in questo processo aprono diversi scenari a livello clinico; nel ritardo psicomotorio si evidenzia una forte componente del deficit attentivo come dimostrano le analisi dei casi dei bambini presi nello studio. Cercheremo ora di approfondire uno degli aspetti terapeutici che riguarda la ricostruzione dell'immagine corporea agendo direttamente con trattamenti manuali. L'idea è di ricostruire o rinforzare i confini dell'Io che non sono mai stati percepiti compatti, attraverso l'esperienza corporea del trattamento dare la possibilità al bambino di creare uno spazio mentale corporeo per modellare le percezioni e di renderle più adeguate ed efficienti nelle ricostruzioni delle funzioni esecutive (attenzione, memoria di lavoro, pianificazione, inibizione, flessibilità cognitiva).

4.1 Curare l'Io corporeo

Prendendo spunto dalla teoria fenomenologica Husserliana dove l'intenzionalità riveste un significato non solo di volontà ma anche di comunicazione, la motricità è espressione corporea della personalità. Il corpo in movimento è espressione della propria soggettività del proprio vivere nel mondo e del suo interagire con l'Altro. L'intervento si inserisce in un ambito comunicativo, entrando nel mondo simbolico del bambino assumendo un ruolo emotivo-relazionale, guidando l'intenzionalità verso una attenzione sostenuta che lo porterà a strutturare e rielaborare il proprio schema corporeo. Se il bambino viene accompagnato in una modalità di ascolto attivo durante la terapia allo stesso modo l'intervento del terapeuta deve inserirsi come elemento significativo in una sequenza di gioco. La terapia non è avulsa dal contesto simbolico del bambino ma si inserisce come esperienza corporea del proprio mondo interiore. Il corpo nella sua interezza: "corpo-oggetto" nell'analisi sintomatica della struttura deficitaria e "corpo-soggetto" come la capacità di manifestarsi come presenza attiva nell'ambiente spazio-temporale e della propria motricità (Le Boulch).

La terapia manuale non è solo una mediazione corporea e non deve avere la pretesa di essere un metodo per risolvere i problemi di origine sensomotorio, (Le Boulch) ma viene sostenuta dal verbale che aiuta la dimensione relazionale ad acquisire significato nel vissuto esperienziale. Inserendosi in un quadro educativo-riabilitativo, la terapia si inserisce in un processo di riadattamento funzionale: permettendo al soggetto di investire meglio la sua corporeità e di situarsi meglio nello spazio e nel tempo. Per Defontaine in questo modo si lavora sulla coscienza di sé, sulla propria realtà funzionale come riorganizzare il sapere e il poter fare nell'ambito di un corpo vissuto.

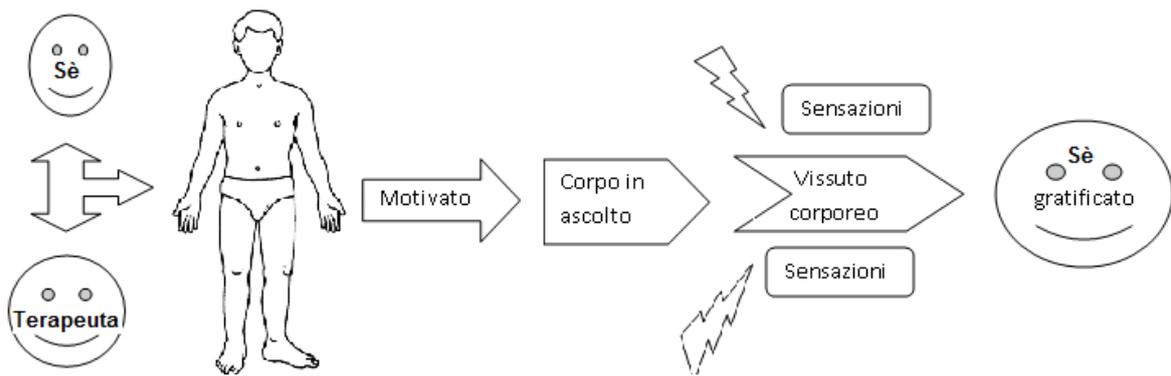


Fig. 4.1 Gli effetti del vissuto corporeo nella dimensione della terapia manuale.

Perseguendo lo schema dell'evoluzione psicomotoria normale questo intervento si inserisce agli occhi del bambino come un invito ludico, viene motivato a provare questa esperienza, mettendo in ascolto il proprio corpo per conoscerne le sensazioni. L'espressione del corpo e manifestazioni verbali ci diranno il livello di approvazione e del piacere ricevuto.

In questo ambito di trattamento l'incontro tra il Sè bambino e l'Altro terapeuta, porta alla nascita di un'esigenza di interazione, emerge così un corpo motivato ad accogliere le sensazioni esterne, di seguito questo corpo porterà alla coscienza il proprio vissuto e darà un significato qualitativo alle proprie percezioni.

Si lavora sia a livello mentale sia a livello corporeo verso un'armonioso sviluppo delle capacità cognitive ed affettive (Duprè). Nei casi trattati in questo lavoro, abbiamo un corpo simbolico spesso frantumato, poco armonioso e il corpo in ascolto spesso risente del deficit attentivo.

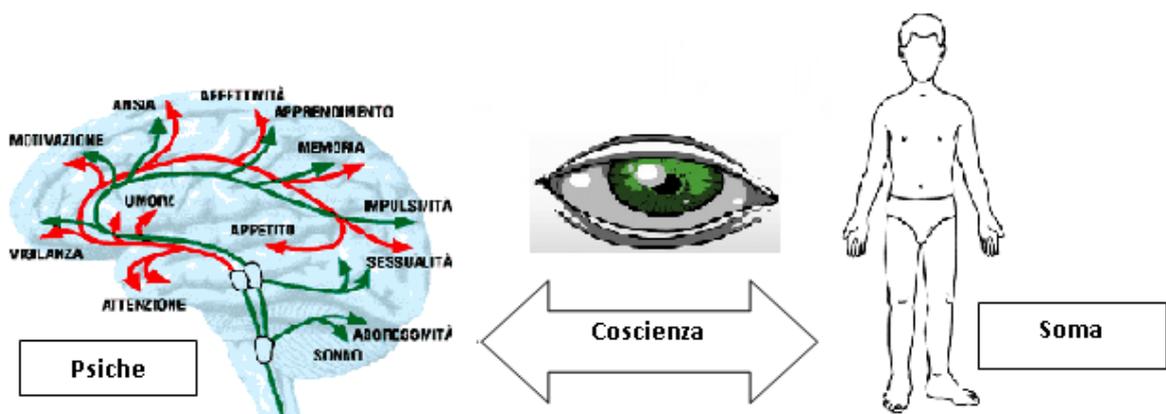


Fig. 4.2 Interconnessioni tra Psiche, Coscienza e Soma.

Lavorando sul soma si lavora sulle percezioni, sulla psiche e così anche sui processi cognitivi. Alcuni studi ci riportano quanto lavorare sul soma possa alterare i processi cognitivi in particolare quanto influisce nei bambini con disordini di deficit di attenzione ed iperattivi (*American Psychologist*, Dec 1998).

L'ottica è quella di migliorare il processo mediante il quale le informazioni sensoriali vengono processate e integrate per favorire la comprensione di specifiche situazioni quotidiane vissute con difficoltà.

4.2 Approccio globale

La Terapia riabilitativa deve essere condotta come un “processo di apprendimento in condizioni patologiche” (*Perfetti, 1986*). Il bambino viene messo nella condizione di sviluppare un apprendimento motorio e posturale, confrontando sensazioni, posizioni motorie vecchie con le nuove, prendendo coscienza di tutto ciò allo scopo di stabilire nuovi punti di riferimento sui quali rielaborare lo schema corporeo.

Quello che si manifesta a livello periferico come disagio, altro non è che la risultante di una comunicazione non funzionale tra il distretto periferico e la sua rappresentazione corticale. I contenuti che subiscono alterazioni sono contenuti percettivi esteroceettivi e propriocettivi. Quello che si mira a strutturare è la capacità del soggetto a raccogliere e decodificare i dati percettivi, sia esteroceettivi che propriocettivi, “solo un'educazione delle percezioni può condurre i centri superiori corticali ad esercitare un'influenza correttiva sui collegamenti sensitivo-motori automatici dei centri inferiori” (*Lapierre, 1975*).

L'educazione percettiva si basa essenzialmente su un lavoro di presa di coscienza delle afferenze degli stimoli sensoriali, la presa di coscienza implica “l'esercizio di una forma di attenzione incentrata sul proprio corpo e sulle sue modalità di funzionamento” (*Le Boulch, 1975*). In altre parole, il soggetto seleziona i messaggi sensoriali, concentrando la propria attenzione sulle informazioni utili provenienti dal proprio corpo, dai propri movimenti, dall'ambiente, favorendo l'accesso alle informazioni specifiche utili e attenuando o

escludendo le informazioni sensoriali disturbanti o interferenti col processo percettivo in atto.

Le funzioni fondamentali della percezione sono l'organizzazione degli stimoli ricevuti e la loro interpretazione. In queste due funzioni è coinvolta in varie modalità l'attenzione (Westen, 2002).

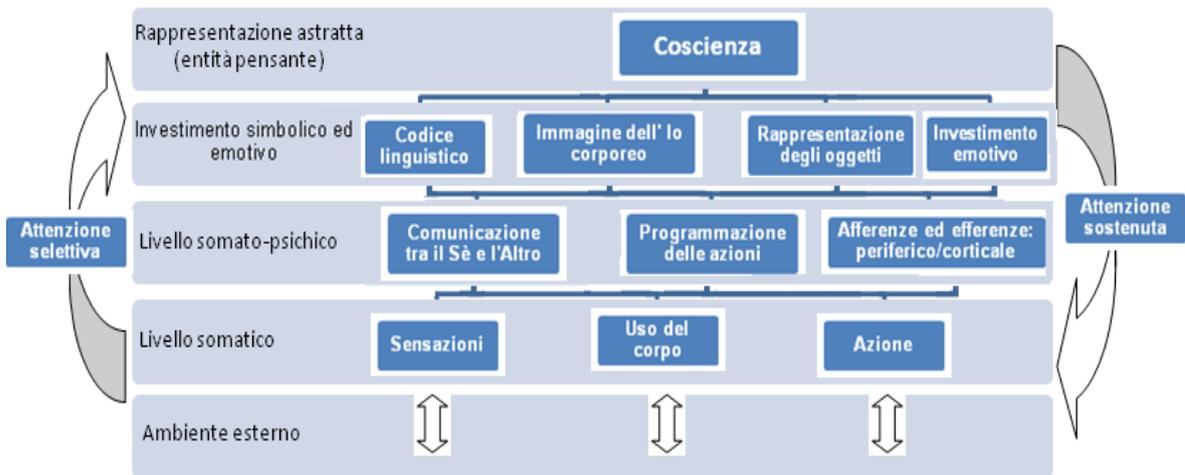


Fig. 4.3 Interazione continua tra ambiente e coscienza con progressivi adattamenti.

Il processo terapeutico potrebbe essere rappresentato come la metafora di un guidatore su un veicolo **che a scuola guida:**

- Il guidatore è la coscienza.
- L'apparato elettrico è il cervello.
- La carrozzeria con i suoi sensori è il corpo.
- La strada è lo spazio in cui interagisce il corpo con l'ambiente esterno.
- Il movimento è l'espressione della volontà del guidatore.
- La modalità in cui guida è espressione del carattere del guidatore.
- Accanto al guidatore c'è l'istruttore che insegna o corregge.
- Essendo sullo stesso veicolo guidatore e istruttore vivono la stessa esperienza.

In sintesi la terapia vede:

1. E' una terapia (rieducazione) a mediazione corporea.
2. E' una terapia del movimento.
3. E' una terapia o educazione globale.

1- Abbiamo detto che il vero protagonista è il corpo; inteso nei suoi aspetti biologici, fisiologici, psicologici. E' quindi, un corpo reale che coincide con la persona stessa. Essa è manifestazione dell'armonia dello sviluppo psicomotorio ed è la sede dove si esprimono le perturbazioni di esso, quest'ultime hanno effetto di risonanza verso una difficoltà nell'adattarsi al mondo. L'intervento si inserisce in questa dialettica attraverso la mediazione del corpo (Defontaine) sulle funzioni affettivo-emozionali perturbate ed al tempo stesso è rieducazione al controllo mentale e psicologico sull'espressione motoria. Si vuole recuperare o meglio ristrutturare la padronanza e l'utilizzazione in modo più efficiente del corpo nella relazione. Il riadattamento si realizza nella relazione attraverso l'incontro con il corpo dell'Altro mantenendo la piena autonomia della persona del bambino nel suo divenire al mondo. Si realizza un dialogo "tonico" una comunicazione essenzialmente extraverbale, per lo più inconscia che si svolge in un clima empatico (in senso rogeroniano), il paziente reinveste sulla sua corporeità al fine di ricostruire una sua personale relazione in armonia con il mondo esterno.

2- Si realizza attraverso il movimento inteso in due versanti quello del bambino nel suo manifestarsi durante la terapia e quello del terapeuta che agisce sul corpo del bambino. Due eventi che dialogano attraverso il contatto con la pelle, l'effetto è una risonanza a livello emotivo-affettivo e a seguire a livello psichico-cognitivo. Se il movimento è inteso come il muoversi di tutto l'individuo (Formica) allora l'attività motoria è espressione della personalità, ciò che andiamo a creare con la terapia è un'esperienza interiore per favorire una disponibilità al movimento, intesa come intenzione e piacere di fare soggettivo. L'idea è

di creare uno spazio psichico dove il bambino ri-investe il proprio corpo attraverso un piacere-ludico e se da una parte rimane in ascolto sulle sensazioni di contatto con l'Altro, dall'altra si generano delle emozioni che andranno ad alterare il suo manifestarsi al mondo.

3- Riunisce i due punti precedenti: il corpo rappresenta la totalità dell'unità psicosomatica e il movimento è espressione esteriore dell'intera personalità, quindi l'azione terapeutica si inserisce in una dimensione d'unità e di totalità. Lo scopo è quello di operare sullo schema corporeo per indurre un riadattamento costruendo delle forme di comportamento efficaci.

4.3 Il trattamento

Brevemente riporto gli elementi più significativi del trattamento che ci ha permesso di strutturare una modalità armoniosa con il vissuto del bambino in cui la componente attentiva ha svolto un ruolo essenziale nella scelta dei tempi, spazi e strumenti. Bisogna precisare che il setting era composto da elementi fissi, come la presenza di alcuni operatori, la palestra, gli orari ed elementi variabili come le sequenze delle attività, la tipologia di attività (libera o semistrutturata) e il materiale durante la fase di valutazione.

- Quando: se il trattamento era durante la fase di gioco veniva riservato un piccolo spazio e veniva annunciato ai bambini che potevano ad esempio riposarsi e fare una sosta e nel frattempo tonificarsi con un massaggio. Se la terapia era prima o dopo la fase di gioco si invitavano tutti i bambini a sdraiarsi e veniva deciso quali parte del corpo doveva essere massaggiata.

- Come: venivano usate soprattutto le mani con diversi livelli di pressione ma anche oggetti che richiamano particolari sensazioni sulla pelle, oppure anche l'uso di oli profumati aiutavano un forte collegamento emotivo con l'esperienza corporea.

- Dove: sui materassini o cuscini.

- Quanto: se il bambino veniva trattato da solo mentre gli altri erano nella fase di gioco si cercava di prolungare al massimo i tempi di trattamento per educare la sue capacità di attenzione selettiva, mentre se erano tutti insieme si cercava di arrivare a 7-8 minuti mirando sull'attenzione sostenuta.

- Posizione: i bambini si sdraiavano prono o supini, a volte si ricercava lo sguardo, poteva essere richiesto un corpo passivo in ascolto oppure attivo cioè in movimento (es.: utilizzo della galleria di cuscini).

Alcuni accorgimenti riguardano i vestiti: alcuni bambini a pari condizioni ambientali preferiscono il contatto diretto con il corpo, altri invece preferiscono un contatto intermedio con il tessuto.

Per accompagnare la tecnica è stato utile raccontare delle storie fantasiose, o introdurre metafore simboliche questo ha permesso di mantenere i bambini in ascolto e ricettivi al massaggio focalizzando meglio le proprie sensazioni, inoltre è un'occasione utile per alimentare un vissuto emotivamente più intenso e significativo.

Capitolo 5

Valutazione

Dalle premesse teoriche al trattamento, la domanda che ci poniamo ora è “quanto ha influito sui processi cognitivi e quindi sulle funzioni esecutive ed infine sul comportamento del bambino la terapia manuale?”, passiamo quindi alla fase della valutazione.

Applicato già in passato da molti studiosi con diverse formazioni cliniche abbiamo scelto lo strumento del disegno, esso è lo specchio della sfera emotiva del bambino, in particolare nel nostro caso, rappresenta il reverbero emotivo che permane nel bambino dopo la fase di gioco.

In questo capitolo prenderemo in considerazione i bambini con i loro lavori (disegni) nell'iter della progressione della terapia manuale, cercheremo inoltre di integrare lo studio con alcune osservazioni sulla qualità dei comportamenti.

5.1 I disegni come strumento di valutazione

All'occhio dell'adulto il disegno rappresenta un codice comunicativo e per il bambino il tentativo di trasmettere il suo stato emotivo il quale ci permette inoltre, di verificare il suo livello cognitivo. La consegna che viene fatta al momento del disegno (es. corpo visto di fronte o di schiena, o parte del corpo) è una richiesta di rappresentare elementi simbolici i quali ci permettono di verificare l'interconnessione tra le risorse emotive e le capacità cognitive, e quanto quest'ultime vengono applicate nella vita quotidiana. L'attenzione si inserisce nella costruzione del disegno stesso e diventa un criterio di analisi che ci permette di individuare quali capacità riesce a mettere in campo e a che livello: osservare il tempo e la qualità della postura mentre disegna, la decisione di come colorare un oggetto o come abbinarlo ad altri, ect.

La valutazione dello sviluppo dello schema corporeo nel disegno è ispirato dalla teoria genetica di Piaget e quella psicoanalitica le quali si basano sull'espressione grafica della figura umana nelle diverse sequenze evolutive. A tale tecnica viene obiettato che il bambino potrebbe aver acquisito la capacità di rappresentare il corpo a livello mentale ma non quella grafica.

Le prime attenzioni grafiche si concentrano nelle zone che hanno una maggior pregnanza emotivo-funzionale e che sono collegate con l'azione. La Goodenough spiega che il prototipo è il disegno dell'omino, e dal numero di dettagli che vengono raffigurati, viene calcolata l'età mentale. Dagli studi di questa autrice si è evidenziato:

- Esiste una indubbia correlazione tra sviluppo mentale ed evoluzione del disegno infantile.
- Fino ad una certa età (4 anni), il bambino disegna ciò che sa e non ciò che vede.
- L'evoluzione del disegno della figura umana è costante e comune ai bambini della stessa età (o stadio evolutivo) anche se appartenenti a ambienti socio-culturali differenti.
- Per la maggior parte si inizia con la figura del testone per poi arricchirsi progressivamente con tronco, mani, piedi e poi i capelli etc.
- I disegni dei bambini deboli mentali sono simili a quelli dei bambini normali di età cronologica inferiore, sebbene siano evidenti differenze qualitative e spaziali.

Il disegno può diventare un'ottimo strumento per indagare la somatognosia e quindi la progressiva acquisizione dello schema corporeo. La gnosi corporea inizia a strutturarsi verso i 4-5 anni e si va precisando intorno gli 8-9 anni; dalle prime linee incoerenti e scarabocchi alle forme di omino-testone per poi passare alla rappresentazione completa del corpo umano (Rouma).

Il disegno della figura umana ha anche un valore proiettivo, Machover, Abraham, Koppitz hanno messo in evidenza anche la componente della maturità affettiva e come i dettagli rappresentati siano lo specchio dell'adattamento

emozionale e sociale del bambino nel suo ambiente. Partendo da questa ipotesi questi autori hanno sviluppato una metodologia di analisi in grado di evidenziare la presenza di disturbi della vita affettiva del bambino.

Infine Schilder mette in evidenza che la rappresentazione del corpo umano ci può dare un'indice dell'esperienza sensoriale che sta vivendo il bambino, e quindi come sta costruendo il proprio schema corporeo e sulla stessa linea Ajuriaguerra sottolinea l'aspetto emotivo, cioè la qualità del suo vissuto corporeo.

Questo lavoro di illustrazione di disegni vuole essere una prova dell'espressione creativa del bambino della sua soddisfazione nel disegnare e di portarci a conoscenza il suo mondo interiore con le sue rappresentazioni mentali e di ciò che vuole farci partecipe. Non pretende di essere materiale clinico ma una riflessione sulla metodologia della terapia manuale e come questa può eventualmente influenzare l'evoluzione nella costruzione dello schema corporeo sia a livello quantitativo che emotivo.

5.2 L'immagine corporea sta alla terapia come il disegno sta alla cura

Prendiamo in considerazione i lavori di ogni singolo bambino nei vari incontri che si sono susseguiti dopo aver somministrato la terapia manuale.

I° Gruppo del Mercoledì

Andrea

I° incontro. Consegna: disegnate Paolo (operatore)

Usa il verde per disegnare Paolo e l'arancione per disegnare se stesso. L'unico ad usare due colori, e a disegnare due immagini corporee umane. Da rilevare entrambi le figure con i capelli dritti e il punto a livello dell'ombelico.

II° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegnate un bambino da dietro.

Rappresenta due adulti, il piccolo è lui, tutti disegnati di fronte. Evidente come in questo caso i bambini disegnano quello che sanno e non quello che vedono.

III° incontro, massaggio accompagnato da storie fantasiose e creative. Consegna: disegnare il proprio corpo.

Corpo tempestato di tanti punti e tratti rossi che sono le diverse pressioni che sono state esercitate con il



IV° incontro, caduta di cuscini colorati sul corpo.

Consegna: colorate il corpo del bambino.

Utilizza molti colori, "sono tutti colori che mi piacciono", rispetta i contorni ed inserisce caratteri fisiognomici al viso. Colora le parti distali e anche i fiori che sono fuori dal corpo.

Andrea è un bambino con una grande carica ed entrava in palestra piangendo. Il tronco ma soprattutto il viso sono molto importanti, vengono rivolte particolari attenzioni come se fossero delle zone di grande impatto sensoriale ed emotivo. Durante il disegno ma anche con altre attività mostra una buona concentrazione si appassiona e sembra mettere anima e corpo in ciò che sta svolgendo. Nei disegni riporta il suo vissuto corporeo; l'incontro tra lui e Paolo, il massaggio alla schiena ha determinato tratti concentrici al tronco, le diverse pressioni sul corpo hanno lasciato tratti e punti sul foglio e i colori dei cuscini sul proprio corpo ha portato a riempire la figura del bambino con tanti colori diversi.

LA FIGURA UMANA



Matteo

I° incontro. Consegna: disegnate Paolo (operatore).

Usa il viola scuro ma non riesce a dire cosa rappresenta.



II° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegnate un bambino da dietro.

Usa più colori alcuni tratti sembrano a caso altri esprimono il sole e l'erba.



III° incontro, massaggio accompagnato da storie fantasiose e creative. Consegna: disegnare il proprio corpo.

Unico colore e il tratto molto leggero, ha ricevuto un massaggio alla schiena che poi di sua volontà ha chiesto di terminare.



IV° incontro, caduta di cuscini colorati sul corpo. Consegna: colorate il corpo del bambino.

Unico colore "rosa", rimane all'interno dei confini. Ha partecipato al gioco della caduta dei cuscini sul proprio corpo che avviene con lentezza.

V° incontro, passaggi di rulli morbidi sul corpo. Consegna: disegnate il vostro corpo.

Ha scelto il viola e al centro c'è il suo corpo.



.....rimere leli
capita una situazione nuova di gioco non sa come si
riperquote sul disegno sceglie spesso un solo colore oppure usa un tratto lieve.
Sembra che non riesce a colorare la sua vita ed imprimere una propria personalità.
Nelle situazioni in cui il massaggio è avvenuto con calma e con attenzione nel
disegno sono apparsi simboli più chiari come il sole, una varietà di colori e un
capacità di stare all'interno dei confini.

Marco

II° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegnate un bambino da dietro.

Il dietro è rappresentato dal tratto rosso e le croci sono le diverse pressioni esercitate.



III° incontro, massaggio accompagnato da storie fantasiose e creative. Consegna: disegnare il proprio corpo.

Serie di colori a caso. Non ha avuto il massaggio per mancanza di tempo.

IV° incontro, caduta di cuscini colorati sul corpo. Consegna: colorate il corpo del bambino.

Unico colore usato è il "rosso", il tratto è forte ed intenso e i confini corporei sono troppo stretti, le regole difficile da rispettare e il colore finisce fuori.



V° incontro, passaggi di rulli morbidi sul corpo. Consegna: disegnate il vostro corpo.

Ha scelto il colore giallo al centro c'è il



Marco appare ambivalente nella relazione, entra nel gioco in punta di piedi, durante il massaggio il suo corpo si presta ad essere recettivo, poi come una sorta di escalation si fa prendere dalla voglia di manifestare le sue emozioni, infrange le regole a volte provoca dolore al prossimo. Cerca oggetti e li lancia nella direzione dell'Altro; da un corpo recettivo diventa un corpo reattivo. In questo caso è difficile dire cosa è rimasto nel vissuto corporeo.

Aurora

I° incontro. Consegna: disegnate Paolo (operatore).

Il grande cerchio ovale è la testa, il corpo è contrassegnato da un cerchio ripassato molte volte.

II° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegnate un bambino da dietro.

Arcobaleno, questo è la descrizione che da al disegno. durante il massaggio era molto

III° incontro, massaggio accompagnato da storie fantasiose e creative. Consegna: disegnare il proprio corpo.

Ancora lo codifica come un arcobaleno, anche in questo caso il massaggio è stato tumultoso cercava di sfuggire al contatto e ricercava lo

V° incontro, passaggi di rulli morbidi sul corpo. Consegna: disegnate il vostro corpo.

Permane l'immagine dell'arcobaleno.



nta all'

azioni delle persone. La sensazione è che ha bis... :
ricerca le persone per giocare, le vuole accanto e ne chiede la loro attenzione. Ha difficoltà a concentrarsi sia in attività passive di ascolto come il massaggio che attive nel disegno, scarsa capacità simbolica con pensieri ricorrenti ed ossessivi, definizione di arcobaleno ripetuto.

Giovanni Maria



I° incontro. Consegna: disegnate Paolo (operatore).

Sembrano una serie di pietre oppure i cubi morbidi usati durante il gioco.

III° incontro, massaggio accompagnato da storie fantasiose e creative. Consegna: disegnare il proprio corpo.

Non sa esprimere cosa rappresenti a fatica riporta la parola arcobaleno che è stato già usata nel gruppo. Su richiesta esplicita del indica che il suo corpo è la spirale blu. Durante il massaggio sono state utilizzate immagini

IV° incontro, caduta di cuscini colorati sul corpo. Consegna: colorate il corpo del bambino.

Sceglie il verde, sembra svegliato cerca però di stare nei confini del corpo.

*...nero, dolce
...non espone preferenze di relazione, sembra
e non riesce ad elaborarle a sufficienza da trasfor
sensazione è che vive in un mondo suo personale. Simboli con impatto emotivo
durante il massaggio sono stati poi riproposti nel disegno.*

Giacomo

I° incontro. Consegna: disegnate Paolo (operatore).

Una serie di cerchi a caso che si sovrappongono senza un preciso scopo. I tratti partono e finiscono nella parte sinistra del foglio.

II° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegnate un bambino da dietro.

Riferisce che è uno stagno. Scarso interesse durante il massaggio così come durante le interazioni verbali.

III° incontro, massaggio accompagnato da storie fantasiose e creative. Consegna: disegnare il proprio corpo.

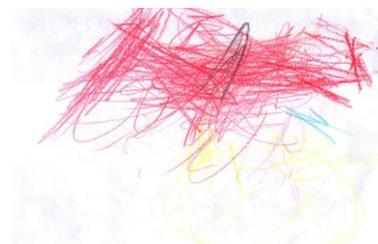
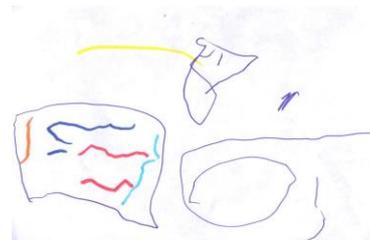
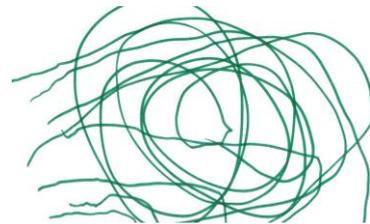
Ha voluto fare il massaggio due volte: la prima volta è durato poco. Usa il rosso e lo usa in modo convulso insistendo in una zona precisa.



LA FIGURA UMANA



in po'
azioni
ti. La



IV° incontro, caduta di cuscini colorati sul corpo. Consegna: colorate il corpo del bambino.

“Sono io”, dice. Non rispetta i confini corporei così come le regole nelle interazioni sociali si presenta sfuggente ed iperattivo.



V° incontro, passaggi di rulli morbidi sul corpo. Consegna: disegnate il vostro corpo.

Ha scelto il rosa con cerchi concentrici per rappresentare i rulli.



Ha una grande difficoltà a stare fermo e con a terapia manuale è sfuggente, si muove in continuazione e cerca un'istruzione verbale. Si automotiva da solo nel gioco, un bambino irrequieto, molto attento a quello che accade tende però, a sovrapporsi nella comunicazione con gli altri. Il colore e l'intensità del tratto sembrano collegati al reverbero emotivo che ha lasciato la terapia manuale, nell'incontro in cui ha richiesto il massaggio per la seconda volta il disegno riporta un intenso impegno nell'uso del colore.

II° Gruppo del Mercoledì

Tommaso

I° incontro. Consegna: disegnate chi è stato salvato o chi salva.

Il giallo come sfondo e il marrone come contorno del corpo di un bambino che viene salvato.

II° incontro, massaggio alle gambe. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

Usa diversi colori ma quello che è interessante è la rappresentazione di una figura con sembianze umane. La tranquillità che ha espresso durante il massaggio si è riprodotta anche durante

III° incontro, massaggio alle braccia. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

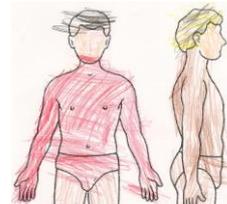


IV° incontro. Un operatore salvava con una stoffa i bambini da un buco. Consegna: .



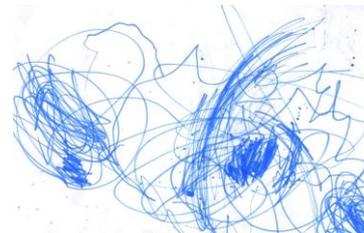
V° incontro, gioco del tunnel con i cuscini. Consegna: colorate il vostro corpo.

Riferisce che è una casa con occhio, naso e bocca. Il suo corpo lo percepisce come una casa e riesce a distinguere i vari settori con colori diversi.



VI° incontro. Consegna: disegno libero

Ha colorato le due facciate dello stesso foglio e ha riferito "casa".



VII° incontro. Consegna:

Ha disegnato due bambini (uno giallo e uno marrone).



VIII° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegnate un bambino da dietro.



n suo car

poche attenzione alle consegne come appare anche dal disegno. Caratterizzato da una forte impulsività (più volte richiamato a sedersi) e disattenzione (gli venivano ripetute le consegne), durante il massaggio stava tranquillo accogliendo di buon grado questa esperienza in particolare nel contatto con le gambe. In quest'occasione infatti, è riuscito a disegnare per la prima volta la figura di una persona.

Gabriele

I° incontro. Consegna: disegnate chi è stato salvato o chi salva.

Disegna alcuni oggetti che hanno fatto parte delle varie sequenze di gioco: sono presenti le torri, la casa costruita con i cuscini e la persona con la fune che salva.



II° incontro, massaggio alle gambe. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

Nel disegno ha rappresentato il sole, una casa, lo scivolo, una macchina e il trampolino per i salti, tutti oggetti presenti nel gioco o nella discussione avuta nella fase di benvenuto. Alla domanda dov'è chi viene massaggiato, risponde "IL BAMBINO NON MI PIACE", forse esprime la

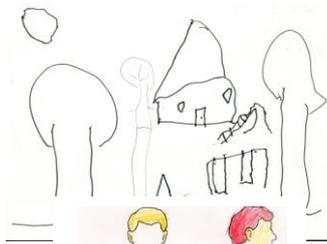


III° incontro, massaggio alle braccia. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

Mentre esegue il disegno cerca i bambini nei disegni degli altri.

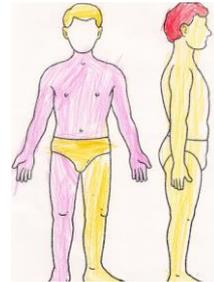


IV° incontro. Un operatore salvava con una stoffa i bambini da un buco. Consegna: .



V° incontro, gioco del tunnel con i cuscini. Consegna: colorate il vostro corpo.

Riferisce "ho messo il rosso, il viola e anche il rosso e anche il viola.(si ripete)

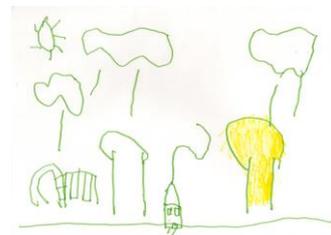


VI° incontro. Consegna: disegno libero. Casa, nuvole e neve.



VII° incontro. Consegna:

"Sono io " dice con i capelli biondi, occhi azzurri e maglietta rossa.



VIII° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegnate un bambino da dietro.

"Non c'è il bambino perchè è dentro casa".

rotondo e:

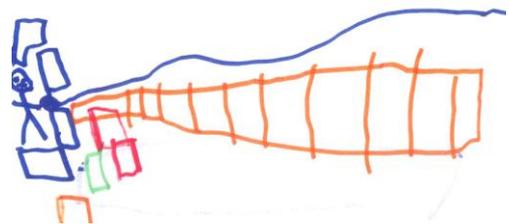
c) esegue. mi ha sorpreso quando durante il gioco mi ha detto brutto e cattivo presentando anche la volontà di graffiarmi. Con il senno del poi ho pensato che forse non gli davo abbastanza attenzioni, infatti poi, abbiamo giocato insieme. Alla consegna di fare il massaggio alle gambe e di togliere i pantaloni ha espresso un netto rifiuto dicendo

che voleva fare i salti. Quindi si mette seduto e guarda il gruppo durante il massaggio (non parla, non si alza ma rimane attento a ciò che avviene, si poteva intuire che desiderava partecipare ma non sapeva come collocarsi. Finito il massaggio, la responsabile lo invita a provare questa esperienza con lei, accetta subito si siede di fronte a lei e gli offre le gambe. Alla domanda dove vuoi il massaggio, lui indica la caviglia e il piede destro. Lo sguardo era fisso sui movimenti delle mani, il passaggio sulle cosce era accompagnato da una vocalizzazione e Gabriele sorrideva. Rimane in silenzio con l'attenzione rivolta al suo corpo. Riporta una chiara difficoltà a collocarsi nello spazio relazionale così come a manifestarsi nel disegno, ma verso gli ultimi incontri riesce a costruire un'immagine corporea.

Ruzlan

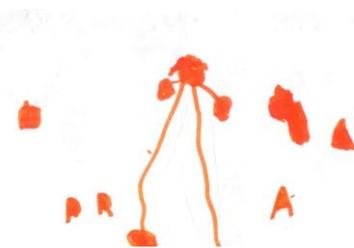
I° incontro. Consegna: disegnate chi è stato salvato o chi salva.

Disegna il bambino che viene salvato con la corda.



II° incontro, massaggio alle gambe. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

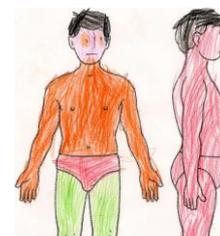
Riceve il massaggio insieme a Stoico, e così come per proseguire questo momento di unione decidono di fare un disegno in cui si imitano a vicenda. Riferisce che le gambe sono lunghe e



V° incontro, gioco del tunnel con i cuscini.

Consegna: colorate il vostro corpo.

Riferisce "Sono dei bambini dentro una galleria bianca .



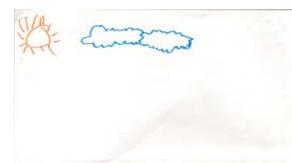
VI° incontro. Consegna: disegno libero.

Casa, con verdure.



VII° incontro. Consegna:

Alcuni simboli (sole, nuvole, erba) e la loro posizione vengono copiati dal disegno dell'operatore che gli era accanto.



VIII° incontro, massaggio alla schiena.

Consegna: disegnate un bambino da dietro.

E' un bambino visto di fronte, dice che non riesce farlo da dietro.

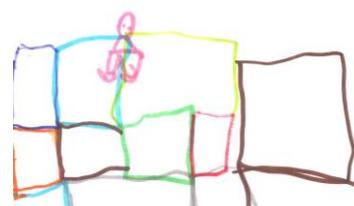


Ruzla non riesce ad essere protagonista nelle attività di gruppo ha spesso bisogno ad appoggiarsi o imitare qualcuno. Nei disegni imita simboli, posizione degli stessi e colori. Sembra che abbia difficoltà ad esprimere un suo personale carattere. Ha comunque dimostrato di avere una buona percezione del suo corpo, l'attenzione dimostrata durante il massaggio ad esempio delle gambe è stata messa a frutto nel disegno del secondo incontro. Anche il massaggio alla schiena ha lasciato un vissuto corporeo illustrato bene nel disegno dell'ottavo incontro.

Riccardo

I° incontro. Consegna: disegnate chi è stato salvato o chi salva.

Le figure geometriche che rappresentano i cuscini non si sovrappongono, mantengono un certo ordine e il bambino da salvare viene disegnato nella parte alta.



II° incontro, massaggio alle gambe. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

Durante il massaggio continuava mostrava molta irrequietezza. Riferisce che ha disegnato se stesso e l'operatore che lo sta massaggiando.



III° incontro, massaggio alle braccia. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

“Ho disegnato Gianni (operatore) che massaggia”. Durante il massaggio era in continuo movimento.



IV° incontro. Un operatore salvava con una stoffa i bambini da un buco. Consegna:

V° incontro, gioco del tunnel con i cuscini. Consegna: colorate il vostro corpo.

Riferisce “Io sono sotto il tunnel” i colori di sfondo sono i cuscini che formano il tunnel.



VI° incontro. Consegna: disegno libero.

“Io che salto”.



VII° incontro. Consegna:

Gli piace giocare a calcio, ha disegnato se stesso con la maglietta numero sei.



VIII° incontro, massaggio alla schiena.

Consegna: disegnate un bambino da dietro.

Disegna il bambino visto di fronte.



I disegni di Riccardo visti in sequenza subiscono una trasformazione, si evolvono diventano più ricchi di particolari e si personalizzano. Così anche l'atteggiamento se nei primi incontri dimostrava molta irrequietezza nella terapia manuale negli ultimi incontri si dimostrava più concentrato sul suo corpo e meno iperattivo.

Edoardo

I° incontro. Consegna: disegnate chi è stato salvato o chi salva.

Disegna chi è stato salvato con i cuscini colorati.



II° incontro, massaggio alle gambe. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

Ha disegnato il tappeto blu e due persone: lui e l'operatore che lo massaggia.

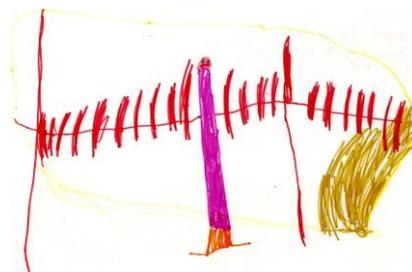


III° incontro, massaggio alle braccia. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

“Ho disegnato Mattia (operatore) che salva”.
Da notare le lunghezza del braccio che salva.



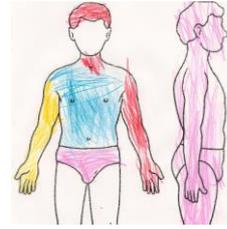
IV° incontro. Un operatore salvava con una stoffa i bambini da un buco. Consegna: .



V° incontro, gioco del tunnel con i cuscini.

Consegna: colorate il vostro corpo.

Riferisce "Io che vado sotto il tunnel".



VI° incontro. Consegna: disegno libero.

Ha disegnato Gianni (operatore) che è sopra una montagna di cuscini e lui è sotto.



VIII° incontro, massaggio alla schiena.

Consegna: disegnate un bambino da dietro.

E' un bambino visto di fronte non riesce farlo da dietro.

corporea in

appresentato

soprattutto il tronco.

Stoycho

I° incontro. Consegna: disegnate chi è stato salvato o chi salva.

Casa con neve.

II° incontro, massaggio alle gambe. Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

Riceve il massaggio insieme a Stoico, e così come per proseguire questo momento di unione decidono di fare un disegno in cui si imitano a vicenda. Usa il colore blu, le gambe sono lunghe.

III° incontro, massaggio alle braccia.

Consegna: disegnate il vostro corpo che è stato massaggiato.

C'è Mattia (operatore) che salva e una strada.

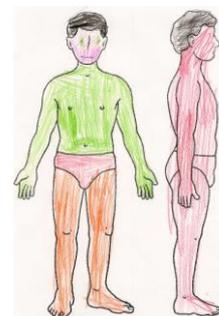
IV° incontro. Un operatore salvava con una stoffa i bambini da un buco. Consegna: .

Casa con il cielo verde.

V° incontro, gioco del tunnel con i cuscini.

Consegna: colorate il vostro corpo.

Riferisce "i bambini che vanno dentro la galleria".



VI° incontro. Consegna: disegno libero.
“Mamma con il bambino piccolo”.



Stoico appare poco attento alle consegne, i particolari e di colori, i tratti e i simboli sono ridotti nelle misure e poco marcati. Nell'ultimo incontro ha cominciato ad occupare più spazio con simboli più chiari e grandi.

I° Gruppo del Venerdì **Elia**

I° incontro, avevamo creato la stanza dei massaggi. Consegna: disegno libero.

Disegna la quaglia che ha impersonato nella fase di gioco.



II° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegno libero

Il drago vola in alto nel cielo e in basso a sinistra c'è Francesco (bambino del gruppo) che cerca di sparare al drago.

III° incontro. Consegna:

Elia si presenta molto iperattivo, durante il primo incontro nella fase di benvenuto ha espresso il desiderio di andare subito a giocare e senza avergli dato una conferma si era già tolto le scarpe. Durante il gioco vocalizza un suono ricorrente ed ossessivo che poi riferisce di essere il verso della quaglia. Successivamente rappresentata in un angolo a sinistra del disegno. Di sua volontà è venuto nella stanza dei massaggi ma solo per un minuto, si è steso vicino al suo amico si è lasciato trattare le gambe, poi si rialza e riprende a giocare da solo. In un'altra occasione con il massaggio alla schiena, Elia si è completamente spento per poi schizzare in piedi e riprendere il gioco di prima. Ambivalente e bipolare, passa da momenti in cui ricerca le persone con cui relazionarsi a momenti in cui si vuole isolare. In un'occasione di gioco ha costruito una tana con i cuscini cercando

di eliminare tutti i buchi per rimanere al buio completo. Singolare che non riesce a disegnare se stesso se non attraverso la metafora della quaglia.

Giulia

I° incontro, avevamo creato la stanza dei massaggi. Consegna: disegno libero.

Impegnata nel gioco con Anna nel costruire la casa del gallo, vicino c'è un albero.



III° incontro. Consegna:



Francesco

I° incontro, avevamo creato la stanza dei massaggi. Consegna: disegno libero.

Dopo un momento di gioco intenso viene invitato nella stanza dei massaggi dove rimane per almeno 10 minuti, si lascia massaggiare tutto il corpo. Finito riprende a giocare. Nel disegno evidenzia 4 personaggi: lui stesso, l'operatore che esegue il massaggio, il suo amico Elia e l'elefante che



II° incontro, massaggio alla schiena. Consegna: disegno libero

“Sono io con un Elia che vado verso la barriera dove c'è il drago”. Mentre si lasciava fare il massaggio ai piedi continuava a guardare Elia che faceva il drago.



III° incontro. Consegna:



IV° incontro. Consegna: colorate il bambino (aveva interpretato il mago nel gioco)

Disegna degli elementi che caratterizzano un mago: il cappello e la bacchetta.



recupero delle i a dalla

memoria a breve che a lungo termine, ne risente anche il ragionamento anche se poi appare corretto; individua ad esempio, gli elementi più caratteristici di un

magico. Nei primi incontri manifestava uno sguardo perso nel vuoto, progressivamente appare più presente sia nel massaggio che nella fase di disegno.

Anna

I° incontro, avevamo creato la stanza dei massaggi. Consegna: disegno libero.



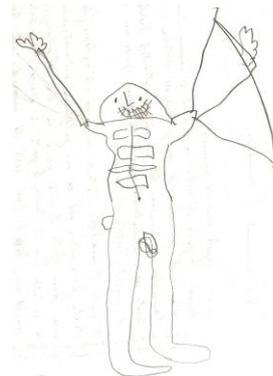
IV° incontro. Consegna: colorate il bambino (aveva costruito una casa di cuscini).



II° Gruppo del Venerdì **David e Nicola**

I° incontro. Consegna:

Nicola disegna le braccia come due vele poi cancella e corregge quella di sinistra. Ha chiesto di mettere gli attributi sessuali maschili (come provocazione ma anche con il consenso dell'operatore non ci riesce. Li disegna David così come le coste del torace.



David durante il massaggio si atteggiava in una
andare e traspare una certa gratificazione leggibile dal suo viso.

lascia

Nicola ha accettato il massaggio alle gambe dopo un' intensa attività fisica, il resto del corpo era in continuo movimento. Quando abbiamo provato un approccio con la mano alla testa ha espresso sofferenza e fastidio.

Conclusione

I lavori prodotti dai bambini ci dimostrano che nella mente si depositano immagini e sensazioni emotive raccolte con il corpo. Questa esperienza ci insegna che il corpo attraverso la pelle ci parla, manifesta sia ciò che abbiamo in mente sia le reazioni del mondo circostante. Nei bambini questo processo è amplificato. La pelle è il primo organo che matura, rappresenta il nostro confine tra l'Io e il resto del mondo, questa dualità struttura poi la nostra coscienza. In questo studio si è messo in campo un'esperienza tatto-corporea che potenzi la capacità del bambino di sviluppare una maggiore consapevolezza del proprio corpo e questo può accadere proprio a partire dal dialogo comunicativo pelle-pelle adulto-bambino. Per l'adulto questa esperienza ha prodotto un arricchimento metodologico ma anche degli interrogativi clinici rispetto al procedere terapeutico in ambito dei disturbi del ritardo psicomotorio.

Non c'è stata una metodologia standard per gli incontri o per la costituzione dei gruppi, tranne che per l'età. Dalla fase di valutazione abbiamo raccolto alcune importanti riflessioni.

- L'attività svolta nella fase di gioco prima o dopo la terapia manuale è molto importante per elaborare materiale a livello cognitivo.
- È stato osservato un miglioramento nelle prestazioni dell'attenzione condivisa e sostenuta durante l'attività di massaggio in particolare la competenza al controllo dell'immobilità corporea, poi la capacità di mantenere l'attenzione visiva al movimento dell'altro sul corpo proprio, poi la capacità di produrre risposte verbali coerenti all'esperienza in atto, poi la competenza a trasferire nella fase rappresentativa i contenuti vissuti durante il massaggio.
- La modalità di massaggio (profondo, superficiale, a diversi livelli di pressione) e la zona di contatto producevano un effetto diverso sullo stato emotivo e cognitivo del bambino.

- Maggiore è stata la partecipazione del bambino nell'attività di gioco o massaggio è maggiore è risultato l'impegno in fase di disegno.
- La qualità emotiva migliorava se risultava una buona intesa tra bambino e adulto durante il gioco così durante la terapia manuale.
- Se manca la componente emotiva nella consegna del disegno le rappresentazioni sono confuse, senza un senso, con tratti e colori a caso.
- La terapia manuale applicata a quelle parti del corpo che maggiormente erano state utilizzate nel gioco avevano un maggior potere simbolico poi durante i disegni.
- Dai disegni sembra che il vissuto corporeo sia molto soggettivo, ad alcuni permane una percezione sensoriale maggiormente legata alle parti distali del corpo per altri è il tronco a lasciare una maggior traccia mnestica richiamando una maggior concentrazione (ovviamente un elemento che ci aiuta nella lettura l'età cronologica del bambino e le competenze cognitive).
- Quando questi elementi sono coesistenti abbiamo notato notevoli cambiamenti nella rappresentazione dell'immagine corporea, nel comportamento e nell'attenzione ed impegno nel svolgere compiti di riflessione.

Altri risultati in linea con gli studi visionati:

- Migliora il rapporto tra figlio e genitore
- Migliora la circolazione e il nutrimento della pelle, stimola la crescita, riduce l'atrofia di muscoli, incrementa la flessibilità dei muscoli e delle articolazioni.
- Migliora le capacità e le funzioni cognitive.
- Aiuta a livello emotivo a rilassare e a controllare l'ansia, aiuta a liberare dalla depressione e ansietà.
- A livello sociale migliora il rapporto e le capacità di relazione anche verbali.

- Il massaggio ha un effetto sul nervo vagale che porta ad inibire il sistema simpatico, inoltre ha un effetto sul controllo della serotonina.

Bibliografia

- André Lapierre, Anne Lapierre, **"L'adulto di fronte al bambino. Relazione psicomotoria e formazione della personalità"**, Armando editore, Roma, 1996.
- Ashley Montagu, A. Vallardi, **"Il linguaggio della pelle"**, Garzanti Editore, 1975.
- Barbara Maddigan, Pamela Hodgson, Sylvia Heath, Barbara Dick, Kimberly St. John, Tina McWilliam-Burton, Christine Snelgrove, Hubert White, **"The effects of massage therapy & exercise therapy on children/adolescents with attention deficit hyperactivity disorder"**, the canadian child and adolescent psychiatric review (2003).
- C. Koupernik, R. Dailly, **"Lo sviluppo neuropsicologico nella prima infanzia. Semeiotica normale e patologica"**, Piccin Nuova Libreria, Padova, 1981.
- Ciro Pisaturo, **"Lo schema corporeo in psicomotricità"**, Piccin nuova libreria, Padova 1996.
- Ciro Pisaturo, **"Appunti di psicomotricità, la pratica psicomotoria nella clinica neuropsichiatrica dell'età evolutiva"**, Piccin nuova libreria, Padova 1996.
- Daniel Goleman, **"Intelligenza emotiva"**, BUR, Milano 1997.
- Elliot Greene, Barbara Goodrich-Dunn, **"The Psychology of the Body"**, Volters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimora, 2014.
- Esther Weber, **"Portare I piccolo, un modo antico, modern e ... comodo per stare insieme"**, Il leone verde, Torino, 2013.
- Karpouzis F¹, Bonello R, Pollard H., **"Chiropractic care for paediatric and adolescent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review"**, Chiropr Osteopat. 2010 Jun 2;18:13.
- Khilnani S¹, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S., **"Massage therapy improves mood and behavior of students with attention-deficit/hyperactivity disorder."**, Adolescence. 2003 Winter; 38 (152):623-38.
- Jean Pierre Warnier, **"La cultura materiale"**, Maltemi editore, Roma, 2005.

- Jean Le Boulch, **“Teoria e pratica della psicomotricità funzionale”**, Armando Editore, Roma, 2012.
- L. E. Oates, **“The Goodenough Drawing Test and Its Application to Zulu Children”**, University of South-Africa, 1938.
- Marsha Jelonek Walker, Jonathan D. Walker, **“Healing Massage: a Simple approach”**, Thomson Delmar learning, 2003.
- Maria Vittoria Meraviglia, **“Complessità del movimento”**, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Marinella Rosano, **“Psicomotricità dell’età evolutiva”**, semeiotica per l’intervento riabilitativo”, Piccin nuova libreria, Padova, 1992.
- Maureen V. Cox, **“ Children's Drawings of the Human Figure”**, Psychology Press, 2013.
- Paul Schilder, **“ Immagine di sé e schema corporeo”**, Franco Angeli, Milano, 1988.
- Romana Negri, **“Il neonato in terapia intensiva, un modello neuropsicoanalitico di prevenzione”**, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.
- Serge Lebovici, **“Il neonato, la madre e lo psicoanalista”**, Borla, Roma 1988.
- Schaaf RC, Benevides T, Mailloux Z, Faller P, Hunt J, van Hooydonk E, Freeman R, Leiby B, Sendekki J, Kelly D., **“An Intervention for Sensory Difficulties in Children with Autism: A Randomized Trial.”**, J Autism Dev Disord. 2013 Nov 10.

Sitografia

- Alan Jordan, & Peggy Jones Farlow, (2008), **”Massage For Children & Youth”**, http://www.growingupeasier.org/index.php?main_page=page&id=160&chapter=3
- BalanceTherapeutic Massage, (2012), **” Massage for Children With ADHD”**, <http://balancelouisville.com/massage-for-children-with-adhd/>

- Jan DeCourtney, (2006), “**Life Spring Healing Arts, Massage Your Child**”, http://lifespringarts.com/selfhelp_massage_child.shtml
- Heyward Ewart, (2002), “**Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Why massage Works**”, <http://www.amtamassage.org/infocenter/adhd.html>
- Maryatkinson, (2011), “**Massage for Children with ADHD**”, <http://www.maryatkinson.com/massage-for-children-with-adhd/>
- Marsha Jelonek Walker,Jonathan D. Walker, (2005), “**Healing Massage: A Simple Approach**”, <http://books.google.it/books?id=gqs2lKAiDq8C&printsec=frontcover&hl=it#v=onepage&q&f=false>
- Pacific College of oriental medicine, (2011),“**Treating ADHD with Massage Therapy**”, <http://www.pacificcollege.edu/acupuncture-massage-news/articles/917-treating-adhd-with-massage-therapy.html>
- Shirley Vanderbilt, (2003), ”**Children and Massage a powerful combination**”, http://www.massagetherapy.com/articles/index.php/article_id/470/Children-and-Massage
- Tina Allen, (2013), “**ADHD and Massage Therapy for Children**”, <http://www.liddlekidz.com/adhd-massage-therapy-faqs.html>
- Vimala McClure, (2011), “**Massage and the Growing Child**”, <http://www.iaim.net/massage-your-baby/massage-and-the-growing-child/>

ALLEGATI

Popolazione e metodologia.

