

ANNA MARIA BASTIANINI

PSICOLOGIA INDIVIDUALE COMPARATA E TERAPIA PSICOMOTORIA: UN APPROCCIO REALE AL SERVIZIO DEL BAMBINO

“Gli uomini hanno sempre dibattuto per stabilire se sia la *mente* a governare il *corpo*, o se sia il corpo a governare la mente... Forse la Psicologia Individuale può dare, in proposito, dei contributi che porteranno ad una soluzione, giacché nell'applicare la Psicologia Individuale noi veniamo a trovarci faccia a faccia con queste interazioni tra mente e corpo mentre sono in azione. Abbiamo cioè, davanti a noi un individuo-anima e corpo - che deve essere trattato, e se il nostro trattamento poggia su basi erronee non riusciremo ad aiutarlo. La nostra teoria deve necessariamente fondarsi sull'esperienza e deve necessariamente essere verificata. Noi viviamo in mezzo a queste interazioni e questo fatto rappresenta la più grande *sfida* a trovare il punto di vista corretto” (Adler, 1931, p. 21).

Le patologie relazionali precoci su base, organica oppure no, non permettono al terapeuta di lasciar cadere questa sfida. Accettarla significa addentrarsi nei meandri della articolazione originaria mente-corpo e ricercare connessioni che permettano un'evoluzione positiva da patologie in cui risultano gravemente carenti o compromesse sia le capacità di simbolizzazione (nel senso piagetiano), sia la comunicazione.

Il quadro teorico adleriano offre feconde possibilità di ricerca e di comprensione a questo proposito.

Nella presente relazione ci si propone di approfondire

tali aspetti a partire dall'esperienza clinica e dalle risultanze di terapie psicomotorie condotte con bambini autistici e/o psicotici di età inferiore ai tre anni.

Vorremmo in primo luogo, quasi come premessa, illustrare brevemente la specificità dell'approccio terapeutico psicomotorio rispetto ad altre tecniche e metodologie a mediazione corporea, così come si va definendo (cfr. Aucouturier e altri) in questi ultimi anni.

La *terapia psicomotoria* può essere definita una psicoterapia a mediazione corporea che, attraverso la relazione con il bambino, si propone l'obiettivo di ristrutturare globalmente la personalità. Tramite privilegiato, anziché il linguaggio verbale, è "il corpo" o, ancora meglio, "l'espressività psicomotoria" ⁽¹⁾ del bambino e del terapeuta in rapporto alle dimensioni spazio-tempo, alle caratteristiche degli oggetti e dell'ambiente, alle possibilità di azione su di esso.

Viene indicata in maniera specifica una terapia psicomotoria nei seguenti casi:

a) per quadri di grave disturbo relazionale su base organica o meno (autismo, psicosi) in cui non siano acquisite o risultino carenti le capacità di simbolizzazione in senso piagetiano (in tali casi, cioè, osserviamo una compromissione più o

(1) Il concetto di "espressività psicomotoria" (Aucouturier) può essere assimilato alla concezione Adleriana della persona come "unità biopsichica" (corpo-mente in interazione dinamica, espressione unitaria dello stile di vita maturato nei primi anni e continuamente interigente con l'esterno e l'interno).

La specificità del concetto di "espressività psicomotoria" sta nel riferimento alla "organizzazione tonica", depositaria della storia affettiva arcaica ed espressione permanente del "modo di essere al mondo" di ogni persona.

"L'espressività psicomotoria - dice Aucouturier - ha come contenuto reale la relazione tonica con il mondo altrui e il mondo degli oggetti. Sappiamo bene che questa relazione è chiaramente personalizzata e che è legata a tutta la nostra storia tonico-affettiva lontana ... Vale a dire che l'espressività psicomotoria attualizza un vissuto lontano, espresso dalle variazioni della nostra relazione tonica al mondo. Questa storia tonico-affettiva lontana è solo la storia delle modulazioni emozionali della madre e del suo sostituto e del fanciullo" (AA.VV. Atti del Convegno di Psicomotricità di Grado, 1980, pp. 159-160).

meno grave della capacità di comprensione a livello verbale e della possibilità di comunicare attraverso la parola);

b) per patologie in cui, pur essendo state acquisite le capacità di verbalizzazione e simbolizzazione, le produzioni fantasmatiche inconsce risulterebbero troppo angosciose per essere padroneggiate ed il soggetto non pare in grado di elaborare a livello mentale ansie e conflitti. Ci riferiamo in particolare a quadri di più o meno grave instabilità motoria, inibizione motoria, tics, sindromi psicosomatiche dell'età evolutiva, ecc.; in molti di questi casi, poi, riscontriamo anche gravi difficoltà negli apprendimenti scolastici.

Altro parametro importante è l'età in cui avviare l'intervento terapeutico sul bambino.

Chiarendo ancora, la terapia psicomotoria appare consigliabile in tutti quei casi in cui, vista l'età del soggetto o per il tipo di disturbo presentato, risulterebbero scarsamente efficaci una psicoterapia di tipo ludico o una psicoterapia di tipo interpretativo-verbale.

Nell'analisi e nella psicoterapia di tipo interpretativo verbale "l'interpretazione è fattore fondamentale di cambiamento (anche se non l'unico); la "parola" è comunque mediatore privilegiato o unico di comunicazione per attuare il processo di chiarificazione-rielaborazione delle problematiche del cliente.

La terapia psicomotoria interviene ad un livello evolutivo arcaico, agisce sul processo di "formazione della rappresentazione del Sé" (Sandler, 1981) favorisce il cammino evolutivo verso "l'identità e separazione" (Mahler, 1975). In altri termini, si colloca all'interno del processo di formazione dello "stile di vita" del soggetto, e "lavora" a livelli evolutivi caratteristici dei primi 4-5 anni di vita.

"Molto prima di essere capace di pensare cosciente-

mente - o di aver raggiunto il linguaggio verbale - il bambino ha la capacità di assumere degli atteggiamenti verso ciò che sperimenta, di interpretare - in modo vago, forse - ciò che prova, e di trarre conclusioni che sono alla base delle sue azioni" (Dreikurs, 1961, p. 11).

Adler, con un'intuizione che precorre approfondimenti portati avanti dalla psicoanalisi infantile nello studio delle prime fasi evolutive (cfr. Mahler, Spitz, Greenacre, ecc.) precisa: "E' nei primi quattro o cinque anni di vita che l'individuo fissa la sua unità mentale ed instaura i rapporti tra mente e corpo" (1931, p. 28).

"La mente quanto il corpo sono manifestazioni della vita: sono parti della vita nella sua totalità e quindi cominciamo a comprendere i loro reciproci rapporti all'interno di questa totalità" (Adler, 1931, p. 21). Ancora: "La psicologia è la comprensione dell'atteggiamento di un individuo nei confronti delle sensazioni percepite dal suo corpo" (ibid., p. 28).

Ritroviamo qui importanti anticipazioni e filoni di ricerca che desideriamo sottolineare:

- 1) il concetto di "unità biopsichica" o "unità di personalità": non è possibile, particolarmente in fase evolutiva ma anche per tutto l'arco della vita, considerare separatamente aspetti biologici e psicologici dell'individuo;
- 2) la possibilità di "leggere" il corpo come espressione dello stile di vita, in un'articolazione inscindibile di atteggiamenti, sentimenti ed emozioni⁽²⁾.

(2) "Noi possiamo capire, dal modo in cui (un individuo) prepara il suo corpo, quali sensazioni è pronto a ricevere dal suo ambiente e quale vantaggio cerca di ricavare da tale esperienza. Se osserviamo il suo modo di guardare, di ascoltare e che cos'è che attira la sua attenzione, avremo appreso molto sul suo conto" (Adler, 1931, p. 28). E ancora: "Entro certi limiti ogni emozione trova sbocco in qualche espressione somatica: l'individuo, cioè, mostra la propria emozione in qualche forma visibile...." (ibid., p. 23).

3) l'interpretazione dei sintomi somatici come "linguaggio", cioè come espressione del disagio psicologico dell'individuo in relazione all'ambiente;

4) una giusta sottolineatura dell'importanza della mente considerata come "un motore che trascina con sé tutte le possibilità potenziali che può scoprire nel corpo, e contribuisce a far assumere al corpo una posizione di sicurezza e di superiorità di fronte a tutte le difficoltà... Un uomo si muove, e quindi nel suo movimento ci deve essere un significato ed è la mente che gli conferisce questo significato" (Adler, 1931, p. 23);

5) un indirizzo di ricerca e nello stesso tempo operativo: "l'oggetto della psicologia è l'esplorazione del significato implicito in tutte le espressioni dell'individuo, per trovare la chiave che permetta di individuare il suo scopo e paragonarlo con gli scopi degli altri individui" (Adler, 1931, p. 23).

Dalle riflessioni fin qui illustrate si deduce come l'intervento terapeutico psicomotorio (soprattutto quando avviene in età precoce), lavorando sull'interazione mente-corpo e partendo dall'espressività psicomotoria, ci permetta di trovare una corretta direzione di crescita ed evoluzione; ci evita inoltre, in molti casi, di "attendere" che lo stile di vita si strutturi, o peggio si cristallizzi, con caratteristiche nevrotiche o psicotiche.

Pur non rientrando fra gli argomenti del presente scritto, si vuole nondimeno osservare come Adler abbia sottolineato, con acutezza e profonda intuizione, la pericolosità ed i limiti di un'impostazione pedagogica ed educativa che trascuri la dimensione corporea o la consideri, al massimo, come un aspetto fisiologico in relazione alla salute fisica.

Ciò rimanda anche ai problemi connessi con le metodologie educative della scuola e all'inesperienza spesso evidenziata dai genitori nell'allevamento dei figli. Le cure quotidiane del corpo del bambino, il cibo, il sonno, la pulizia, la

poca o molta libertà di movimento, ecc., non possono scindersi dagli aspetti emotivi e relazionali che vi sono connessi. Lo stile di vita dei genitori, inoltre, viene trasmesso al bambino attraverso la comunicazione verbale e non verbale e attraverso gli atteggiamenti. Postura, tono muscolare, modo di tenere in braccio, contatto cutaneo, modo di allattare ed altre cose ancora trasmettono al bambino, attraverso il corpo della madre, le corrispondenti sue emozioni: ansia, rifiuto, distacco, interesse, amore, competenza, sicurezza, ecc. L'osservazione di bambini di età inferiore ai tre anni e lo studio delle patologie motorie o relazionali precoci confermano la pregnanza e fecondità delle riflessioni di Adler.

Saranno ripresi, a questo punto, alcuni aspetti, senza peraltro la pretesa di affrontarli esaurientemente nella presente comunicazione.

Le parole di Adler, ancora una volta, ci illustrano in maniera sintetica ma significativa come può essere concepito e interpretato il nostro "viaggio terapeutico" con i piccoli clienti: esso è una esplorazione lenta, cauta e faticosa "del significato implicito in tutte le espressioni dell'individuo, per trovare la chiave che permetta di individuare il suo scopo e di paragonarlo agli scopi degli altri individui" (1931, p. 23).

È un cammino in cui, spesso, pur accomunati dalla sofferenza e dall'angoscia, figli e genitori non si capiscono e paiono non riuscire a comunicare. In particolare sembrano "incomprensibili" e senza senso alcuno le stereotipie motorie, le rigidità, i pianti e la gestualità tutta del bambino.

Vedremo come, nell'esempio che stiamo per illustrare, il "viaggio terapeutico" ha coinvolto in primo luogo terapeuta e bambina, ma anche la madre e progressivamente l'intera costellazione familiare ed il personale educatore dell'Asilo Nido frequentato dal soggetto. Il lavoro terapeutico

si è svolto in un contesto di “ambiente terapeutico allargato” (Bastianini e Vidotto, 1984, 1986) in cui ciascuno svolgeva una sua specifica funzione “terapeutica” orientata alla guarigione e allo sviluppo del bambino.

Quando i genitori di E. (anni 3) portano per la prima volta la bambina, la madre così sintetizza il problema: “l’abbiamo portata perché ha tre anni ma non parla”. Una diagnosi precedente parla di “psicosi con tratti autistici”. E. ha iniziato a camminare all’età di due anni e sei mesi.

La prima osservazione effettuata nell’Asilo Nido ci offre l’immagine di una bambina che si muove incessantemente e velocemente, sfiorando tutti gli oggetti che incontra nello spazio che attraversa. Pare non stabilire un vero contatto con alcuno né alcunché e sembra “terrorizzata” dalla presenza degli altri bambini. A tratti si ferma improvvisamente ad annusare oggetti o persone, altre volte il suo muoversi incessante si blocca e viene sostituito per alcuni momenti da una sorta di dondolio in piedi, accompagnato da una specie di lamento prolungato. Quando la bambina è seduta, il dondolio è continuo. Rifugge con molta attenzione da ogni contatto fisico e la sua deambulazione è stereotipata, rigida, accompagnata da particolari “contorsioni” di ogni parte del corpo. A tavola dapprima annusa il cibo e poi, afferratolo con le mani, lo inghiotte senza masticare. Le educatrici riferiscono che non ha mai portato nulla alla bocca e che è particolarmente difficile lavarla e cambiarla. Se un adulto si avvicina per pulirla, E. sembra invasa dal panico e diviene talmente rigida da scoraggiare ogni tentativo di avvicinarla e toccarla. Il suo corpo sembra ritrovare un certo sollievo soltanto quando può abbandonarsi al dondolio di cui dicevamo.

La mamma di E. insegnante di Scuola Materna, è consapevole delle carenze e dei gravi problemi della figlia: la sua frase “ha tre anni ma non parla” nasconde altri signifi-

cati al di là del senso letterale della parola. Può voler dire, per es : “non riesco a dare nessun senso a ciò che fa, non capisco se e di che cosa ha bisogno” oppure “non riesco a comunicare”.

È così che, fin dall’inizio, la madre viene introdotta nello “spazio” della seduta di terapia psicomotoria insieme con la bambina. A questo si aggiungono i colloqui con entrambi i genitori.

Gli scopi che ci prefiggiamo sono fondamentalmente due: dare alla madre una “chiave di lettura” della gestualità apparentemente assurda e senza senso della figlia e permettere ai due (madre e figlia) una comunicazione fondata su una progressiva “separazione” e dunque sul riconoscimento dell’altro come persona divisa da sé e diversa.

Tutto diviene importante e “portatore di significati”: il corpo, la gestualità, la postura, la tonicità, i ritmi di movimento, il modo di “occupare” lo spazio, ecc. ci “parlano” dell’isolamento, della confusione, del disagio o anche degli attimi di gioia vissuti dal bambino e ci propongono con intensità il mondo emotivo del bambino. Sono anche, se così li possiamo definire, “pensieri in azione”, espressione del livello cognitivo e delle possibilità del bambino di conoscere correttamente la realtà.

Potremmo dire che assistiamo, nel corso di molte sedute di terapia psicomotoria, al graduale “passaggio dall’indifferenziato della fusione simbiotica con la madre al differenziato che caratterizza ogni rapporto via via più maturo con la madre stessa e con la realtà” (Grandi, 1986).

Tale passaggio dall’indifferenziato al differenziato si snoda nei percorsi di sofferenza di “una mente” paralizzata in un corpo che non esprime altro che angoscia e fuga dal contatto con la realtà; esso rimanda attraverso le stereoti-

pie, le ripetizioni, il movimento nello spazio, ciò che passa nel mondo interno del bambino, in un recupero lento (a volte scandito dalla ripetizione di mesi, a volte scaturito in una frazione di secondo) di ciò che rimane del rapporto con la realtà; del bisogno di rapporto con le persone.

Passaggio lento e faticoso, dicevamo, segnato dallo sforzo di comprendere il bambino, ma anche dalla “restituzione” alla madre del significato di ciò che il bambino vive: ciò permette un primo porsi in relazione, sia per la madre che per il bimbo.

Torniamo ora al trattamento di E.

Dopo alcune sedute in cui il camminare frenetico ha trovato l'attenzione continua del terapeuta, iniziano a delinearsi due importanti variazioni:

a) quando E. riesce a incrociare o addirittura a “scontrarsi” col terapeuta, che cammina alla sua stessa velocità, il suo viso contratto e teso pare illuminarsi per un attimo come in un sorriso che diventa poi un autentico “ridere” (anche se lascia l'impressione di un riso che pare riemergere “dai secoli”). Forse è solo una sensazione piacevole dovuta allo “scontro”: è certamente, in ogni caso, una forza di vita che spezza una sorta di “prigionia” o paralisi. Ben diverso è questo “scontrarsi” con una persona viva rispetto al percuotersi o al picchiare contro il muro (altro comportamento tipico di E. in momenti di particolare tensione o angoscia). Il vagare, prima assurdo o apparentemente senza senso, diviene una sorta di gioco che dà un piacere “condiviso” con una persona ed assume via via significati precisi.

b) E. si muove continuamente e butta a terra ogni oggetto che le capita fra le mani; poi ritorna sui suoi passi, come se volesse controllare che gli oggetti buttati ci siano ancora e non siano scomparsi, distrutti in maniera magica dalla sua distruttività onnipotente. Se il terapeuta, casualmente o volontariamente, tocca o, peggio, sposta uno o più oggetti, E.

manifesta scoppi di panico improvvisi, apparentemente senza motivo, si butta a terra e si abbandona ad un dondolamento frenetico. Dopo un certo periodo di tempo la bambina fa spostare nella stanza, prendendole per mano, a volte la mamma, a volte la terapeuta. Altre volte ancora vuole che esse rimangano ferme in un posto ben preciso scelto da lei. Quando la madre (quasi incredula che sua figlia possa desiderare qualcosa di preciso e dopo aver ricevuto spiegazioni sul significato psicologico del gioco) si lascia coinvolgere nel gioco stesso, allora per la prima volta E. sorride alla mamma “ritrovata” davanti allo specchio, dove l’aveva lasciata dodici minuti prima. Inizia a questo punto una specie di gioco “a comparire e scomparire” davanti allo specchio; inizialmente la durata è di pochi secondi; dopo alcuni mesi E. si interessa alla sua immagine, poi incomincia a dirsi “ciao”, e infine riconosce con sicurezza la sua stessa immagine riflessa.

Gli esempi riportati ci suggeriscono un’importante riflessione: in terapia psicomotoria ciò che permette al bambino di “riaprire i canali della comunicazione” col mondo esterno è la possibilità di ritrovare o riprovare il piacere di sentire, agire e muoversi con il proprio corpo. Si tratta di capire il senso o di dare un senso a qualcosa che spesso pare non averne affatto e di offrire al bambino la possibilità di ritrovare il proprio corpo come fonte di piacere e possibilità di azione nello scambio relazionale con le persone e l’ambiente.

Potremmo procedere con altri numerosi esempi. Ci limitiamo invece a sottolineare come per E. ed altri bimbi sia di importanza fondamentale riuscire “di nuovo” o per la prima volta a riprovare piacere col proprio corpo: ciò rappresenta un importante recupero delle energie di vita e favorisce in maniera determinante la spinta personale all’autoaffermazione e all’autorealizzazione. Il trattamento psicomotorio, attraverso il “percorso terapeutico” che abbiamo de-

scritto, tenta di trasformare in esperienze con valenza di vita ciò che fino ad allora è stato esperienza di morte, di perdita, di isolamento, di assoluta inferiorità ed impotenza: ciò a partire da una scoperta o riscoperta del piacere sensomotorio nella relazione tonico-affettiva con il terapeuta.

Siamo così tornati al problema di partenza propostoci dallo stesso Adler: "se sia la mente a governare il corpo, o se sia il corpo a governare la mente" (1931, p. 21).

Non ci sentiamo certo in grado di dare risposte esaurienti né tantomeno definitive. Ci sentiamo però di affermare (in sintonia con gli insegnamenti di Adler) che, nel periodo evolutivo in cui si forma lo stile di vita, la "mente" pare emergere gradualmente da una "indifferenziazione psichesoma" e si articola in modo indissolubile con aspetti cognitivi ed affettivi: il tutto all'interno di quella relazione particolarissima che è la diade madre-bambino.

Sensazioni e stimolazioni tattili, afferenze cenestesiche e propriocettive costituiscono la base biologica del "dialogo tonico" madre-bambino: dialogo che diventa processo di crescita ed incoraggiamento all'autoaffermazione per il bambino se le cure materne sono qualitativamente adeguate e positive.

Nella relazione diade madre-bambino, in particolare nel primo anno di vita, si può ritrovare una circolarità mente-corpo non solo per il bambino ma per la madre ed il bambino insieme.

La "qualità" delle cure materne deriva direttamente dallo stile di vita della madre, del suo modo di vivere la propria femminilità e la propria maternità, dalla sua capacità di "sentire" e recepire esigenze e bisogni dell'altro, dalla disponibilità a fornire risposte non fusionali-regressive ma autonomizzanti. Da questo deriva anche la possibilità per la

madre di promuovere e sviluppare il sentimento sociale nel bambino: “funzione” materna, questa, per eccellenza, come spesso ricorda e ripete Adler. Se la madre tuttavia non è lei stessa “aperta” rispetto a questa funzione socializzante non riuscirà a promuoverla nel figlio.

Quanto abbiamo detto a proposito del rapporto madre-bambino ci induce a connotare come “materna” la relazione terapeutica nel rapporto con bambini autistici o psicotici in terapia psicomotoria: vogliamo con questo sottolineare, per finire, come nel corso del trattamento psicomotorio il lavoro viene eseguito non nella dimensione pedagogica ma toccando livelli inconsci e molto profondi quali il “vissuto corporeo”.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., (1927) *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma, 1975
- ADLER A., (1931) *Cos'è la psicologia individuale*, Newton Compton, Roma, 1976
- AA.VV., *Atti del Convegno di Psicomotricità di Grado*, 1980
- AA. VV., *Alfred Adler e la psicologia individuale*, Atti del Convegno, Alessandria, 27-28 marzo 1987
- BASTIANINI A.M., VIDOTTO B., *Proposta di un modello operativo adleriano in psicoterapia infantile*, XVIII Congr. Naz. Soc. Ital. di Psicoterapia Medica, Verona, 3-4 Novembre 1984. In stampa
- DREIKURS R. (1961) *Psicologia in classe*, Giunti Barbera, Firenze, 1961
- GRANDI L.G. (a cura di), *Saggi di psicologia*, vol. 1 Proing, Torino, 1982
- MAHLER M. (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino, 1978
- SANDLER I., *La ricerca in psicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1981