

A.2. Motricità e correlazione col deficit di moto

Il corpo da luogo di benessere a luogo del danno

Tra i compiti di sviluppo di un bambino c'è l'immenso impegno di compiere un fruttuoso scambio tra le aree della corporeità, del mondo emotivo e delle acquisizioni cognitive.

L'influenza della "cura" con cui questo bambino è accudito sappiamo essere fondamentale per la buona riuscita di questo percorso; la presenza di una difficoltà non può non implicare un effetto su tutta la complessità percettiva, emozionale e motivazionale, del bambino, ma anche della madre, del padre, delle figure più prossime da cui quel bambino dipende.

La motricità, le capacità intellettive, le implicazioni psicologiche sono entità solo artificialmente distinte, e questo è tanto più vero quanto più si vada a ritroso nel processo di crescita; non solo le ridotte capacità che la patologia determina influenzano lo sviluppo, ma anche le rappresentazioni che di tale alterazione hanno la madre, il padre, la complessità dei legami familiari, gli adulti che nel tempo si avvicendano nella presa in carico di quel bambino.

E' un intreccio inscindibile ciò che, attraverso il corpo, promuove il senso di sé, la sensazione di esserci, di esistere come soggetto sempre più definito e separato dal corpo materno e dalle sue cure; il bambino è la risultante di questi aspetti e fondamentale della cura che riceve. Il suo sviluppo dipende dal dialogo incessante tra sé e chi di lui si occupa, dialogo dalle innumerevoli sfumature nelle quali il corpo è lo strumento più immediato. Esso non interrompe mai di inviare messaggi ed è una sorta di porta di ingresso ad ogni successiva comunicazione con sé stessi e con il mondo.

La presenza di un deficit, di una malattia, di una alterata funzionalità pone una serie di interrogativi e di variabili sulla già fragile continuità di quel dialogo così denso di significati da comprendere e da utilizzare. Potremmo dire che le ambiguità e le percezioni altalenanti che pur rappresentano, nello sviluppo normale, un passaggio fondamentale nella costruzione del Sé, diventano particolarmente sollecitate quando il corpo, invece di essere luogo di sensazioni positive in quantità sufficiente da garantire le basi del "ben-essere", è il luogo del danno, della funzione alterata, della diversità. Un corpo che vive in modo amplificato il divario tra ciò che sente e ciò che riesce a decifrare, modificare, esprimere.

Diventa più vivida la difficoltà a coniugare il gesto con il "sentire", la motricità con le emozioni: una difficoltà di integrazione che non riguarda solo il piano motorio, ma anche il piano del Sé, dell'identità e della sua percezione soggettiva. Lo stato emotivo che si può produrre è uno stato più o meno forte di angoscia. All'angoscia primaria (Winnicott) di cadere-precipitare, disperdersi nel vuoto, normalmente tamponata dalla vicinanza corporea ed emotiva dell'adulto che si prende cura del bambino, si somma l'impossibilità di accedere a una competenza che via via integri in modo compiuto le esperienze sensoriali afferenti al bambino, le sue risposte attraverso una motricità adeguata e il contributo emotivo e relazionale che a queste esperienze fa da sfondo.

Immagine corporea e costruzione di sé

Per uno sviluppo soddisfacente un passaggio basilare riguarda la percezione del proprio corpo e la necessità che il corpo rappresenti una unità. Questo presupposto si organizza nel bambino attraverso una esperienza di sostegno-contenimento e cura che crea i primi nuclei dell'immagine corporea e quindi della costruzione del Sé. Possiamo dire che la rappresentazione che abbiamo di noi stessi è il risultato delle esperienze affettive e corporee dell'infanzia, dalle quali si svilupperanno a loro volta, le prime relazioni, la capacità di riconoscersi e differenziarsi, la strutturazione di una identità maschile o femminile. Queste prime fasi di sviluppo vedono come primo passaggio un processo di strutturazione in termini globali, ciò che definisce i confini del proprio corpo. Tutti gli organi e sensi sono tesi a introiettare ciò che dall'esterno viene percepito; la pelle, la mano, gli occhi, il senso tattile, quello termico, la motricità e il senso cinestesico con la percezione di come le diverse parti del proprio corpo sono disposte tra di loro e nello spazio circostante. Questa condizione è anche di massima dipendenza sul piano delle competenze motorie: il bambino vive nei primi mesi di vita, il fatto di essere oggetto di cure, di essere "nelle mani" dell'altro. Il

contatto, il calore, il dialogo tonico, la contiguità dei corpi sono gli elementi che caratterizzano questa estrema dipendenza.

Autonomia e dipendenza

Se prendiamo in considerazione la presenza di un deficit, questo, a partire dal corpo, influirà sulle "forme primitive dell'organizzazione mentale nei suoi rapporti col soma" (Fava Viziello). In condizioni in cui sia presente una patologia, il normale contenimento dall'esterno si prolunga per un periodo di tempo molto più lungo, a volte indefinitamente, con la sua carica di componenti ambivalenti.

Da un lato la relazione madre-bambino, adulto-bambino, rimane più facilmente ancorata ad una dimensione più contenitiva e di cura "passiva" rivolta al bambino, dove si mantengono caratteristiche nelle quali il piacere e il benessere sono legati prevalentemente alla passività, alla dimensione del ricevere, al corpo oggetto di una manipolazione ed espressione di forte dipendenza, molto oltre i termini di uno sviluppo non modificato dalla disabilità. Dall'altro lato convive con questi aspetti, la difficoltà di questa cura che spesso non riesce a immaginare nei pensieri degli adulti che si occupano di un bambino così gravemente in difficoltà, un successivo passaggio di possibile raggiunta autonomia. Da qui discende un piacere di prendersi cura che si colora via via anche di sentimenti conflittuali, di uno stato sempre più innaturale di vicinanza e dipendenza. Gli esiti sul comportamento di tali difficili conflitti possono avere un'ampia gamma di espressioni: dall'allontanamento più o meno definitivo, ad un accudimento caratterizzato da un occuparsi "tecnicamente" del bambino (per i suoi bisogni fisici, per la necessità di interventi medico-riabilitativi...), all'attaccamento esclusivo e intoccabile dall'esterno (spesso escludendo anche il padre). Queste e le molte altre modalità di legame sono comunque l'espressione di un difficile coinvolgimento spesso non dovutamente considerato nella presa in carico di queste situazioni. Il piacere dell'essere da un lato, e il piacere di prendersi cura, dall'altro lato, subiscono una forte e dolorosa sollecitazione. Dal punto di vista del disagio psichico ed emotivo, si possono manifestare quadri diversi di sofferenza. a seconda della gravità con cui sono colpite le relazioni significative.

Il piacere attivo, tappa dello sviluppo che prepara ad una parziale uscita dalla dipendenza, è rappresentabile come il piacere del corpo che può.

A livello relazionale si traduce anche nel piacere di fare piacere all'altro, prima di tutto attraverso il corpo e le sue funzioni (controllo degli sfinteri, il riconoscimento delle regole, dei ritmi della vita quotidiana, e così via).

E' qui che si struttura anche il piacere di fare da soli e quindi i nuovi rapporti con l'esterno. Tipiche le crisi di rabbia del bambino quando si trova di fronte ad un limite; il bambino con deficit non può sperimentare pienamente il piacere del corpo che può.

In questa fase si sviluppano due importanti aspetti emotivi e relazionali: il dubbio e la vergogna. Essi sono legati al timore che il bambino avverte di non essere in grado di controllare completamente il proprio corpo e di ricevere per questo un rimprovero, oltre all'inevitabile frustrazione. Questi aspetti, che strutturano la stima di sé, nel bambino con deficit s'innestano in dinamiche nelle quali già una parte di sé è una parte su cui non può fare affidamento.

L'unità spezzata

L'immagine corporea e l'immagine di sé sono chiamate a fare i conti con gli aspetti deficitari legati alla disabilità; si intrecciano competenze incomplete e "diverse" con la frustrazione che ad esse si accompagna. La rappresentazione di se stessi esprime spesso il senso di frattura, di ferita inferta al sé che di volta in volta assume forme e significati diversi, legati alle storie personali e alle cause del deficit.

Si unisce spesso all'idea di una unità spezzata un vissuto soggettivo di rifiuto, di esclusione e il corpo, o la persona tutta per le sue incapacità, rappresenta il luogo di sentimenti carichi di

ambivalenza.

Le ragioni di questa condizione tanto ambigua quanto deprivante si rintracciano in una consapevolezza molto diversa da persona a persona, nei riguardi della diversità che il deficit esprime, rappresentando una parte di sé che non corrisponde al desiderio comune d'integrità, che altera le funzioni (fisiche e/o mentali), che influenza le relazioni e i legami. Si può creare, nel vissuto soggettivo di un bambino con deficit, nei sentimenti di chi si cura di lui, la percezione di un corpo svilito, svuotato di significati, cancellato perché luogo nel quale si concretizza la difficoltà (non sapersi muovere, non saper produrre azioni o comportamenti adeguati e intelligenti, non saper concepire e utilizzare emozioni e sentimenti sufficienti a interessare relazioni...)

Al contempo il corpo, per le medesime ragioni, può essere iper-investito di cure, interventi, manipolazioni e indagini.

Il corpo può essere oggetto di evitamento, perché diverso, incapace, spiacevole tanto da rasentare l'invisibilità unitamente alla condizione di corpo inevitabile perché dà spessore e sostanzialità al limite, all'impotenza, al bisogno e alla dipendenza.