

# Valutazione dell'Intervento di Io Ausiliario nella disabilità infantile

*Valuation of the Auxiliary Ego Procedure in child disabilities*

M. PAPINI, F. TRIBOTTI

*Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Neurologiche e  
Psichiatriche, Università di Firenze*

PAROLE CHIAVE. – Riabilitazione nella disabilità infantile

KEY WORDS. – *Child disabilities rehabilitation*

## *Summary*

**Objectives and Methods.** *The Auxiliary Ego Procedure (AEP) is a psychiatric-educational method lasting two years at least, requiring 1) a professional educator (E) working with the subject (S) for at least two hours twice a week, having fortnightly supervisions by a 2) Child Neuropsychiatrist who meets the S' parents once a month. The AEP resulted useful in improving autonomy of handicapped adolescents and young adults. This study applies the AEP to 8 disabled children (2 females, 6 males, 4-10 years old, affected by disorders of psychological development, mental retardation, severe social problems) in order to avoid their development as a handicapped person. An evaluation of the AEP results was performed applying the Vineland Scale, administered to their E at the beginning and after 3 years of the procedure.*

**Results.** *The results showed an effective improvement in every subscale, mainly in social skills and social adjustment (mean score: socialization: +16%, interpersonal relationships: +16.66%, social rules: +24.13%). Social incompetence in infancy produces social exclusion, that is to say future handicap.*

**Conclusions.** *The AEP results a methods useful in improving social performance in children, suffering from different psychopathologies impairing social adjustment and provoking a facilitation towards a handicap issue.*

## Introduzione

L'Intervento di Io Ausiliario (IIA) è un metodo psichiatrico-educativo efficace nei casi di scompenso psichico acuto e nelle forme di grave inibizione di adolescenti e giovani adulti con handicap neuropsichico o psichico<sup>1-3</sup>. L'intervento si avvale di due figure: un educatore ed un terapeuta preparati nel campo dello sviluppo relazionale, cognitivo e psicomotorio. L'educatore opera direttamente con il soggetto svolgendo una funzione volta a favorire un percorso di individuazione e socializzazione e pertanto di autonomia. Il terapeuta, un neuropsichiatra infantile, si prende carico delle problematiche psicologiche dei genitori e supervisiona l'attività dell'educatore, propone l'intervento, introduce l'educatore ai genitori ed esegue colloqui con essi con frequenza quindicinale o mensile, raccogliendo le loro problematiche ed i loro bisogni. L'educatore si reca al domicilio del paziente, di solito due giorni alla settimana per due ore. Sia le diffidenze dei genitori che i comportamenti talvolta provocatori del soggetto con il proseguire dell'intervento tendono ad affievolirsi, crescendo sempre più la fiducia e stima tra educatore, soggetto e genitore. L'intervento dura circa 2 anni. Questo metodo è stato denominato IIA, nel senso di Spitz<sup>5</sup>, per definire i compiti simili a quelli della relazione primaria per quanto riguarda l'autonomia. Finché non si sviluppa nel bambino un Io strutturato, la madre ne assolve le funzioni sia rispetto al mondo esterno sia rispetto al mondo interno. L'IIA inizialmente si è rivolto agli adolescenti e giovani adulti handicappati. In questi si è potuto verificare che non immaginano altro universo che quello familiare e non rimane loro che tentare ossessivamente di avere la prevalenza ed il controllo su di esso. Pertanto, dalla consapevolezza che negli adolescenti handicappati si era verificato un fallimento del processo di autonomia interiore si è pensato di favorire la ripresa di tale percorso introducendo una funzione di IA per conferire al soggetto qualche strumento per ritagliarsi un'autonomia del sé. Nell'adolescente normodotato la funzione dell'IA dei genitori si riduce per dare luogo alla possibilità di un più stretto rapporto con i coetanei. Nei ragazzi disabili questo passaggio risulta per lo più impossibile. L'esile Io dell'adolescente handicappato trova riconoscimento nello spazio mentale dell'educatore con possibilità di una apertura a nuove relazioni. Nel corso dell'intervento si sono evidenziati peculiari deficit strutturali dell'adolescente, deficit che per le loro caratteristiche sono facilmente attribuibili a problematiche precoci.

L'IIA è stato effettuato ormai da molti anni presso un distretto del territorio della ASL Firenze (Circoscrizione 5).

L'IIA è stato recentemente applicato all'infanzia<sup>6</sup> con uno scopo di tipo preventivo nei confronti della evoluzione della disabilità infantile verso l'handicap. L'aspetto preventivo appare evidente se si considera che il provvedimento è teso ad integrare una funzione psicologica che anche nei bambini normodotati non è conclusa, ma è ancora in atto. Il fatto che la funzione di IA sia in corso produce anche una profonda differenza nel ruolo rivestito dall'educatore, il

quale si è trovato a svolgere un ruolo integrativo e in parte sostitutivo di quello dei genitori depositari della funzione di IA. In questi casi l'educatore inizialmente è stato presentato come insegnante a domicilio, ma poi il suo ruolo si è ampliato a comprendere attività di socializzazione per dare al bambino la possibilità e l'opportunità di iniziare o migliorare le interazioni con la realtà esterna in un ambiente comunque protetto dall'adulto. L'educatore, nei casi di età infantile, ha rivestito il ruolo sociale di compagno maggiore con l'intento di consentire al minore di sentirsi protetto nella comunità, con un aumento della sicurezza individuale che permetta al bambino di muoversi con maggiore autonomia nella realtà esterna, uscendo il più possibile da un percorso tipico di handicap. L'intervento ruota su una reciproca conoscenza fra genitori e terapeuta, genitori ed educatore, educatore e bambino. Il primo periodo, conoscitivo, è caratterizzato dall'assenza di offerte di programmi da parte dell'educatore e dedicato alla conoscenza del bambino e delle dinamiche familiari e sociali.

### Metodo

Gli educatori che effettuano l'IIA sono stati sottoposti ad un'intervista strutturata avente per oggetto il bambino seguito all'inizio del trattamento (dopo il periodo conoscitivo) e dopo 3 anni di lavoro. Si tratta di The Vineland Adaptive Behavior Scales <sup>4</sup>, che misura il comportamento adattivo nell'età evolutiva, ossia l'insieme delle abilità concettuali, sociali e pratiche apprese dalle persone per agire nella vita quotidiana. La scala Vineland permette la misurazione delle quattro principali dimensioni utili per la valutazione complessiva del comportamento adattivo: Comunicazione, Abilità quotidiane, Socializzazione e Abilità motorie. L'intervista deve essere proposta a chi conosce bene il soggetto da esaminare al fine di permettere il corretto monitoraggio dell'utilità del trattamento.

La scala Vineland si articola in 4 scale e 11 sottoscale:

- Scala Comunicazione. Sottoscale: Ricezione (ciò che il soggetto comprende), Espressione (ciò che il soggetto dice), Scrittura (ciò che il soggetto legge e scrive);
- Scala Abilità quotidiane. Sottoscale: Personale (come il soggetto mangia, si veste e cura l'igiene personale), Domestico (quali lavori domestici il soggetto compie), Comunità (come il soggetto usa tempo, denaro, telefono e proprie capacità lavorative);
- Scala Socializzazione. Sottoscale: Relazioni Interpersonali (come il soggetto interagisce con gli altri), Gioco e tempo libero (come il soggetto gioca e impiega il tempo libero), Regole sociali (come il soggetto manifesta senso di responsabilità e sensibilità verso gli altri);
- Scala Abilità motorie. Sottoscale: Grossolane (come il soggetto usa braccia e gambe per il movimento e la coordinazione), Fini (come il soggetto usa mani e dita per manipolare oggetti).

Ogni sottoscala è a sua volta suddivisa in cluster (composti da 2 a 8 items) elencati in ordine evolutivo rispetto allo sviluppo medio della specifica abilità adattiva in soggetti normodotati. È possibile inoltre evitare la scala 4 qualora i soggetti abbiano abilità motorie nella norma. La corretta somministrazione della Vineland prevede una sola seduta e l'esclusiva presenza dell'intervistatore e dell'intervistato. Il tempo di somministrazione è compreso fra i 60 e i 90 minuti. I criteri di attribuzione del punteggio sono chiari e di facile applicazione. Ad ogni item viene dato un punteggio che va dallo 0 al 2: 2 = sì, di solito; 1 = qualche volta o parzialmente; 0 = no, mai. Nel caso di risposte "assenza di opportunità" o "non so" si calcola un punteggio pari a 1.

### Soggetti

È stato considerato un gruppo di bambini, appartenente alla circoscrizione 5 dell'Azienda Sanitaria di Firenze, sottoposti all'IIA per tre anni, al fine di valutare l'efficacia del trattamento. L'intervallo di tempo di 3 anni è suggerito dal fatto che per ottenere i risultati sull'autonomia la durata dell'intervento deve superare i due anni. Il campione utilizzato riguarda una popolazione infantile costituita da 8 soggetti, 6 maschi e 2 femmine. L'età media dei bambini alla presa in incarico era pari ad 7 anni con  $DS \pm 2$ . Il profilo clinico dei soggetti è stato ottenuto dai supervisori mentre la valutazione dei risultati del trattamento è stata raccolta tramite interviste Vineland con gli educatori che hanno attuato l'IIA.

Gli 8 bambini presentavano 3 tipologie di disabilità: relazionale, cognitiva e da disadattamento e disagio psicosociale. Tra i pazienti con disabilità relazionale abbiamo: Francesco con disturbo ansioso-depressivo, disturbo dell'apprendimento ed insufficiente autonomia della sfera personale: non sa vestirsi né prendersi un bicchiere d'acqua da solo, in ambiente scolastico non è socialmente inserito; Keiko (f) con difficoltà relazionali da disturbo generalizzato dello sviluppo, ritardo mentale medio-lieve, ritardo evolutivo del linguaggio aggravato da bilinguismo; Lorenzo con sindrome mista ansioso-depressiva, disturbi dello sviluppo psicologico e ritardo mentale lieve con scarse abilità scolastiche. Tra i pazienti con disabilità cognitiva abbiamo Giulia, affetta da cerebropatia da sofferenza prenatale, disprassia, insufficienza mentale lieve, deficit del linguaggio, mostra spiccata tendenza distruttiva verso oggetti e presenta comportamenti aggressivi verso gli altri bambini, manifesta crisi d'ansia ed è incapace di prestare attenzione, vive in ambiente promiscuo con madre affetta da patologia psichiatrica e tossicofilia, non è in grado di instaurare e mantenere relazioni sociali. Infine tra i pazienti con disadattamento e disagio psicosociale vi è Edoardo, con intolleranza alle frustrazioni, inibizione comportamentale che compromette la sfera relazionale, disturbi di identità sessuale e aspetti depressivi; la madre ha comportamenti distruttivi nei confronti del figlio.

## Risultati

Dalle interviste Vineland si ottengono valori numerici delle singole sottoscale che consentono di valutare il livello adattivo di ciascun bambino all'inizio del trattamento e di confrontarlo dopo 3 anni di tempo.

## Discussione e conclusioni

L'analisi dei risultati ottenuti permette di notare come, in seguito all'IIA, ciascun bambino abbia riportato un punteggio decisamente maggiore del controllo iniziale. La valutazione in merito al miglioramento è stata effettuata in parte su riscontri oggettivi, quali, ad esempio, il miglioramento del linguaggio e della scrittura, in parte in base al giudizio delle figure professionali che hanno operato con il soggetto. I risultati più significativi si sono osservati nella sfera sociale, essendo risultata questa maggiormente modificabile con l'operato dell'educatore, ma anche la più importante per l'autonomia sotto il profilo adattivo presente e futuro, e quindi per evitare l'isolamento sociale e familiare che produce l'handicap. Considerando complessivamente i risultati dell'intero gruppo e facendo la media dei singoli punteggi riportati nelle varie sottoscale (Tab. IV.), emerge che la Ricezione da 32 è passata a 40, con incremento percentuale del 25%, l'Espressione da 102 a 110 (7,84%), la Scrittura da 29 a 32 (10,34%), il Personale da 115 a 128 (11,3%), il Domestico da 19 a 21 (10,52%), la Comunità da 43 a 55 (28%), le Relazioni interpersonali da 48 a 56 (16,66%), il Gioco e tempo libero da 47 a 53 (12,76%) ed infine le Regole sociali da 29 a 36 (con aumento del 24,13%). Complessivamente, la Comunicazione che all'inizio dell'intervento era 163 ha raggiunto il valore di 182, le Abilità Quotidiane da 178 a 206 e la Socializzazione da 125 a 145, con un incremento rispettivamente del 11,65%, 15,73% e 16%.

Si trattava il più delle volte di bambini che, a causa delle loro difficoltà, si sentivano o erano realmente esclusi dal gruppo dei pari sia nell'attività scolastiche che ricreative. Sulle abilità di scrittura ed espressione i miglioramenti, anche se presenti, sono meno significativi, probabilmente anche perché queste abilità curriculari comportano implicazioni più complesse. Benché si debba considerare che bambini con problemi dopo tre anni fanno progressi spontanei, tuttavia le caratteristiche personali e sociali di questi soggetti rendevano scarsamente probabili miglioramenti e soprattutto di queste entità. Questo studio offre la possibilità di verificare l'efficacia dell'IIA applicato al percorso di disabilità infantile mediante un confronto quantitativo dei risultati ottenuti dalla somministrazione della scala Vineland. In tale ottica, l'intervento di Io Ausiliario – nonostante la varietà e la quantità di metodi psichiatrici, psicologici e pedagogici disponibili – sembra mostrare la sua utilità in un settore di grave sofferenza e patologia psichica in età evolutiva tuttora carente di risorse professionali effica-

**Tab. 1.** Valutazione Vineland del gruppo dei soggetti con disabilità cognitiva, psichica e disadattamento e disagio psicosociale all'inizio dell'I'IA. La scala Abilità Motorie non è stata utilizzata essendo gli otto bambini con abilità motorie nella norma.

	Scala Comunicazione				Scala Abilità Quotidiane				Scala Socializzazione		
	Età	Ricezione	Espressione	Scrittura	Personale	Domestico	Comunità	Relazioni Interp.	Gioco e tempo libero	Regole sociali	
Keiko	5 aa	35	36	9	138	31	24	51	55	33	
Lorenzo	10 aa	46	146	68	153	35	61	71	63	14	
Gabriele	9 aa	16	133	53	88	30	78	20	38	18	
Francesco	9 aa	32	127	40	87	9	36	54	51	33	
Giulia	6 aa	30	90	8	98	10	37	56	40	39	
Domitru	4 aa	36	112	15	98	10	34	51	30	35	
Edoardo	8 aa	39	139	36	140	0	68	69	53	46	
Ruggero	4 aa	23	33	2	120	28	8	14	46	18	

**Tab. II.** Valutazione Vineland del gruppo dei soggetti con disabilità cognitiva, psichica e disadattamento e disagio psicosociale dopo tre anni di IIA.

	Scala Comunicazione				Scala Abilità Quotidiane				Scala Socializzazione		
	Età	Ricezione	Espressione	Scrittura	Personale	Domestico	Comunità	Relazioni Interp.	Gioco e tempo libero	Regole sociali	
Keiko	8 aa	43	50	22	156	40	38	55	60	38	
Lorenzo	13 aa	46	146	68	158	35	84	74	79	27	
Gabriele	12 aa	24	144	56	95	36	94	32	42	28	
Francesco	12 aa	44	136	44	102	9	62	54	54	36	
Giulia	9 aa	40	99	10	118	10	39	58	49	43	
Domitru	6 aa	44	131	17	115	10	39	58	35	40	
Edoardo	11 aa	46	144	36	157	0	80	69	55	60	
Ruggero	7 aa	31	33	2	126	32	8	48	50	14	

**Tab. III.** Confronto delle valutazioni Vineland del gruppo dei soggetti prima e dopo i tre anni di IIA. Valori ottenuti dalla somma dei singoli punteggi riportati dai soggetti nelle sottoscale indicate.

	Scala Comunicazione		Scala Abilità Quotidiane		Scala Socializzazione	
	inizio	dopo 3 aa IIA	inizio	dopo 3 aa IIA	inizio	dopo 3 aa IIA
Keiko	80	115	193	234	139	153
Lorenzo	260	260	249	277	148	180
Gabriele	202	224	196	225	76	102
Francesco	199	224	132	178	138	144
Giulia	128	149	145	167	135	150
Domitru	163	192	142	164	116	133
Edoardo	214	226	208	237	168	184
Ruggero	58	66	156	166	78	112

**Tab. IV.** Incremento percentuale del gruppo nelle varie classi e sottoclassi della Vineland dopo i tre anni di IIA. Valori ottenuti dalla media aritmetica dei singoli punteggi nelle scale e sottoscale considerate.

	%		%		%	
Comunicazione	11,65	Abilità Quotidiane	15,73	Socializzazione	16	
Ricezione	25	Personale	11,3	Relazioni Interp.	16,66	
Espressione	7,84	Domestico	10,52	Gioco e tempo libero	12,76	
Scrittura	10,34	Comunità	28	Regole sociali	24,13	

ci e verificabili per evitare un percorso di handicap. Ulteriori studi, sia con ampliamento della casistica, sia di confronto con altre metodologie sono necessari per verificare i risultati di questa ricerca.

### Riassunto

**Obiettivi.** L'intervento di Io Ausiliario (IIA), metodo psichiatrico-educativo eseguito da un educatore che lavora col soggetto 2 ore due volte al settimana e da un neuropsichiatra che gli fa supervisione e segue i genitori una volta al mese, efficace per aumentare l'autonomia in adolescenti e giovani handicappati, è stato sperimentato nella disabilità infantile.

**Materiali e Metodi.** Sono stati esaminati 8 bambini, 6 maschi e 2 femmine, di età da 4 a 10 a, con differenti disabilità (disturbi dello sviluppo psicologi-



co, ritardo mentale, gravi sociopatie). I bambini sono stati seguiti da educatori ai quali abbiamo somministrato la Scala Vineland, all'inizio dell'IIA e dopo 3 anni.

**Risultati.** Dalla Vineland è emerso che dopo il trattamento i bambini disabili hanno riportato globalmente notevoli miglioramenti. I risultati più significativi si sono osservati nella sfera sociale (in media: socializzazione: +16%, relazioni interpersonali: +16,66%, regole sociali: +24,13%). Essendo la competenza sociale la più importante per l'autonomia, l'IIA in età evolutiva si dimostra utile e per evitare l'isolamento sociale che porta all'handicap.

**Conclusioni.** L'efficacia dell'IIA nell'infanzia garantisce miglioramenti generali, ma soprattutto specifici in un settore di disabilità psichica tuttora carente di risorse professionali, per evitare un percorso di progressivo isolamento sociale tipico dell'evoluzione verso l'handicap.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Papini M, Guerri S, Landi M, Leonetti R. *Handicap, Breakdown, Intervento di Io Ausiliario. Esperienze cliniche.* Psic Inf Adol 1993;60:507-28.
- <sup>2</sup> Papini M, Landi M, Leonetti R, Guerri S, Ermini O. *Auxiliary Ego Procedure, Disability, Developmental Behaviour Disorders.* International Seminar 9<sup>th</sup> Annual meeting European Academy of Childhood Disability 16-18 October 1997. Lisbona: Funacao Calouste Gulbekian 1997:(Abstract) 64-5.
- <sup>3</sup> Papini M, Guerri S, Landi M, Leonetti R. *Handicap psicopatologia dirompente e difettuale: intervento di Io Ausiliario.* In: Pissacroia M, ed. *Trattato di psicopatologia dell'Adolescenza.* Padova: Piccin 1997:537-51.
- <sup>4</sup> Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV. *The Vineland Adaptive behavior Scales.* Cielele Pines, MN: America Guidance Service. Balboni G, Pedroabissi L, italian adaptation. Firenze: O.S. 1984.
- <sup>5</sup> Spitz R. *La première année de la vie de l'enfant.* Paris: Presses Universitaires de France 1951. Trad. it.: *Il primo anno di vita del bambino.* Roma: Armando 1983.
- <sup>6</sup> Vannucci C. *Intervento di Io Ausiliario nella disabilità infantile. Analisi di 18 casi clinici.* Firenze: Tesi di Medicina e Chirurgia 1999.