

VALUTAZIONE DELLE RELAZIONI FAMILIARI NELL'INTERVENTO PSICOMOTORIO CON PRE-ADOLESCENTI AFFETTI DA PARALISI CEREBRALE

Evaluation of family relationships in psychomotor intervention with pre-teens suffering from cerebral palsy

M. Gatta, M. Sisti, G. Brunello, E. Sale, A. Simonelli, P.A. Battistella

Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Azienda ULSS 16 - Università degli Studi di Padova

RIASSUNTO

Lo scopo di questo lavoro è quello di approfondire le dinamiche relazionali ed emozionali che impegnano il soggetto preadolescente affetto da paralisi cerebrale, utilizzando strumenti di valutazione provenienti da diverse aree professionali quali la Scheda di Osservazione Neuropsicomotoria, il Questionario sul Comportamento del Bambino e il Lausanne Trilogue Play. Attraverso la descrizione di due casi clinici verrà evidenziata l'utilità dell'integrazione di tali strumenti al fine di una efficace progettualità terapeutica.

INTRODUZIONE

La malattia cronica che esordisce precocemente può comportare un impatto significativo sullo sviluppo psicologico e comportamentale del bambino, rappresentando un fattore di rischio importante durante la fase pre-adolescenziale. Durante questa specifica fase evolutiva infatti, collocata fra i 10/11 e i 12/13 anni a seconda degli autori, il ragazzo si trova di fronte a tutta una serie di trasformazioni e problematiche nuove che suscitano ansia e conflitto: l'accelerazione della crescita fisica e il cambiamento di aspetti del corpo con le conseguenti risonanze psicologiche, la maturazione puberale, il riemergere della pulsione sessuale, il bisogno di autonomia psicologica e comportamentale, la maturazione del pensiero ipotetico-deduttivo, l'importanza rivestita dal

SUMMARY

The aim of this paper is to deepen the emotional and relational dynamics that engage the pre-teens suffering from cerebral palsy using assessment tools from different professional areas such as the Neuropsychomotor Observation Sheet, the Child Behavior Checklist and The Lausanne Triadic Play. Through the description of two cases of children aged 11 years old, the usefulness of the integration of these tools to an effective therapeutic planning will be highlighted.

gruppo dei pari, sono tutti aspetti che si presentano improvvisamente, prima che il soggetto possieda strumenti psichici adeguati per poterli affrontare in modo efficace¹. Nella non linearità del percorso e nella permeabilità dell'età preadolescenziale ai continui influssi che giungono dai periodi confinanti, si sperimenta un graduale ma tuttavia intenso passaggio che coinvolge zone a sé, quali il corpo, l'intelligenza, la vita emotiva, la razionalità e il vissuto dello spazio e del tempo². È difficile generalizzare e trovare un pensiero univoco che spieghi che cosa comporti la crescita e la fase preadolescenziale in un soggetto con paralisi cerebrale (PCI): lo sviluppo si inserisce in un percorso già molto sofferto e, più che in altri momenti, si acutizzano e si rendono più consapevoli le differenze dagli altri bambini. In questo scenario, il

PAROLE CHIAVE

Pre-adolescenza - Paralisi cerebrale infantile - Psychomotor Intervention - Lausanne Trilogue Play

KEY WORDS

Pre-adolescence - Cerebral Palsy - Intervento psicomotorio - Lausanne Trilogue play

pre-adolescente con patologia cronica viene investito da inquietudini profonde rispetto le proprie capacità, il proprio senso di autoefficacia e la possibilità di esistere come persona cognitivamente e relazionalmente adeguata. La percezione del proprio corpo e dei suoi limiti diventa un traguardo complesso caratterizzato sia da ansie profonde relative a un'immagine fisica vissuta svalorizzata e svalorizzante sia da vissuti emotivi interni di difficile significazione e comprensione. In questo difficile percorso di costruzione della propria identità, dove prevale un forte senso di perdita di continuità, si inseriscono peculiari problematiche all'interno delle relazioni con le figure del proprio ambiente, sia familiare che scolastico. In particolare, quando il ragazzo è affetto da gravi disturbi motori ma ha buone capacità cognitive, si rende dolorosamente evidente come la richiesta di autonomia tipica della fase preadolescenziale si scontri con la totale dipendenza fisica dall'altro che non dà spazio alla separazione. In un paziente con PCI, il problema dell'indipendenza assume un significato particolare, dal momento che non sarà mai capace di essere del tutto indipendente. Importante sottolineare, a questo proposito, i particolari vissuti dei genitori e la difficoltà incontrata da quest'ultimi nel favorire il processo di individuazione e separazione dei propri figli, adattandosi positivamente alla disabilità del figlio. La famiglia di un ragazzo con PCI può presentare, in alcuni casi, maggior sofferenza co-genitoriale, sofferenza emozionale legata agli aspetti della malattia e alla sua difficile gestione, conflittualità intrafamiliare e fra fratelli, qualora presenti. Se l'identità, soprattutto nei periodi di crisi, dipende molto dalla risposta degli altri, il ragazzo disabile è costretto a una continua identificazione con un'identità instabile che ruota attorno al limite e questo può rendere drammatico, e a volte impossibile, il suo processo di emancipazione³. In questo complesso quadro, diventa sempre più consapevole, all'interno dei contesti di cura e riabilitazione, la necessità di strutturare programmi di valutazione diagnostica e psicologica efficaci e multidisciplinari, adottando un'ottica relazionale che coinvolga, oltre al ragazzo, tutta la sua famiglia. Un recente studio europeo (SPARCLE: *Study of Participation of Children with Cerebral Palsy Living in Europe*)⁴ ha approfondito le conoscenze riguardo la comorbidità

psicopatologica della paralisi cerebrale infantile. Il campione di questo studio è composto da 818 bambini e ragazzi con paralisi cerebrale infantile di età compresa fra gli 8 e i 12 anni, residenti in otto diversi paesi europei (Francia, Inghilterra, Danimarca, Italia, Irlanda, Svezia). Dalle rilevazioni dei questionari dei genitori emerge che più del 70% degli individui con emiplegia presenta difficoltà nelle aree riguardanti le emozioni, la concentrazione, il comportamento e le relazioni (32% problemi con i pari, 31% iperattività, 29% problemi emozionali, 17% problemi della condotta, 41% significativo impatto sociali).

OBIETTIVO

Lo scopo del seguente lavoro è quello di approfondire e ampliare il dibattito riguardo le caratteristiche psicologiche e comportamentali di ragazzi pre-adolescenti con PCI, ponendo particolare attenzione alla dimensione familiare e relazionale. In linea con le recenti prospettive teoriche, si è cercato di individuare strumenti e procedure utili agli operatori coinvolti per intervenire su tutti gli aspetti della vita del bambino⁵. In particolare, il presente lavoro, nato dalla collaborazione fra Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e il Servizio di Neuroriabilitazione dell'ULSS 16 di Padova, ha lo scopo di evidenziare l'utilità di strumenti quali il Questionario sul Comportamento del Bambino⁶, la Scheda di Osservazione Neuropsicomotoria⁷ e il Lausanne Triadic Play (LTP)⁸ nella rilevazione di elementi che prendono in considerazione il bambino in relazione al suo ambiente primario, ovvero la famiglia e quindi di sottolineare l'importanza di una condivisione di strumenti fra i vari professionisti che si interfacciano in questo settore. Tali elementi, non ricavabili dalla sola osservazione neuropsicomotoria, principale strumento del Terapista della Neuroriabilitazione, costituirebbero un valore aggiunto per l'intervento e per il suo monitoraggio. La somministrazione degli strumenti all'inizio e in itinere del trattamento si propone, inoltre, di evidenziare eventuali influenze che l'intervento di tipo riabilitativo può esercitare sugli aspetti relazionali ed emotivi dell'intera famiglia, permettendo così di avere utili spunti per l'intervento in corso.

METODI E STRUMENTI

In fase di accesso al Servizio di Neuroriabilitazione (t0) viene effettuata una prima valutazione dei bambini e delle loro famiglie utilizzando i seguenti strumenti: Scheda di Osservazione psicomotoria, il CBCL e l'LTP. A seguito di questa prima fase di osservazione verrà strutturato un iniziale progetto riabilitativo. A distanza di 6 mesi (t1), durante i quali i bambini hanno effettuato una terapia psicomotoria, viene effettuato un secondo LTP. Di seguito verranno brevemente esposti gli strumenti di valutazione utilizzati durante lo studio.

Scheda di osservazione psicomotoria: la Scheda di osservazione psicomotorio è uno strumento ampiamente usato per la valutazione e l'osservazione psicomotoria e consiste nella proposta di valutazione non solo del bambino, ma anche dell'interazione bambino-terapista in quanto essa porta con sé delle modalità emergenti che non sono semplicemente la somma dei comportamenti degli attori, ma piuttosto qualità emergenti dell'interazione. La guida all'osservazione viene pensata dagli autori come strumento operativo per formulare un progetto terapeutico, verificarlo nel corso della terapia, individuare o modificare le strategie di intervento. L'osservazione è suddivisa in tre sezioni: Sezione A – Competenze del bambino, Sezione B – Caratteristiche del bambino, Sezione C – Interazione Terapeutica. A queste tre sezioni segue una sintesi finale. La sezione dedicata alle competenze del bambino è, a sua volta, suddivisa in tre punti: competenze motorie, competenze linguistiche, competenze cognitivo-relazionali e tracce del movimento, che si riferisce alla produzione grafica. Questa prima sezione permette di descrivere le competenze del soggetto, cosa sa fare, anche se ancora in modo generico e poco distinguibile da un altro soggetto. La sezione B, dedicata alle caratteristiche del bambino, permette di meglio tracciare un profilo individualizzato del bambini/ragazzo e suggerisce come intervenire; riguarda i modi attraverso cui il soggetto utilizza le proprie competenze, nell'esprimersi e nel rapportarsi con l'altro e con il mondo esterno. La sezione è costruita seguendo le qualità specifiche che riguardano le modalità d'uso delle categorie psicomotorie e le qualità delle azioni (in particolare, in termini di durata, ripetitività, variazione, modifica,

consequenzialità, coerenza, adeguamento) così da fornire un profilo dei bambini il più possibile specifico e unitario. La sezione C riguarda l'interazione terapeutica e mira a spostare l'attenzione verso la diade bambino/ragazzo-psicomotricista. In questa parte è presente un livello maggiormente descrittivo dovuto alla necessità di essere più interpretativi rispetto alle prime due componenti della scheda. Questa sezione è suddivisa in quattro parti: l'incontro con il bambino in sala d'attesa, la parte iniziale della seduta, la parte centrale della seduta, il distacco. La sintesi finale consente di integrare i vari elementi emersi; la sintesi si pone non a un livello descrittivo ma interpretativo ed è organizzata in quattro titoli generali ovvero struttura senso-motoria, discriminazione e memoria, adeguamento, comunicazione e relazione.

Lausanne Triadic Play: il Lausanne Trilogue Play è una metodologia innovativa, designata specificatamente per permettere l'osservazione e la valutazione delle interazioni triadiche familiari. Questa metodologia proviene dalla popolazione non clinica, con bambini nella primissima fascia di età. La procedura LTP permette di osservare e valutare le dinamiche familiari in una situazione di gioco e priva di stress, in una situazione sperimentale semistruutturata. L'LTP è somministrato da un professionista formato che chiede alla famiglia di organizzare un gioco attraverso una specifica sequenza di quattro fasi: prima parte – un genitore gioca con il figlio mentre l'altro osserva in posizione periferica (2+1); seconda parte – il genitore che prima era in posizione periferica diventa parte attiva nel gioco con il figlio mentre l'altro che prima era attivo assume una posizione marginale (2+1); parte terza – la famiglia interagisce nel suo complesso (3); parte quarta – i genitori interagiscono fra di loro e il bambino rimane in disparte (2+1). Questi momenti di passaggio da una parte all'altra della procedura costituiscono le transizioni, ossia momenti che richiedono una grande coordinazione tra i partner nel gestire la negoziazione e condivisione del cambiamento di ruolo all'interno del gioco familiare. Lo schema di codifica della procedura LTP è composto da 10 scale che definiscono ognuna una variabile osservativa con relativi comportamenti: segnali corporei ad interagire, orientamento dello sguardo, inclusione dei partner, coordinazione co-genitoriale, organizzazio-

ne dei ruoli, scaffolding genitoriale, coinvolgimento del bambino, sensitivity e regolazione degli affetti, attività condivise e co-costruite, calore familiare. I punteggi, per ciascuna scala, sono i seguenti: adeguato (3), moderatamente adeguato (2) e inadeguato (1). Queste funzioni sembrano avere un valore predittivo rispetto la qualità delle interazioni familiari e possono costituire un buon indicatore non solo a fini di ricerca, per evidenziare il percorso di sviluppo legato alla genitorialità, ma anche a fini clinici diagnostici e di prevenzione.

Child Behaviour Checklist: il Child Behaviour Checklist è una delle scale di valutazione del comportamento in età evolutiva più utilizzate a livello internazionale, sia con finalità cliniche che di ricerca. Tale strumento prevede una forma che deve essere compilata dai genitori (CBCL) una che può essere compilata dagli insegnanti (Teacher's Report Form - TRF) e un'altra che può essere somministrata direttamente al paziente se di età compresa fra gli 11 e i 18 (Youth Self Report-YSR). In questo studio è stata utilizzata esclusivamente la forma per i genitori che valuta diverse aree riguardanti le competenze sociali, le prestazioni scolastiche, le attività, il funzionamento generale, i comportamenti e le reazioni emotive, in 113 item che prevedono tre alternative risposte (0 = non vero, 1 = in parte o qualche volta vero, 3 = molto vero o spesso vero). Si ottengono così due profili: uno per le competenze (attività, socialità, prestazione scolastica) e uno per i problemi comportamentali ed emozionali che vengono valutati nel range "normale", "border" e "clinico" di specifiche scale sindromiche (ansia/depressione, ritiro, lamentele somatiche, problemi sociali, problemi del pensiero, problemi di attenzione, comportamento antisociale/delinquenziale, comportamento aggressivo). Queste ultime sono quindi raggruppate in tre principali scale: le scale dei problemi internalizzanti, le scale dei problemi esternalizzanti, le scale dei problemi totali. La scala dei problemi internalizzanti (ritiro, ansia/depressione, lamentele somatiche) comprende varie problematiche che si associano a conflitti interni (ritiro, inibizione, tensione, vergogna, passività, preoccupazioni riguardanti il soma, stati di ansia e depressione), le scale esternalizzanti (aggressività e delinquenza/antisocialità) includono invece problemi che riguardano più diret-

tamente la sfera sociale e del comportamento (rottura di regole, aggressività). La scala totale dei problemi è costituita dalla somma di tutti gli item, comprendendo quindi le scale "pensiero", "attenzione" e "socializzazione" (dette scale dei problemi né internalizzanti né esternalizzanti) fornendo un quadro generale di problematicità del soggetto. La scelta di non utilizzare la forma per il ragazzo (YSR) è legata ad alcune difficoltà presentate da quest'ultimi nella comprensione e compilazione del suddetto questionario (entrambi i pazienti presentano un Q.I. inferiore alla media).

SOGGETTI

L'esperienza di ricerca è stata condotta con due bambini pre-adolescenti afferenti al Servizio di Neuroriabilitazione dell'ULSS 16 di Padova con diagnosi di paralisi cerebrale infantile. I bambini, un maschio e una femmina, entrambi di 11 anni, sono stati accompagnati presso il Servizio dalle loro famiglie per intraprendere un percorso di terapia psicomotoria. Le caratteristiche dei due bambini si possono così riassumere:

- tutti e due i bambini possono essere inseriti all'interno di un quadro di disabilità lieve;
- dal punto di vista motorio presentano emiparesi diagnosticata;
- entrambi i soggetti presentano difficoltà cognitive lievi (in particolare il caso A, che sarà di seguito presentato, presenta un QI totale di 91, con punteggio di 96 per il QI verbale e di 88 per quello di performance, mentre il caso B presenta un QI totale di 95, con punteggio di 97 per il QI verbale e di 93 per quello di performance).

RISULTATI DELLA PRIMA VALUTAZIONE

Per quanto riguarda il caso A, l'osservazione effettuata attraverso la Scheda di Osservazione mette in evidenza quanto segue. Il soggetto ha acquisito tutte le capacità grossomotorie e in parte le capacità di motricità fine, sebbene in maniera più grossolana. In particolare, l'assetto posturale e il passo presentano caratteristiche tipiche con asimmetria di carico, a livello del tronco e delle spalle, e ridotta flessioesten-

TAB. I. Descrizione punteggi clinici CBCL (T0).

Scale	T score	Percentile
Attività	28	< 3
Competenze Totali	28	< 2

sione dell'anca e del ginocchio, compromessi dalla patologia. Il deficit di forza e di equilibrio compromettono abilità complesse come la corsa e il salto, che il soggetto attua raramente mettendo in atto meccanismi di evitamento e preferendo sempre attività ludiche statiche. Si presenta inoltre una compromissione della bimanualità, data dal deficit motorio presente in entrambi gli arti superiori, anche se presente in qualità differente. All'interno dello spazio psicomotorio, il soggetto accetta e si adegua serenamente ai diversi spazi interpersonali, con gestualità calma e lievemente rallentata. È poco costruita la cornice di gioco e l'organizzazione dell'attività. Ciò che è rilevante nell'inquadramento del soggetto è la rappresentazione del sé corporeo, che viene negata e rifiutata in diversi ambiti, come ad esempio quello grafico. Inoltre, A. si presenta fortemente legato alle figure di riferimento, con adesività alle figure genitoriali, atteggiamenti regressivi e scarsa iniziativa. Rispetto le caratteristiche cognitive, è presente una discreta per-

cezione spaziotemporale, memoria a lungo termine adeguata e prestazioni di attenzione e permanenza nei giochi proposti buone. Per quanto riguarda i risultati ottenuti dal CBCL, le variabili che ottengono punteggio clinico sono le seguenti: attività e competenze totali (Tab. I). Questo elemento è significativo poiché ci informa riguardo la percezione genitoriale delle competenze sociali e comportamentali del figlio contribuendo ad arricchire, con una prospettiva ambinetale, quanto già rilevato dallo specialista riguardo le competenze di A.

Attraverso la procedura LTP, come è possibile osservare nella Tabella II, le variabili struttura, co-costruzione e autoregolazione sono risultate inappropriate. Secondo il modello di codifica dello strumento tali risultati possono essere letti rispettivamente come segue: difficoltà nello strutturare i tempi e le fasi dell'attività condivisa e generale difficoltà nell'effettuare attività condivise e co-costruite da tutti i partner, difficoltà di autoregolazione del proprio stato affettivo da parte del ragazzo. La variabile competenze comunicative è risultata moderata e ciò sta a significare che la capacità di A. di utilizzare le proprie competenze comunicative per entrare in relazione non risulta essere sempre efficace ed adeguata per la sua età. È importante sottolineare che, a fronte di buone capacità co-genitoriali (sostegno e conflitto appropriato) i

TAB. II. Punteggi ottenuti nella procedura LTP (T0).

Scale	Appropriato	Moderato	Inappropriato
Disponibilità		x	
Inclusione dei partners	x		
Ruoli	x		
Struttura del compito e del tempo			x
Cocostruzione			x
Scaffolding	x		
Sostegno e cooperazione	x		
Conflitti	x		
Autoregolazione			x
Competenze comunicative		x	
Errori	x		
Cambio contesto	x		
Calore	x		
Validazione		x	
Autenticità	x		

genitori presentano delle difficoltà rispetto la capacità di validazione affettiva degli stati emotivi del figlio. Per quanto riguarda il caso B, l'osservazione effettuata attraverso la Scheda di Osservazione mette in evidenza quanto segue. Il soggetto possiede buone capacità grosso motorie, esegue autonomamente tutti i passaggi posturali senza appoggio e i movimenti più complessi, come il salto e la corsa, anche se poco efficaci. Maggiore evidenza della compromissione neurologica si manifesta nel cammino, fortemente steppante, e nell'incarcerazione del pollice della mano compromessa, lassa e poco usata. Carenti sono le performance bimanuali, che il soggetto stesso tende ad evitare attivamente, con espressioni verbali e imprimendo accelerazione al ritmo dell'azione. In queste si presentano forti sincinesie manuali e orobuccali. Vi è un forte investimento del linguaggio verbale, modulato nell'intensità e nel tono in modo da confondere l'altro e la situazione stessa. Le narrazioni autobiografiche presentano alcune cadute di consapevolezza corporea, fino alla svalutazione di sé e il rifiuto di compiti specifici di motricità fine. In evidenza anche difficoltà stereognostiche. Data l'elevata specializzazione dell'emisoma non paretico, il soggetto tende a non rispettare la cornice riabilitativa e a contrattare di volta in volta attività ed obiettivi. Si presenta sempre in apertura verso l'altro e coinvolgente, con la postura, la mimica gestuale ricca e l'utilizzo dello sguardo. Sorriso stereotipato e sarcasmo sono frequenti. I risultati ottenuti dall'elaborazione delle risposte date al CBCL vengono riportati nella Tabella III. Sono evidenziati quei valori che risultano essere significativamente distanti dalla media di riferimento o che hanno una tendenza alla significatività. È dunque utile sottolineare che entrambi i genitori rilevano dei comportamenti inferiori alla media di riferimento per quello che riguarda le attività e le competenze sociali. Durante la prima procedura LTP, come è possibile osservare nella Tabella IV, sono risultate inappropriate le variabili struttura e validazione affettiva. Tutte le

altre variabili risultano moderatamente appropriate ad eccezione della variabili disponibilità ad interagire, ruoli e competenze comunicative del bambino che sono risultate appropriate. In particolare, attraverso la procedura LTP emerge un quadro familiare caratterizzato da alcune difficoltà genitoriali nella validazione affettiva e nelle capacità di scaffolding, difficoltà autoregatorie da parte della bambina, difficoltà nella strutturazione del compito, presenza di alcune interferenze ed errori interattivi che però non influenzano la qualità dell'attività nel suo complesso.

PROGETTO TERAPEUTICO

A seguito delle valutazioni eseguite per ciascun soggetto è stato elaborato un progetto terapeutico specifico che comprendeva un intervento di tipo riabilitativo con ciascun bambino. Il progetto non comprendeva un sostegno di tipo psicologico che avrebbe potuto in qualche modo influenzare le variabili misurate dall'LTP o dal CBCL. In tutti e tre i casi gli obiettivi sono stati distinti in obiettivi a breve e a medio/lungo termine, specifici a seconda del paziente. Progetto Terapeutico Soggetto A – Obiettivi a breve/medio termine: 1) ridurre la rigidità muscolare e migliorare le performance funzionali; 2) migliorare il controllo dell'assetto posturale, l'equilibrio e la sicurezza nei passaggi posturali più complessi; 3) accompagnare il soggetto attraverso il termine della fase di separazione-individuazione dalla figure di riferimento; 4) favorire l'accettazione di sé e del proprio corpo e del proprio deficit; 5) favorire l'acquisizione conscia di interessi nuovi e più adeguati all'età. Obiettivi a lungo termine: 1) rivalutazione continua dell'ortesi del ragazzo; 2) migliorare la funzionalità degli arti superiori e della mano, per le abilità prassiche e grafiche; 3) aumentare la sicurezza nelle proprio capacità facendo emergere la consapevolezza dei limiti e delle possibilità di sé; 4) favorire la costruzione verbale complessa e la narrazione coerente e spontanea.

Progetto Terapeutico Soggetto B – Obiettivi a breve/medio termine: 1) migliorare la funzionalità degli arti superiori; 2) migliorare la simmetria posturale e la fluidità ei movimenti complessi; 3) contenere il linguaggio verbale per favorire anche una comunicazione non verbale e un utilizzo più consapevole e coerente della

TAB. III. Descrizione punteggi clinici CBCL (T0).

Scale	T score	Percentile
Attività	29	< 4
Competenze	36	8

TAB. IV. Punteggi ottenuti nella procedura LTP (T0).

Scale	Appropriato	Moderato	Inappropriato
Disponibilità	x		
Inclusione dei partners		x	
Ruoli	x		
Struttura del compito e del tempo			x
Cocostruzione		x	
Scaffolding		x	
Sostegno e cooperazione		x	
Conflitti		x	
Autoregolazione		x	
Competenze comunicative	x		
Errori		x	
Cambio contesto		x	
Calore		x	
Validazione			x
Autenticità	x		

parola; 4) aumentare la collaborazione al progetto terapeutico; 5) aumentare la consapevolezza emozionale. Obiettivi a lungo termine: 1) favorire una buona consapevolezza di sé; 2) favorire un approccio attivo al progetto terapeutico neuroriabilitativo per raggiungere attraverso una collaborazione dei primi tempi, una prospettiva personale e più stimolante, che possa essere trasferita anche all'esterno della stanza e in diversi ambienti di vita.

RISULTATI DELLA SECONDA SOMMINISTRAZIONE

A sei mesi di distanza dall'inizio del progetto riabilitativo è stato effettuato il retest (Tab. V, VI, VIII).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Di seguito verrà effettuata l'analisi dei singoli casi, evidenziando la concordanza tra i dati rilevati dai diversi strumenti di osservazione utilizzati e l'eventuale integrazione fra gli stessi.

Nel *soggetto A*, durante la prima valutazione, l'atteggiamento positivo nei confronti del progetto riabilitativo si accompagna a un buon funzionamento in ambito sociale con assenza di disturbi comportamentali e attentivi. Le difficoltà di autoregolazione e di

comunicazione rilevate attraverso l'LTP vengono evidenziate anche attraverso la Scheda di Osservazione Neuropsicomotoria e sono elementi fondamentali per la strutturazione del progetto riabilitativo dove, infatti, si pone l'accento sull'autodeterminazione e la ricerca di maggiore sicurezza nelle proprie capacità. I punteggi ottenuti dal CBCL, anch'essi in linea con i precedenti strumenti descritti, forniscono informazioni rispetto le difficoltà evidenziate da A. nell'ambito delle attività (numero di attività inferiore alla media) rafforzando la traiettoria di lavoro. Dopo sei mesi, ripetuta la procedura LTP e la somministrazione CBCL allo scopo di monitorare l'attività di riabilitazione, si evidenziano i seguenti punti fondamentali: il numero di attività extrafamiliari, così come riportato dai genitori, è ulteriormente diminuito, le capacità di autoregolazione sembrano migliorate a fronte però di un peggioramento, nel contesto di interazione triadica familiare, delle capacità di comunicazione. Dal confronto strumentale e dall'osservazione delle rilevazioni a T0 e T1, emerge la necessità di rafforzare l'intervento riabilitativo e di fornire ad A un sostegno psicologico settimanale.

Nel *soggetto B*, le difficoltà nell'attenzione vengono confermate sia dalla Scheda di Osservazione Psicomotoria che dal CBCL (T0). L'LTP rileva buone capacità comunicative e approfondisce le osservazioni del

TAB. V. Valutazione Scheda Osservativa (T1).

	Soggetto 1	Soggetto 2
Struttura senso motoria	Le abilità neuromotorie del soggetto permangono stabili, sia nell'area grosso motoria sia fine motoria. Si presenta ancora l'atteggiamento rifiutante la rappresentazione corporea di sé; il soggetto descrive se stesso come un mostro. Maggiori sono però le rassicurazioni interne e l'impegno nelle autonomie personali e nella cura di sé.	Si presenta una forte iperspecializzazione dell'arto superiore non compromesso con esclusione dell'arto paretico, che viene coinvolto nell'attività bimanuale solo in caso necessario. Le capacità grossomotorie restano stabili; il soggetto si oppone al trattamento riabilitativo ortesico in diverse occasioni. Costanti sono le negazioni del proprio limite fisico, con affermazioni illusorie riguardo le proprie aspettative future.
Discriminazione e memoria	Gli aspetti cognitivi e attentivi rientrano nella norma. Si evidenziano forti deficit specifici di stereognosi, coinvolgenti anche l'arto meno compromesso. È buona la percezione temporale.	Il soggetto manifesta una buona iniziativa soprattutto nelle attività motorie globali, meno a tavolino, dove si rivelano difficoltà stereognosiche e di riproduzione ritmica.
Adeguamento	Il soggetto accetta positivamente l'impegno riabilitativo; proietta verso l'altro proprie frustrazioni che si accentuano nei momenti di faticabilità fisica maggiore. Accentuati atteggiamenti regressivi ancora presenti.	Stanchezza fisica e coscienza della propria incapacità di efficienza idealizzata portano il soggetto a rifiutare le attività prassiche proposte a tavolino o a richiedere il cambiamento di esse.
Comunicazione e relazione	Il soggetto pone fiducia nella relazione duale con il terapeuta, ma mantiene un proprio atteggiamento emotivo introverso, con scarsa considerazione di sé e del proprio corpo, rafforzata da gesti ed affermazioni verbali. Emerge la necessità di affermazione	L'aspetto verbale è investito in quantità elevata. Il soggetto modula la conversazione e la relazione con l'altro, attraverso distanza fisica ed emotiva. Vi è apertura verso l'altro, propositività verso il futuro. Si intensificano gesti di aggressività a scuola.

TAB. VI. Osservazione attraverso LTP (T1).

	Secondo LTP
Soggetto 1	Autoregolazione: moderata Competenze comunicativa: inappropriato.
Soggetto 2	Autoregolazione: moderata Competenze comunicative: appropriate Struttura e tempo: moderato.

TAB. VII. Descrizione punteggi CBCL (T1).

	Seconda somministrazione CBCL
Soggetto 1	Numero di attività minore di T0. T-score: 26, Percentile < 2. Non si evidenziano altre variazioni.
Soggetto 2	Numero di attività superiore a T0. T-score 34, Percentile 6

neuropsicomotricista rispetto l'area linguistico-comunicativa sottolineando la capacità della bambina di utilizzare, all'interno del triangolo familiare, le proprie competenze per comunicare ed entrare in relazione con gli altri. L'LTP, inoltre, fornisce un punto di vista inedito sulle interazioni familiari e sottolinea, in questo caso, difficoltà nella validazione affettiva da parte della coppia genitoriale. A sei mesi di distanza dalla prima rilevazione, la seconda somministrazione della batteria strumentale fornisce interessanti risultati. Attraverso il CBCL (T1) si osserva un generale miglioramento nell'area dell'attività confermando un generale mi-

glioramento della bambina nell'area dell'autonomia extrafamiliare. Dalla seconda somministrazione LTP (T1) si osserva una qualità stabile sia delle capacità autoregulatorie che delle capacità di comunicazione; vengono confermate, tuttavia, anche le difficoltà nella validazione affettiva da parte dei genitori. A fronte di tali osservazioni, il progetto riabilitativo previsto per B. viene modificato e ampliato attraverso un sostegno quindicinale per la coppia genitoriale. Lo studio ha rappresentato un buon contributo per l'integrazione disciplinare fra il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e il Servizio

di Neuroriabilitazione dell'ULSS. 16 di Padova nell'ambito della presa in carico di pre-adolescenti affetti da paralisi cerebrale. Per la figura del neuropsicomotricista risulta fondamentale accostare ai propri strumenti di osservazione, indagine e valutazione, strumenti che derivano da altre discipline e che vengono apportati dalle altre figure componenti l'equipe riabilitativa, come ad esempio lo psicologo. Questa integrazione di strumenti permette di delineare una più chiara immagine del soggetto in carico, delle sue caratteristiche e dell'ambiente dove egli vive.

Così facendo, è possibile confermare alcuni aspetti riscontrati durante il primo intervento neuoriabilitatorio e ricevere informazioni riguardanti, ad esempio, le interazioni familiari. Queste caratteristiche vanno tanto più tenute in considerazione in corrispondenza del periodo evolutivo del soggetto ovvero la fase pre-adolescenziale: l'inizio di quest'importante transizione verso la ricerca identitaria va accompagnata da un'accuratezza particolare nell'osservare gli aspetti emotivi e relazionali del ragazzo, anche qualora non si sia evidenziata una psicopatologia strutturata.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Augelli A. *Erranze. Attraversare la preadolescenza*. Milano: F. Angeli 2011.
- ² Petter G. *Problemi psicologici della preadolescenza e dell'adolescenza*. Firenze: La Nuova Italia Editrice 1990.
- ³ Impallomeni C, Bonsignore M, Canfora G, et al. *L'essere genitori di un bambino disabile: dalla diagnosi alla dimissione*. Padova: Atti XXIII Congresso Nazionale S.I.N.P.I.A 2006.
- ⁴ Parkes J, Melanie W, Heather OD, et al. *Psychological problems in children with cerebral palsy: a cross-sectional European study*. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;29:4.
- ⁵ Giannoni P, Zerbino L. *Fuori Schema. Manuale per il trattamento delle paralisi cerebrali infantili*. Milano: Springer-Verlang 2000.
- ⁶ Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA. School-Age form & profiles*. Burlington: University of Vermont 2001.
- ⁷ Berti E, Comunello F, Savini P. *Il contratto terapeutico in terapia psicomotoria. Dall'osservazione al progetto*. Bergamo: Edizioni Junior s.r.l. 2001.
- ⁸ Fivaz-Deperusinge E, Corboz-Warnery A. *Il triangolo primario. Le prime interazioni triadiche tra padre, madre, bambino*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1999.

CORRISPONDENZA

Marta Sisti, Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Azienda ULSS 16, Università degli Studi di Padova, via Colli 4, 35143 Padova - Fax: +39 049 8217708 - E-mail: sisti.marta@gmail.com