



TEORIA E TERAPIA

di Carl H. Delacato

Pubblichiamo il testo elaborato da Paola e Patrizio Serges e rivolto ai volontari che seguono la figlia Francesca. Si tratta di un riepilogo della teoria dell'Organizzazione Neurologica sulla quale è basata la terapia riabilitativa messa a punto da Carl H. Delacato. Si tratta di un ottimo lavoro, completo ma scritto in modo semplice e comprensivo.

I-"Autismo: perdita del contatto con la realtà e costruzione di una vita interiore propria, che alla realtà viene anteposta." L'inventore di questa etichetta è Eugen Bleuler (Zurigo 1857 - 1939), psichiatra e psicanalista; collaborò con S. Freud e poi con C. G. Jung. Coniò anche il termine "schizofrenia", intendendo una psicosi dissociativa della personalità psichica con gravi disturbi della strutturazione del pensiero, della dinamica affettiva e dell'apprezzamento dei rapporti tra "Io" e ambiente circostante. Sostenne che la sindrome autistica si riscontrava generalmente in soggetti schizofrenici. Senza nulla togliere al merito di quegli studiosi che per primi fornirono all'uomo una chiave di accesso all'Io interiore, bisogna tuttavia riconoscere che da allora sono stati fatti grandi progressi nel campo della fisiologia, ed a tante patologie, che in quell'epoca rientravano nel campo psicoanalitico, sono oggi state riconosciute origini fisiologiche. Una per tutte: l'Epilessia, che è causata da una lesione cerebrale. Moltissimi studiosi si sono occupati delle lesioni cerebrali, tra essi il Dr. Carl H. Delacato, Dottore in Scienza dell'Educazione, il quale si occupa di bambini definiti "autistici" sin dagli anni '50. Egli si rese conto, con felice intuizione, che gli atteggiamenti dei bambini autistici erano identici a quelli dei bambini ciechi, sordi, o che, comunque, avevano subito una lesione cerebrale. Giunse quindi alla conclusione che si poteva tentare un approccio diverso nella cura di questi bambini considerandoli non più psicotici ma cerebrolesi con gravi problemi sensoriali. Affinché il cervello raggiunga un livello di organizzazione neurologica corretto, è necessario che disponga di percezioni coerenti ed attendibili da elaborare per fornire una prestazione adeguata. Se, a causa di una lesione, una o più vie sensoriali funzionano male, il cervello riceve "input" errati e fornisce, di conseguenza, prestazioni inadeguate. La normalizzazione delle vie sensoriali, correggendo le "dispercezioni", favorisce la riorganizzazione cerebrale permettendo al cervello di



produrre nuovamente prestazioni coerenti. Tale riorganizzazione è possibile in virtù della plasticità neuronale, cioè la capacità delle cellule (neuroni) di cambiare "forma", di stabilire nuovi "collegamenti" e quindi ricreare funzioni correttamente organizzate. Questo, in parole povere ed in estrema sintesi, è quanto sta alla base del metodo di cura del Dr. Delacato.

II - Gli strani atteggiamenti dei bambini "autistici", morsi, dondolamenti, emissioni di suoni vocali, rotazione di oggetti ecc., sono in realtà autostimolazioni, cioè tentativi di normalizzare le loro vie sensoriali. Se osservati con attenzione ci forniranno preziose indicazioni sull'area in cui intervenire.

Poiché gli atteggiamenti dei ciechi e dei sordi sono simili agli Autismi si può supporre che anche questi lo siano in qualche misura a causa della loro più o meno grave lesione cerebrale. I bambini etichettati come autistici non sono psicotici. "Sono cerebrolesi con gravi problemi sensoriali". Non riescono a sfruttare gli stimoli che giungono al loro cervello dal mondo esterno. Una o più delle loro vie di entrata (vista, gusto, udito, odorato o tatto) è in qualche modo difettosa. Il loro strano comportamento ripetitivo è un tentativo, attraverso il ripetersi degli stimoli, di auto-cura.

Questi bambini non sono autistici per cause psicologiche; si comportano così come accade per motivi neurologici. Sono cerebrolesi!

III - Accertato che i comportamenti ripetitivi che sottraggono l'attenzione dei nostri bambini possono essere collocati in una o più delle cinque vie sensoriali, i problemi, con queste vie, ricadono in una delle seguenti categorie:

- 1)- *Iper*: un sistema sensoriale ad innesco rapido che lascia passare troppa parte del messaggio al cervello.
- 2)- *Ipo*: un sistema sensoriale lento che lascia passare una parte troppo piccola del messaggio al cervello.
- 3)- *Rumore bianco*: un sistema sensoriale che opera con così poca efficienza che la sua stessa attività crea un'interferenza o rumore nel sistema.

IV - Leggere gli atteggiamenti sensoriali. La prima regola è: non abbiate paura!



Gli esempi generali che seguono, saranno d'aiuto, ma ogni bambino è un individuo a sé, di conseguenza creerà nuovi atteggiamenti sensoriali che non troverete menzionati qui.

Tatto: Il cosiddetto quinto senso comprende temperatura, dolore, pressione e propriocezione. Sentiamo temperatura e pressione sulla superficie della pelle o vicino ad essa. Sentiamo anche una pressione più profonda e il dolore. La propriocezione è la sensazione del movimento del corpo, dei cambiamenti di posizione e delle relazioni tra le varie parti del corpo stesso attraverso i recettori all'interno delle giunture e dei muscoli. La propriocezione è importante per il senso dell'equilibrio. Il tatto è il modo più antico per un organismo vivente di trattare con il mondo.

Osservando gli atteggiamenti del tatto, seguite particolarmente la reazione del bambino alle variazioni di temperatura e alle temperature estreme. Osservate anche la sua reazione al dolore e alla pressione; qualcuno li sentirà molto poco e qualche altro reagirà ad essi in modo abnorme.

Osservate la sensibilità propriocettiva guardando la coordinazione dei suoi movimenti e le sue attività in relazione all'equilibrio. Nel valutare gli atteggiamenti del tatto, osservate qualsiasi attività ripetitiva che coinvolga la pelle. Queste andranno dal mordere e colpire, al carezzare e al solleticare leggermente.

Prestate una particolare attenzione alla zona facciale, alle labbra e al naso. Viceversa, cercate qualunque comportamento che in realtà li allontani in qualche modo dal mondo esterno. Benché la pelle sia considerata l'organo terminale del tatto, osservate le altre aree come la lingua e la bocca. La sensibilità della lingua è altissima; la bocca è spesso usata e la sua parte anteriore è molto più sensibile della posteriore per quanto riguarda il tatto. Anche i denti, attraverso la pressione e il senso della temperatura sono importanti. La più importante parte sensibile al tatto è la mano. E' l'esaminatore tattile che usiamo più spesso. E' mobilissima e le dita sono estremamente sensibili. Osservate l'uso delle mani con molta attenzione.

Ipertatto: La condizione "iper" è il rifiuto del contatto da parte del bambino. Respinge anche il contatto dei vestiti o quelli che lo stringono. (Si deve tuttavia ricontrollare questo, perché molto spesso un bambino rifiuta un vestito a causa del suo odore). In genere prova ripugnanza per le variazioni dal caldo al freddo. Non gli piace l'acqua a



meno che non sia alla temperatura del corpo. Spesso il suo corpo sembra caldo al tatto. Sembra anche teso. Sceglie sempre giocattoli morbidi o pelosi e generalmente li adopera per accarezzarsi il corpo, solleticarlo leggermente.

Ipo-tatto: Nelle forme estreme, un bambino ipotattile può venire seriamente ferito e non piangere. Questi bambini spesso sorridono quando sono percossi, ignorano contusioni e tagli e sembrano generalmente inconsapevoli delle sensazioni del loro corpo. Questi sono i bambini che si autoferiscono. Si mordono. Si colpiscono, pizzicano le parti più carnose del loro corpo, si mettono in posizioni stranamente contorte, tutte cose che sarebbero per noi dolorose, ma che sembrano dar piacere al bambino ipotattile. Hanno atteggiamenti ripetitivi in cui una gran parte del corpo si muove ritmicamente (in genere in un'attività equilibrante). Nel valutare questi grossolani movimenti del corpo bisogna anche considerare gli eventuali aspetti visivi e uditivi.

Tatto-rumore bianco: questi bambini grattano inesistenti pruriti, spesso rabbriviscono come se qualcosa li toccasse. Hanno esplosioni di atteggiamenti tattili, come se si verificasse un graduale aumento di tattilità proveniente dall'interno del loro corpo; durante le "crisi", colpiscono se stessi e gli altri.

Odorato: L'odorato è l'area meno capita nei bambini autistici; problemi in quest'area causano atteggiamenti antisociali.

Iper-odorato: Il bambino iperolfattivo vive in un mondo orribile. Egli è continuamente soggetto a tutti gli odori ai quali noi siamo generalmente assuefatti e che quindi non percepiamo più come tali; non può difendersi dall'odore delle persone vicine, da quello dell'ambiente in cui si trova, da quello dei propri rifiuti ecc. Sono i bambini che non sopportano l'allattamento al seno, che vanno in bagno solo quando non possono più trattenersi, che hanno problemi di alimentazione, che vomitano facilmente. La società moderna ha tentato di eliminare gli odori o di mascherarli nei più svariati modi, contribuendo ad aumentare la confusione in questi bambini.

Ipo-odorato: Il bambino ipo-olfattivo cerca gli odori intensi; annusano ogni oggetto, ogni persona prima di fare qualsiasi altra cosa. Spesso si lecca le mani, gioca con i suoi rifiuti, mangia in modo indiscriminato.

Odorato-rumore bianco: Questi bambini hanno un odore costante nel loro sistema



olfattivo. Mettono spesso una mano davanti a bocca e naso soffiandoci sopra per annusare il loro alito. Spesso sono incerti tra l'andare verso gli odori esterni o scappare via da essi. Di quando in quando passano ad un respiro molto rapido (iperventilazione) soprattutto attraverso il naso, in quello che sembra uno sforzo per aprire i passaggi nasali. Diventano molto tesi ogniqualvolta hanno una congestione nasale od un raffreddore.

Udito: Moltissimi bambini con atteggiamenti uditivi sono classificati come sordi. E' spesso difficile differenziare gli ipo dagli iper. Questo è il risultato dei tentativi del bambino iperuditivo di salvare se stesso nel nostro mondo rumoroso: egli spegne, se così si può dire, il sistema uditivo tagliando così fuori ogni cosa, la sua faccia è normalmente grigio-cenere e presenta tutti i sintomi del sordo. Lascia passare solo i rumori che crea. L'orecchio interno e l'equilibrio sono in stretta relazione, quindi, udito ed equilibrio devono essere osservati assieme. I movimenti rotatori del corpo e qualunque attività che faccia venire il capogiro, se non comprende gli occhi, generalmente coinvolge l'udito. Bambini con problemi di "input" uditivo sono i più difficili da trattare dal punto di vista comportamentale.

Iper-udito: Come detto prima, il bambino iperuditivo può sopportare molto bene i rumori che fa lui stesso, così, per valutare una funzione uditiva, iper o ipo, il rumore deve provenire dall'esterno. Se è iper, viene ferito dai suoni. Cercherà di allontanarsene, di turarsi gli orecchi oppure, se ciò non fosse sufficiente, respingerà completamente il suono annullandolo nel suo cervello dando l'impressione di essere sordo. Questa sordità transitoria sparisce non appena comincia a fare suoni ripetitivi per suo conto.

Il bambino iperuditivo sente molti suoni che noi non sentiamo o che riusciamo ad escludere dalla nostra consapevolezza per cui ha il sonno molto leggero; ha paura degli animali, perché i rumori che essi producono sono imprevedibili, come l'abbaiare di un cane, e spesso anche troppo forti per essere sopportati. Egli ha paura del taglio dei capelli per il rumore delle forbici così vicino alle sue orecchie, del russare, dei rumori della casa provocati dal vento, dalla pioggia o, peggio, dal temporale; è spaventato dalla folla, dalle gallerie, dal traffico e dalle sirene. Questi rumori si verificano inaspettatamente e sono troppo forti per essere assorbiti. Anche i suoni di cui è difficile capire l'origine o la provenienza, lo turbano. Lo sfogliare i libri, spesso al contrario, crea un suono tranquillo e rilassante. Questo potrebbe essere confuso con un atteggiamento



visivo e quindi dovrebbe essere osservato attentamente.

Ipo-udito: Una parte insufficiente del messaggio sonoro dell'ambiente raggiunge il suo cervello, per cui egli cerca altri rumori, creandoli egli stesso oppure avvicinandosi a ciò che li produce; ama stare nella stanza da bagno, perché riflettente e piena di echi, facendovi scorrere l'acqua in continuazione; gli piace stare in riva al mare ad ascoltare il rumore della risacca; ama strappare la carta rigida, sceglie giocattoli rumorosi, apre e chiude le porte con forza diversa e le fa sbattere. Siede fissando il vuoto, totalmente assorbito dai rumori dell'ambiente. Il bambino ipouditivo spesso respira in fretta con la bocca ascoltando il proprio respiro e a volte si abbandona a scoppi di grida senza un'apparente ragione; si dondola (soprattutto la testa) e poi si ferma, come per ascoltare la differenza del rumore nella sua testa; assume strane posizioni gravitazionali, come, per esempio, attaccato ad una sedia con la testa in giù o ad angolo; sembra che ascolti se stesso; canticchia spesso; fa un rumore continuo e lo ascolta.

Gusto: L'organo principale del gusto è la lingua. Questa contiene circa diecimila papille gustative. Il loro lavoro collettivo è di prendere quattro decisioni basilari sul gusto: acido, salato, amaro dolce, che sono i nostri unici quattro gusti. La punta della lingua è sensibile soprattutto al salato e al dolce. I lati all'acido, la parte posteriore ai sapori amari. Qualunque cosa abbia un gusto, se messa in bocca, viene valutata dalla lingua secondo questi quattro gusti. La lingua è estremamente sensibile anche dal punto di vista del tatto; è talvolta difficile separare la funzione gustativa da quella tattile.

Iper gusto: I bambini iper nel gusto hanno problemi di alimentazione, per via della loro limitata tolleranza alle variazioni di gusto; mangiano in genere molto poco e cibi poco saporiti. Usano prevalentemente la punta della lingua per assaggiare.

Ipo gusto: Questi bambini assaggiano tutto, mettono tutto in bocca, fanno scorrere la lingua su oggetti e leccano anche le persone per imparare di più su di loro. Tendono ad usare la parte posteriore ed i lati della lingua: controllano l'acido e l'amaro.

Gusto-rumore bianco: Coloro che sono affetti da questa anomalia hanno sempre un "gusto" in bocca. La loro esperienza gustativa sembra venire dall'interno, infatti succhiano la propria lingua, specialmente ai lati, e come conseguenza questa si ingrossa. Sono generalmente poco propensi al cibo.



Vista Ipervisione: troppi stimoli arrivano al cervello, quindi anche un granellino di polvere può deviare l'attenzione visiva. Movimenti improvvisi, ma controllati, sono caratteristici dei bambini con ipervisione. Amano osservare oggetti in movimento come ruote, trottole, orologi ecc.; temono invece il buio, i lampi e la luce brillante del sole. Fanno disegni o muovono oggetti per creare schemi complicati dai quali sono affascinati. Hanno buona memoria visiva.

Ipovisione: Il dondolarsi è una caratteristica del bambino ipovisivo. Egli si dondola avanti e indietro, spostando l'oggetto osservato da vicino a lontano, o lateralmente spostando l'oggetto a destra e a sinistra. Altra caratteristica è l'attrazione per le sorgenti di luce. Fa scorrere la mano sul bordo degli oggetti, mentre vi gira intorno, per definirne la posizione nello spazio ed il contorno. Altro atteggiamento comune di questi bambini è il far ruotare gli oggetti davanti agli occhi. Hanno paura dell'altezza, delle scale, delle gallerie buie perché le loro capacità visive non riescono a fronteggiare la velocità e la profondità. Sono particolarmente affascinati dagli specchi o da altri oggetti a superficie riflettente, che fissano a lungo muovendo ritmicamente l'oggetto o il loro corpo per osservarne i riflessi. Quasi tutti giocano con le proprie mani intrecciando le dita, ma sempre entro il campo visivo. Sono anche dei lanciatori: lanciano oggetti relativamente leggeri e li osservano. Raramente scagliano oggetti pesanti come fanno i bambini ipouditivi.

Visione-Rumore bianco: Questi bambini hanno spesso le pupille dilatate; si comportano come se osservassero qualcosa con molta attenzione, qualcosa che, però, è dentro il loro bulbo oculare. Hanno una visione distorta di tutto ciò che li circonda a causa del "disturbo" che viene dall'interno.

Nessuno dei bambini con atteggiamenti visivi prende rapidamente contatto visivo (guardando dritto negli occhi le persone), ma a questi riesce del tutto impossibile.

V - Riassumendo: 1. I bambini autistici non sono psicotici. Sono cerebrolesi. 2. La lesione cerebrale causa disfunzioni percettive, cioè problemi con una o più delle vie che vanno dal mondo esterno al cervello: vista, udito, gusto, tatto ed odorato. 3. Queste vie sono rese anormali dalla lesione cerebrale in uno dei modi seguenti: a) *Iper*: La via è troppo aperta e, di conseguenza, il cervello riceve troppe stimolazioni perché possa occuparsene con facilità; b) *Ipo*: La via non è abbastanza aperta e di conseguenza arriva



troppo poca stimolazione e il cervello ne è privato; c) *Rumore bianco*: La via crea un suo stimolo particolare a causa della sua attività difettosa e di conseguenza il messaggio dal mondo esterno è alterato o, nei casi estremi, coperto dal rumore del sistema. 4. Gli strani comportamenti ripetitivi del bambino autistico, chiamati autismi, sono sintomi di lesione cerebrale. 5. Questi comportamenti ripetitivi non dovrebbero essere chiamati autismi essendo in realtà atteggiamenti sensoriali. Questi atteggiamenti ripetitivi sono i tentativi del bambino di normalizzare le vie sensoriali lese. 6. Il bambino cerca di curare se stesso. 7. E' questo tentativo di curare se stesso e di normalizzare le sue vie sensoriali che distoglie l'attenzione del bambino dalla realtà. Gli impedisce anche di sopravvivere nel mondo reale. 8. Questo comportamento è il messaggio del bambino. Tutto quello che dobbiamo fare è osservarlo ed egli ci dirà quali sono le vie lese. 9. Osservando attentamente il comportamento del bambino possiamo apprendere: a) quale via sensoriale non è normale; b) se la via è "iper", "ipo" o "rumore bianco". 10. Quando avremo appreso quali vie sono lese, potremo aiutare il bambino a normalizzarle offrendogli l'esperienza e la stimolazione giuste attraverso quella via. 11. Quando il canale è normalizzato, lo strano comportamento ripetitivo cessa. 12. Quando il comportamento ripetitivo cessa, l'attenzione del bambino si sposta ed egli riesce ad imparare a trattare col mondo reale, ad apprendere e ad interagire con cose e persone attorno a lui. 13. A questo punto lo cureremo come cureremmo qualsiasi altro bambino lievemente o moderatamente cerebroleso ed egli potrà così trarre giovamento dalla cura.

VI - Dalla teoria alla pratica.

Tre mete devono essere raggiunte: 1. Interpretare i comportamenti come sintomi: spesso capita di dover fronteggiare esplosioni d'ira o improvvise crisi di pianto accompagnate da morsi, testate e tutta la varietà di "ismi" che il bambino avrà sviluppato. Questa è la situazione più difficile, perché saremo spaventati e non riusciremo a comprendere la richiesta d'aiuto insita in questi comportamenti. Il bambino non è psicotico; semplicemente sta soffrendo per un rumore improvviso, o per uno continuo di cui non comprende la natura o la provenienza. Forse abbiamo parlato a voce troppo alta o, magari, gli avremo dato un buffetto affettuoso che lui ha interpretato come una percossa... Tante possono essere le cause scatenanti ed è di fondamentale importanza, per aiutarlo, capirne la dinamica. Saremo così in grado di riconoscere, negli "strani" comportamenti, i sintomi di anomalie sensoriali. Questa



conoscenza ci porterà ad accettarli con più facilità evitando l'abbandono o l'istituzionalizzazione di bambini ai quali è, invece, doveroso fornire l'opportunità di un futuro migliore.

2. Fornire, all'inizio, un ambiente di sopravvivenza per affrontare i sintomi comportamentali. Cambiare l'ambiente, nel tentativo di diminuire gli atteggiamenti sensoriali.

3 Preparare una cura tesa alla causa del problema

VII - Alcuni cenni sull'Organizzazione neurologica. In passato, la crescita del cervello era considerata un fatto statico e irrevocabile, dettato dalla genetica, completato e immutabile all'atto della nascita. Se lesa, non si poteva cambiare. La teoria dell'organizzazione neurologica fornisce un nuovo punto di vista sulla plasticità e la conseguente potenziale crescita del cervello e del sistema nervoso in relazione all'esperienza sensoriale. La successione di sviluppo e organizzazione del cervello inizia alla nascita e procede verticalmente attraverso il midollo spinale, poi attraverso il bulbo ed il midollo allungato, il mesencefalo (o cervello antico), fino ai due emisferi corticali (copertura esterna del proencefalo). La meta finale di questa progressione di sviluppo è la lateralizzazione; ovvero la dominanza di uno degli emisferi corticali (che diventa quello del linguaggio) con mano, occhio, orecchio e piede, destro o sinistro, dominante. All'interno del concetto di organizzazione neurologica, la crescita del cervello è vista come un processo dinamico e in continuo mutamento. Può essere arrestata da grave lesione cerebrale o da totale eliminazione dell'input sensoriale. Può essere rallentata da una lesione cerebrale lieve o da una diminuzione di input sensoriale. Ciò che è più importante, può essere accelerata e accresciuta, aumentando l'input sensoriale.

C'è accordo generale sulla teoria che la "funzione sviluppa l'organo" e viceversa la mancanza di essa ne provoca l'atrofia. Secondo questa teoria, anche al cervello accade la stessa cosa. Usato intensivamente, cresce sia per quanto riguarda la sua organizzazione che la struttura; con la mancanza d'uso è scarsamente organizzato e non si sviluppa fino alla sua completa capacità. La cura è basata sulla ricapitolazione. Se uno stadio di sviluppo è stato perduto o sorpassato troppo rapidamente, si fornisce al bambino l'opportunità di ripetere l'esperienza per vedere se può trarne profitto



ripetendola nella sua interezza. Sappiamo che il cervello può riorganizzarsi se le pietre miliari significative dello sviluppo che sono state saltate vengono ripercorse e sperimentate una seconda volta. (C. H. Delacato "Alla scoperta del bambino autistico" e "Problemi di apprendimento e organizzazione neurologica", Ed.ni Armando Armando, Roma).

In sostanza si riportano i bambini a funzioni tipiche di un'età precedente, facendoli riesercitare in queste funzioni motorie che rafforzano il loro sviluppo sensoriale. Quando si saranno impadroniti dello stadio a livello inferiore, si favorirà la lateralizzazione in modo che siano completamente destri o completamente sinistri.

La cura per avere una speranza di successo, deve procedere attraverso due stadi:

1°: Stadio di sopravvivenza. Meta di questo stadio è eliminare gli atteggiamenti sensoriali, determinando un cambiamento nel comportamento del bambino in modo che questi venga accettato da coloro che lo circondano. Il liberarlo dagli atteggiamenti sensoriali che hanno monopolizzato la sua attenzione, gli permette di cominciare a prestare attenzione alle sensazioni a cui noi vogliamo che egli presti attenzione. Gli permette anche di prestare attenzione alle attività dello stadio successivo. 2°: Cura centrale Meta di questo stadio è cambiare lo sviluppo del bambino in modo tale che possa essere integrato nella società per quanto possibile, sia dal punto di vista comportamentale che educativo.

VIII - Stadio di sopravvivenza. Fondamentale, come s'era già detto, nello stadio di sopravvivenza, è leggere gli atteggiamenti sensoriali del bambino, perché in ogni suo movimento ritualistico è contenuta una spaventata richiesta di aiuto e di comprensione. Gli esempi generali che seguono non sono in alcun modo globali ma solo tecniche che si sono dimostrate utili. Poiché ogni bambino è diverso dagli altri, potranno essere necessarie altre tecniche. Per non dilungarci troppo, in questa sede, riporteremo un solo senso come esempio: il tatto.

Esso dispone di tre tipi di recettori: Caldo/Freddo; Vibrazioni/Pressioni; Stimolazioni Leggere.

Si può avere Iper tatto ed Ipotatto contemporaneamente. Per esempio Iper in superficie ed Ipo in profondità, per cui bisognerà proporre stimolazioni tattili molto leggere nel



primo caso e forti nel secondo. *Iper Tatto*: Ricordatevi che questo bambino è molto influenzato dal tatto non controllato da lui. Vestiti ruvidi; pesanti o stretti dovrebbero essere eliminati. Si spaventa per la pressione sul suo corpo, quindi ogni contatto deve essere gentile. Teme moltissimo il dolore, quindi proteggetelo da sensazioni tattili penose. Ha paura del taglio delle unghie: per lui è un dolore. La prima meta è creare nel bambino una tolleranza per la stimolazione tattile proveniente dall'esterno e non controllata da lui con leggeri massaggi sul viso, sul collo e via-via su tutto il corpo, dicendogli sempre cosa state toccando.

Ipo Tatto: Questo bambino ha bisogno di tutta la stimolazione tattile possibile. Ha bisogno di variazioni di temperatura, richiede esperienze propriocettive (informazioni al cervello sulla posizione e l'atteggiamento del corpo e delle sue parti). Fategli muovere braccia e gambe, correte con lui. Gli piaceranno la pressione, gli abbracci aggressivi, il solletico energico. Frizionate la sua pelle con panni ruvidi, specialmente le zone che egli morde o tormenta; usate anche un piccolo vibratore che è quasi sempre gradito. La frequenza, l'intensità, la durata e soprattutto la varietà dell'applicazione degli stimoli, aiuterà il messaggio tattile a passare dalla pelle al cervello. Fornite a mani e braccia grandi variazioni di temperatura, immergendo gli arti in acqua alternativamente calda e fredda. Fregate e massaggiate la parte esterna della mano e del braccio lentamente e con forza.

Tatto-rumore bianco: Ha bisogno di sperimentare moltissime stimolazioni tattili provenienti dall'esterno. Suo primo scopo è imparare la differenza tra sensazioni tattili iniziate dall'interno e stimolazioni tattili provenienti dall'esterno. Ogni volta che gli viene fornito uno stimolo, ci deve essere una chiara e definita indicazione della sua origine. Per es. se dovete solleticarlo, siate chiari sul fatto che voi state per solleticarlo. Mostrategli il vostro dito, esagerate il movimento di solletico e ditegli che state per fargli il solletico, prima di farglielo in realtà. Poi ditegli che lo state solleticando, mentre l'azione è in atto. Il secondo passo è aiutarlo a distinguere tra diversi tipi di sensazioni tattili provenienti dall'esterno del suo corpo e controllati da persone diverse da lui.

Ogni input tattile deve essergli indicato e spiegato prima e durante la stimolazione. In questo stadio ha bisogno di riuscire a differenziare e confrontare due diversi input tattili. Per es.: "sto per stringerti e poi sollevarti". Mentre fate ciascuna di queste azioni, ditegli ancora ciò che state facendo. Quando comincerà a sopportare e capire le



stimolazioni provenienti dall'esterno in opposizione a quelle interne, si potrà cominciare a fornirgli una gran varietà di esperienze, in modo che sia soggetto il meno possibile alle sue sensazioni tattili interne.

IX - Una volta che il programma di sopravvivenza abbia dato buoni frutti si potrà passare alla cura centrale ovvero alla cura della CAUSA. Al fine di approntare un programma di cura il più possibile mirato alle necessità individuali di ogni bambino, fu messo a punto uno strumento di valutazione dello sviluppo del bambino strutturato sulle aree significative suddivise nell'ordine sequenziale e temporale in cui appaiono nel bambino normale: il Profilo di sviluppo Doman-Delacato.

Ci sono tre principali aree di immissione, o sensoriali:

1°- Vista: comincia alla nascita col riflesso alla luce e procede attraverso sette stadi fino alla comprensione della scrittura. 2°- Udito: comincia alla nascita col sussulto riflesso e procede attraverso sette stadi fino alla comprensione del linguaggio. 3°- Tatto: comincia alla nascita con contrazioni riflesse al tatto e procede attraverso sette stadi fino alla capacità di riconoscere oggetti bidimensionali soltanto attraverso il tatto. Il Profilo contiene anche tre aree espressive, ciascuna della quali procede a sua volta attraverso sette stadi di sviluppo.

1°- Mobilità: comincia alla nascita col movimento senza spostamento e procede attraverso sette stadi fino al cammino normale dell'uomo. 2°- Competenza manuale: comincia alla nascita e con la presa riflessa e procede attraverso sette stadi fino alla capacità di scrivere. 3°- Linguaggio: comincia alla nascita col grido neonatale e procede attraverso sette stadi fino al linguaggio umano. Usando il Profilo si può valutare il livello di organizzazione neurologica del bambino, determinare quale è il suo grado di sviluppo in ciascuna delle sei aree significative, quale stadio ha saltato e quale invece non ha completato. La cura consiste nel fornire al bambino l'opportunità di tornare indietro e sperimentare nuovamente lo stadio in cui rivela una mancanza. Per esempio, la progressione dal movimento senza spostamento al cammino, passa attraverso un periodo di striscio sull'addome, di cammino carponi su mani e ginocchia, di cammino con le braccia in ruolo equilibrante, di cammino a schema umano "crociato" (il cammino è crociato quando, durante il passo, l'arto inferiore e superiore sono in opposizione l'uno all'altro, cioè il braccio destro e la gamba sinistra si spostano in



avanti e il braccio sinistro e la gamba destra si sposteranno insieme nel passo successivo. Di qui il nome "schema crociato").

Se un bambino evidenzia un problema a qualche livello di questa scala della mobilità potrebbe, per esempio, essere riportato allo stadio dello striscio e del cammino carponi, ogni giorno per una ulteriore esperienza a quel livello di sviluppo.

Se è presente una lesione cerebrale abbastanza grave da impedire al bambino di svolgere quella funzione, gli si impartisce lo schema per mezzo di tre adulti che muovendo gli arti del bambino in modo coordinato, riproducono i movimenti dello striscio e del cammino carponi. Anche se il bambino non si muove da solo, ma sono i volontari a fargli fare i movimenti richiesti, corpo e cervello imparano la "sensazione" di passare attraverso quei movimenti e la sensazione di compiere l'azione. Come secondo esempio, se un bambino non ha sviluppato la capacità di convergere entrambi gli occhi su un oggetto, gli si dovranno offrire molte opportunità di usare gli occhi contemporaneamente in un ambiente simile a quello che normalmente sviluppa tale capacità e cioè nei primi mesi di vita. In questo modo lo si aiuta a ricapitolare quelle esperienze per vedere se, ripercorrendole una seconda volta, possa trarne profitto. Per aumentare le possibilità di successo è importante proporre gli stimoli con elevata frequenza, intensità e durata, accoppiandoli sempre con un'attività motoria appropriata e rafforzante. E questo è uno dei motivi principali per cui il Programma va svolto in casa.

Nota: Questi appunti, che avete avuto la pazienza di leggere, frammentari ed ampiamente incompleti, sono stati redatti, senza alcun intento scientifico o divulgativo, attingendo a piene mani dai libri del Dr. C. H. Delacato, per fornire ai genitori, e ai volontari che generosamente aiutano i bambini cerebrolesi nel loro difficile cammino, uno spunto di riflessione sugli esercizi che fanno loro svolgere e, soprattutto, su alcuni comportamenti che possono provocare disagio.

Patrizio e Paola Serges