

Sensazione e Movimento come indici di lettura nell'intervento terapeutico di alcuni casi di mutismo nel bambino

Sensazione e Movimento come indici di lettura nell'intervento terapeutico di alcuni casi di mutismo nel bambino

Mutismo elettivo

In questo articolo verranno presentate, secondo il metodo della Pratica Psicomotoria e delle Tecniche psicoterapiche derivate dal metodo ITP (Tecniche Immaginative di analisi e ristrutturazione del Profondo) di Leopoldo Rigo, le esperienze cliniche di tre percorsi terapeutici con bambini che presentavano lo stesso quadro sintomatologico. Denominatore comune: l'aver privilegiato in particolar modo **la sensazione** e **il movimento** come indici di lettura del blocco mutacico.

Riferimenti teorici circa il mutismo

Julian de Ajuriaguerra, confrontandosi con gli apporti di vari Autori, tra la vasta gamma che caratterizza la tematica clinica del mutismo, privilegia solo il quadro del mutismo acquisito, cioè quello di un soggetto il cui linguaggio si è già costituito e la cui patologia non riguarda l'afasia.

Il mutismo elettivo (descritto da Moritz Tramer) compare nel soggetto solo quando si relaziona con certe persone ed in un determinato quadro psicopatologico. Esso si può estendere ad una cerchia di persone sempre più grande fino a divenire totale (A. Misch). Il mutismo intra-familiare può comparire sia verso i tre anni, come forma di opposizione alla mancanza di attenzione da parte degli adulti di riferimento, sia, come accade più spesso, verso i sei anni, al momento di iniziare la scuola.

Secondo S. Lebovici et al., il mutismo è solo un sintomo ed è sempre associato ad altri sintomi, di cui i più frequenti sono l'inibizione motoria, l'opposizione, l'enuresi e l'anoressia. Il carattere familiare di tale mutismo è segnalato da M. Tramer e si trovano infatti, talvolta, dei casi in cui la patologia è presente nei genitori, o nei fratelli, o nei membri della famiglia allargata.

Se alcuni autori si soffermano a descrivere le caratteristiche del bambino muto, bambino sensibile, nel senso di Kretschmer, timido, suscettibile al dispetto e all'ironia, insicuro (D. J. Salfeld), altri tendono a considerare questo mutismo in rapporto sia con un disordine nevrotico di tipo istero-fobico od ossessivo-compulsivo (E. Pustrom e R. W. Speers), sia con un quadro psicotico e prepsicotico. G. F. Reed considera il mutismo elettivo non come un'entità clinica, ma piuttosto come una reazione psicogena anormale, che può essere vista come un comportamento appreso, dipendente da tutta una varietà di fattori precipitanti, in soggetti con personalità diverse.

Nella descrizione del mutismo elettivo nell'adolescente, Julian de Ajuriaguerra evidenzia come il bambino nel periodo pre-verbale utilizzi gli sfinteri o il sistema oro-alimentare nell'affermazione del Sé, così il mutismo si presenta come una forma più elaborata di meccanismi di passività e rivolta.

Nel corso della sua evoluzione il bambino può perdere il desiderio di usare il linguaggio e trova nel suo silenzio risorse interiori e soddisfazioni nel suo nuovo modo di vivere. Il mutismo diviene così un'arma che gli dà un'impressione di onnipotenza di cui non può fare a meno, ancora lontano com'è da un reale processo di separazione-individuazione.

Secondo l'ICD-10 (F94), il mutismo elettivo rientra nell'ampia fascia dei disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza.

Il mutismo elettivo è una condizione caratterizzata da una marcata selettività nel parlare, emozionalmente determinata da uno scarso controllo degli aspetti emozionali, per cui il bambino mostra la sua competenza linguistica in alcune situazioni, mentre non parla assolutamente in altre.

Interviene nei due sessi con la stessa frequenza.

In genere, il mutismo è associato a marcate caratteristiche di personalità, come ansia nei rapporti sociali, chiusura, ipersensibilità o opposizione.

Di solito il bambino parla a casa e con amici intimi, ma è muto a scuola e con gli estranei.

Il mutismo elettivo può essere compreso da un punto di vista psicodinamico all'interno della relazione madre-bambino e/o intra-familiari, e si connota soprattutto come:

- difficoltà a superare la fase orale
- difficoltà nel processo di separazione-individuazione
- difficoltà di accesso al simbolico, intesa come rappresentazione intera dell'altro.

A questo proposito la neuropsichiatra infantile M. G. Fava Vizziello sottolinea le modalità difensive rilevate da R. Gaddini: *"... nel bambino quando ha raggiunto un discreto livello di acquisizione del linguaggio come integrazione di significati e maggiore produzione di significanti, il mutismo elettivo mette in evidenza una difficoltà di risoluzione nel processo di separazione-individuazione, come rievocazione di una separazione inaccettabile ..."*.

Analogamente, Françoise Dolto propone una riflessione principalmente sulle tappe dell'evoluzione della relazione madre-bambino, senza nulla togliere alla complessità e multifattorialità dell'origine del quadro sintomatologico. Ripercorrendo le principali fasi di sviluppo del bambino, la psicoanalista francese sottolinea che lo svezzamento non è una castrazione soltanto per il bambino. Implica che anche la madre accetti la rottura della fusione corporea in cui si trovava il neonato. Tale castrazione orale della madre richiede da lei una capacità di comunicare con il proprio piccolo che va al di là di quella legata all'alimentazione, alla pulizia, al coprirlo di baci: una comunicazione linguistica fatta di parole e di gesti insieme.

E ancora afferma che sia proprio la castrazione orale ad introdurre il bambino, attraverso la simbologenesi, alla relazione con gli altri, in quanto ormai separato dall'assoluta necessità della presenza materna.

Per A. Racalbutto e G. Giaconia, la rappresentazione di parole appare nella fase della posizione depressiva, quando l'oggetto percepito nella sua totalità diventa un oggetto totale e il bambino lo nomina. Questo perché l'impostazione psicodinamica ipotizza che la perdita, la mancanza e il conseguente lutto, rappresentino la base di innesto per la nascita del pensiero e del linguaggio

verbale.

La dimensione psicomotoria

Nell'ambito della nostra esperienza clinica, ci siamo ritrovate ad analizzare situazioni con caratteristiche simili, e a formulare delle ipotesi, confrontandole anche con quelle degli autori sopra menzionati. L'esperienza psicomotoria proposta fa riferimento a precisi indici di osservazione e di approccio di intervento nello spazio terapeutico psicomotorio, conformi al modello messo a punto dal prof. Bernard Aucouturier. In particolare il comportamento del bambino viene letto in relazione allo spazio occupato, alle caratteristiche dell'azione e alle modalità d'uso degli oggetti utilizzati, alla relazione che riesce ad instaurare con il terapeuta nell'arco di tempo stabilito per la seduta.

Il movimento e le sensazioni emergono nell'espressività del bambino, nella mimica, nella gestualità, nell'atteggiamento posturale, nello spostamento nello spazio, nelle rotture toniche e nel tono muscolare.

In particolare, poi, nel lavoro con i bambini, abbiamo optato per utilizzare tecniche derivate dall'ITP come il gioco rappresentativo immaginativo e il disegno, e queste ci hanno permesso di cogliere i meccanismi di difesa sottostanti, tra i quali la coazione a ripetere, che spesso è presente nell'agire del bambino, come espressione di una regressione o fissazione a stadi precedenti.

Per quel che riguarda la terapia psicomotoria, l'osservazione del movimento esteriore dei bambini seguiti, a volte bloccato e altre volte esuberante, ha permesso di capire come in entrambi i casi sia espressione di un movimento interno regressivo, legato a sensazioni cenestesiche e cinestesiche, epidermiche, tattili.

Questo movimento interno evoca il piano dei bisogni dei bambini che presentano lo stesso sintomo e cioè il blocco del linguaggio nella situazione sociale, anche se espresso con differenti modalità ("Indici di Osservazione Psicomotoria", riportati a fine articolo).

Il confronto dei dati anamnestici dei bambini considerati, mettono in evidenza alcuni punti comuni, quali:

- esordio del sintomo verso i tre-quattro anni in coincidenza con il primo ingresso alla scuola materna; nei tre casi non avevano completato il processo di separazione dalla figura significativa;
- nessuno dei bambini presenta disturbi di sviluppo psicomotorio né di linguaggio;
- le competenze cognitive risultano adeguate all'età e, a volte, superiori alla media;
- solo durante il percorso terapeutico viene riconosciuta dai genitori la disarmonia presente nel primo periodo di vita, nei termini di precocità o di rallentamento di alcune tappe, quali lo svezzamento e l'autonomia motoria.

Il confronto dei percorsi terapeutici ha permesso, inoltre, di rilevare altre caratteristiche comuni nell'evoluzione psicologica dei soggetti:

- la frustrazione orale presente sia nella modalità passiva (esempio: inappetenza), sia attiva (avidità e aggressività orale, evidenziata soprattutto nella fase dello svezzamento);
- la difficoltà di accesso al simbolico, evidente sia nei confronti degli oggetti propriamente detti (ad

- esempio nel gioco spesso ripetitivo e nelle rappresentazioni grafiche per lo più stereotipate), sia nelle relazioni con i coetanei e con gli adulti;
- la difficoltà di separazione - individuazione.

Tre storie di bambini

Così come è riportato nell'articolo "Ontogenesi della Percezione" della dottoressa Serenella Rigo Uberto, il movimento, nelle diverse situazioni, ci dà la dimensione del piano dei bisogni del bambino, facendo emergere quel "movimento profondo" che sta alla base di ogni manifestazione vitale: "... il mondo interno precede quello esterno ... le percezioni labirintiche, olfattive, tattili, uditive, precedono quelle visive ...".

Dagli studi di psicobiologia sui rapporti tra le aree cerebrali e linguaggio, emerge che quest'ultimo è costruito su generalizzazioni e analogie basate su funzioni del corpo e che la componente motoria è la più antica dal punto di vista evolutivo (A. Oliverio).

La storia di Antonio

Quando la psicologa incontra Antonio, questi frequenta già la scuola elementare ed ha sette anni e mezzo; dalla scuola materna era stato ritirato perché piangeva ininterrottamente.

Nella prima seduta di osservazione è in braccio alla madre, in un pianto silenzioso che non può farsi né sentire né vedere, e comunica così la sofferenza, la non possibilità di separarsi per aprire uno spazio di non contatto. Si evidenzia la contrattura tonica globale e l'espressione mimica dello sguardo rivolto a terra.

Antonio non usa la parola nella relazione comunicativa, ma parti significative del corpo: la testa per rispondere ai quesiti e la mano nell'atto creativo della rappresentazione grafica che fa con i pennelli, evitando il contatto diretto con il colore.

La zona della sala di terapia psicomotoria che viene investita inizialmente è lo spazio della rappresentazione simbolica. Il bambino lavora a corpo fermo, seduto a tavolino, tenendo le scarpe ai piedi, mostrando una postura difesa sempre di profilo per evitare una relazione troppo coinvolgente per lui, nell'incontro dello sguardo con l'altro.

Dopo qualche mese con seduta a cadenza settimanale, arriva ad investire tutto lo spazio, privilegia l'uso di oggetti solidi di gommapiuma di varie dimensioni. Esprime drammatizzando col suo corpo in movimento e con l'espressione mimica un'energia aggressiva e distruttiva: realizza costruendo solide mura di "castelli e case", che rade poi al suolo a colpi di pallone (un grande pallone rosso di 90 cm di diametro). Questa dinamica si svolge nella permanenza di un silenzio contratto, senza suono né voce comunicati dal bambino, solo i tonfi dei colpi.

Nel periodo successivo è solo nel "gioco del nascondino" che Antonio incontra il dialogo tonico della relazione comunicativa. Si mette al riparo dall'esterno, dentro "la casa" che ha costruito con i cubi di gommapiuma. Resta a lungo al buio, in silenzio, vivendo il piacere passivo del contenimento tattile e

della distensione del piacere cenestesico. Solo allora Antonio può rispondere ai “tocchi” proposti dalla terapeuta: leggero picchiettare e piccoli graffi sulla superficie delle pareti esterne della costruzione.

A partire da questa “ristrutturazione fondativa dello schema del corpo” (L. Rigo) il bambino accetta finalmente una relazione d’incontro vis-à-vis, con una mimica distesa e uno sguardo sorridente, indice di uno scambio comunicativo reale a cui può seguire il “restauro-ripristino” del linguaggio, come integrazione tra i suoi bisogni profondi e una riappropriata espressività del sé.

La storia di Anna

Anna, all’epoca dell’osservazione ha sette anni, a scuola non parla, se non in rarissime eccezioni con alcuni bambini; in seduta “comunica” solo con gesti limitati e, soprattutto, con lo sguardo diretto e “prensile”, accompagnato da ansia. Ha una competenza motoria molto buona (fa danza con successo), si esibisce nello spazio centrale della sala con esercizi plastici ed esegue salti e scivolate con mimica sorridente, ma senza mai accompagnare il movimento con la risata o altra emissione sonora che evidenzia e diversifichi le emozioni. Le cinestesie sono investite con piacere narcisistico (ricerca ansiogena di soddisfazione nell’azione ed esibizione).

Lo scambio con la terapeuta viene solo attraverso la vista.

Il suo non parlare attira a sé l’altro da cui non si separa, pur essendo molto autonoma e mobile negli spostamenti.

I suoi disegni sono competenti ma stereotipati (casa e fiori).

Ama lavorare con la pasta per modellare, come ricerca tattile di morbidezza (la avvicina alla guancia, la annusa) e di pressione: i prodotti plastici (pupazzi, cibo) risultano così più originali di quelli grafici.

In entrambi i casi predilige il suolo come spazio per realizzare.

Ricerca la soddisfazione orale (caramelle) con gesto timido, esprime un’oralità attiva aumentandone la richiesta e l’avidità.

Rispetta le consegne dell’altro, è molto forte l’adattamento, come bisogno di dipendenza dalle proposte dell’adulto.

Gradualmente, il suo movimento ginnico ripetitivo si trasforma, ricercando il gioco del nascondino, collocandosi in una “cavità” formata da grandi elementi di gommapiuma rivestita. All’interno assume posture rannicchiate, appoggiata alle pareti con piedi e mani e cerca il contatto con l’oggetto-superficie attraverso leggere pressioni. La ricerca di sensazioni tattili è attiva, in relazione all’oggetto, non in fusione con esso.

La comunicazione si amplia quando Anna passa dal battere con i polpastrelli al rispondere al leggero picchiettare esterno della terapeuta. Non è più in gioco il suo esibirsi, né lo sguardo, ma il rumore, il tatto (come affermazione di sé), ed il dialogo tonico.

È questa un’esperienza di regressione fondativa (S. Rigo Uberto), che permetterà nel tempo di

prolungare il dialogo tonico all'esterno della cavità, nel gioco frontale con la palla, accompagnato ripetutamente da filastrocche ritmiche che Anna ripete cantilenando.

È l'integrazione del piacere orale, uditivo, tattile ..., espressa con il movimento.

È allora che Anna si permette e si compiace di trasgredire in modo controllato, e di dire anche di "NO".

Aumenta, allo stesso tempo, il bisogno di fare insieme alla terapeuta (il gioco, la pittura, ...) per assicurarsi della permanenza dell'oggetto-altro attraverso un contatto non solo visivo, ma di recupero della propria individualità con espressione delle sensazioni.

Il suo movimento competente si arricchisce di significati da comunicare e di elementi creativi, "la separazione" dall'altro significativo diventa così più accettabile, tanto da diminuire l'ansia ed aumentare l'affermazione di sé.

La storia di Leda

Leda si presenta la prima volta dietro la madre, che la spinge avanti e dice: "E' lei".

Ha sei anni e mezzo, ha appena finito la prima elementare, e sembra "un maschietto", sia per i capelli corti e ricci, sia per il vestire con maglietta e pantaloncini sportivi larghi. Tiene la testa bassa. Ai piedi porta enormi scarpe da ginnastica alte fino alle caviglie, legate strettissime, che comunque accetterà di togliere fin dalla prima seduta.

A casa parla. A scuola poco, e solo con i compagni maschi.

Leda è mancina e, col tempo, è diventata ambidestra.

Le uniche caramelle che accetta sono quelle alle erbe, molto aromatiche (quelle usate dai fumatori per l'alito); a casa succhia i granelli del sale grosso e, più che mangiare fa spuntini, e mai seduta a tavola.

Si dimostra da subito una bambina collaborante o, meglio, che ben si adegua alle proposte della terapeuta.

Risponde con un sì o con un no alle domande e, spontaneamente, parla con voce chiara e squillante della scuola, del suo cane, della ginnastica artistica che frequenta.

Il fatto che Leda parli fin dalla prima seduta non modifica la diagnosi di mutacismo. E' solo un modo per adattarsi a ciò che pensa che gli altri vogliano da lei, per essere lasciata in pace: le frasi di circostanza, piatte, sempre sugli stessi argomenti, sono come una poesia imparata a memoria, e formano un muro di protezione attorno a lei.

Il linguaggio sparisce proprio nel momento in cui potrebbe comunicare ciò che desidera, ciò che pensa, ciò che non vuole, ciò che la imbarazza. La voce non c'è e lascia posto ad uno sguardo che "non guarda", sul quale cala un velo spesso d'angoscia.

Molto evidente fin dalle prime sedute è anche l'inibizione all'agire. Leda non prende iniziative, non sa come iniziare un gioco, aspetta che la terapeuta prenda l'iniziativa: "Non so proprio cosa fare!".

Le è più facile vincere l'inibizione con attività motorie, sportive, come il calcio e la pallavolo, o come la ginnastica artistica: le piace far vedere che sa fare la "ruota". Il movimento è perfetto, veloce, scattante, ma rigido e impostato. Leda corre, salta, fa capriole, muovendo soprattutto gli arti inferiori. È fiera di ciò che sa fare, ma non c'è piacere: i muscoli sono solo tesi nello sforzo. E infatti non riesce ad essere creativa: per esempio, i salti sono solo un esercizio e sono tutti uguali. Leda salta in lungo e in alto, ma non dall'alto verso il basso, perché significherebbe "lasciarsi cadere, affidarsi".

Come succede con le frasi "di circostanza", così il movimento non le serve per costruire una migliore immagine di sé: la rassicura, la difende, ma non le dà emozioni (cenestesie).

E così, quando la terapeuta le propone di saltare, non per dimostrare l'abilità ma per "sentirsi saltare", per vivere il piacere dello slancio e della caduta, anche se ne ha il desiderio, non se lo permette. Lo sguardo si vela, il tono muscolare è contratto: Leda diventa immobile come una statua.

Non le è possibile mostrare le proprie emozioni davanti a qualcuno: sarebbe come abbassare la guardia, fidarsi, uscire dal proprio castello onnipotente fatto di mura rigide che come lei stessa disegna, non ha che finestre piccole chiuse ed una porta con un grande lucchetto.

L'unica possibilità di relazione significativa con la terapeuta è nel fare insieme, una di fianco all'altra, senza lo sguardo dell'altro su di sé.

Quando si immobilizza, Leda viene presa per mano e, come un bambino piccolo, viene aiutata a "partire", ad "iniziare" il movimento.

Solo con il tempo, l'abilità motoria viene sostituita dal piacere del movimento, del rilassamento, della risata aperta. In particolare Leda amerà molto il disequilibrio sul pallone grande, il lasciarsi cadere e poi la ricerca dell'equilibrio, prima a due (vis-à-vis) nel contatto con l'altro, poi da sola.

Anche l'investimento dell'oggetto richiede tempo: Leda all'inizio non si dimostra affatto interessata ai giochi, li guarda come qualcosa di estraneo da sé. Con gli animali della fattoria, tira fuori un animale alla volta e lo dispone in modo ordinato, ma non c'è storia, né emozione.

Non accetta di lavorare il pongo, su cui non "si fida" nemmeno di imprimere la propria impronta.

I primi oggetti su cui inizia ad investire sono "fatti" assieme alla terapeuta, fianco a fianco, col cartone: una casa, un'isola, un giardino, un orto. All'inizio senza parole, c'è solo il gesto; poi ci sarà la storia con i personaggi e infine l'emozione.

Riassumendo:

Le tre storie raccontate sottolineano come, nella terapia, è possibile re-instaurare la comunicazione verbale solo se si parte simbolicamente dalla relazione primaria con la figura significativa. È così che si utilizza "... il dialogo corporeo, fase iniziale e fondamentale della comunicazione col mondo, che

permette la conoscenza come appropriazione simbolica dell'altro" (B. Aucouturier).

Questo è "... un rapporto tra due persone che si conoscono e si uniformano influenzandosi vicendevolmente fin dall'inizio, e non c'è un'unica forma di comunicazione, come non c'è un unico modo per comunicare" (S. Rigo Uberto).

Lo scambio tonico corporeo che avviene nella relazione permette la conoscenza e la rappresentazione delle sensazioni, nel movimento verso l'altro, e trasmette significato alla parola espressa. Invece, la funzione verbale è a volte paradossalmente negata dal bambino, come nel caso del mutismo, perché il sintomo viene utilizzato per esprimere il bisogno di gratificazione lasciato insoddisfatto nella esperienza della relazione primaria

Bibliografia

Julian de Ajuriaguerra - "Manuale di psichiatria infantile", ed. Masson, 1987

ICD-10 (10ª revisione), ed. Masson, 1994

Françoise Dolto - "L'immagine inconscia del corpo", ed. Bompiani, 1998

M. G. Fava Vizziello - rivista ITER, 21/12/95

Racalbuto A. e Giaconia G. - "I percorsi del simbolo", ed. Cortina, 1990

Leopoldo Rigo - "Analisi del profondo e psicoterapia", ed. Il Fuoco, 1980

Leopoldo Rigo - "Inconscio e personalità... dopo Freud", ed. Il Fuoco, 1982

Serenella Rigo Uberto - "Ontogenesi della percezione", Quaderni Maya, 1973

Serenella Rigo Uberto - Relazione al Convegno GITIM: "Immaginario materno e immaginario infantile", 1998

Alberto Oliverio - "Motricità e costruzione della mente. Esplorare la mente", ed. Cortina, 1999

Lapierre A. e Aucouturier B. - "La simbologia del movimento", ed. Edipsicologiche, 1978

Alcuni Indici di Osservazione Psicomotoria

- Il bambino: movimento e sensazione
 - postura
 - gesto
 - tono
 - sguardo
 - mimica
 - voce ...
- Il bambino in relazione allo spazio

- senso motorio
 - simbolico
 - distanziamento
 - Il bambino in relazione agli oggetti
 - Il bambino in relazione all'altro
 - Il bambino in relazione al tempo