

L'INTERVENTO TERAPEUTICO PSICOMOTORIO CON I BAMBINI DISGRAFICI

di Claudio Ambrosini e Katia Zaghen

Centro RTP - Milano

L'articolo discute l'attualità delle disgrafie, ipotizza le possibili cause del loro incremento e presenta una casistica del Centro RTP (Ricerca e Terapia Psicomotoria) di Milano. Descrive le prove psicomotorie che indagano la disgrafia, in particolare la Prova Grafica di Prassia Costruttiva con le sue tre sezioni (spazio, organizzazione grafo-motoria, qualità del tratto) ideata dagli autori, e l'intervento terapeutico psicomotorio. Si sofferma nello specifico sulla fase dell'intervento dedicata alla rie-

ducazione della scrittura presentando le schede che la sostengono.

L'articolo si conclude con il confronto di due casi che appartengono allo stesso gruppo disgrafico, mostrando le diverse cause psicomotorie implicate nel disturbo e quindi la necessità di un progetto terapeutico che, pur mantenendo inalterate successione delle fasi, metodologia e tecnica, si diversifica nella scelta degli obiettivi.

LE DISGRAFIE OGGI

Si assiste, in questi ultimi anni, a un particolare interesse per le disgrafie, Disturbo Specifico di Apprendimento, da parte sia della scuola che con più frequenza segnala quei bambini che con difficoltà accedono ai codici della scrittura corsiva, sia dei servizi sanitari di base che applicano mirati strumenti di indagine e pronunciano diagnosi di disgrafia con maggiore frequenza e precisione rispetto al passato.

Lo studio delle disgrafie ci riporta a de Ajuriaguerra e alle sue ricerche, tuttora valide, anche se i cambiamenti negli strumenti di scrittura, metodi di insegnamento, aspettative e cultura scolastica imporrebbero una loro revisione per formulare teorie, metodi di valutazione e interventi innovativi così come è accaduto per la dislessia.

La cura del gesto, la calligrafia, ha invece progressivamente perso valore nei suoi aspetti motori, così come il movimento non ha mai destato particolare interesse nel nostro Paese.

Di movimento e corpo si è sempre parlato molto, e ancora oggi è così; gli studi neurofisiologici attuali sono poi testimonianza della loro indispensabilità nei processi evolutivi. Tali studi, però, sono scarsamente considerati e scarsamente applicati nella pratica educativa e terapeutica con i bambini.

Ci siamo spesso domandati come mai per anni la scrittura non abbia attirato grandi interessi e ora, invece, vi siano studi e iniziative attorno a questa funzione in un periodo in cui il computer e la videoscrittura sono diventati strumenti di uso comune.

Non discuteremo in queste pagine di tale rapporto, poiché ci porterebbe a toccare temi non indispensabili per questo articolo. Ci limitiamo ad alcune osservazioni in merito al rapporto riconoscimento della lettera linguistica-costruzione del suo grafema.

Il bambino che sta scrivendo la lettera in corsivo nelle prime fasi dell'apprendimento sta compiendo un gesto di costruzione, che conferisce alla lettera identità grafica (la cui natura è visiva e propriocettiva) e identità di suono (la cui natura è uditiva e ancora propriocettiva nella sua articolazione linguistica verbale). Per il bambino è un atto di riconoscimento che coinvolge il rapporto movimento/linguaggio/pensiero. La traccia, lenta, che si delinea con una fine regolazione tonica e con un'Organizzazione Motoria (OM), permette l'interiorizzazione della lettera, in quanto i processi motorio-percettivi e linguistici avvengono nello stesso momento: si assiste così a una costruzione del pensiero cui partecipano in modo sincrono le diverse funzioni coinvolte.

In questo modo si ristabilisce il corretto rapporto che dovrebbe supportare il processo di apprendimento della scrittura svincolandolo dal modello adulto.

Il rinnovato interesse per la scrittura nasce probabilmente da cofattori diversi, tra cui anche quello socio-culturale cui si accennava poco sopra; due però i fattori principali:

1. il riconoscimento della disgrafia come DSA con un suo statuto prima non dichiarato;¹
2. la difficoltà evidente che molti più bambini incontrano nei processi di apprendimento della scrittura.

Non vi sono dubbi sull'aumento della casistica di soggetti disgrafici, ma siamo certi che tutti i bambini segnalati siano effettivamente disgrafici? Riteniamo che vi debba essere un'accurata riflessione che può iniziare considerando i quattro punti che seguono.

La disgrafia come sintomo

Il disturbo specifico di scrittura è molto difficile che sia isolato; infatti è spesso associato ad altri disturbi di difficile inquadramento, molte volte sfumati, intermittenti, che comportano una difficoltà negli apprendimenti e nell'adattamento scolastico. La scrittura può essere un campanello d'allarme, la maggiore evidenza, l'elemento più facilmente rilevabile, sintomo di quadri sindromici più complessi, così come elemento di un quadro più specifico di Disturbi Minori del Movimento (Wille, 1996), tra i quali la disgrafia è uno dei possibili tratti significativi. È indispensabile quindi distinguere e anche ricordare che la disgrafia non può essere diagnosticata prima del termine del secondo anno della scuola primaria, quando il processo di apprendimento si ritiene concluso.²

Il metodo didattico

L'accentuazione della componente linguistica della lettera, di cui si è già discusso prima, e l'abbandono del pregrafismo (non viene quasi più praticato nella scuola dell'infanzia, ancor meno nella scuola primaria), fattori

che hanno camminato sottobraccio, hanno probabilmente liquidato sia la componente preventiva del disturbo di scrittura (facilmente individuabile nell'età prescolare), sia la componente didattica di avvio dell'apprendimento.

La scrittura, infatti, salvo poche situazioni, viene appresa con la proposta contemporanea dei tre caratteri (stampato maiuscolo, minuscolo e corsivo), metodo che poco ha a che fare con l'apprendimento del corsivo, su cui invece si dovrebbe puntare, che essenzialmente è movimento coordinato, continuo e specifico.

Alla base quindi vi è una metodologia che ha come riferimento la lettura, il riconoscimento della lettera linguistica, e non la scrittura. In altri termini, e questo non è un errore di poco conto, si determina nel bambino una confusione di significazione.

La variazione della norma

Vi è sempre meno tolleranza nell'accogliere le variabilità individuali, in quanto gli obiettivi didattici precedono la conoscenza delle modalità attraverso le quali il bambino si avvicina ai nuovi apprendimenti. Questo determina a volte una scarsa discriminazione tra bambini disgrafici e bambini con cattiva scrittura, la quale, se leggibile e veloce in rapporto alla classe di appartenenza, non dovrebbe destare allarme.

La medicalizzazione

La conseguenza del punto precedente è che il bambino, sempre meno osservato e conosciuto come un individuo in divenire, è visto piuttosto come un essere funzionale a un sistema produttivo e controllato, che distingue norma da devianza. Si osserva una medicalizzazione dello sviluppo e, di conseguenza, si rileva una medicalizzazione delle istituzioni educative con la perdita, da parte di queste ultime, delle loro prerogative in senso evolutivo.

Se confrontiamo ora i 4 punti — sintomo, metodo, variazione, medicalizzazione —, possiamo cominciare a trarre alcune conclusioni: la scarsa tolleranza per le variazioni dalla norma e la medicalizzazione delle istituzioni educative sono processi complessi che coinvolgono l'intera società e meno riguardano lo scopo dell'articolo, ma è bene tenerli presenti poiché determinano un certo sguardo sociale sull'infanzia.

Il metodo didattico può essere invece penalizzante per bambini più deboli, lievemente immaturi, anche come conseguenza dell'età anagrafica (ad esempio, essere nati nell'ultimo trimestre dell'anno e quindi esposti a un programma didattico a 6 anni non ancora compiuti) o per quei bambini con una problematicità motoria che si riflette nel comportamento motorio-grafico.

Infine vi sono i bambini la cui disgrafia è evidente, associata a un disturbo che può essere quello della coor-

¹ Vedi editoriale di questo numero della rivista.

² Consensus Conference, *Disturbi evolutivi specifici di apprendimento*, Milano, 26 gennaio 2007.

dinazione motoria, quello di una certa fragilità cognitiva, di un'instabilità (latente o meno evidente o contenuta nella scuola dell'infanzia); disturbi che si impongono all'attenzione con l'ingresso nella scuola primaria. Metodi didattici impropri sono quindi poi ulteriormente penalizzanti.

Sia chiaro che qui nessuno ritiene che vi sia un rapporto di causa-effetto tra didattica e disgrafia, ma una serie di fattori che contribuiscono all'ampliamento del problema non sono da sottovalutare.

E nell'ampliamento del problema sarebbe opportuno distinguere tra soggetti realmente disgrafici, soggetti per i quali la disgrafia è un segno clinico tra altri che si configurano in una sindrome, e soggetti deboli, per i quali invece un buon approccio didattico sarebbe sufficiente a contenere o ridurre il problema.

L'INVIO E LA VALUTAZIONE PSICOMOTORIA: ANALISI DI UNA CASISTICA

Ci riferiamo all'analisi di una casistica di bambini disgrafici inviati dalla neuropsichiatria infantile al Centro RTP per una valutazione e un intervento terapeutico psicomotorio.

Rientrano in questa casistica 18 bambini inviati al nostro studio negli ultimi 30 mesi per disgrafia, come segno primario, o associata ad altri disturbi.

La scelta dei 30 mesi ha un significato preciso: segna una distinzione nella valutazione diagnostica e un aumento dell'invio per questo tipo di disturbo. Se fino a quel momento la disgrafia era solo uno dei sintomi del disturbo del bambino, spesso non evidenziato, sicuramente non prioritario, i 18 casi individuati offrono un'immagine differente. Tra questi, infatti, ben 11 vengono segnalati per un problema disgrafico con un'indicazione di terapia psicomotoria, mentre per i 7 rimanenti l'invio è motivato da disturbi emotivi (3 casi), disturbi della coordinazione motoria (3 casi), disturbo specifico di apprendimento (un caso di discalculia con compromissione delle competenze spaziali) cui è associato anche un problema di scrittura.

Negli 11 casi disgrafici la diagnosi descrive anche un disturbo nella sfera emotivo-affettiva (4 casi), in ulteriori 2 casi evidenziato in forma minore, un DSA-dislessia (2 casi), un Disturbo della Coordinazione Motoria (un caso), un disturbo di ipercinesia (un caso); solo un caso è unicamente disgrafico.

Al momento dell'invio tutti gli 11 bambini (8 maschi e 3 femmine) hanno completato il processo di apprendimento della scrittura: i più piccoli arrivano alla fine del secondo anno della scuola primaria (4), i più grandi a inizio del quarto (3), i rimanenti nel terzo anno (4).

La preferenza di lato manuale indagata attraverso il test di M. Auzias (1975) individua 8 bambini destrimani affermati, 2 destrimani deboli, un mancino.

La valutazione psicomotoria con le prove dell'esame psicomotorio fa emergere alcuni segni comuni tra questi bambini, che confermano studi precedenti in merito alla relazione fra Disturbo della Coordinazione Motoria e disgrafie.

Il QI è in tutti superiore a 90, nessuno di loro ha evidenziato un ritardo dello sviluppo neuromotorio, piuttosto l'anamnesi fa emergere segni di impaccio nel corso dello sviluppo: cadute, scarso evitamento degli ostacoli nel secondo, terzo anno di vita; scarse attitudini nella gestione delle incombenze della quotidianità (vestirsi, preparare la cartella, ecc.).

Presenteremo in questo articolo solo i risultati e le analisi di quelle prove che più si legano alla componente esecutivo-motoria della scrittura, quindi appartenenti alle aree della motricità e dello spazio. Non riferiremo in merito alle altre due aree, schema corporeo e tempo, anche se alcune delle componenti della conoscenza corporea possono essere in relazione con disturbi della sfera spaziale.

L'esame psicomotorio conferma la presenza delle coordinazioni cinetiche della Motricità di Spostamento tipiche dell'età (segno di sviluppo neuromotorio adeguato), ma una caduta nelle componenti qualitative del movimento (Qualità Motoria/QM: equilibrio, scioltezza, dissociazione, regolarità), mentre le componenti organizzative (Organizzazione Motoria/OM: procedure esecutive di azioni complesse e integrate tra loro per il raggiungimento di uno scopo) variano da individuo a individuo.

Allo stesso modo le prove di opposizione del pollice alle altre dita e le prove di dissociazione dita-mano evidenziano difficoltà qualitative a carico della scioltezza e della dissociazione, mentre elementi di disprassie non sono costanti e, quando si presentano, sono spesso conseguenti a un problema qualitativo e non organizzativo.

Il bilancio psicomotorio individua soggetti prevalentemente maldestri e non disprassici, anche se la componente disprassia può essere presente, però come conseguenza di una Maldestrezza (Wille e Ambrosini, 2005).³

Nell'area riguardante la spazialità nessuno degli 11 bambini ha un problema di conoscenza dei rapporti spaziali ma, in età in cui processi operatori dovrebbero essere in via di completamento, si osservano cadute nelle operazioni infralogiche in alcuni soggetti (4 casi).

L'ambito interessante di indagine si riferisce alle prassie costruttive che sono indagate attraverso le seguenti prove:

1. prove di prassie costruttive con oggetti flessibili (corde);

³ Per un approfondimento sulla distinzione Maldestreze/Disprassie, come pure per chiarimenti sulle prove di prassie costruttive, vedi A.M. Wille e C. Ambrosini, *Manuale di terapia psicomotoria dell'età evolutiva*, Napoli, Cuzzolin, 2005.

2. prove di prassie costruttive con oggetti rigidi (bastoncini e gettoni);⁴
3. *PGPC/Prova Grafica di Prassia Costruttiva* (Ambrosini, 2003), che sta acquisendo sempre più caratteristiche di test e il cui tratto distintivo è la possibilità di valutare con un'unica prova di breve durata (5 minuti), quindi non faticosa per il bambino, l'area dello spazio, dell'organizzazione grafo-motoria, della qualità del tratto;
4. prove di scrittura corsiva: la frase ideata all'Istituto Burlo Garofolo (*L'elefante vide benissimo quel topo che rubava qualche pezzo di formaggio*) si propone solo a metà del secondo anno della scuola primaria;
5. prove di copia di lettere in corsivo, insignificanti linguisticamente, significative nelle loro combinazioni grafiche complesse, scritte in grande (dimensione: secondo elemento significativo) su fogli A4;
6. sub-test 1, 3, 5, 7 del *TPV* (Hammil, Pearson e Voress, 1994);
7. figura complessa B del test di Rey (1967);
8. osservazione di pagine di quaderni del bambino (lingua, numero e calcolo).

L'obiettivo di un'indagine psicomotoria sulla scrittura è lo studio delle componenti che probabilmente sono coinvolte nel disturbo. Si deve quindi rivolgere l'attenzione verso gli ambiti spaziali (analisi dei rapporti spaziali coinvolti nell'esercizio di copiatura) e quelli motori distinti secondo l'OM e la QM.

Per tali motivi è indispensabile l'uso di prove che distinguano i territori di indagine così da far emergere con sufficiente chiarezza il dominio più deficitario. Se si deve valutare la componente spaziale è opportuno che l'esercizio di copiatura si affidi il meno possibile ad abilità prassico-manuali così da avere un risultato «pulito» (è lo scopo della prova contrassegnata con il numero 2: infatti depositare sul piano di appoggio gli oggetti indicati, secondo i rapporti spaziali indotti dal modello, non pone problemi motori).

Non così se la copia deve essere effettuata con una lunga corda sul pavimento della stanza (n. 1): la riproduzione dei rapporti spaziali non è più solo un fatto cognitivo, il risultato finale, la copia, dipenderà dalle capacità prassiche del bambino e in questo caso anche da abilità di motricità fine (i modelli, infatti, sono ideati con la funzione di evidenziare sia le prassie, sia la motricità fine).

Queste due prove citate possono essere viste come introduttive alla questione grafo-motoria che viene indagata con quelle successive (nn. 3, 4, 5).

La PGPC (n. 3) è quella più significativa, i cui risultati verranno poi messi a confronto con quelli delle altre 2 prove grafiche (nn. 4, 5) e con l'osservazione dei quaderni del bambino.

I test indicati (nn. 6, 7) servono come riferimenti standardizzati per i risultati delle prove psicomotorie.

Infine, ma su questo non ci dilungheremo, anche se nel bilancio psicomotorio assume un valore significativo, i risultati delle prove sottolineati vengono messi a confronto con l'area della motricità del bambino e con le sue modalità di interazione nella valutazione, da cui scaturirà il progetto terapeutico individualizzato.

La PGPC

Richiamiamo il modello relativo alla PGPC che si presenta al bambino (vedi figura 1).

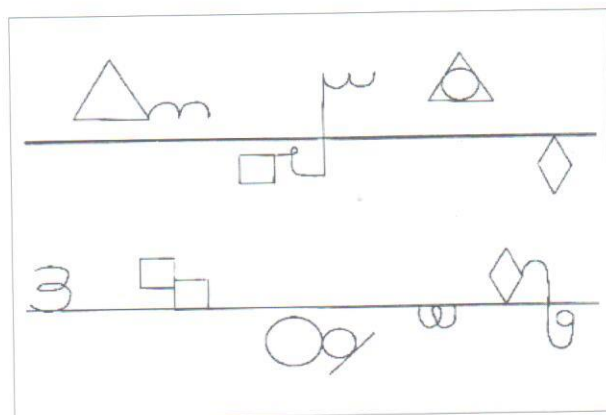


Fig. 1 Modello presentato al bambino nella somministrazione della PGPC.

La peculiarità di questa prova, diversa dalle altre di prassia costruttiva, è rappresentata dalla possibilità di indagare in pochi minuti (5'/6') i tre settori funzionali implicati nella scrittura:

1. spazio;
2. organizzazione grafo-motoria (coordinazione oculo-manuale);
3. qualità motoria del tratto grafico.

L'area *spazio* è indagata in 4 parametri:

- forma;
- dimensioni;
- sopra/sotto;
- organizzazione spaziale generale.

FORMA

Lo scopo è valutare la copia di una forma, quindi la somiglianza.

DIMENSIONI

L'attenzione è sulle componenti spaziali euclidee di ogni singola forma.

SOPRA/SOTTO

L'attenzione è sulla disposizione delle figure singole e composte in rapporto alle due linee di riferimento.

⁴ Vedi nota 3.

ORGANIZZAZIONE SPAZIALE GENERALE

La questione spaziale euclidea è centrale; si valuteranno quindi la percezione visiva, l'analisi delle distanze e la collocazione corretta nello spazio foglio di ogni figura attraverso processi decentrati e di confronto.

CONCLUSIONI

I parametri «dimensioni», «sopra/sotto», «organizzazione spaziale generale» offrono una lettura specifica sugli eventuali deficit spaziali; il parametro «forma», pur implicando l'aspetto spaziale, può informare sulle altre componenti coinvolte (motricità, percezione, rappresentazione, QM).

L'*organizzazione grafo-motoria*, che include anche la componente di coordinazione oculo-manuale, è indagata in 3 parametri:

- congiunzione;
- linee di riferimento;
- prolungamento/non chiusura.

CONGIUNZIONE

L'attenzione è sui punti di congiunzione tra forme all'interno di ogni figura composta.

LINEE DI RIFERIMENTO

L'attenzione è sulle congiunzioni tra le 2 linee di riferimento orizzontali e le figure che le toccano.

PROLUNGAMENTO/NON CHIUSURA

L'attenzione è sulle modalità con le quali ogni poligono viene chiuso.

CONCLUSIONI

Questa sezione ci informa sul rapporto coordinazione oculo-manuale fine, QM nel suo parametro di dissociazione, organizzazione grafo-motoria.

La terza sezione è la *qualità del tratto* indagata attraverso la sicurezza del tratto.

SICUREZZA

Si riferisce alla stabilità del tratto che non deve presentare tremori, cambiamenti di rotta, interruzioni, ripassi ed eccedenze.

CONCLUSIONI

L'attenzione è sulla sicurezza del tratto e sul tono muscolare (scioltrezza e regolarità) che si traduce nella pressione, non valutata, solo osservata e descritta, per la complessità che solleva.

Tutti gli 11 bambini con segnalazione primaria di disgrafia hanno tratti deficitari in questa prova, in modo diverso e per fattori differenti. Ciò però non significa che

un'esecuzione scadente sia segno di disgrafia, poiché abbiamo osservato nella popolazione scolastica «brutte» riproduzioni in assenza di disgrafia. E questo è un ulteriore elemento che conferma la specificità della scrittura corsiva e, di conseguenza, la cura e la prudenza che ci devono essere nella valutazione.

Nel confronto tra «Popolazione Scolastica» (PS) cui è stata proposta la PGPC nella fascia di età 6/9 anni (primo, secondo, terzo e quarto anno della scuola primaria: 110 bambini) per avere parametri di riferimento e gli 11 Bambini Disgrafici della casistica (BD), risulta che il settore meno deficitario nel gruppo BD è quello dello spazio, mentre il settore organizzazione grafo-motoria e qualità del tratto sono più compromessi.

Indicando con «zero» la media-riferimento ottenuta dal gruppo PS in ognuno dei tre settori, osserviamo che nel settore spazio su 11 bambini ne troviamo 3 con punteggio positivo e 1 con punteggio vicinissimo allo «zero» (0,1; 0,6; 0,6; -0,1), mentre i rimanenti si attestano su un punteggio negativo attorno al punto (tra -0,8 e -1,5).

Negli altri due settori, invece, non si trovano risultati positivi e in alcuni casi il punteggio negativo raggiunge e supera i 3 punti (organizzazione grafo-motoria) e raggiunge i 5 nella qualità del tratto.

Sembra quindi, in armonia con il profilo intellettivo di questi bambini ($QI \geq 90$) e con il bilancio psicomotorio (bambini maldestri), che il settore più dipendente dalle componenti cognitive sia meno compromesso (spazio), mentre quello che si lega alle componenti di movimento (settore organizzazione grafo-motoria e qualità del tratto) sia deficitario.

I risultati confermano la disgrafia come problema motorio di natura organizzativa e/o qualitativa, quindi meno dipendente dalla costruzione spaziale, confermano l'utilità della PGPC nel rilevare non la disgrafia, ma i settori compromessi che possono essere alla base della disgrafia.

Un'osservazione più dettagliata dei dati relativi alle singole voci ci offre qualche altro riscontro significativo.

Nel settore spazio il parametro «dimensioni» ottiene punteggi superiori o vicini allo «zero», così come il parametro «organizzazione spaziale generale» vede 6 casi con punteggio superiore allo «zero» e quello «sopra/sotto» 3 casi con punteggio superiore e 2 vicino allo «zero».

Nella «forma», invece, vi è un solo caso con punteggio positivo (caso di cui discuteremo più avanti), ma, come descritto nella presentazione delle prove, la forma, parametro spaziale, nella sua composizione grafica dipende dall'organizzazione grafo-motoria. Un'ulteriore conferma dell'incidenza della componente motoria nella costruzione della forma.

Negli altri due settori, invece, organizzazione grafo-motoria e qualità del tratto, non abbiamo per nessuna voce alcun segno positivo o vicino allo «zero» (solo un caso, quello già citato, ottiene punteggi favorevoli).

Per descrivere meglio i risultati esposti e nell'avviarci alla presentazione dell'intervento, ci affidiamo alla tabella

1 e alla figura 2, che si riferiscono a 4 casi del gruppo BD della fascia di età compresa tra gli 8.6 e gli 8.11 anni.

TABELLA 1 – Risultati a confronto in 4 casi di disgrafia

	1. forma	2. dimensioni	3. sopra/sotto	4. org. spaz. gen.	5. congiunzione	6. linee rif.	7. prol./non chius.	8. tratto
media età 8,6-8,11	7,9	5,6	9,5	6,5	7,3	6,8	5,5	8,4
ari 8,7	5,6	5,3	7,3	5,5	5,7	3,6	2,2	6,8
jac 8,9	6,1	5,3	10	5,2	4,6	4,3	3,6	5,3
ann 8,8	7,1	7,6	9	8,5	6,1	5,7	2,7	3,1
mar 8,11	8	7,6	8,2	8,8	7,3	5,7	6,3	5,5
media 4 casi	6,7	6,4	8,6	7	5,9	4,8	3,7	5,2
differenza	-1,2	0,8	-0,9	0,5	-1,4	-2	-1,8	-3,2

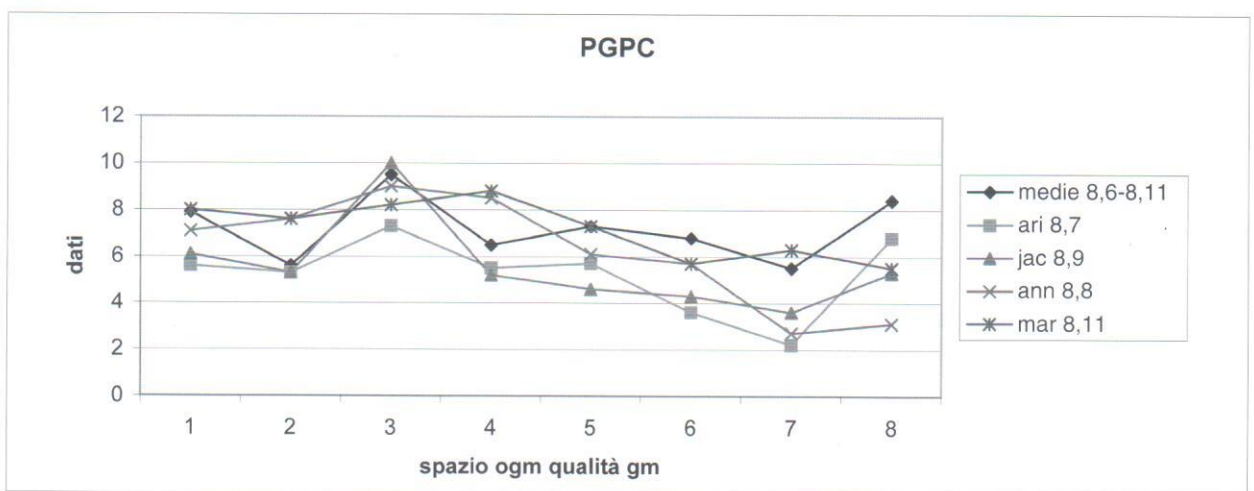


Fig. 2 Grafico relativo ai 4 casi di disgrafia esaminati.

*Il grafico si contraddistingue per linee contrassegnate da simboli differenti: il simbolo «quadrato», ruotato però di 45°, identifica la linea della media.

Le considerazioni appena esposte sono evidenti: nel settore spazio (voci nn. 1, 2, 3, 4), «dimensioni» e «organizzazione spaziale generale» hanno medie in positivo (più uniformi i punteggi del primo, contrastanti quelli del secondo); il dato meno positivo è relativo alla «forma» e al «sopra/sotto»; si è notato che quest'ultimo parametro, che si riferisce al posizionamento corretto delle figure sopra o sotto le due linee di riferimento del modello, quindi concetto spaziale molto semplice per bambini di questa età, in realtà trova un punteggio non elevato: ci siamo resi conto che anch'esso dipende da componenti organizzative o centrazioni percettive (la cura nel comporre una singola figura non permette una decentrazione sufficiente per collocare spazialmente in modo corretto la composizione totale).

Come si vede, non vi sono punteggi positivi tra le voci del secondo settore (organizzazione grafo-motoria, voci nn. 5, 6, 7). Facciamo notare che il punteggio più elevato è quello relativo a «congiunzione» (voce n. 5). Si tratta

qui di unire due figure che hanno un punto di congiunzione, operazione più di coordinazione oculo-manuale, quindi più semplice, che di organizzazione grafo-motoria cui si riferiscono invece le altre due voci, in particolare la n. 7.

Si nota infine che la voce n. 8 (settore qualità motoria) è quella più compromessa.

Nell'osservazione della tabella 2 e della figura 3, per quanto riguarda la media per settori è evidente il rapporto tra il gruppo di età corrispondente PS e BD.

L'INTERVENTO TERAPEUTICO PSICOMOTORIO

Ci limiteremo all'intervento specifico psicomotorio nel momento in cui con il bambino si iniziano ad affrontare le questioni grafiche e anche in questo caso citeremo velocemente alcuni passaggi in quanto già conosciuti e descritti (de Ajuriaguerra et al., 1964; Wille e Ambrosini, 2005, Cristofanelli e Lena, 2003).

TABELLA 2 – Media per settori

	1. spazio	2. organizzazione grafo-motoria	3. qualità grafo-motoria
media età 8,6-8,11	7,4	6,5	8,4
media 4 casi	7,2	4,8	5,2
differenza	-0,2	-1,7	-3,2

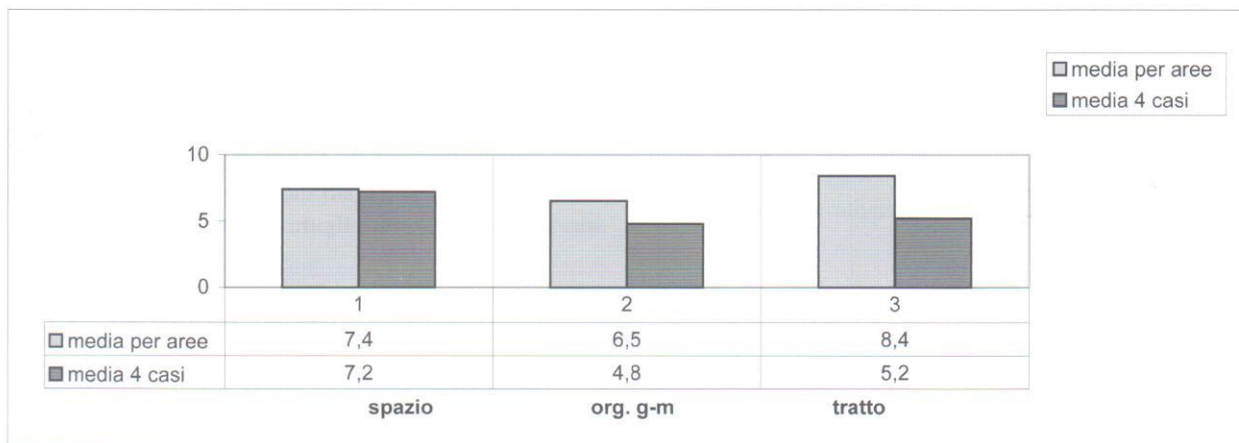


Fig. 3 Media per aree e media relativa ai 4 casi.

Ribadiamo però alcuni concetti essenziali:

1. nella terapia psicomotoria il disturbo disgrafico non viene affrontato nelle prime fasi di terapia, anzi si cura l'ambiente in modo tale che sia esente da richiami scolistici e grafici;
2. le prime fasi di terapia scandiscono passaggi che conducono progressivamente il bambino verso la possibilità di affrontare le difficoltà alla base dell'invio;
3. la fase di rieducazione è classica e si contraddistingue per esercizi di pittografia e scrittografia.

Vogliamo sottolineare che le disgrafie sono diverse (de Aiuriaguerra, 1979), quindi necessitano di approcci terapeutici diversi e, anche in presenza di medesime tipologie disgrafiche, l'intervento è peculiare e specifico per ogni bambino.

Abbiamo infatti osservato con maggiore chiarezza rispetto al passato che, dal punto di vista qualitativo, i parametri maggiormente coinvolti e compromessi sono quelli della scioltezza e della dissociazione, i quali però possono dipendere da cause diverse, riferirsi a settori corporei differenti, combinarsi tra loro in modo assolutamente individuale, dare origine a difficoltà in punti diversi delle funzioni grafo-motorie coinvolte. Infine un peso diverso sul disturbo è determinato dalla componente emotiva, dai legami affettivi del bambino, dalle sue modalità interattive e comportamentali.

L'intervento deve quindi pesare queste componenti. Infine pensiamo che la rieducazione della scrittura, in

quanto attività motoria, per essere efficace abbia bisogno, oltre che del lavoro terapeutico nella seduta, di un quotidiano allenamento che direzioni l'attenzione anche su un piano più propriamente didattico.

Riteniamo pertanto che le finalità della terapia psicomotoria siano le seguenti:

- condurre il bambino ad affrontare il suo disturbo in modo consapevole, con interesse e tranquillità;
- curare sempre l'interazione con il bambino, con particolare attenzione nelle prime fasi di terapia;
- lavorare con le aree forti e con le abilità del bambino e progressivamente richiederli adattamenti che possano ridurre i deficit delle aree meno abili (componente qualitativa del movimento, in certi casi anche organizzativa, ricostruzione dello schema corporeo);
- avviare e condurre a compimento il lavoro pittografico e scrittografico (la pittografia permette un avvicinamento graduale e piacevole al problema grafico, anche se riteniamo che non vi sia una relazione diretta tra gli esercizi di pittografia e la fase di rieducazione della scrittura);
- avvicinare il bambino alla scrittura corsiva mantenendo sempre viva l'attenzione sul movimento, su quelle sue componenti che con sufficiente sicurezza sappiamo essere coinvolte nel disturbo.

Rispetto a quest'ultimo punto sono state ideate schede che conducono progressivamente il bambino verso la scrittura, facendogli mantenere viva l'attenzione sui processi motori.

Quest'ultimo scopo viene avviato nella seduta terapeutica e proseguito a casa, quotidianamente e per pochi minuti al giorno (non più di 10').

Abbiamo osservato, anche se questo metodo è stato avviato solo da poco più di un anno, che sono stati conseguiti risultati utili.

Invece pensiamo che la rieducazione della scrittura, intesa come esclusiva cura della lettera e dei suoi legami, sia un compito prettamente didattico che dovrebbe essere svolto a scuola e/o con il supporto di altri operatori.

A questo punto presentiamo le sezioni in cui è organizzato progressivamente il lavoro. Le sezioni sono 7, suddivise per sotto-obiettivi raggruppati in schede da eseguire con una matita nera di durezza 2 B.

Sezione A: Scorrimento

DEFINIZIONE

È il movimento dell'avambraccio appoggiato sulla superficie del tavolo da sinistra (sx) a destra (dx) che lascia tracce grafiche semplici (vedi figura 4) e progressivamente più complesse (scorrimento non rettilineo, vedi figura 5).



Fig. 4 Scorrimento rettilineo.

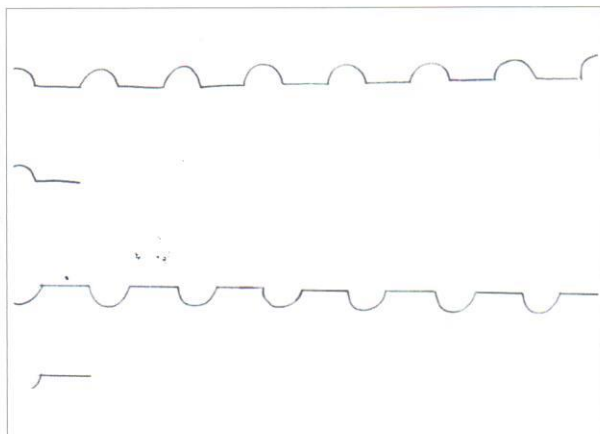


Fig. 5 Scorrimento non rettilineo.

SCOPO

Favorire la combinazione sciolta e dissociata nell'appoggio-spostamento dell'avambraccio secondo semplici indicazioni spaziali.

STRUMENTI DELLA SEZIONE

Si compone di 7 schede.

Sezione B: Coordinazione oculo-manuale fine/ Organizzazione grafo-motoria

DEFINIZIONE

È l'esecuzione di tracce grafiche per le quali è indispensabile l'uso fine delle dita combinato con i movimenti oculari (fase B1) e adattato successivamente a riferimenti spaziali (fase B2) (vedi figura 6).

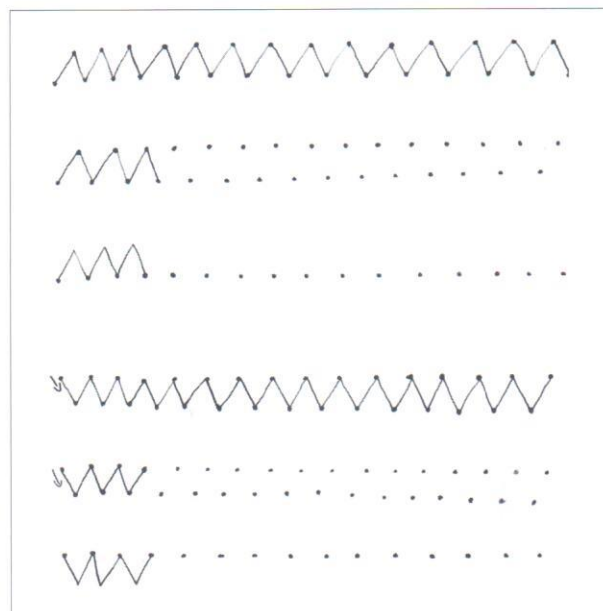


Fig. 6 Esecuzione di tracce grafiche relative alla fase B2.

SCOPO

Miglioramento della coordinazione oculo-manuale fine grafica con successivo adattamento allo spazio.

STRUMENTI DELLA SEZIONE

Si compone di 3 schede.

Sezione C: Scorrimento di forme con adattamento spaziale

DEFINIZIONE

Ripetizione di una forma assegnata adattata spazialmente con mantenimento delle condizioni di scorrimento definite nella sezione A (vedi figure 7 e 8).

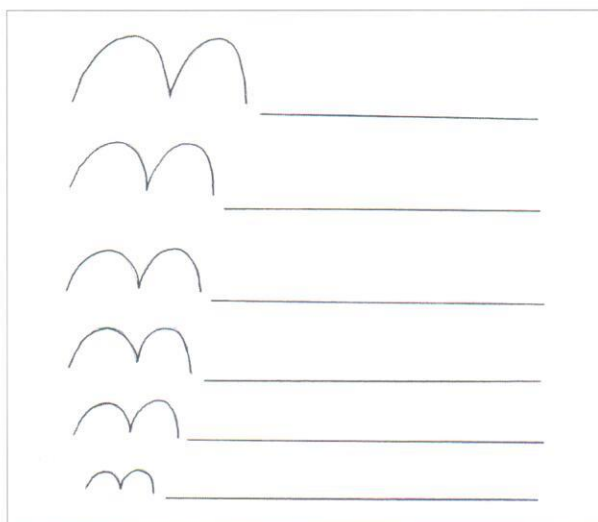


Fig. 7 Ripetizione di una forma assegnata adattata spazialmente (1° caso).

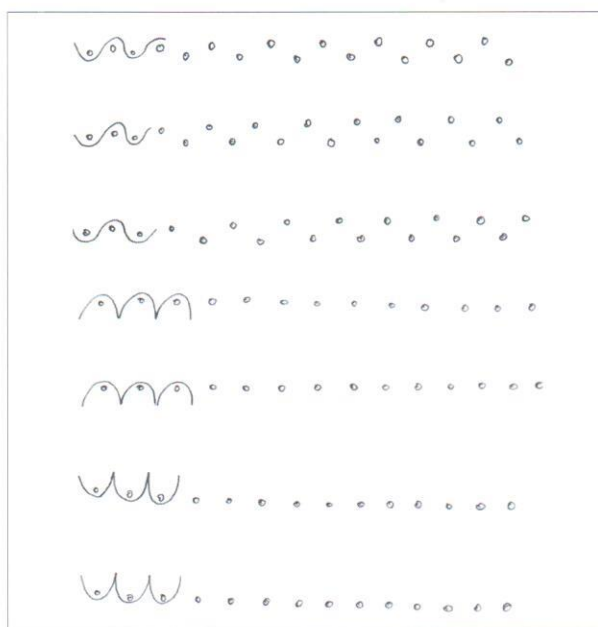


Fig. 8 Ripetizione di una forma assegnata adattata spazialmente (2° caso).

SCOPO

Adattamento dello scorrimento e delle forme in condizioni di organizzazione grafo-motoria diversa.

STRUMENTI DELLA SEZIONE

Si compone di 5 schede.

Sezione D: Forme precalligrafiche

DEFINIZIONE

Forme diverse che anticipano le tracce della calligrafia (vedi figura 9).

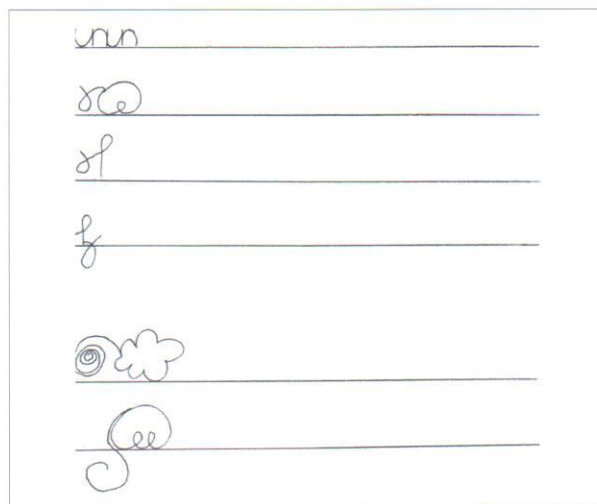


Fig. 9 Forme precalligrafiche.

SCOPO

Reintroduzione delle forme precalligrafiche e delle loro combinazioni che il bambino ha già sperimentato in fasi precedenti della terapia in un contesto spaziale «didattico».

STRUMENTI DELLA SEZIONE

Si compone di 2 schede.

Sezione E: Forme calligrafiche

DEFINIZIONE

Forme che richiamano i tratti caratteristici delle lettere della scrittura corsiva (vedi figura 10).

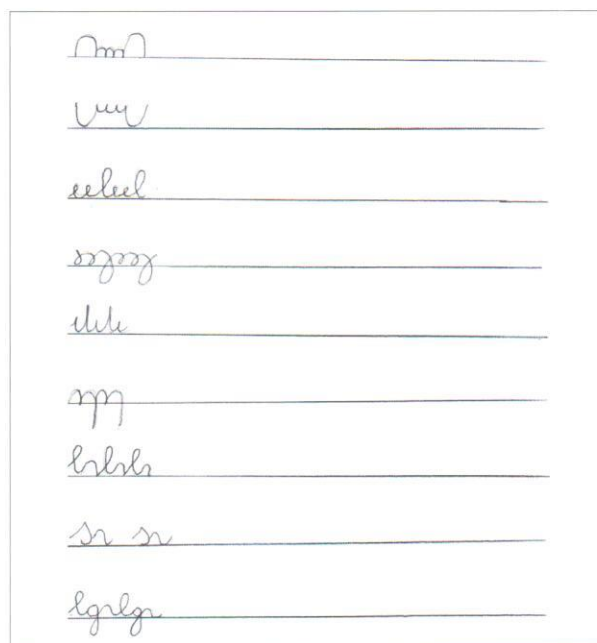


Fig. 10 Forme calligrafiche.

SCOPI

Avvicinare il bambino alla calligrafia.

STRUMENTI DELLA SEZIONE

Si compone di 2 schede.

Sezione F: Dissociazione dita/polso

DEFINIZIONE

Movimenti dissociativi settoriali e combinati delle dita e del polso con stabilità dell'avambraccio.

SCOPI

Favorire le dissociazioni dei movimenti distali coinvolti nella scrittura corsiva.

STRUMENTI DELLA SEZIONE

Si compone di una scheda.

Sezione G: Lettere in corsivo

DEFINIZIONE

Grafema significativo di un suono della lingua.

SCOPO

Apprendimento delle lettere e delle loro combinazioni nello spazio foglio-quaderno.

STRUMENTI DELLA SEZIONE

Si compone di 2 schede.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Ci avviamo a concludere l'articolo ponendo a confronto due casi la cui disgrafia appartiene allo stesso gruppo

dei «lenti» (de Ajuriaguerra, 1979). I due profili, contraddistinti nella figura 11 dai simboli croce (x) e asterisco (*), posti a confronto con quello delle medie (anche quadrato ruotato), mostrano un andamento simile nei parametri della sezione «spazio», differente nelle altre due dove le cadute di *ann* sono più nette (vedi punti nn. 7 e 8). Per entrambi però la «qualità del tratto» è deficitaria: in *mar* si contraddistingue per il tremore, in *ann* per le continue ripetizioni, interruzioni del segno.

Tali dati assumono senso se siamo in grado di porli a confronto con l'esame psicomotorio nel suo complesso.

In *mar* il dato significativo è la scarsa modulazione tonica (parametro qualitativo: scioltezza), che si manifesta in ogni settore della sua attività motoria producendo risposte tonico-posturali eccessive e contratte. Nel momento in cui scrive, per controllare il movimento, *mar* è costretto a irrigidire l'arto superiore dx, a rallentare limitando così anche i movimenti dissociati.

In *ann*, invece, l'esame psicomotorio fa emergere una difficoltà a regolare il movimento (parametro qualitativo: regolarità) che tende a velocizzarsi, ma, quando ciò accade, perde in efficacia e in precisione. Per poter rendere leggibile la scrittura *ann* allora rallenta il movimento e per rendere leggibile il segno lo interrompe (per controllarlo) e/o apporta correzioni (così da rendere la lettera il più possibile simile al modello).

Due disgrafie dello stesso tipo, che si caratterizzano per la lentezza eccessiva, non seguono però lo stesso percorso terapeutico in quanto le cause psicomotorie che le hanno determinate — cause qualitative — sono diverse, e anche l'applicazione della fase rieducativa, pur seguendo la stessa successione, deve adattarsi alle caratteristiche psicomotorie dei due bambini.

Questo ci sembra un buon esempio di una metodologia valutativa psicomotoria efficace e capace di integrare il bilancio psicomotorio, teso a individuare il quadro nosografico di appartenenza, con le peculiari caratteristiche individuali che rendono quel bambino unico.

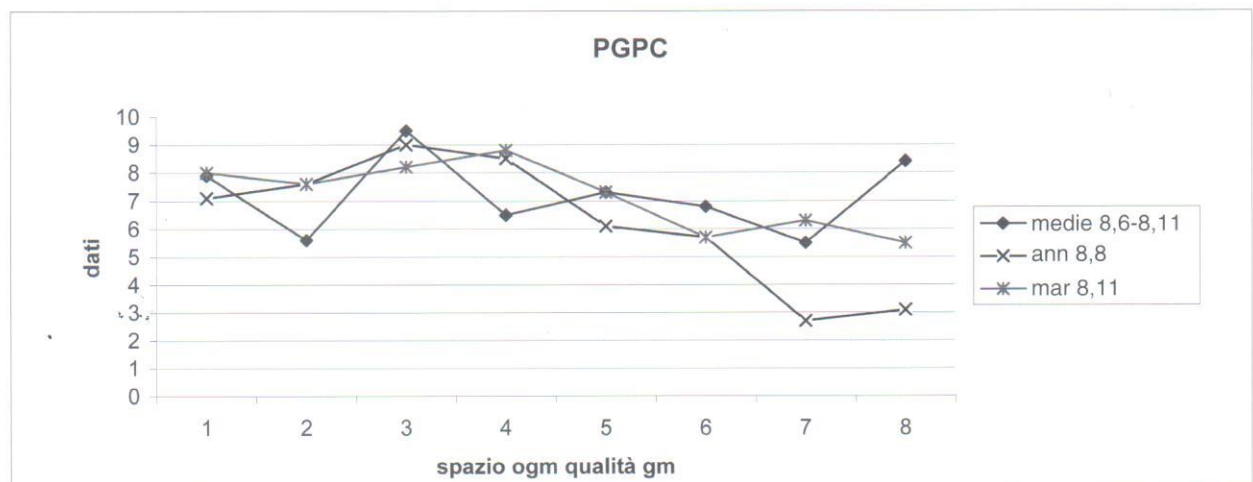


Fig. 11 Confronto fra due soggetti disgrafici.

ABSTRACT

This article discusses the present Dysgraphia situation, suggests the possible causes for its increase and presents some case studies coming from the Centro RTP (Psychomotor Research and Therapy) in Milan. A description is given of the psychomotor tests that investigate dysgraphia, more specifically, the Graphic Constructive Praxis item which includes three sections (spatial organization, graphic-motor organization, sign quality), created by the authors. The consequent psychomotor therapy intervention

is described with specific attention given to the intervention phase dedicated to handwriting re-education and those exercises that support it. The article concludes by comparing two cases belonging to the same Dysgraphia group and demonstrates how the different psychomotor causes are involved in the disturbances, therefore necessitating a therapeutic project that remains the same in its phase succession, methodology and technique, but that is diversified in its choice of objectives.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosini C. (2003), *Prova Grafica di Prassia Costruttiva*, «Psicomotricità», anno VII, n. 19.
- Auzias M. (1975), *Enfants gauchers, enfants droitiers*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- Cristofanelli P. e Lena S. (2003), *Disgrafie. Esame, prevenzione, rieducazione*, Urbino, Libreria Moretti.
- de Ajuriaguerra J. (1979), *Manuale di psichiatria del bambino*, Milano, Masson.
- de Ajuriaguerra J., Auzias M., Coumes F. e Denner A. (1964), *L'écriture de l'enfant. L'évolution de l'écriture et ses difficultés (volume I), La rééducation de l'écriture (volume II)*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.
- Hammil D., Pearson N. e Voress J. (1994), *Test TPV. Percezione visiva e integrazione visuo-motoria*, Trento, Erickson.
- Rey A. (1967), *Il test di Rey*, adattamento italiano a cura di S. Di Nuovo, Firenze, Organizzazioni Speciali.
- Wille A.M. (1996), *La terapia psicomotoria dei Disturbi Minori del Movimento*, Roma, Marrapese.
- Wille A.M. e Ambrosini C. (2005), *Manuale di terapia psicomotoria dell'età evolutiva*, Napoli, Cuzzolin.