

Questa opera di Glenn Doman costituisce una delle pietre miliari nella storia del recupero dei cerebrolesi.

Il successo del libro è dovuto sostanzialmente al successo dell'esperienza clinica dell'autore e della sua équipe, che da alcuni decenni hanno concentrato l'attenzione e la ricerca su metodi e strategie originali per la cura dei bambini con lesioni cerebrali anche molto serie. All'origine di questa impresa, di grande rilevanza scientifica e sociale, sono i sorprendenti, quasi "miracolosi" risultati conseguiti grazie al coinvolgimento dei genitori nel processo terapeutico. La ripetizione sistematica dell'esperienza ha poi condotto Doman alla ferma convinzione che la stragrande maggioranza dei bambini affetti da lesioni cerebrali siano effettivamente riconducibili alle funzioni cerebrali normali, in alcuni casi perfino a livelli superiori alla media, solo che si intervenga precocemente e seguendo strategie di intervento appropriate e, soprattutto, che i genitori collaborino fattivamente con il terapeuta.

Il libro è scritto non solo per gli psicologi ed i professionisti, ma anche e con particolare attenzione per i genitori. Di qui la duplice caratteristica del testo: da un lato la rigorosa documentazione scientifica per quanto concerne l'approccio teorico e metodologico nonché la pratica clinica, e dall'altro la descrizione puntuale di una lunga serie di casi trattati con successo, grazie alla collaborazione dei genitori convinti della recuperabilità dei loro bambini e perciò incoraggiati a perseverare, con coraggio, nella loro opera.

Glenn Doman è un pioniere nella cura dei bambini cerebrolesi, fondatore e direttore degli *Institutes for the Achievement of Human Potential*, universalmente noti e diffusi in numerosi Paesi. È autore di innumerevoli volumi, ed è ben noto al pubblico italiano, soprattutto per le opere, apparse in queste edizioni: *Leggere a tre anni. I bambini possono, vogliono, debbono leggere*; *Come moltiplicare l'intelligenza del vostro bambino*; *Come insegnare al vostro bambino ad essere fisicamente splendido* (in coll. con T. Doman e B. Hagy).

Biblioteche civiche Torino
BONHOEFFER

362

3

DOM



TM-211763

Che cosa fare per il vostro bambino cerebroleso

**ovvero il vostro bambino
con danno cerebrale,
mentalmente ritardato,
subnormale,**

colpito da paralisi cerebrale,

**spastico, flaccido, rigido,
epilettico, autistico,
atetoide, iperattivo,
Down**

Glenn Doman



STADIO CEREBRALE		INTERVALLO DI TEMPO		CAPACITA' VISIVA	CAPACITA' UDITIVA	CAPACITA' TATTILE
VII	CORTECCIA IV St.	Superiore alla media	36 m.	Lettura di parole usando di preferenza l'occhio controllato dall'emisfero dominante	Comprensione di vocabolario completo e di intere frasi usando di preferenza l'orecchio controllato dall'emisfero dominante	Identificazione di oggetti attraverso il tatto usando di preferenza la mano controllata dall'emisfero dominante
		Nella media	72 m.			
		Inferiore alla media	108 m.			
VI	CORTECCIA III St.	Superiore alla media	22 m.	Identificazione di simboli visivi e lettere nel campo dell'esperienza	Comprensione di 2000 parole e di semplici frasi	Descrizione di oggetti attraverso il tatto
		Nella media	36 m.			
		Inferiore alla media	70 m.			
V	CORTECCIA II St.	Superiore alla media	13 m.	Differenziazione tra semplici simboli visivi, simili ma diversi	Comprensione di 10-25 parole isolate e di due parole accoppiate	Differenziazione di oggetti simili ma diversi
		Nella media	18 m.			
		Inferiore alla media	36 m.			
IV	CORTECCIA I St.	Superiore alla media	8 m.	Convergenza e conseguente visione stereoscopica	Comprensione di due parole	Riconoscimento attraverso il tatto della terza dimensione in oggetti apparentemente piatti
		Nella media	12 m.			
		Inferiore alla media	22 m.			
III	MESEN- CEFALO	Superiore alla media	4 m.	Apprezzamento di particolari in un insieme	Apprezzamento di suoni significativi	Apprezzamento di sensazioni gnostiche
		Nella media	7 m.			
		Inferiore alla media	12 m.			
II	PONTE	Superiore alla media	1 m.	Percezione di contorni	Risposta vitale a suoni minacciosi	Percezione di sensazioni vitali
		Nella media	2.5 m.			
		Inferiore alla media	4 m.			

IL PROFILO DI SVILUPPO DEGLI ISTITUTI DI GLENN J. DOMAN CARL H. DELACATO ED. D. ROBERT J. DOMAN, M.D.	MOBILITA'	LINGUAGGIO	CAPACITA' MANUALE
	Uso preferenziale della gamba controllata dall'emisfero dominante	Uso di vocabolario completo e di un'esatta costruzione del periodo	Uso per scrivere della mano controllata dall'emisfero dominante
	Cammino a corsa secondo un completo schema crociato	Uso di 2000 parole e di brevi frasi	Funzione bimanuale con una mano in ruolo dominante
	Cammino con braccia libere dalla funzione preminente di equilibrio	Uso di 10-25 parole isolate e di due parole accoppiate	Opposizione pollice-indice in entrambe le mani contemporaneamente
	Cammino con braccia usate con funzione preminente di equilibrio, per lo più all'altezza delle spalle o al di sopra	Uso spontaneo di due parole significative	Opposizione pollice-indice in entrambe le mani
	Andatura carponi su mani e ginocchia culminante in andatura carponi secondo uno schema crociato	Creazione di suoni significativi	Presa volontaria
	Striscio in posizione culminante in striscio secondo uno schema crociato	Pianto vitale come risposta a minaccia alla vita	Rilasciamento vitale
THE INSTITUTES FOR THE ACHIEVEMENT OF HUMAN POTENTIAL 8801 STENTON AVENUE PHILADELPHIA, P.A. 19118			



lità ricordate. Rivediamo il genere di cura che abbiamo sviluppato, area per area.

Capacità visiva e Billy







Billy ha 36 mesi e dovrebbe essere al livello VI del Profilo di Sviluppo, se fosse un normale bambino di tre anni. Ma, come vedete dal suo Profilo, (Fig. 15), Billy è incapace di agire perfino al livello di un normale neonato. Non ha nemmeno un buon riflesso alla luce.

Abbiamo allora localizzato la frattura nel circuito: ambiente-vie sensoriali-cervello-vie motorie-ambiente. Ora dobbiamo chiudere il circuito se vogliamo ottenere un comportamento normale.

La nostra meta è di dare a Billy un buon riflesso alla luce, cioè far sì che le sue pupille si contraggano nettamente e prontamente se esposte alla luce e in modo corrispondente si dilatino al buio. Il riflesso di Billy alla luce è ora sia lento che tardo a presentarsi.

Poiché questa interruzione nel circuito è nelle vie sensoriali, il ruolo di Billy come paziente sarà passivo, e quello dei genitori di Billy attivo. Essi dovranno semplicemente stimolare il suo riflesso alla luce più e più volte. (Il "più e più volte" è una parte essenziale; parleremo spesso dell'importanza di *frequenza, intensità e durata* come tattica di base nella nostra lotta per risvegliare vie nervose addormentate).

Billy si alza alle 7,30 e va a letto alle 21. Avremo una sequenza visiva ogni mezz'ora il che ci permetterà 27 sequenze al giorno. La madre di Billy lo porta in una camera buia dove ha preparato una sedia: si siede con Billy sulle ginocchia e la sequenza comincia. Ha una torcia a due elementi che accende davanti agli occhi di Billy, ad una distanza di 45-50 centimetri, per un periodo di due secondi che calcola dicendo lentamente: « Ecco la luce! ». Lo dice a voce alta, che Billy lo capisca o no (sfruttiamo ogni possibilità per lo stimolo uditivo). Poi la spegne e la lascia spenta per tre secondi, che essa calcola dicendo, questa volta sottovoce « milleuno, milledue, milletré ». Ripete questo procedimento dieci volte per ognuna delle 27 sequenze; ciò significa che Billy subirà almeno duecentosettanta contrazioni della pupilla al giorno e altrettante dilatazioni e ci sono moltissime probabilità che il riflesso di Billy alla luce aumenti notevolmente. Man mano che migliora, ci saranno anche

LIVELLO CEREBRALE		INTERVALLO DI TEMPO	CAPACITA' VISIVA
VII	CORTECCIA IV STADIO	Sup. media 36 m. Media 72 m. Inf. media 108 m.	Lettura di parole usando di preferenza l'occhio controllato dall'emisfero dominante 
VI	CORTECCIA III STADIO	Sup. media 22 m. Media 36 m. Inf. media 70 m.	Identificazione di simboli visivi e lettere nel campo della esperienza 
V	CORTECCIA II STADIO	Sup. media 13 m. Media 18 m. Inf. media 36 m.	Differenziazione tra semplici simboli visivi, simili ma diversi 
IV	CORTECCIA I STADIO	Sup. media 8 m. Media 12 m. Inf. media 22 m.	Convergenza e conseguente visione stereoscopica 
III	MESENCE FALO	Sup. media 4 m. Media 7 m. Inf. media 12 m.	Apprezzamento di particolari in un insieme 
II	PONTE	Sup. media 1 m. Media 2,5 m. Inf. media 4 m.	Percezioni di contorni 
I	BULBO E MIDOLLO	Sup. media nascita 0,5 m. Media nascita 1,0 m. Inf. media nascita 1,5 m.	Riflesso alla luce funzionale

ETA' CRONOLOGICA 36 MESI
ETA' NEUROLOGICA 0 MESI

FIG. 15

buone probabilità che cominci a vedere i contorni (secondo gradino del Profilo). Così abbiamo scoperto l'interruzione nell'anello cibernetico e ci siamo mossi per chiuderla.

Capacità uditiva e Mary

Troviamo ora un esempio nella colonna uditiva (anche questa una colonna sensoria). Questa volta troveremo l'interruzione leggermente più in alto nel circuito. Mary ha dieci mesi e gravi problemi uditivi. Mentre Billy era infatti un bambino funzionalmente cieco, Mary è, a tutti gli effetti pratici, sorda; ma non è sorda al punto a cui Billy era cieco; è anche considerevolmente più piccola. La sua colonna uditiva nel Profilo è quella di Fig. 16. Abbiamo quindi Mary che, a dieci mesi, se fosse una bambina normale, dovrebbe ormai entrare nello stadio IV, ma che è invece funzionale allo stadio I, il livello di un bambino di un mese.

Dal lato uditivo, presenta un sussulto riflesso, normale in un neonato; cioè, se si verifica un forte rumore improvviso, come lo sbattere di una porta, sussulterà immediatamente.

Sussulterà ogni volta che il rumore si ripete, anche se si ripeterà cinque volte successivamente. Questo non è il risultato dell'essere spaventata, e Mary, infatti, non ha paura. E' solo un sussulto riflesso, normale in un neonato; ma Mary non è un neonato e dovrebbe essere più progredita dal punto di vista dell'udito. All'età di Mary, e a qualunque età dopo i quattro mesi, la sua risposta ad un rumore improvviso e inaspettato, dovrebbe essere diversa. Dovrebbe essere diversa in due modi: in primo luogo dovrebbe sussultare e *spaventarsi*, perché rumori forti e improvvisi possono in realtà segnalare un pericolo per la sua vita (crollo della casa, terremoto); poi non dovrebbe sussultare e spaventarsi per le successive ripetizioni, perché, in realtà non è minacciata da quei rumori. Questo secondo livello nelle vie uditive, non ha più una natura riflessa; è una risposta vitale a rumori minacciosi.

Mentre Mary ha un vero sussulto riflesso, non ha una risposta vitale a rumori minacciosi: qui è l'interruzione del circuito nel caso di Mary. Questa distruggerà in realtà, l'intero anello udito-linguaggio e provocherà gravi problemi, all'intero circuito ambiente-vie sensoriali-cervello-vie motorie-ambiente.

Essendo questa una via sensoriale più che motoria, il ruolo

LIVELLO CEREBRALE	INTERVALLO DI TEMPO	CAPACITA' UDITIVA
VII CORTECCIA IV STADIO	Sup. media 36 m. Media 72 m. Inf. media 108 m.	Comprensione di vocabolario completo e di intere frasi usando di preferenza l'orecchio controllato dall'emisfero dominante ○
VI CORTECCIA III STADIO	Sup. media 22 m. Media 36 m. Inf. media 70 m.	Comprensione di 2000 parole e di semplici frasi ○
V CORTECCIA II STADIO	Sup. media 13 m. Media 18 m. Inf. media 36 m.	Comprensione di 10-25 parole isolate e di due parole accoppiate ○
IV CORTECCIA I STADIO	Sup. media 8 m. Media 12 m. Inf. media 22 m.	Comprensione di due parole ○
III MESENCE - FALO	Sup. media 4 m. Media 7 m. Inf. media 12 m.	Apprezzamento di suoni significativi ○
II PONTE	Sup. media 1 m. Media 2,5 m. Inf. media 4 m.	Risposta vitale a suoni minacciosi ○
I BULBO E MIDOLLO	Sup. media nascita 0,5 m. Media nascita 1,0 m. Inf. media nascita 1,5 m.	Sussulto riflesso perfetto

ETA' CRONOLOGICA 10 MESI
ETA' NEUROLOGICA 1 MESE

dei genitori sarà anche questa volta attivo più che passivo e quello del bambino passivo anziché attivo.

Supponiamo che Mary si svegli alle 7 e vada a letto alle 19. La madre la stimolerà, dal punto di vista uditivo, ogni mezz'ora, cioè per 24 sequenze al giorno. La madre lo farà battendo improvvisamente l'uno contro l'altro, due blocchi di legno, proprio dietro la testa di Mary. Farà così dieci volte, a intervalli di tre secondi, in ciascuna delle 24 sequenze. Questo darà a Mary duecentoquaranta suoni minacciosi al giorno e richiederà trenta secondi ogni mezz'ora, per 24 volte al giorno, per un totale di 720 sec. o 12 minuti.

Poiché Mary ha un sussulto riflesso e non ha una risposta vitale a suoni minacciosi, il risultato dapprima sarà che Mary avrà 240 sussulti riflessi al giorno. Poiché questo rappresenta forse cento o duecento o trecento volte le opportunità per un sussulto riflesso che l'ambiente potrebbe normalmente offrire, e poiché il passaggio ad ogni più alto livello funzionale del cervello è il risultato della sua crescita, che a sua volta è il risultato del numero di volte che uno ha l'opportunità di usare il suo livello *attuale* di funzionalità cerebrale, la nostra speranza è che Mary presto cambi. Ci aspettiamo che, molto presto, non sussulti più dieci volte se il suono si ripete dieci volte di seguito; sussulterà forse nove volte soltanto, poi solo otto, poi solo sette, e così via. Mano a mano che il numero di volte in cui Mary sussulta al ripetersi dei rumori diminuisce, Mary comincerà non soltanto a sussultare, ma a spaventarsi e a piangere. E' giusto spaventarsi per un rumore improvviso, forte, inaspettato. Mary è così arrivata allo stadio II della via uditiva e dovrebbe cominciare a reagire spontaneamente non solo a rumori minacciosi, ma anche ad altri rumori significativi (come il riso). Se non lo fa spontaneamente avrà bisogno di stimolo anche al III stadio.

La madre di Mary ha trovato l'interruzione nell'anello cibernetico ed ha cominciato a chiuderla.

Capacità tattile e Sean

La terza funzione da considerare è il tatto, la più ignorata di tutte le funzioni dei sensi e che tuttavia è vitale per il movimento stesso.

Consideriamo il caso di Sean che ha sei anni, ma è ancora goffo sia nel camminare, sia nella capacità manuale. Troviamo

che è estremamente in basso nella colonna tattile del Profilo, per un bambino che comincia a leggere. La sua colonna tattile è quella di Fig. 17.

Se Sean fosse un normale bambino di sei anni, dovrebbe essere allo stadio VII. Poiché è un cerebroleso, troviamo invece che si comporta normalmente allo stadio I. Ha riflessi superficiali normali, come il Babinski, ha anche una normale percezione della sensazione vitale al II stadio, il che vuol dire che è consapevole di bruciarsi, di gelarsi o di subire qualche danno fisico. Ha però una capacità tattile subnormale al livello III. Questo è il livello di un normale bambino di cinque mesi: abbiamo trovato l'interruzione nel circuito per Sean.

Il terzo stadio è la capacità di rendersi conto delle sensazioni gnostiche. E' la capacità di "riconoscere" sensazioni significative ad un livello più sottile che non a quello della semplice sopravvivenza, qual è quello di sentire che si è bruciati vivi, congelati o feriti a morte. Mentre lo stadio II si occupa della semplice, ma vitale, percezione del *freddo*, lo stadio III si occupa del riconoscimento del *fresco*. Mentre lo stadio II ha a che fare con la semplice, ma vitale, percezione di *caldo*, lo stadio III comprende il riconoscimento del *tiepido*. Mentre lo stadio II comprende la semplice, ma vitale, percezione di venir tagliato, schiacciato o percosso, lo stadio III comprende il riconoscimento di venir accarezzato, strofinato o massaggiato.

Sean si comporta male allo stadio III e riconosce soltanto debolmente il tiepido, il fresco e altre sensazioni gnostiche. Poiché il tatto è una via sensoriale, il ruolo della madre sarà ancora una volta attivo.

La madre impartirà a Sean una stimolazione tattile. Poiché Sean è più grande degli altri bambini che abbiamo esaminato, si alza alle 7, ma non va a letto fino alle 22. Sean passa perciò quindici ore sveglio e quindi trenta mezz'ore, durante le quali alcuni minuti vengono dedicati alla stimolazione tattile.

La mamma di Sean prende due bacinelle abbastanza grandi, per contenere entrambe le sue mani. In una mette dell'acqua tiepida e nell'altra dell'acqua fresca. Prima fa immergere a Sean le mani nell'acqua tiepida e gliela tiene per 5", mentre gli dice di guardarsele e gli ricorda che l'acqua è tiepida ma non calda. Poi, gliela toglie dall'acqua tiepida e gliela immerge direttamente in quella fresca, per 5", mentre gli dice nuovamente di guardarle e gli ricorda che l'acqua è fresca ma non fredda. Dopo cinque di queste sequenze, che richiedono in totale meno di un minuto, vuota l'acqua dalle bacinelle, massaggia ogni

LIVELLO CEREBRALE	INTERVALLO DI TEMPO	CAPACITA' TATTILE
VII CORTECCIA IV STADIO	Sup. media 36 m. Media 72 m. Inf. media 108 m.	Identificazione di oggetti attraverso il tatto usando di preferenza la mano controllata dall'emisfero dominante ○
VI CORTECCIA III STADIO	Sup. media 22 m. Media 36 m. Inf. media 70 m.	Descrizione di oggetti attraverso il tatto ○
V CORTECCIA II STADIO	Sup. media 13 m. Media 18 m. Inf. media 36 m.	Differenziazione attraverso il tatto di oggetti simili ma diversi ○
IV CORTECCIA I STADIO	Sup. media 8 m. Media 12 m. Inf. media 22 m.	Riconoscimento attraverso il tatto della terza dimensione in oggetti apparentemente piatti ○
III MESENCE - FALO	Sup. media 4 m. Media 7 m. Inf. media 12 m.	Apprezzamento di sensazioni gnostiche <i>funzionale</i>
II PONTE	Sup. media 1 m. Media 2,5 m. Inf. media 4 m.	Percezione di sensazioni vitali <i>perfetto</i>
I BULBO E MIDOLLO	Sup. media nascita 0,5 m. Media nascita 1,0 m. Inf. media nascita 1,5 m.	Riflesso di Babinski <i>perfetto</i>

ETA' CRONOLOGICA 72 MESI
ETA' NEUROLOGICA 5 MESI

FIG. 17

mano per un minuto, spiegandogli che questa è una sensazione piacevole e dicendogli di osservare il massaggio: poi mette dell'altra acqua tiepida nella prima bacinella e dell'altra acqua fresca nella seconda, e ripete altre cinque volte il processo di immersione, usando così circa cinque minuti di ogni mezz'ora in cui è sveglio.

Sean riceve uno stimolo tiepido trecento volte al giorno (dieci immersioni trenta volte al giorno) e altrettante volte uno stimolo fresco, come pure trentun minuti di massaggio ogni mano. Se si dovesse dipendere da fortuite occasioni ambientali per questa esperienza, troveremmo che sarebbe esposto al tiepido e al fresco mezza dozzina di volte al giorno e mai al massaggio. Quindi la mamma di Sean gli fornisce ogni giorno quelle esperienze sensorie che potrebbe normalmente avere in due mesi.

Facendo ciò gli fornisce una stimolazione sensoria altamente estesa. Con un minimo di fortuna, le sue vie sensorie del tatto cominceranno a svilupparsi e contemporaneamente egli comincerà ad apprezzare completamente le sensazioni gnostiche. Quando ciò avviene, comincerà ad acquistare la capacità di trattare la terza dimensione nel senso tattile, che è lo stadio IV di questa via.

La madre di Sean ha così trovato e cominciato a chiudere l'interruzione nel circuito.

Alla fine degli anni '50, chiudevamo queste interruzioni con discreta facilità e mentre capivamo ciò che stavamo facendo e ciò che accadeva ai bambini, eravamo ancora piuttosto all'oscuro sul *perché* accadesse, anche se era chiaro che ciò che accadeva era un bene. Decisamente un bene.

Nei casi che abbiamo discusso finora, la madre ha svolto un ruolo attivo e il bambino un ruolo passivo. E' possibile alla madre fornire informazioni visive, uditive e tattili al cervello del suo bambino, anche contro la sua volontà.

Non può, invece, camminare, scrivere e parlare per lui. Se troviamo un'interruzione in queste tre vie motorie, possiamo solo dare al bambino ogni opportunità per compiere da solo queste funzioni. Dobbiamo farlo con grande energia, entusiasmo, pazienza e ingegnosità.

Stranamente, anche se tutti hanno sempre pensato che un bambino che non può camminare, parlare o adoperare le mani, *debba* essere leso naturalmente nella zona motoria del cervello (dopotutto parlare, camminare e muovere le mani sono funzioni motorie), scoprimmo che nella gran maggioranza dei bambini cerebrolesi *sembrava* soltanto che fosse così. In realtà,

l'interruzione nel circuito era molto più frequentemente nella parte sensoria che in quella motoria. Questo non significava, naturalmente, che le capacità motorie del bambino risultassero superiori a quelle sensorie.

Se si ha il tempo di pensarci diventa chiaramente evidente che un bambino non è mai più alto nel lato motorio del Profilo di quanto non sia nel lato sensorio, e in realtà accade proprio l'opposto. Quasi invariabilmente il bambino è molto più alto nel lato sensorio che in quello motorio. Anche una piccola perdita di funzionalità nel lato sensorio, implica, in genere, una perdita superiore di funzionalità nel lato motorio. In realtà, come potrebbe essere diversamente? Come, per esempio, potrebbe un bambino usare un linguaggio normale nel lato motorio, non ricevendo un linguaggio normale nella colonna uditiva del lato sensorio del Profilo, che non è poi che l'altro lato della stessa medaglia?

Come potrebbe un bambino spostare il suo corpo da una parte all'altra (nella colonna della mobilità nel lato motorio del Profilo) se non potesse "sentire" il suo corpo e non sapesse quindi dov'esso è in quel momento, (nella colonna del tatto nel lato sensorio del Profilo)?

Come potrebbe un bambino scrivere (nella colonna della competenza manuale nel lato motorio del Profilo) se non potesse vedere come sono fatti i caratteri, (nella colonna visiva, nel lato sensorio del Profilo)?







La somma del lato sensorio del Profilo eguaglia sempre (e nella gran maggioranza dei casi supera) la somma del lato della mobilità. Perché in realtà noi non possiamo in alcun modo emettere ciò che non abbiamo in qualche modo immesso.

Siamo pronti ora a considerare quali interruzioni *possano* verificarsi nei bambini dal lato motorio del Profilo e come possiamo colmarle e in tal modo chiudere il circuito.

Mobilità e Lisa

La prima colonna del lato motorio del Profilo è la mobilità e così consideriamo il caso di Lisa che a quattro anni non parlava e aveva problemi visivi. Sembrava vivace e intelligente, anche se non aveva modo di provarlo, se non con la vivacità dei suoi occhi e col fatto che sorrideva, si accigliava e piangeva al momento giusto.

La colonna della mobilità nel suo Profilo era quella di fig. 18.

LIVELLO CEREBRALE	INTERVALLO DI TEMPO	MOBILITA'
VII CORTECCIA IV STADIO	Sup. media 36 m. Media 72 m. Inf. media 108 m.	Uso preferenziale della gamba controllata dall'emisfero dominante 
VI CORTECCIA III STADIO	Sup. media 22 m. Media 36 m. Inf. media 70 m.	Cammino e corsa secondo un completo schema crociato 
V CORTECCIA II STADIO	Sup. media 13 m. Media 18 m. Inf. media 36 m.	Cammino con braccia libere dalla funzione preminente di equilibrio 
IV CORTECCIA I STADIO	Sup. media 8 m. Media 12 m. Inf. media 22 m.	Cammino con braccia libere dalla funzione preminente di equilibrio per lo più all'altezza delle spalle o sopra 
III MESENC- FALO	Sup. media 4 m. Media 7 m. Inf. media 12 m.	Andatura carponi su mani e ginocchia culminante in andatura carponi secondo uno schema crociato 
II PONTE	Sup. media 1 m. Media 2,5 m. Inf. media 4 m.	Striscio in posizione prona culminante in striscio secondo uno schema crociato 
I BULBO E MIDOLLO	Sup. media nascita 0,5 m. Media nascita 1,0 m. Inf. media nascita 1,5 m.	Movimento di braccia e gambe senza spostamento del corpo perfetto

ETA' CRONOLOGICA 48 MESI
ETA' NEUROLOGICA 1 MESE

Se fosse stata normale, avrebbe dovuto essere allo stadio VI nella colonna della mobilità. Invece Lisa aveva raggiunto, con successo, solo quel livello del Profilo (stadio I), dove ci aspetteremmo di trovare un normale bambino di un mese.

La mamma di Lisa aveva un diploma di scuola superiore e il padre era direttore di un negozio. Ad essi era stato detto e ripetuto che Lisa era un essere vegetativo e idiota e che avrebbe dovuto « essere ricoverata prima che cominciassero ad amarla ». Il padre aveva fatto notare che era già troppo tardi, perché lui l'aveva già amata per quattro anni e sua madre l'aveva amata molto prima di sapere se fosse un maschio o una femmina. In ogni caso, per quando Lisa compì i quattro anni, la sua famiglia aveva scoperto gli Institutes.

A Lisa fu dato un programma di stimolazione visiva, uditiva e tattile del cervello, con aumentata *frequenza, intensità e durata*. Fra un periodo e l'altro di stimolazione doveva essere messa in posizione prona sul pavimento, pulito e coperto di linoleum di una stanza tiepida, in modo che avesse opportunità virtualmente illimitate di scoprire come muovere braccia e gambe, in modo tale da spingersi avanti e strisciare. Così i genitori di Lisa le offrivano l'opportunità di strisciare e, con questa, di chiudere l'interruzione nella mobilità. E' un accostamento alla mobilità del tutto ragionevole e con un grande numero di bambini funziona.

Dopo due mesi di cura intensiva, da parte dei genitori, (nove ore al giorno per sette giorni la settimana) Lisa era una bambina diversa e quando tornò agli Institutes per il primo controllo, i genitori erano estremamente entusiasti e molto riconoscenti. La sua comprensione del linguaggio era ora fuori discussione. Poteva adoperare le mani per la prima volta. La sua personalità era sbocciata e mostrava un acuto senso umoristico. Lisa aveva compiuto meraviglie nei suoi primi due mesi di cure. C'era solo un problema. Malgrado le molte ore al giorno sul pavimento, Lisa non poteva ancora muoversi.

Fu studiato un nuovo programma per questa bambina nuova. Le fu lasciato ancora più tempo per stare sul pavimento in posizione prona, così da aumentare le sue opportunità di imparare a strisciare.

Quando, due mesi dopo, Lisa tornò per la sua seconda visita di controllo, i genitori erano decisamente incantati dei suoi evidenti progressi. Lisa cominciava a parlare e aveva ormai un vocabolario di sette parole. Ora tutto il mondo poteva vedere ciò che mamma aveva sempre creduto: che mal-

grado le sue impressionanti menomazioni, Lisa era una bambina intelligente. Una sola cosa offuscava la loro gioia. Lisa, malgrado le moltissime ore di opportunità per farlo, non sapeva strisciare.

Quando qualcuno osservava Lisa sul pavimento, forzare ogni muscolo del suo corpo per muoversi, gli appariva ovvio che per farlo compiva lo stesso sforzo che sarebbe stato necessario al babbo per spostare un pianoforte con una mano sola. Era altrettanto ovvio che Lisa non aveva la più lontana idea di come fare per muoversi. Dare a Lisa l'opportunità per farlo, non era stato sufficiente.

Lo è per un bambino perfettamente sano. Nemmeno questi, posto sul pavimento a pancia in giù, sa come fare per strisciare, ma è piccolo e braccia e gambe si muovono liberamente. C'è un altro fattore che lavora per lui: inserito nella sua antica memoria genetica c'è un comando perché braccia e gambe si muovano in uno schema propulsivo, ed ogni volta che il suo corpo si trova in posizione prona, egli lo eseguirà. Poiché pesa quasi niente, questi movimenti occasionalmente finiranno per spingerlo in avanti. Quando questo sarà accaduto per caso ripetutamente, il bambino scoprirà quale movimento è efficace e quale no. Poi scoprirà che differenza c'è fra la *impressione* che danno i movimenti che lo spingono in avanti e *quella* che danno i movimenti che non lo fanno. Scoprirà infine come rifare volontariamente i primi e come sincronizzarli in uno schema.

Questo può essere omologo, omolaterale o crociato. In ogni caso, ora striscia: questo è il modo in cui ogni bambino ha imparato a muoversi da quando il tempo ha avuto inizio per l'umanità. E quell'antico comando a muoversi a qualunque costo, e con qualunque sforzo, è così potente, che anche la grande maggioranza dei bambini cerebrolesi si muoverà al ritmo di quell'antico tam-tam. Proprio come Robert Ardrey decise di chiamare il suo libro sullo sviluppo dell'uomo, *L'imperativo territoriale*, sono sicuro che chiamerebbe questo, *L'imperativo motorio*. E' incorporato, fondamentale, quasi onnipresente. Anche per un bambino gravemente cerebroleso, la sola opportunità di trovarsi sul pavimento è generalmente sufficiente.

Per qualcuno di questi bambini, tuttavia, non lo è (a causa della gravità o della precisa localizzazione della lesione cerebrale o perché non sono più piccoli e non pesano più così poco). Lisa era uno di questi.

Non solo il tentativo di muoversi rappresentava per lei uno sforzo prodigioso, non solo il muovere braccia e gambe non le aveva insegnato a spostare in avanti il corpo; il fatto grave era ciò che *aveva imparato: avendo tentato* di muovere braccia e gambe per spostare il corpo in avanti, senza riuscirvi, aveva quindi imparato che il movimento delle braccia e delle gambe *non* faceva spostare in avanti il suo corpo. Anche se ciò non era vero, dalla sua esperienza personale aveva ogni diritto di credere che fosse così.

Era tempo per Lisa di vedere e capire la verità e il piano inclinato era il mezzo per dimostrargliela. Anche se ora mi sembra naturale, come il naso in mezzo al mio viso, non mi sembrava tale trent'anni fa e avevo avuto bisogno di giungere al 1945 per sviluppare quest'idea.

Scopo del piano inclinato, spieghiamo ai suoi genitori, era di offrire a Lisa l'opportunità di imparare che *c'era* una relazione tra i suoi arti e il movimento (proprio l'opposto di quanto le aveva insegnato la sua anormale esperienza).

Dovevano prendere un pezzo di legno compensato con un lato liscio, lungo 2,50 m. e largo 75 cm. Doveva avere due sponde alte 20 cm. fissate lungo l'asse della lunghezza del compensato, in modo da creare un lungo scivolo, aperto da entrambi i lati (Fig. 19).

Ora, se ponessimo Lisa in questo scivolo con i piedi ad una estremità e la testa verso l'altra più lontana, e se sollevassimo una di queste estremità, abbastanza da creare l'effetto del piano inclinato, è ovvio che Lisa scivolerebbe giù volente o nolente.

I genitori di Lisa dovevano trovare il grado di elevazione perfetto per lei, cioè il punto preciso (in genere tra i 90 cm. e i 1,20 m. dal pavimento, dalla parte sollevata) in cui Lisa, da ferma, non si muoverà per niente, ma in cui, col minimo movimento di braccia e gambe, per quanto a caso, scivolerà un poco. In quel punto preciso si fermerà e non si sposterà più in avanti, finché non muoverà di nuovo braccia e gambe. Ben presto Lisa scoprirà la relazione precisa tra questo movimento e lo spostamento del suo corpo da un posto all'altro.

In quel momento avrà raggiunto un grandissimo obiettivo. Lisa conoscerà il segreto dello striscio e noi le avremo dato l'opportunità di muoversi e di chiudere l'anello in questa zona della mobilità.

Il nostro ruolo, qui, è passivo e quello della bambina è attivo, ma è chiaro che *l'abbiamo aiutata* ad essere *attiva*.

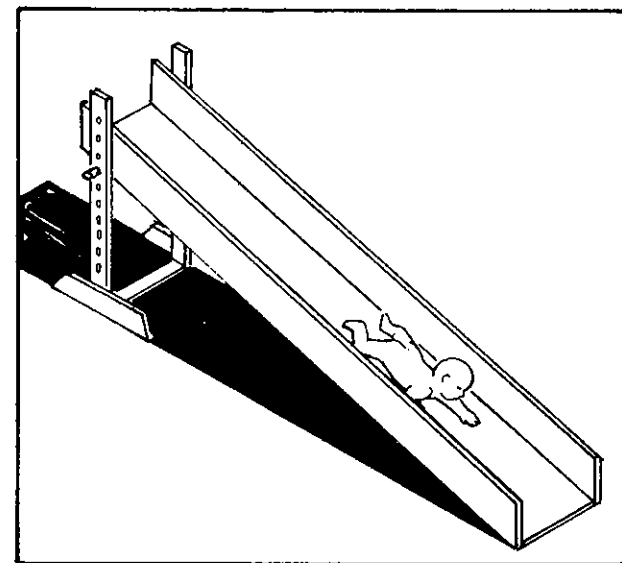


FIG. 19

Abbiamo per Lisa anche un altro obiettivo ed è che a Lisa piaccia muoversi e decida che muoversi è una cosa buona da fare e che offre una ricompensa. Per raggiungere quest'ultimo obiettivo, demmo ai genitori di Lisa le seguenti istruzioni:

1. Il piano inclinato deve avere un'inclinazione tale da rendere a Lisa il movimento facile e piacevole.
2. Una volta che Lisa è messa sul piano inclinato, deve sapere che l'unica via per uscirne è dall'altra estremità, che questo è inevitabile e che agitarsi non l'aiuterà ad uscirne se dovesse per caso sentirsi nervosa.
3. Se le occorre più di un minuto per arrivare in fondo, il piano non è abbastanza inclinato, e deve essere alzato.
4. Quando Lisa arriva in fondo, deve essere immediatamente presa in braccio e lodata onestamente e profusamente per la sua grande conquista. In breve la mamma deve dimostrarle la gioia che prova vedendola finalmente muoversi. Lisa deve essere premiata, con amore, con elogi e col dono della sua leccornia preferita, preferibilmente qualcosa che le piace ma non dovrebbe avere. Non ci dovrebbe essere il minimo

dubbio nella mente di alcuno, che questa è un'occasione speciale e certo la più fantastica.

5. Una volta che ha raggiunto il fondo e ha ricevuto il suo elogio e la sua ricompensa, non dovrà essere rimessa sullo scivolo per almeno mezz'ora, perché non possa pensare che la ricompensa per aver fatto bene un lavoro è di doverlo rifare. Facendo così, daremo modo a Lisa di dire a se stessa: «ogni volta che mamma mi mette in quest'affare ed io muovo braccia e gambe, mi sposto in avanti con facilità e in fretta. Per di più, quand'ho finito quest'eccitante lavoro, la mia vecchia pensa che sono brava e mi coccola, mi elogia e mi ricompensa con i miei dolci preferiti. Sarò felice di ricominciare perché mi piace muovermi».

Queste possono anche non essere le esatte parole che Lisa adopererebbe, ma sarà certo il giusto tono.

La famiglia di Lisa capì e tornò a casa a prepararle il piano inclinato. Due giorni dopo ci chiamarono al telefono per annunciarci che Lisa era venuta giù lungo il suo scivolo per la prima volta. Erano, per dir poco, eccitati. Lisa ci s'era buttata come una paperina nell'acqua. Come diceva suo padre: «Potevate leggerle in viso la scoperta delle sue braccia e delle sue gambe. Quando capì che, ogni volta che un braccio e una gamba si muovevano lei si spostava un po' in avanti, potevate leggerle sul volto la sorpresa e il piacere. Potevate vederla dire tra sé, mentre si guardava braccia e gambe: "Santo cielo! ecco cosa servono!" Guardarla era meraviglioso».

Spieghiamo allora ai genitori di Lisa che cosa avrebbero dovuto fare in seguito.

Bisognava aumentare le sue possibilità di muoversi su una superficie piana, abbassando l'altezza dell'estremità alta del piano. Dovevano abbassarla solo di poco e mantenerla alla nuova altezza finché Lisa riuscisse a scendere facilmente come all'angolatura maggiore. Non dovevano mai abbassarla ancora, finché non riuscisse a strisciare per tutta la lunghezza, facilmente come prima. E così dovevano continuare finché il tavolo non fosse piano sul pavimento e Lisa ormai strisciasse.

Non arrivarono mai a questo, in realtà: prima che lo scivolo fosse in piano, Lisa aveva strisciato per tutta la sua lunghezza e poi continuato sul pavimento. C'erano riusciti! Lisa poteva strisciare! Avevano chiuso l'interruzione nel circuito allo stadio II e Lisa era una bambina che poteva muoversi. Era fermamente avviata sulla vecchia via verso il camminare e tutto ciò che la mamma di Lisa aveva fatto era

stato di offrirle l'opportunità, ma l'aveva fatto con fantasia e con amore.

Capacità di linguaggio e Chris

Chris aveva quattro anni e due mesi ed era vivacissimo, ma non pronunciava una sola parola anche se chiaramente capiva tutto quello che gli si diceva (e, se è vero per questo, anche tutto ciò che i grandi dicevano tra loro). Era paralizzato, quando l'avevamo visto per la prima volta a tre anni, ma aveva imparato a strisciare ed ora sapeva andare carponi. Era in procinto di camminare, ma, nonostante ciò, come ho detto, non sapeva dire anche una sola parola e la colonna del linguaggio, nel Profilo, appariva come in fig. 20.

Chris aveva cinquanta mesi e avrebbe dovuto essere, se fosse stato un bambino normale di più di quattro anni, allo stadio VI del linguaggio.

Invece, era al III. Alla nascita aveva avuto il pianto riflesso (stadio I). Poi aveva imparato a piangere in modo tale che la madre andasse da lui, e correndo, quando piangeva in modo da render chiaro che aveva qualche dolore. Questo era lo stadio II.

Ora era al III stadio e ciò vuol dire che poteva fare ogni tipo di suoni significativi e la mamma poteva dire se era felice, annoiato, eccitato, affamato, soddisfatto, irritato e molte altre cose, solo ascoltando i suoni che faceva anche se si trovava in una stanza diversa e non poteva vederlo. Aveva, tuttavia, cinquanta mesi e avrebbe dovuto essere in grado di fare ciò a sette.

Era fuor di dubbio che Chris potesse udire e che capisse tutto ciò che udiva. Se volevate non farvi capire, dovevate pronunciare le singole lettere di ogni parola separatamente (*spelling*) e qualcuna non si salvava nemmeno così, come "letto" e "bagno" che odiava entrambe.

E tuttavia non pronunciava una parola e aveva solo due suoni che assomigliassero a parole. Diceva qualcosa che assomigliava a "May" e qualcosa che assomigliava a "uhu". Si decise di usare questi due suoni per definire due parole: «Mom» e «up».

Chris si alzava alle 7,30 e andava a letto alle 21, il che gli dava tredici ore e mezzo o 27 periodi di mezz'ora.

Chris e la madre avrebbero avuto in un giorno 27 periodi di cinque minuti l'uno, come opportunità di linguaggio.

LIVELLO CEREBRALE	INTERVALLO DI TEMPO	LINGUAGGIO
VII CORTECCIA IV STADIO	Sup. media 36 m. Media 72 m. Inf. media 108 m.	Uso di vocabolario completo e di un'esatta costruzione del periodo ○
VI CORTECCIA III STADIO	Sup. media 22 m. Media 36 m. Inf. media 70 m.	Uso di 2000 parole e di brevi frasi ○
V CORTECCIA II STADIO	Sup. media 13 m. Media 18 m. Inf. media 36 m.	Uso di 10-25 parole isolate e di 2 parole accoppiate ○
IV CORTECCIA I STADIO	Sup. media 8 m. Media 12 m. Inf. media 22 m.	Uso spontaneo di due parole significative ○
III MESENCENCE - FALO	Sup. media 4 m. Media 7 m. Inf. media 12 m.	Creazione di suoni significativi perfetto
II PONTE	Sup. media 1 m. Media 2,5 m. Inf. media 4 m.	Pianto vitale come risposta a minaccia alla vita perfetto
I BULBO E MIDOLLO	Sup. media nascita 0,5 m. Media nascita 1,0 m. Inf. media nascita 1,5 m.	Grido neonatale e pianto perfetto

ETA' CRONOLOGICA 50 MESI
ETA' NEUROLOGICA 7 MESI

Si mettevano sulla più comoda poltrona della casa, lontani da ogni rumore. La mamma cominciava ogni sequenza dicendo a Chris che *sapeva* che era un bambino molto intelligente, ma sapeva anche che aveva qualche problema di linguaggio. Poi gli spiegava che avrebbero preso il suono "may" e, per identificarlo con « Mom », lei stessa, ogni volta che lui avesse detto « may », lei avrebbe risposto come se avesse detto « Mom ».

Gli spiegava anche che avrebbero preso il suono « uhu » che lui diceva già, e l'avrebbero adoperato per significare « up ». Così, ogni volta che egli avesse detto « uhu », lei sarebbe venuta e l'avrebbe preso in braccio. Gli aveva spiegato anche che questo era proprio il modo in cui ogni altro essere umano aveva imparato a parlare e che quasi in ogni altro paese del mondo, le mamme erano chiamate « Mom » o « Ma ». (Questa non è affatto una coincidenza, ma il risultato del fatto che il suono « m » è uno dei primi suoni che un bambino riesce a pronunciare e le mamme di tutto il mondo hanno sempre detto « puoi scommetterci, chiama me! »).

Poi la mamma e Chris passavano il resto dei cinque minuti provando. Ogni volta che Chris diceva « May », o qualcosa di simile, la mamma rispondeva « Sì, Chris, cosa vuoi? ». Ogni volta che Chris diceva « uhu » la mamma rispondeva « sì », Chris » e poi lo prendeva in braccio.

A Chris piaceva il gioco e ce la metteva tutta. Mamma non diceva mai « No, Chris, questo non assomiglia a Mom, ripetilo! ». Rispondeva invece ogni volta che Chris diceva un suono qualsiasi che assomigliasse a « m » o « n ». Qualche volta Chris se ne dimenticava e diceva « May » anche quando non voleva dire « Mom », ma sua madre rispondeva sempre, in qualunque momento della giornata, quando diceva « May », come se Chris l'avesse chiamata. Questo li faceva ridere entrambi. Lo prendeva anche sempre in braccio quando diceva « uhu ».

In un mese Chris imparò ad usare il suono May, solo per chiamare la mamma e il suono « uhu » solo per essere preso in braccio. In un altro mese il suono « May » aveva cominciato ad assomigliare sempre più a Mom e il suono "uhu" ad "up". Aveva anche imparato dei nuovi suoni. Grazie alle altre parti del programma, il suo torace migliorò (per l'aumentata mobilità) e il suo cervello acquistò una migliore funzionalità (per l'aumento della quantità di ossigeno fornitagli). Chris era salito allo stadio IV nella colonna del linguaggio del Profilo e tendeva al V.

Sua madre aveva trovato l'interruzione nel circuito e intelligentemente aveva offerto a Chris l'opportunità di completare l'anello.

Capacità manuale e Suzie

Suzie aveva due anni e mezzo e dei gravi problemi. Era stata una bambina perfettamente sana fino a undici mesi, quando aveva avuto una febbre altissima per 24 ore e una grave forma di encefalite. Questa aveva lasciato Suzie con una quasi totale mancanza di funzionalità.

La sua colonna della capacità manuale appariva come in fig. 21.

Se Suzie, che aveva trenta mesi fosse stata normale, avrebbe dovuto trovarsi allo stadio V.

In realtà, essendo una piccola bambina cerebrolesa, come risultato dell'encefalite, poteva operare solo allo stadio I della competenza manuale, cioè aveva una presa riflessa. Ciò vuol dire che se mettevate un oggetto nel pugno stretto di Suzie, vi sarebbe rimasto, finché, muovendo le braccia non ne fosse caduto per caso.







Non era che Suzie potesse *tener stretto* un oggetto, come può fare un neonato; era che, esattamente come un neonato, Suzie non riusciva a *lasciarlo andare*. Questo era lo stadio I: presa riflessa.

Suzie *non* poteva agire allo stadio II nella colonna della capacità manuale.

Lo stadio II subentra in un bambino normale a due mesi e mezzo ed è la capacità di *lasciar andare*. Questo stadio, in un bambino normale, si manifesta dapprima casualmente. Tuttavia, ogni volta che gli capita di lasciar andare qualche cosa per caso, egli ha anche la sensazione, anche questa casuale, di cosa significhi lasciar andare.

Il bambino alla fine giunge a sentire precisamente che cosa tutti questi fatti casuali abbiano in comune e impara come riprodurre "il caso", così com'è avvenuto. Questo si chiama rilasciamento vitale.

Ora era compito della mamma di Suzie, darle l'opportunità di lasciar andare. In nessuna altra area troviamo un esempio più chiaro del "fornire l'opportunità" che non nel rilasciamento vitale. Se volete che qualcuno lasci andare un oggetto, è ovvio che dovete soltanto metterglielo in mano e aspettare che lo lasci per poi rimmetterglielo in mano.

LIVELLO CEREBRALE	INTERVALLO DI TEMPO	COMPETENZA MANUALE
VII CORTECCIA IV STADIO	Sup. media 36 m. Media 72 m. Inf. media 108 m.	Uso per scrivere della mano controllata dall'emisfero dominante 
VI CORTECCIA III STADIO	Sup. media 22 m. Media 36 m. Inf. media 70 m.	Funzione bimanuale con una mano usata in ruolo dominante 
V CORTECCIA II STADIO	Sup. media 13 m. Media 18 m. Inf. media 36 m.	Opposizione pollice-indice in entrambe le mani contemporaneamente 
IV CORTECCIA I STADIO	Sup. media 8 m. Media 12 m. Inf. media 22 m.	Opposizione pollice-indice in entrambe le mani 
III MESENCE - FALO	Sup. media 4 m. Media 7 m. Inf. media 12 m.	Presa volontaria 
II PONTE	Sup. media 1 m. Media 2,5 m. Inf. media 4 m.	Rilasciamento vitale 
I BULBO E MIDOLLO	Sup. media nascita 0,5 m. Media nascita 1,0 m. Inf. media nascita 1,5 m.	Presa riflessa perfetto

ETA' CRONOLOGICA 30 MESI
ETA' NEUROLOGICA 1 MESE

Può darsi che questo avvenga a un bambino di un mese otto o dieci volte al giorno, dato che può soltanto lasciar cadere un oggetto che qualche adulto gli ha messo in mano.

La mamma di Suzie aveva il lavoro pronto. Doveva fornire in un giorno altrettante possibilità di lasciar andare qualcosa, quante ne ha un bambino sano in 50 o 60 giorni. Essa pose due bastoncini di legno, di un centimetro e mezzo di diametro e lunghi cinque centimetri, uno in ogni mano di Suzie, a cui si adattavano alla perfezione, ed ogni volta che Suzie ne perdeva uno, la madre glielo rimetteva in mano.

Ci sono al mondo lavori molto più eccitanti che mettere un bastoncino in mano a un bambino qualche centinaio di volte al giorno, ma forse *non* ci sono molti lavori più eccitanti se una madre vede le mani della sua bambina paralizzata cominciare a muoversi come cominciarono a fare quelle di Suzie, come risultato di compiere la funzione più e più volte. Perché è la funzione che crea la struttura e alla fine anche la struttura del cervello, proprio come, nel processo evolutivo, il cervello umano fu strutturato dalle sue funzioni.

Così la mamma di Suzie aveva trovato l'interruzione nel circuito e si era mossa per chiuderlo. Suzie progredì.

Abbiamo considerato un esempio per ognuna delle sei colonne del Profilo. Ciò che bisogna fare, quindi, è controllare il bambino in ciascuna di queste e identificare le zone oltre le quali non si comporta normalmente.

Cominciando poi da qualsiasi punto il bambino sia subnormale nelle sue capacità, si cerca di dargli il numero più grande possibile di opportunità di imparare che cosa voglia dire operare al livello successivo.

Se le interruzioni sono in una qualsiasi delle tre colonne sensoriali, la madre comincia semplicemente all'interruzione inferiore e fornisce enormi *quantità di stimoli* in ogni area in cui il bambino sia insufficiente.

Se le interruzioni sono in una qualsiasi delle tre colonne motorie, la madre comincia semplicemente all'interruzione inferiore e dà al bambino enormi *quantità di opportunità* di operare al livello superiore.

Così è stato con Billy, Mary, Sean, Lisa, Chris e Suzie. Ogni madre ha dedicato più o meno cinque minuti ogni mezza ora per chiudere quella particolare interruzione nel circuito che è stata descritta. Vi sembra proprio una così grande quantità di tempo, considerando la possibile ricompensa?

Naturalmente, se uno ci riflette un po', si ricorda che ad

ognuno di questi bambini viene impartito lo "schema" per almeno cinque minuti, quattro volte al giorno, sette giorni la settimana.

« Pensandoci bene », potreste dire, « non gli mettono anche la mascherina per un minuto all'ora? ». Ora il tempo comincia a sommarsi, fino a diventare una discreta quantità.

E non vi colpisce improvvisamente il fatto che pochi bambini sono cerebrolesi in modo tale da avere dei deficit in un'unica colonna del Profilo e la maggior parte dei bambini è coinvolta in tutte le sei colonne?

Se moltiplicate ciò che fate per una colonna per sei e poi aggiungete...

Se vi viene in mente che, sommando tutto, vi resterebbe ben poco tempo per altri piccoli lavori come pulire, cuocere, far la spesa, stirare ecc. posso solo dirvi che non ho mai promesso a nessuno un letto di rose o, se è per questo, un letto di qualunque genere.

Un leggero programma per un bambino che ha solo problemi di lettura, può richiedere al massimo un'ora al giorno. Questa, tuttavia, sarebbe un'eccezione e un programma più tipico coinvolgerebbe otto ore al giorno e potrebbe in realtà prolungarsi per tredici ore al giorno e anche più. Prima di dare un'occhiata a come potrebbe essere un programma di questo genere, consideriamo un punto fondamentale che, così a prima vista, potremmo anche non notare. I genitori raramente chiedono un programma più facile. Se, di quando in quando, pensiamo che abbiano bisogno di riposo e insistiamo per un intervallo più o meno di due mesi, quasi invariabilmente ci troviamo davanti l'unica seria resistenza che abbiamo mai incontrato con loro. Quando l'intera vita di un bambino è in gioco, e per lui si devono fare sforzi eroici, non sono i genitori a lamentarsi, ma sono piuttosto tutti gli altri che protestano, in favore dei genitori, che essi vogliano o no questa difesa.

I genitori hanno passato ogni secondo di veglia a considerare le proporzioni monumentali del problema che si trovano di fronte: il tipico commento di un padre, posto di fronte a un programma che farebbe esitare qualunque essere umano che non fosse padre, è: « Che cosa farei se non facessi il programma? ». Non è che gli spesso diffamati genitori siano più intelligenti di qualunque altro, è semplicemente che nessun altro ha passato più tempo di loro nel considerare le alternative e che nessun altro ama il loro bambino come loro stessi.