

RIABILITAZIONE E SPORT NEI DISABILI

d.ssa Isabella Ottavi
Psicologa dello sport, Psicoterapeuta

INTRODUZIONE

Una valutazione attuale dell'aspetto riabilitativo dello sport non può prescindere da una considerazione storicistica che tenga conto anche del significato dei termini «disabilità» e «riabilitazione» e delle rispettive modificazioni intervenute fino ad oggi.

DISABILITA'

Disabilità: (in inglese **disability, disabled**) persona privata di capacità di forza fisica , morale

Handicap: Condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione, che limita la possibilità di ricoprire un ruolo considerato normale in base all'età, al sesso, ai fattori culturali e sociali tipici di quella persona (O.M.S.).

Patologia :processo patologico nello stadio precedente la diagnosi

Menomazione: perdita o anormalità dell'integrità anatomica o funzionale di organi o apparati (compreso l'aspetto intellettuale e psicologico).

Disabilità : restrizione o mancanza di abilità da parte di una persona nello svolgimento delle attività quotidiane.

Handicap : conseguenza di menomazioni o disabilità che impediscono l'adempimento di un ruolo considerato normale per quella persona.

RIABILITAZIONE

Reintegrazione in un diritto o in una funzione , riacquisizione di una stima o di una reputazione

Dall'inglese "to rehabilitate" , ritorno ad uno stato precedente di efficienza e di funzionalità, di salute o di attività utile e costruttiva.

Riabilitazione Psicologica: promuove lo sviluppo di una libera personalità dell'individuo handicappato , rimuovendo gli "ostacoli" che si oppongono alla libera circolazione nell'ambiente sociale, eliminando la "emarginazione" (sociale, fisica, psicologica).

Riabilitazione Medica : recupero funzionale attraverso l'intervento farmacologico e chiesiterapico, mirato al raggiungimento di obiettivi di autonomia personale nelle attività quotidiane.

Anche in ambito sanitario, nella nuova "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Attività personali (ex-Disabilità) e della Partecipazione sociale (ex handicap o svantaggio esistenziale)" (ICIDH-2), sono ridefiniti due dei tre concetti portanti che caratterizzano un processo morboso ed il termine "handicap" è stato definitivamente accantonato:

- la sua esteriorizzazione: **menomazione**
- l'oggettivazione: non più disabilità ma **attività personali**
- le conseguenze sociali: non più "handicap" o "svantaggio" ma **diversa partecipazione sociale**

Oggi, rivolgendoci con più attenta comprensione del concetto di «riabilitazione» intesa come "evocazione e recupero di funzioni alterate e mantenimento delle abilità già esistenti", partendo dalla disabilità che è imprescindibile ed oggettiva, si tende alla valorizzazione della persona, evidenziandone le attitudini, le risorse, le capacità, le compensazioni possibili sociali e fisiche.

Riabilitazione = RI – ABILITAZIONE, ovvero abilitare nuovamente, rendere "di nuovo" abile. Se c'è necessità di restituire abilità a qualcuno significa che qualcosa è stato temporaneamente o definitivamente impedito a causa di un evento traumatico, evento che spesso viene definito "infortunio".

Infortunio = IN-FORTUNIO, lessicalmente senza fortuna, cioè sfortunato; la situazione traumatica che ha causato la disabilità (permanente o temporanea) è da attribuirsi ad una mancanza di fortuna, pertanto l'evento si verifica "per caso".

Modificando la terminologia, sostituendo infatti il vocabolo “infortunio” con “INCIDENTE” = “*avvenimento improvviso che accade nel corso di un altro interrompendolo per un periodo più o meno breve*”; si evince che l'incidente non è un evento isolato dal contesto, bensì un processo che coinvolge l'intero ciclo vitale e/o sportivo dell'individuo/atleta con notevoli costi economici, sociali ed emotivi..

Nel 2001 l'OMS ha presentato a 65 Paesi, fra cui l'Italia, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, nota come ICF, che rivoluziona irrevocabilmente la definizione di salute e disabilità.. Lo scopo generale di questa classificazione è di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati e per individuare gli ambiti di intervento, anche extra-sanitari più idonei a garantire il miglioramento dello stato di salute dell'individuo

Questa nuova classificazione, prende in considerazione gli aspetti contestuali della persona e permette la correlazione fra stato di salute ed ambiente arrivando alla definizione di disabilità come “*una condizione di salute in un ambiente sfavorevole*”,

Pertanto, con l'applicazione dell'ICF, si introduce un modello di classificazione universale con un approccio non più soltanto medico o sociale ma bio-psico-sociale, che utilizza un linguaggio neutro e che permette di eliminare definitivamente parola HANDICAP, con la connotazione negativa conseguente, in molti paesi del mondo.

In questa nuova accezione, LA DISABILITÀ NON È PIÙ UN PROBLEMA DI UN GRUPPO MINORITARIO ALL'INTERNO DELLA COMUNITÀ, MA UNA CONDIZIONE CHE RIGUARDA TUTTI, PERCHÉ OGNUNO PUÒ SPERIMENTARE IN ALCUNE FASI DELLA PROPRIA VITA UNA CONDIZIONE DI SALUTE CHE, IN UN CONTESTO AMBIENTALE SFAVOREVOLE, CAUSA DISABILITÀ.

ASPETTI PSICOLOGICI DELLA DISABILITA' FISICA

L'impatto del trauma sull'individuo è altamente distrutturante. Si viene a creare una situazione di perdita, la perdita alcune importanti funzioni vitali, con la conseguente necessità di elaborare il lutto: la presenza di una disabilità, anche se temporanea, rappresenta comunque l'acquisizione di una presenza menomata

L'intervento psicologico è quindi determinante nella riabilitazione post-traumatica, dovrà essere mirato a stabilire una valida relazione con l'individuo e in particolare dovrà definire obiettivi raggiungibili e fissati a breve, medio e lungo termine che condurranno alla consapevolezza dello stato di malattia e all'accettazione di quest'ultimo.

Il raggiungimento di un nuovo equilibrio sarà inoltre collegato alla possibilità di creare una rete di sostegno intrafamiliare (collaborazione di familiari, amici e parenti) e di ricevere un adeguato supporto psico-sociale da parte di un'équipe con competenze diversificate (medici psicologi fisioterapisti).

L'avviamento all'attività motoria sportiva, per individui traumatizzati adulti, inizia in ospedale con l'ausilio di personale specializzato anche esterno (fisioterapisti esperti nelle attività sportive, insegnanti di educazione fisica adattata ai disabili “APA”, tecnici sportivi specializzati) e viene comunemente definita Sport -Terapia.

La SPORT-TERAPIA, come afferma il Castellano, è un'attività motoria organizzata di tipo sportivo, a bassa soglia di competitività, individuale o in gruppo, tra soggetti con identica patologia disabilitante temporanea o permanente (V.Castellano, 2002)

L'applicazione dello sport con valenza terapeutica negli individui disabili può essere fatta risalire al 1944., quando Sir Ludwig Guttmann riuscì ad ottenere positivi miglioramenti psicofisici in circa 2000 individui con lesione midollare mediante terapia sportiva. In questo centro si tennero per la prima volta il 27.07.1948 i giochi per disabili, cui parteciparono reduci delle Forze Armate Britanniche con lesioni midollari.

In **Italia**, l'attività sportiva dei disabili, si affermò nel **1960**, per merito del Dott. **Antonio Maglio**, allora direttore del Centro Paraplegici INAIL di Ostia, il quale avvalendosi della collaborazione di alcuni sensibili e volenterosi tecnici sportivi, inserendo i Giochi di Stoke Mandeville nel contesto delle Olimpiadi di Roma, fece esordire i disabili sul palcoscenico sportivo quello stesso anno.

Con quell'avvenimento si posero le basi per la regolamentazione dei Giochi Paraolimpici per disabili (a cui partecipano oggi atleti con disabilità fisica o visiva), che si svolgono nella stessa città e nello stesso anno dei Giochi Olimpici con il riconoscimento dell'**IPC** (International Paralympic Committee), equivalente del **CIO** (Comitato Olimpico Internazionale) per lo sport dei disabili.

Le attività sportive dei disabili in **Italia** sono attualmente gestite e coordinate da un organismo unitario denominato **FISD** (Federazione Italiana Sport Disabili) riconosciuto ufficialmente dal **CONI** al pari delle altre Federazioni Sportive Nazionali.

IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE DELLO SPORT

L'individuo disabile nella fase della riabilitazione risulta totalmente dipendente dall'ambiente circostante, non solo per i bisogni primari ma anche per la comparsa di problemi affettivi con conseguente diminuzione dell'autostima.

L'avviamento alla pratica sportiva per questi individui passa necessariamente per la riabilitazione, la cosiddetta "sport-terapia". Questa pratica rieducativa di tipo psicomotorio consente al soggetto di trasformarsi da oggetto della riabilitazione a soggetto dell'azione.

Attraverso lo sport il paziente sperimenta nuovamente a livello fisico la gratificazione che deriva dal sentire i propri muscoli, validi, capaci di offrire sostegno e produrre movimento. Sul piano psicologico ciò significa "esisto, posso" e aiuta a riacquistare la stima di sé diminuita conseguentemente al trauma subito.

Parallelamente allo sviluppo della medicina sociale e della medicina psicosomatica, anche lo sport ha assunto una valenza terapeutica. Nel concetto di sport-terapia si possono distinguere due aspetti importanti, cioè lo sport inteso come attività ludico-motoria e lo sport inteso come attività agonistica: questi due aspetti agiscono in modo differente sulla componente motoria, di coordinazione e attivazione muscolare, e sulle componenti psicologiche di armonizzazione e rinforzo del carattere.

Lo sport agisce stimolando nel disabile il rispetto della propria persona e il senso della propria dignità mediante la riappropriazione di una realtà psicologica individuale; questo recupero si ottiene realisticamente attraverso una maggiore conoscenza di se stessi; delle proprie effettive possibilità e rispettivi limiti, ossia capacità ed incapacità riferite all'handicap esistente.

Con l'attività ludico-motoria l'individuo è portato ad acquisire maggiore sicurezza nelle proprie possibilità motorie, e l'esistenza di un coinvolgimento emotivo determinato dalla pratica stessa, stimola il conseguimento di risultati positivi ottenuti mediante senso di autoaffermazione e di autostima che la persona disabile crea attraverso l'immagine di sé.

La riabilitazione ottenuta attraverso lo sport permette di scaricare tensioni psicologiche normalmente presenti tra l'handicappato e il mondo esterno; formula e ottiene una presa di coscienza di sé nell'ambito sociale, al tempo stesso la convivenza tra più persone praticanti sport, facilita una maggiore socializzazione e rapporti di amicizia che sarebbero difficilmente realizzabili senza l'evento sportivo.

Sport significa combattere aspetti negativi dell'handicap come: paura, angoscia, ansia, depressione, che determinano frustrazione e totale chiusura con il mondo esterno. Con l'attività sportiva agonistica, mediante il training sportivo, l'individuo impara ad temprare se stesso anche sul piano psicologico: gli esercizi, gli allenamenti, gli sforzi per apprendere e migliorare il gesto tecnico, infatti, non sono fini a sé stessi ma in funzione di un obiettivo: la riuscita in gara, e richiedono la partecipazione simultanea di tutte le esperienze motorie e sensoriali, ma anche cognitive ed emozionali e consentono la possibilità di ritrovare valori, motivazioni, scopi, mete

Alla base del comportamento agonistico, ci sono i bisogni di affermazione, il desiderio di emergere e di rassicurarsi circa le proprie capacità, in sintesi l'agonismo è un comportamento aggressivo, intendendo l'aggressività nella sua accezione positiva di assertività, ovvero la capacità di modificare l'ambiente rispetto alla possibilità di prendersi uno spazio vitale e impadronirsi delle cose.

Il disabile ha bisogno quanto e più di un normodotato di imparare ad esprimere l'aggressività, sovente infatti il desiderio di autoaffermazione si esprime con comportamenti di rabbia, ostilità e sentimenti di rivalsa verso gli altri oppure, quando il senso di sconfitta nei confronti della vita è molto forte l'aggressività non espressa può portare a comportamenti autolesionistici, fino ai limiti estremi del suicidio

Il gruppo sportivo è dunque il contesto per eccellenza dove l'aggressività può essere manifestata in forma ritualizzata consentendo, mediante il confronto con degli avversari, di ingaggiare una lotta e rivaleggiare per vincere, nel rispetto delle regole, senza che ne consegua una distruzione dell'altro, dove si impara inoltre ad accettare la sconfitta, a gestire la rabbia derivante dalla frustrazione senza lasciarsene sopraffare.

Nel caso di disabilità congenita si trovano invece associati alle limitazioni motorie anche dei deficit primari nello sviluppo cognitivo, imputabili alla lesione in aree cerebrali deputate alle funzioni cognitive superiori (es. linguaggio) e secondari conseguenti alle limitazioni motorie imposte dalla disabilità, soprattutto nei casi di tetraplegia, poiché questa interessa tutti gli arti in modo molto grave.

Il disabile congenito vive, rispetto al disabile traumatizzato, un differente rapporto con la propria limitazione e, quindi, un diverso vissuto psicologico. Un soggetto affetto da disabilità congenita, infatti, ha una maggior facilità ad affrontare gli ostacoli con cui si è trovato a confrontarsi fin dalla nascita. mentre un disabile acquisito, affronta gli impedimenti come un'enorme barriera psicologica e, in casi estremi, con la rinuncia ad affrontare il mondo esterno e quindi la vita.

Anche se il disabile congenito accetta meglio del traumatizzato la propria diversità, è chiaro che il disagio psicologico rimane ugualmente molto elevato. Considerando che la formazione della personalità si delinea nei primissimi anni di vita, i primi momenti dell'esistenza di un bambino affetto da disabilità saranno caratterizzati da sofferenza e frustrazioni. Queste tensioni, che negli anni possono essere elaborate ed assimilate, appartengono comunque al patrimonio d'esperienze del soggetto e sono parte integrante della sua storia.

Il processo di riabilitazione di un bambino disabile non si esaurisce in alcun modo nell'eventuale recupero di abilità lese attraverso attività di riabilitazione funzionale, ma è costituito da tutti gli stimoli e le relazioni che gli permettono e favoriscono il processo di crescita globale. Lo stesso apprendimento scolastico perché non avvenga in ritardo presuppone la possibilità di aver svolto e di svolgere esperienze ludiche, espressive e psicomotorie.

Lo sport, inteso come crescita motoria, è fondamentale per il disabile così come per il normodotato. Infatti l'attività motoria ha valenze che vanno ad abbracciare la totalità dell'uomo sia dal punto di vista psicofisiologico che sociale. Il movimento stesso giunge a costituire di per sé un vero e proprio sistema di riferimento che, guidando e controllando i gesti, li analizza a livello sensoriale e sensitivo, con un'intima partecipazione soggettiva ricca di implicazioni di ordine emotivo ed affettivo, che valuta lo spazio gestuale dell'individuo in diretta relazione con gli spazi esterni, sensibilizzandone la dimensione della percezione del sé e strutturandola secondo la scala dei bisogni, così da giungere alla ricostruzione psicologica del proprio schema corporeo.

Lo sport, diventa così un campo di allenamento fisico e psicologico all'interno del quale il disabile può vivere, crescere e sviluppare la sua personalità; lo si può paragonare lo sport ad un setting terapeutico, poiché all'interno di uno spazio protetto, è possibile confrontare con altre persone, aventi le stesse o simili problematiche, le proprie paure, ansietà, frustrazioni ed errori, ma anche scoprire interessi, obiettivi e nuove mete. Si sperimentano così nuovi apprendimenti rispetto a se stessi che saranno riproposti anche nella vita quotidiana, fuori dall'ambito sportivo, con la conseguenza di una maggiore autonomia psicologica.

ASPETTI PSICOLOGICI DELLA DISABILITA' MENTALE

L'**A.A.M.D.** (American Association of Mental Deficiency) definisce disabilità mentale, od oligofrenia, "un funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media, che è causa o che è associato ad una compromissione del comportamento adattivo e che si manifesta durante il periodo dello sviluppo". Con il termine comportamento adattivo o maturità sociale si indica la capacità del soggetto di adeguarsi ai ruoli socialmente condivisi propri della sua fascia d'età e dell'ambiente socio-culturale cui egli appartiene. Il DSM-IV limita l'esordio del ritardo mentale entro i 18 anni. Sempre secondo tale manuale, le principali aree nelle quali si possono notare gli effetti della compromissione del livello intellettivo, sono le seguenti

- La comunicazione
- La cura della persona,
- Le capacità sociali-interpersonali
- L'uso delle risorse della comunità
- L'uso delle risorse della comunità
- Il rendimento scolastico
- Il tempo libero
- La salute
- La sicurezza

La disabilità psichica può avere un'origine biologica oppure socio-ambientale; più precisamente, questa è una semplificazione della realtà, perché è noto a tutti come siano entrambi gli elementi a determinare l'intelligenza della persona. In particolare modo, è largamente riconosciuto il ruolo riabilitativo di un ambiente particolarmente ricco e stimolante per le persone con disabilità mentale. L'azione terapeutica dello sport è da riferirsi alla possibilità di migliorare la capacità d'adattamento del ragazzo con disabilità mentale, cioè una funzione che induce il soggetto a mettere in opera le sue facoltà psichiche e motorie per integrarsi nella realtà socio-culturale, mantenersi e all'occorrenza modificarla.

E da considerare che, di pari passo con questo miglioramento della capacità d'adattamento del ragazzo, le situazioni nuove che la pratica sportiva presenta come igiene personale e di trasporto (fare la doccia da soli, mangiare da soli, muoversi in un ambiente con determinate caratteristiche, prendere una decisione) lo aiutano in un processo di crescente autonomia.

IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE DELLO SPORT

Il ragazzo con disabilità mentale ha dei limiti nel dinamismo motorio e si presenta insicuro nelle attività d'orientamento e d'organizzazione spazio-temporale. L'attività sportiva offre al ragazzo disabile l'opportunità di migliorare le proprie capacità motorie, relativamente all'aspetto della coordinazione psico-motoria e di un più efficiente **controllo posturale**, e favorisce in lui l'acquisizione di una migliore percezione del proprio schema corporeo.

Attraverso la pratica di una disciplina sportiva, egli può affinare inoltre la propria capacità d'**organizzazione spazio-temporale**. Infatti, egli si troverà ad agire, muoversi in uno spazio definito, nel quale dovrà imparare ad ambientarsi e a coglierne i limiti e le caratteristiche; a praticare un'attività sportiva

nella quale dovrà avere una percezione del tempo ed affinare il suo orientamento temporale, da intendersi come capacità di percepire il trascorrere del tempo ed il susseguirsi di determinati eventi.

La difficoltà maggiore sembra essere proprio l'**articolazione psicomotoria**, cioè lo sviluppo armonico delle funzioni motorie e la loro relazione con la rappresentazione: l'integrità dello schema corporale, degli automatismi e della motricità volontaria sottesi da una rappresentazione mentale adeguata. La rappresentazione può essere in ritardo sul gesto effettuato e l'apprendimento svolge una funzione importante in questa relazione fra il corpo vissuto, la rappresentazione e la sua azione sugli oggetti.

Un altro fattore riabilitativo importante è l'**affettività** vissuta nelle diverse situazioni che comunica al soggetto sensazioni già elaborate simbolicamente, permettendogli un maggior coinvolgimento emozionale legato alla sconfitta/depressione o alla vittoria/euforia.

Nei disturbi psico-motori la funzione dell'affettività è spesso assai rilevante. Il corpo è, nello stesso tempo, luogo di impressioni e di espressione dell'affettività poiché il piacere e la sofferenza esistono tramite sensazioni che incidono sul comportamento e modificano l'atteggiamento del corpo.

Una delle componenti dell'affettività è l'**aggressività**, un potenziale energetico, ma è soprattutto una reazione ad un sentimento di frustrazione (dispiacere, insoddisfazione) e di ostilità.

Il comportamento aggressivo è in rapporto con la qualità del controllo tonico-emozionale e, specialmente nei casi di grande labilità emotiva, l'agitazione, la collera, le grida e i lanci di oggetti sono la prova di uno stato di forte tensione (tonica) e di «esplosione emotiva».

L'attività sportiva può permettere quindi al ragazzo con disabilità mentale di esprimere in modalità socialmente accettate l'aggressività ed imparare un auto-controllo della stessa.

La socializzazione, infine, costituisce una modalità di scambio favorendo la canalizzazione del proprio mondo interno nel gruppo dei pari. L'attività sportiva permette al ragazzo disabile di acquisire una crescente autonomia e gli offre numerose occasioni di **socializzazione**, da intendersi come integrazione sociale in un ambiente più ampio, in cui vi sono le condizioni per nuovi e stimolanti contatti umani che permettono al ragazzo di esprimersi e confrontarsi anche al di fuori del suo mondo familiare.

Lo sport rappresenta una particolare forma di linguaggio e di **comunicazione**, che avviene attraverso la mediazione corporea e che contiene in sé livelli di integrazione motoria, percettiva, mentale, sociale.

Non è da sottovalutare inoltre **la funzione di «contenitore»** che può avere per il ragazzo disabile la pratica di una disciplina sportiva, nel senso di un ulteriore punto di riferimento nella sua vita affettiva e sociale.

PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ SPORTIVE PER I DISABILI MENTALI.

I disabili mentali, per quanto riguarda la partecipazione alle attività sportive, afferiscono due movimenti sportivi denominati rispettivamente

SPECIAL OLYMPICS, al quale partecipano persone affette da Sindrome di Down o con ritardo mentale medio-grave nato nel 1968 negli Stati Uniti per volontà di Eunice Kennedy Shriver, sostenitrice per più di 3 decenni dei miglioramenti delle persone con ritardo mentale, in occasione dei Primi Giochi Internazionali tenutisi a Chicago, Illinois..

In un protocollo d'intesa firmato il 15/02/1988 la Commissione Olimpica Internazionale ratifica, una convenzione nella quale riconosce ufficialmente il S.O.I. (Special Olympics Italia) ed accetta di collaborare con esso, come rappresentante degli interessi degli atleti con disabilità mentale.

Special Olympics, propone una forma di attività ludico-sportiva tra atleti "speciali" con uguali abilità, come mezzo per favorirne la crescita, l'autonomia e l'integrazione e

Attraverso un processo di divisione tiene conto delle abilità degli atleti e permette ad ogni gareggiante una possibilità di vincere. Atleti appartenenti ad ogni divisione possono avanzare nelle gare fino ai giochi Mondiali.

Per atleti con grave handicap ha creato il programma d'allenamento per attività motoria, sviluppato da insegnanti di educazione fisica, fisioterapisti ed animatori (*motor activities training program*) che enfatizza l'allenamento e la partecipazione piuttosto che la competizione.

INAS-FID, fondata nel 1986, è universalmente riconosciuta come Federazione Sportiva Internazionale. , che si prefigge l'obiettivo della normalizzazione e rappresenta gli interessi delle persone con disabilità mentale, con particolare attenzione allo sport.

L'Associazione INAS-FID è membro dell'IPC (International Paralympic Committee), permette lo svolgimento di attività sportive amatoriali ed agonistiche tra "atleti" con uguali potenzialità, favorisce l'integrazione nello Sport praticato a tutti i livelli proponendo lo sport come attività normalizzata cui gli atleti hanno diritto al pari degli altri e la partecipazione a competizioni nazionali ed internazionali regolamentate dallo stesso IPC. Le classificazioni per la partecipazione all'attività sportiva agonistica dei disabili mentali, vengono certificate da

medici e psicologi qualificati nel rispetto dei criteri stabiliti dalla AAMD e dalla WHO (World Health Organisation) e precisamente

- QI inferiore a 70/75 stimato mediante scale WAIS o WISC
- Ritardo in due o più aree del comportamento adattivo (comunicazione, cura di sé, vita in casa, abilità sociali ed interpersonali livello di istruzione)
- Età di insorgenza anteriore ai 18 anni

Le due organizzazioni non sono in competizione tra loro, ma sono complementari e spesso i dirigenti delle due associazioni, programmano indifferentemente attività sportive con l'una o l'altra formula di gioco a seconda della gravità degli atleti.

CONCLUSIONI

Sport, quindi, come momento di cura, ma anche momento di amicizia, esperienza di festa. Sport come situazione in cui si sperimenta il confronto con l'altro e con i propri limiti, si apprende il rispetto delle regole ed il gusto dell'impegno. Sport come strumento di prevenzione, capace di richiamare l'attenzione delle persone, di aggregarle, di far acquisire una dimensione non alienante al loro tempo libero. Sport come attività che reca in sé una carica straordinaria e affascinante di umanità, di gratuità, di conquista, di coraggio, di pazienza, diventando avventura che riempie di segni, di obiettivi, di speranza.

Attualmente, le barriere concettuali ed ideologiche che separavano psicologia clinica e psicologia dello sport, sono quasi completamente eliminate; oggi per ogni persona, normodotata o disabile, il primo reale nemico da battere è il fantasma della paura, dell'insicurezza, della bassa stima di sé, prima ancora dell'avversario. Lo sport consente quindi di trasformare l'immagine di sé e l'individuo, da atleta, disabile, paziente; davanti ad una prestazione egli diventa semplicemente una persona, capace di risolvere problemi, di porsi degli obiettivi e, attraverso delle strategie di ordine psicologico, impara a perseguire questi obiettivi e a risolvere i problemi che possono intercorrere nel corso del cammino.

Lo scontro con l'avversario è episodico, un momento nella sua vita; per tutto il resto del tempo ciò che conta è la stimolazione di un processo di consapevolezza per una continua crescita fisica e mentale che possa condurlo verso il raggiungimento della massima autonomia che gli consenta di conseguirei livelli di eccellenza che si è prefisso.

Fondamentale sarà pertanto la relazione con l'istruttore o l'allenatore che dovrà sviluppare sufficiente flessibilità, per rispettare la propria personalità e adattarsi alle necessità della situazione e del gruppo; integrando le proprie conoscenze delle regole e della tattica sportiva con quelle relative alla patologia, agli ausili sportivi, alla comunicazione al fine di avere una visione completa degli atleti, considerando quindi disabilità e risorse.