

Abilitazione e Riabilitazione

ARe

Anno XXI N. 1 2012

Publicazione del
Centro Paolo VI di Casalnoceto (AL)

Registrazione del Tribunale di Tortona N. 3/93 del 15.6.93 - Spedizione in abbonamento postale, gruppo IV - Pubbl. inf. 50% - Autorizzazione della Direzione Provinciale PT di Alessandria

A e R - Abilitazione e Riabilitazione
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE



Centro Paolo VI

Onlus - Organizzazione non lucrativa di utilità sociale

Comitato scientifico

Alessandro Antonietti

Giuseppe Cetta

Ettore Cima

Maurizio De Negri

Paola Di Blasio

Aldo Galeazzi

Paola Iannello

Pierluigi Postacchini

Daniela Traficante

Giuseppe Vico

Comitato di redazione

Gianluigi De Agostini

Cesare De Paoli

Roberta Fanzio

Maurizio Pilone

Segretaria di redazione

Giuliana Lucente

Direttore responsabile

Vittorio Moro

Co-coordinatore scientifico

Cesare Albasi

Coordinatore scientifico

Pier Luigi Baldi

NOTE DELLA REDAZIONE

- La rivista comprende tre sezioni:

a) studi e ricerche; b) esperienze di lavoro; c) contributi vari.

- Gli articoli vanno indirizzati alla segreteria di redazione, presso il “Centro Paolo VI”, via Gavino Lugano n. 40, 15052 Casalnoceto (AL). Tel. 0131.808140 - Fax 0131.808102 - email: g.lucente@centropaolovi.it.

- Il testo di ciascun contributo, da inviare sia su supporto informatico che cartaceo, dovrà essere accompagnato dal nome e cognome dell'autore (o degli autori), con qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico.

- Per ogni saggio della sezione “studi e ricerche” si richiedono un breve riassunto, tre parole-chiave e i riferimenti bibliografici.

- L'accettazione dei lavori è subordinata al parere positivo di “referees”, esterni al comitato di redazione.

- Per la stesura della bibliografia ci si dovrà attenere ai seguenti esempi:

a) **LIBRO**: Viaro, M., Leonardi, P. (1990), *Conversazione e terapia*. Milano: Raffaello Cortina.

b) **ARTICOLO DI RIVISTA**: Hècaen, H. (1960), Les apraxies. Introduction. *Revue Neurologique*, 102 (6), 540-550.

c) **CAPITOLO DI UN LIBRO**: Carli, R. (1982), Per una teoria dell'analisi istituzionale. In R. Carli, L. Ambrosiano (a cura di), *Esperienze di psicosociologia* (59-139). Milano: F. Angeli.

d) **ATTI DI CONVEGNI**: Orsenigo, A. (1987), Professionalità degli educatori di comunità. ecc.. In C. Kaneklin, C. D'Ambrosio (a cura di), *Atti del Convegno Interventi di comunità* (127-156). Milano: Università Cattolica del S. Cuore.

- La rivista è distribuita gratuitamente.

- **A e R - Abilitazione e Riabilitazione** è consultabile anche *on-line*, all'indirizzo internet www.centropaolovi.it. Sulla *home page* del predetto sito, si dovrà cliccare **Formazione e ricerca scientifica** e, successivamente, **A e R - Abilitazione e Riabilitazione**.

A e R - Abilitazione e Riabilitazione

Anno XXI - N. 1 - 2012

INDICE

STUDI E RICERCHE

DANIELE PARADISO

L'ipocondria come "flashback relazionale" psicosomaticopag. 7

FERRUCCIO DEMAESTRI

Riflessioni e possibili orientamenti metodologici per il trattamento
musicoterapico nei disturbi personologici dell'adolescenzapag. 27

ESPERIENZE DI LAVORO

RITA BASSO, ADALGISA CONTI, MARCO DELLA RATTA,
SARA LOVOTTI, MARA SINELLI, ELISABETTA ZADRO

Il passaporto: condividi il mondo di Giovanni
(interventi riabilitativi, educativi e assistenziali su bambini
e adolescenti affetti da gravi patologie: riflessioni degli operatori)pag. 39

LUCIO FIGINI

Alcune indicazioni per l'utilizzo dell' ICF
(International Classification of Functioning, Disability and Health)pag. 53

ORIETTA MELONE

Alice guarda i gatti
(un'esperienza di laboratorio con disabili psichici adulti).....pag. 63

SARA LOVOTTI, ELISABETTA ZADRO

Proposta di protocollo logopedico per la valutazione della respirazione oralepag. 69

COMUNICAZIONI

La scomparsa del prof. Luigi Anollipag. 81

STUDI E RICERCHE

L'IPOCONDRIA COME “FLASHBACK RELAZIONALE” PSICOSOMATICO

DANIELE PARADISO *

Riassunto. *Il problema dell'ipocondria si inserisce come un cardine tra alcune questioni centrali della psicologia clinica: il rapporto mente-corpo; il rapporto tra percezione soggettiva e fatto oggettivo; il coinvolgimento delle dinamiche interpersonali ed evolutive nella formazione dei sintomi; il rapporto tra personalità e sintomi; l'impronta che la cultura e la società lasciano sui modi in cui l'individuo esprime la sua sofferenza e, non per ultimo, l'influenza delle comunicazioni tra paziente e terapeuta sull'espressione dei sintomi (cfr. Ferenczi, 1912). Lo scopo di questo lavoro è delineare l'evoluzione del concetto nella clinica psicoanalitica fino a giungere a suggerirne una visione coerente con i modelli relazionali contemporanei che aprono prospettive molto differenti sulla valutazione di questo interessante fenomeno interpersonale.*

Parole chiave: *ipocondria, psicoanalisi relazionale, psicosomatica.*

1. Prospettive psicoanalitiche sull'ipocondria

L'ipocondria è stata considerata nel tempo sia un sintomo, sia una sindrome, sia un carattere: il cosiddetto “carattere ipocondriaco”¹. In psicoanalisi l'ipocondria è stata tradizionalmente associata a livelli differenti di organizzazione della personalità (Rosenfeld, 1958; Kernberg, 1987; Röder et al., 1995, p. 31); situazioni post-traumatiche in organizzazioni sane (Ferenczi, 1916; Anna Freud, 1952); sintomi psicosomatici in nevrosi attuali (Freud, 1895); narcisismo (Freud, 1914; Kohut, 1971); manifestazioni di isteria (Ferenczi, 1919); livello di organizzazione borderline (Kernberg, 1967); psicosi (Freud, 1914, 1915; H. Rosenfeld, 1958; D. Rosenfeld, 1984) e autismo (Steiner, 1993; Nissen, 2000, 2003). L'ipocondria è così difficile da inquadrare probabilmente perché, come ha ipotizzato Civitarese (Egidi Morpurgo, Civitarese, 2011, p. 108), “L'ipocondria rappresenta un crocevia tra più vie regressive”.

Freud ha iniziato a occuparsi dell'ipocondria nel 1895 in “*Legittimità di separare dalla nevrosi un preciso complesso di sintomi come nevrosi d'angoscia*”; egli scrive:

* Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino

¹ Secondo Kuchenhoff (1985), “La sindrome ipocondriaca non indica cioè alcuna malattia, ma la forma fenomenologicamente autonoma di un rapporto Io-mondo particolare, caratterizzato da una amplificazione progressiva del valore che riveste la malattia. Questo rapporto Io-mondo si fonda sulla perdita dell'ovvietà naturale del vissuto di integrità somatica e psichica, cosicché l'attenzione e l'affettività si limitano a forme di auto-osservazione, di sentimento di malattia, o di convinzione di malattia, mentre l'incontro interumano viene allo stesso modo limitato e reso impossibile”.

“Non sempre l’ipocondria procede di pari passo con l’attesa angosciosa in generale; essa esige, come condizione preliminare, l’esistenza di parestesie e di penose sensazioni somatiche. L’ipocondria è perciò la forma preferita dai soggetti affetti da nevrasenia vera, quando, come spesso avviene, vengono colpiti anche da nevrosi d’angoscia.” (Freud, 1895, pp. 155-156). Freud inserisce l’ipocondria tra le nevrosi attuali, causate cioè da conflitti attuali, e non tra le psiconevrosi, che sono invece causate da complessi di origine infantile. Le “parestesie e le penose sensazioni somatiche” deriverebbero, in questo primo modello, da un accumulo di eccitazione libidica non elaborata psichicamente. I sintomi sono perciò privi di significato simbolico. In questo modello gli organi “parlano” e il loro linguaggio è rappresentato da sensazioni fastidiose e di dolore (Cremerius, 1957; Egidi Morpurgo e Civitarese, 2011, p.18). L’Io scisso osserva e ascolta questi tentativi di comunicazione inconscia senza riuscire a comprenderli, sotto forma di “attesa angosciosa verso il corpo”² (Freud, 1895, p. 156). In questa visione il corpo è per la mente un oggetto estraneo, assillante, ambiguo, pericoloso eppure drammaticamente vivo e sensibile.

Freud riprende il concetto di ipocondria nel suo lavoro fondamentale del 1914 “*Introduzione al narcisismo*” in cui, seppur mantenendo la collocazione dell’ipocondria tra le nevrosi attuali, la inserisce contemporaneamente nell’ambito delle nevrosi narcisistiche a causa del particolare rivolgimento della libido verso l’Io; inoltre essa viene collocata, per questa analogia nel funzionamento dinamico, insieme alle schizofrenie³. Freud ha messo, per primo, in evidenza l’autoreferenzialità narcisistica del paziente ipocondriaco, mettendolo a confronto con altre condizioni quali l’innamoramento, l’omosessualità e la psicosi (Freud, 1914). Stolorow (1977) ha sottolineato come, dopo il 1926, Freud si sia “dimenticato” di riformulare lo statuto dell’ipocondria sulla base della nuova teoria dell’angoscia, rilevando come l’angoscia ipocondriaca possa essa stessa fungere da segnale d’allarme per “traumi narcisistici”⁴.

² Colpisce il lettore l’estrema sensibilità clinica di Freud, che descrive inoltre, in questo scritto, tutti i tipi di attacco di panico da lui osservati. Sappiamo che in alcuni momenti della sua vita lo stesso padre della psicoanalisi può aver sofferto di gravi preoccupazioni ipocondriache. In un passaggio della lettera a Fliess n. 39, del 19 aprile del 1894, sembra confessare il proprio coinvolgimento diretto in questo tipo di angosce e le proprie difficoltà: «E’ troppo penoso per il medico che si arrabatta per tutte le ore del giorno nel comprendere le nevrosi non sapere se lui stesso soffre di una depressione logica o ipocondriaca [...]. I monelli e mia moglie stanno bene; a lei non ho confidato i miei deliri di morte».

³ Anche nel saggio *L’Inconscio* (Freud, 1915) ipocondria e schizofrenia rimangono apparentate nella famiglia delle nevrosi narcisistiche (parafrenie) in cui la libido viene ritirata dagli oggetti.

⁴ Lo stesso Sigmund Freud era rimasto narcisisticamente deluso dal comportamento del padre, che occupava una posizione autoritaria in famiglia, ed era da lui molto ammirato, quando Freud aveva circa dodici anni. Il padre, a quell’epoca, gli aveva raccontato di aver subito passivamente un’offesa da parte di un cristiano, che gli ordinava di scendere dal marciapiede, e che, nel farlo, gli aveva gettato nel fango il suo berretto di pelliccia. Alla domanda del piccolo Sigmund: “E tu

Ferruta (2011) osserva come il difetto di soggettivizzazione del corpo nell'ipocondria possa coincidere con il difetto di soggettivazione dell'apparato psichico. Nell'ambiguità della formula freudiana "dove era l'Es deve subentrare l'Io" (Freud, 1932), secondo Ferruta, è racchiuso l'enigma dell'ipocondria⁵. Seguendo il pensiero di questa autrice, nei casi di ipocondria, il corpo viene "sottomesso" dalla mente, e non soggettivato, proprio come l'Io della celebre affermazione freudiana potrebbe conquistare il territorio dell'Es senza mai giungere compiutamente ad "essere l'Es". Allo stesso modo, può presentarsi il problema delle sottomissioni tra paziente e analista, nella stanza d'analisi, e possono avvenire movimenti paranoicali di transfert e controtransfert, laddove il paziente ipocondriaco senta la paura che l'interpretazione possa essergli imposta dal terapeuta, senza che ci sia stato prima un lavoro psichico tra le loro due menti, senza che ci sia stato un preliminare "accoppiamento generativo". La paura della sottomissione psichica potrebbe essere all'origine di alcune ansie ipocondriache; chiaramente per sostenere questa posizione è necessario porsi al di là della metapsicologia pulsionale e pensare ad una funzione relazionale del sintomo ipocondriaco.

Dopo Freud, diversi altri psicoanalisti si sono occupati del problema di definire la dinamica profonda dell'ipocondria: primo fra tutti Ferenczi (1916) che in *Le Patonevrosi* ipotizza un collegamento tra la malattia organica e la fissazione libidica (non nevrotica) sull'organo colpito in precedenza da malattia. In seguito, l'analista ungherese (1919) cercò di identificare una particolare forma di ipocondria isterica su cui, però, sono stati recentemente avanzati dei dubbi dal gruppo di lavoro su "Isteria e Ipocondria" dell'Associazione Tedesca di Psicoanalisi (IDV). Scrivono Röder et al. (1995, p.11): "Noi però esprimiamo qualche dubbio se in ciò si tratti veramente di fenomeni ipocondriaci nel senso di una elaborazione nevrotica, come lo suppone Ferenczi; i sintomi appaiono piuttosto di carattere cenestesico (*délir corporel*)". Comunque, anche secondo questi autori è possibile differenziare un'ipocondria narcisistica (non simbolica) da un'ipocondria isterica (simbolica), anche se, riprendendo il discorso di Freud del 1895, è necessario considerare che i due casi potrebbero presentarsi contemporaneamente nello stesso soggetto. Non è infrequente che, accanto a penose sensazioni somatiche, possano coesistere rappresentazioni "simboliche" dismorfofobiche, che si avvicinavano

cosa facesti?" la risposta del padre era stata: "Andai in mezzo alla strada e lo raccolsi" (Freud, 1899).

⁵ Anna Ferruta organizza le sue riflessioni a partire da uno scritto di Antonio Alberto Semi (2000) di cui riporto il passo centrale, Semi scrive: «*Wo Es war, soll Ich werden*, con questa semplice frase, difficilmente traducibile in italiano, che gioca sulla possibilità di leggere la seconda parte in prima persona singolare o in terza "Dov'era, devo diventare" oppure "Dov'era Es, deve diventare Io" o addirittura "Dov'era l'Es, deve subentrare l'Io", in altri termini che pone il problema non dell'oggettivazione dell'Io ma della soggettivazione dell'apparato psichico e, più radicalmente, dell'individuo, Freud conclude la 31^a lezione di *Introduzione alla psicoanalisi* (1932). (...) che indica la volontà di Freud di non oggettivare Es o Io, anzi che indica la precisa intenzione di far dire "Io", senza alcun articolo che lo determini».

al *délin corporel*. E' interessante notare che l'ipocondria si colloca, già nel pensiero di questi autori classici, come un problema connesso allo sviluppo dei processi di simbolizzazione. Malgrado ciò, l'ipocondria sembra non riuscire a trovare una sua sistematizzazione definitiva all'interno della teoria pulsionale. Essa sembra appartenere sia a quadri nevrotici, isterici, in cui svolge un ruolo di difesa contro l'eccitazione sessuale, sia a funzionamenti narcisistici in cui rappresenterebbe invece una difesa contro la regressione. L'ipocondria ha portato diversi autori ad interessarsi al problema del rapporto tra aspetti simbolici e sub-simbolici poiché attraverso il sintomo corporeo, fatto di sensazioni e impressioni percettive, pone il problema dell'esistenza di formulazioni inconscie non simboliche, incomplete e aperte a codifiche multiple. Più recentemente, nelle concezioni dell'inconscio delle teorie psicoanalitiche contemporanee, come quella dell'inconscio non-formulato espressa da Stern (1997) queste idee hanno trovato una sistematizzazione più coerente (cfr. Bucci, 1997).

Dopo la seconda guerra mondiale, alcuni importanti psicoanalisti di scuola kleiniana si sono occupati di identificare la dinamica della pulsione aggressiva all'interno dei sintomi ipocondriaci. Secondo la Klein, gli impulsi aggressivi vengono nella fasi primitive dello sviluppo psichico gestiti attraverso la difesa della scissione (Klein, 1935). Nell'ipocondria paranoidea, che è una prima variante dell'ipocondria connessa a questa fase evolutiva, gli oggetti interni verso cui sono indirizzate le fantasie di odio e distruzione sono allo stesso tempo temuti per le loro possibili rappresaglie contro l'Io, tanto che l'angoscia che ne deriva porta il soggetto a sentirsi minacciato dall'interno. Nella posizione schizoparanoide vengono alimentate forti idee di persecuzione fino a che, con lo sviluppo dell'apparato psichico, non si avrà accesso alla posizione depressiva. In questa seconda fase diviene possibile sviluppare una seconda variante dell'ipocondria: l'ipocondria depressiva. Scrive la Klein: "appare ora chiaro perché, in questo stadio dello sviluppo, l'Io si senta continuamente minacciato nel possesso degli oggetti buoni introiettati. Esso è pieno di angoscia per la possibile morte di questi oggetti. Sia in bambini che in adulti affetti da depressione, io ho portato alla luce il timore di albergare dentro di sé oggetti morenti o morti (specie genitori) nonché identificazioni dell'Io con oggetti siffatti" (Klein, 1935, p. 301). Questa variante depressiva dell'ipocondria deriverebbe dal senso di colpa e dal desiderio di riparare gli oggetti simbolizzati negli organi interni danneggiati, oltre che dalla costante paura che essi siano irrimediabilmente compromessi. Queste dinamiche resterebbero "chiuse" all'interno del proprio corpo, in entrambi i casi, per un difetto nel meccanismo della proiezione (Rosenfeld, 1958). Scrive Hart (1947, p.111): "E' sorprendente la frequenza con la quale il dolore addominale di natura ipocondriaca mostra nel processo psicoanalitico di accompagnare le fantasie di sadismo o di cannibalismo".

Tra gli autori di scuola kleiniana, Rosenfeld (1958, 1964) si è particolarmente interessato allo studio dei fenomeni ipocondriaci cronici gravi, differenziandoli dalle transitorie preoccupazioni per la salute. Anch'egli sottolinea soprattutto la forte aggressività orale dei soggetti ipocondriaci. Secondo Rosenfeld nella fantasia primitiva, l'aggressività viene proiettata dagli oggetti interni sugli oggetti esterni che vengono attaccati e divorati.

In questo modo, gli oggetti divorati rientrano all'interno del corpo e, in un'ulteriore difesa, sono confinati in un organo e costantemente sorvegliati. L'autosservazione dell'ipocondriaco sarebbe perciò il tentativo difensivo di mantenere scissi e confinati gli impulsi aggressivi originari (Rosenfeld, 1964). Dice Rosenfeld (1958): "Suggerisco che l'ipocondria cronica abbia principalmente una funzione difensiva e la sua principale difesa pare che sia indirizzata contro lo stato confusionale che spesso è di natura schizofrenica". Come Freud, Rosenfeld inserisce il funzionamento ipocondriaco vicino alla psicosi e gli assegna un ruolo protettivo rispetto ad essa. Lo stato confusionale, psicotico, che l'ipocondria riesce a organizzare confinandolo nell'organo interno è la perdita di differenziazione tra il sé e l'oggetto e tra gli oggetti e gli impulsi (Rosenfeld, 1958, p.122). Rosenfeld, a differenza di Freud, nella sua concezione della personalità non poneva dei limiti rigidi tra nevrosi e psicosi e vedeva l'ipocondria come un conflitto tra una parte psicotica e una parte nevrotica della stessa personalità.

A partire dagli anni '30, in opposizione al pensiero kleiniano, gli psicologi dell'Io sotto l'influenza di Anna Freud (1936) e di Hartmann (1939) affrontarono il problema dell'ipocondria da una prospettiva teorica, per molti versi molto distante. Per questi autori non sarà la proiezione re-interiorizzata dell'aggressività orale il motore delle dinamiche ipocondriache, ma un adattamento post-traumatico a un deficit di accudimento ambientale. Fu soprattutto Anna Freud (1952) a spiegare l'ipocondria come conseguenza di un adattamento dell'Io del bambino alla deprivazione affettiva.

Anna Freud (1952) si avvicinò allo studio dell'ipocondria a partire dalle osservazioni dei bambini durante la malattia: in particolare, ella ha messo in luce il ruolo relazionale dell'adulto nell'accompagnare la rielaborazione dell'esperienza di malattia stessa. Secondo l'autrice, la funzione di sostegno dell'adulto all'Io del bambino lo aiuta a differenziare il dolore che accompagna la malattia fisica da quello che deriva invece dalle cure. Anche le cure, infatti, possono essere dolorose. Per un bambino, la paura dell'iniezione di un farmaco può superare la valutazione delle conseguenze della malattia; inoltre alcuni interventi curativi possono risultare invalidanti, come per esempio le operazioni chirurgiche. Anna Freud ha inserito l'esperienza di malattia all'interno di una cornice relazionale tra *caregiver* e bambino, sottolineando come durante la malattia vi sia un aumento delle attenzioni fisiche e affettive che il bambino riceve, mentre in modo complementare il bambino delega al genitore la cura premurosa della propria sofferenza e del proprio corpo. Anna Freud osserva che nei bambini orfani o deprivati questo processo naturale non può svolgersi in modo altrettanto lineare poiché il *caregiver* è spesso assente; osserva A. Freud (1952, p.134): "Era come se tutti i timori per la salute del bambino, che erano propri delle madri assenti, fossero stati assunti dai bambini stessi dopo la separazione o dopo la perdita dell'assistenza materna, e ne determinassero il comportamento. Nell'identificazione con la madre temporaneamente assente o perduta per sempre il bambino ne prende il posto nei confronti del proprio corpo e incomincia a badare ad esso come la madre lo ha fatto in passato". Anna Freud (1952) continua dicendo che proprio questo comportamento si ritrova nel soggetto adulto affetto da ipocondria: "L'ipocondriaco adulto, che ritira la

sua libido dal mondo oggettuale per concentrarla sul proprio corpo, agisce in maniera simile. Il suo corpo sovrainvestito di libido rappresenta lui stesso da bambino, di cui il suo Io adulto assume la tutela nella parte di madre". La scissione nella personalità in questo modello non avviene tra una parte psicotica e una parte nevrotica, come proposto da Rosenfeld (1958), quanto piuttosto tra una parte infantile, rappresentata dal corpo, e una parte adulta accudente rappresentata dalla mente, in sostituzione della stessa funzione trascurata dal *caregiver*. Malgrado l'osservazione di processi relazionali evidenti nell'origine dell'ipocondria, la spiegazione a cui arriva Anna Freud è comunque basata sull'articolazione della pulsione libidica oggettuale che si trasforma in libido narcisistica a causa dell'esperienza di frustrazione "reale" nella relazione di accudimento. E' comunque interessante sottolineare come, dalle descrizioni dei casi clinici di questi piccoli pazienti ipocondriaci, emerge la dinamica della formazione di una rappresentazione interna della relazione tra l'Io e il *caregiver*, per mezzo del meccanismo dell'identificazione con il genitore assente.

Questo processo di *self-mothering* è altrettanto plausibile se visto come adattamento patologico del bambino alla privazione di attenzioni e cure genitoriali empatiche anche nei casi in cui il genitore è di fatto presente. Nei casi in cui un genitore sia fortemente depresso ed egocentrico possono avvenire due tipi di meccanismi patogeni poiché: in primo luogo il genitore implicitamente offre la sua immagine di persona sofferente come modello per l'identificazione patologica al figlio e, in secondo luogo si può verificare un trauma da abbandono psichico causato dal disinteresse. Il genitore, in questo secondo caso, è assente, non fisicamente ma affettivamente, nei momenti in cui il bambino ha più bisogno di affidarsi all'adulto: per esempio quando il bambino è fisicamente sano ma affettivamente turbato, o si ammala per brevi periodi. In questi casi il genitore non può offrirgli un adeguato sostegno psicologico, a causa della depressione o di un difetto nell'empatia di cui soffre. La trascuratezza emotiva, la privazione di *rèverie*, come ha mostrato Borgogno (2011) nel trattamento della sua paziente M., conduce a una sensazione di morte interiore che può essere concretamente simbolizzata nelle viscere⁶ che rappresentano in questo senso degli oggetti interni concreti ma morti, perché privati della loro vita emotiva. Nei sintomi ipocondriaci questi oggetti interni in agonia non potrebbero perciò essere vissuti essi stessi come fonte di vita, ma solo sentiti propriocettivamente come fragili e doloranti. Granieri (2011) identifica un modello simile sullo sviluppo traumatico, una via che non corrisponde a una difesa di ritiro e a una fuga dalla relazione traumatica, ma al contrario a una reazione di completa resa, che sfocia in una massiccia risposta di identificazione con l'aggressore: la strutturazione di un falso Sé in risposta alla colonizzazione della mente del bambino da parte dell'immagine⁷ di Sé e dell'altro imposta dall'adulto. A questo proposito,

⁶ Le viscere emergono durante l'*Hara-kiri* nel primo sogno di M., (Borgogno, 2011).

⁷ L'*immagine* è un concetto molto importante nel pensiero di Antonella Granieri che deriva dallo studio, da parte di questa autrice, del pensiero sugli affetti della filosofa Susanne Langer.

scrive Granieri: “un'altra possibilità è che la distonia tra il sentire del bambino e quello dell'adulto sia incrementata dall'interferenza delle idee e degli ideali del gruppo familiare. In qualche modo il *caregiver* è così identificato con archetipi familiari di tipo transgenerazionale, da non poter accogliere la specificità del suo bambino. A sua volta questi, spaventato di fronte all'autorità degli adulti, può rinunciare al suo sentire «scegliendo» come male minore quello di identificarsi con la mentalità pervasiva dell'ambiente” (Granieri, 2011, p. 91). Questo tipo di reazione di resa al trauma potrebbe produrre nel bambino un'identificazione completa con un ambiente evolutivo “fragile ed estremamente vulnerabile alla malattia” e con *caregivers* ossessionati dall'idea di malattia. Queste condizioni ambientali possono essere, nei casi di ipocondria, la conseguenza di storie familiari transgenerazionali in cui la malattia ha giocato un ruolo determinante, storie che spesso ricorrono nei racconti di pazienti ipocondriaci (Levi, 1932; Nissen, 2000). Queste vicende transgenerazionali potrebbero permanere nella memoria familiare a un livello “inconscio non iscritto”, come direbbe Bleichmar (1997). Si tratterebbe dunque di un'identificazione patologica, subita passivamente dal bambino, con *caregivers* malati o cronicamente angosciati dal problema della malattia, poiché la malattia ha pesantemente marcato il clima familiare transgenerazionale, in modo subdolo e incomprensibile per la mente immatura del bambino piccolo.

Il primo ad affrontare il problema dell'ipocondria, a partire dall'osservazione dello sviluppo infantile, fu Levy⁸ che, nel 1932, pubblicò un articolo dal titolo “*Body interest in children and hypochondriasis*” in cui l'ipocondria veniva spiegata a partire dall'esperienza di sviluppo del bambino all'interno di un ambiente plasmato dalle malattie, oppure dall'esperienza diretta della malattia fisica da parte del bambino. Queste esperienze, secondo questo autore, si integrerebbero successivamente con altre due esperienze: il ricordo di persone significative affette da malattie e con le angosce o tensioni fisiche relative alla masturbazione. Queste ultime verrebbero poi interpretate anche a distanza di anni non come segni di eccitazione ma come segni di malattia. E' interessante notare la concordanza, su questo punto, tra le idee di Levy (1932) e quelle di S. Freud (1895). Allo stesso modo, entrambi questi autori mettevano in risalto, tra le cause delle nevrosi ipocondriache, l'accumulo di tensioni relative alla masturbazione⁹. Un altro punto, molto importante per Levy (1932), è rappresentato dall'*iperprotezione*¹⁰

⁸ Psichiatra e psicoanalista newyorkese che con il suo concetto di “fame primaria di affetto” ha elaborato una prospettiva sulla deprivazione affettiva infantile che, per certi versi, anticipa il lavoro di John Bowlby.

⁹ La psicoanalista milanese Patrizia Pellegrini (2011) osserva come le eccitazioni corporee siano il tema centrale del vissuto ipocondriaco e come questo tema costituisca oggi un ponte con le neuroscienze.

¹⁰ Traduzione mia; talvolta il termine inglese “*overprotection*” presente nei lavori di Levy viene tradotto con la parola italiana: “iperinvestimento” che evidentemente non corrisponde al significato originario.

genitoriale e dall'eccessiva preoccupazione materna; dice Levy: "Il più forte incentivo per lo sviluppo di un eccessivo interesse per il corpo è stato scoperto nel bambino che è stato vittima del monopolio madre-bambino" (ibidem). Secondo il pensiero di questo autore, l'ipocondria sarebbe determinata da una debolezza dell'Io, cui consegue un evitamento di "situazioni difficili di vita" (ibidem). Secondo questo autore, è il bambino con cui si è ecceduto nelle cure, che è stato "iperprotetto", che poi si sentirà spaventato, fragile, e che da adulto si preoccuperà eccessivamente per il proprio corpo e per la propria salute.

Kohut (1971), attraverso le sue ricerche sul narcisismo, ha rivoluzionato la nostra concezione del rapporto tra narcisismo e ipocondria. Egli si è allontanato dalla metapsicologia pulsionale classica per rivolgere l'attenzione alla matrice relazionale reale tra madre e bambino più che ai conflitti oggettuali. Kohut (1977) ha ipotizzato che sia il fallimento nel rispecchiamento empatico tra madre e bambino a causare la frustrazione e l'aumento di tensione alla base dell'ipocondria. In contrasto con l'ipotesi dell'iperprotezione di Levy (1932), Kohut escluderà completamente l'idea che possa essere l'eccesso di cure materne a distorcere lo sviluppo della struttura psichica del bambino. Egli afferma infatti: "Anche se ritengo che il principio della frustrazione ottimale sia un principio molto valido, non penso che esistano realmente molti casi in cui una madre vizia in maniera dannosa il proprio figlio con un eccesso di empatia e di cure materne" (Kohut, 1977, p. 82).

E' evidente dunque, per il padre della "Psicologia del Sé", che deficit specifici nelle relazioni primarie possono determinare un trauma di tipo strutturale nell'apparato psichico, connesso a una vulnerabilità interna che è ben rappresentata "concretamente"¹¹ dalla fenomenologia dell'ipocondria. Questo può avvenire quando c'è stato un difetto empatico protrattosi nel tempo nella diade genitore-bambino. In questi casi, il narcisismo e l'ipocondria deriverebbero dallo stesso stile genitoriale patologico. Borgogno (1999, 2011) ha specificato che, anche laddove apparentemente il bambino viene investito affettivamente dai genitori e riempito di attenzioni, se questo investimento non è accompagnato, specialmente nelle fasi precoci dello sviluppo¹², dal riconoscimento empatico delle qualità specifiche dal bambino può generarsi comunque un movimento intrusivo che espropria il bambino della propria soggettività.

Kohut (1971, p. 28) sostiene: "La fonte di disagio principale deriva pertanto dall'incapacità della psiche di regolare l'autostima e di mantenerla a livelli normali; e le esperienze specifiche (patogene) della personalità che sono connesse a questo difetto psicologico centrale rientrano nel campo narcisistico, e sono comprese in uno spettro che si estende dalla grandiosità angosciosa e dall'eccitamento da una parte, fino al lieve imbarazzo, alla timidezza, o alla grave vergogna, all'ipocondria e alla depressione

¹¹ Mi riferisco alla concezione della concretizzazione di Stolorow e Atwood (1992).

¹² L'introiezione, secondo Borgogno, è in questi casi *subita passivamente* (Borgogno 2011, nota p. 266, corsivo aggiunto).

dall'altra." Kohut è molto preciso nel tratteggiare i confini diagnostici del disturbo narcisistico: "In tali casi il paziente può lamentare i seguenti disturbi e presentare i seguenti caratteri patologici: 1) nella sfera sessuale: fantasie perverse, mancanza di interesse per il sesso; 2) nella sfera sociale: inibizioni nel campo del lavoro, incapacità di stabilire e mantenere rapporti significativi, attività delinquenti; 3) nei suoi tratti di personalità manifesti: mancanza di senso dell'umorismo, mancanza di empatia verso i bisogni e i sentimenti degli altri, mancanza di senso delle proporzioni, tendenza ad attacchi di collera incontrollata, abitudine patologica alla menzogna; 4) nella sfera psicosomatica: preoccupazioni ipocondriache per la propria salute fisica e mentale, disturbi vegetativi in diversi sistemi organici" (ibidem, p. 31).

In questo tipo di pazienti, secondo Kohut (1971, 1977), una parte della personalità è regredita a uno stadio del sé frammentato mentre l'altra parte, con cui è possibile stabilire un'alleanza terapeutica, sta cercando di comprendere cosa succede, proprio attraverso le rimarginazioni ipocondriache, e di dar voce a questi accadimenti soprattutto attraverso le lamentele ipocondriache. In questo senso l'ipocondria, come sintomo, rappresenta il tentativo di soluzione al dramma della frammentazione interna del Sé: un'idea che non appare così distante da quella di Rosenfeld (1958, 1964) anche se la cornice concettuale è per molti versi opposta. Secondo Kohut (1971, p. 100): "Considerati in chiave metapsicologica i sentimenti di frammentazione e di morte che il bambino sperimenta con vivo terrore sono una manifestazione del fatto che, in assenza dell'oggetto-Sé investito narcisisticamente, l'investimento è ritirato da un Sé esperito in maniera coesiva, e il bambino di conseguenza è minacciato da una frammentazione (autoerotica) regressiva e da tensioni ipocondriache." Si comprende così come le rimarginazioni ipocondriache assolvano anche al compito di rassicurare il paziente sulla sua stessa esistenza fisica, poiché possono essere intese come la ricerca dentro sé di sensazioni somatiche che confermano al paziente la sua stessa esistenza vitale interna, in assenza di un oggetto-sé che possa rispecchiargliela; mentre l'angoscia sarebbe come un segnale che deriva dal senso di minaccia per il pericolo di frammentazione del Sé (cfr. Stolorow, 1977).

Parallelamente alle formulazioni della Psicologia del Sé di Kohut, anche Kernberg (1987) si è occupato del narcisismo e dell'ipocondria, in connessione alla sua concezione del livello di organizzazione *borderline* (Kernberg, 1976). In questi casi, che sono caratterizzati dalla debolezza strutturale dell'Io e dal discontrollo degli impulsi associati al massiccio ricorso a meccanismi di difesa primitivi, quali la scissione e l'identificazione proiettiva, con il concomitante uso del pensiero onnipotente e dell'idealizzazione e la svalutazione primitiva: l'ipocondria appare come un sintomo frequente, ma viene considerata solo tangenzialmente. Nel confrontare l'approccio kohutiano e quello di Kernberg, Mollon (2001, p. 60) osserva che per Kernberg il sé grandioso non fa parte dello sviluppo normale ma è sempre patologico e funziona per negare difensivamente la dipendenza poiché è "una difesa rigida da relazioni oggettuali più primitive patologiche, incentrate sull'invidia e sulla collera narcisistica, sulla paura e sulla colpa provocate da quel furore, e allo stesso tempo sul desiderio disperato di un rapporto affettuoso che non venga distrutto dall'odio" (Kernberg, 1987, p.280). Più recentemente, Hanly

(2009), rinnovando il modello “pulsione-difesa”, ha scritto: “L’errore della Psicologia del Sé è stato quello di recidere il narcisismo dallo sviluppo libidico oggettuale e, in tal modo, disconnettere la loro interazione. Questa disconnessione è stata “riparata” dal fatto che nella Psicologia del Sé si intendono le pulsioni aggressive e sessuali come dei “prodotti di disintegrazione” di ciò che ha l’aspetto di un narcisismo primordiale spiritualizzato che investe un sé nucleare. Le spinte dell’aggressività e della sessualità sono state private del loro apporto decisivo a produrre quanto di più alto e di più basso vi è nell’uomo. La messa sullo sfondo e la svalutazione delle pulsioni è stata ripresa anche dall’erede della Psicologia del Sé, la Psicologia Relazionale [...]”¹³.

I diversi autori, pur a partire da posizioni spesso distanti fra loro, concordano comunque nell’assegnare all’ipocondria un ruolo secondario all’interno di quadri clinici più complessi. Nella maggior parte dei casi, l’ipocondria è vista come un sintomo o una sindrome. La fenomenologia dell’ipocondria può però, sorprendentemente, rivelare la natura della organizzazione inconscia della struttura psichica, differente di volta in volta a seconda della prospettiva teorico-clinica dell’autore che la descrive.

2. Emozione e rappresentazioni *Sé-Altro* nella relazione ipocondriaca

Secondo Cotard (1880, 1889) l’ipocondria, anche quando si presenta in forma attenuata, sarebbe il preludio alla follia, in essa si troverebbe già il delirio, ovvero la rottura del rapporto tra il mondo soggettivo e la realtà. Non vi è dubbio sul fatto che alcune esperienze ipocondriache si posizionano su un’area di confine tra l’esperienza soggettiva e l’esperienza della realtà in cui la prima esperienza, quella soggettiva, appare spesso più forte della seconda, cioè del senso di realtà. Alcuni autori di scuola kleiniana hanno sposato questa posizione considerando però l’area ipocondriaca come una parte della personalità disorganizzata che necessita di un controllo difensivo da parte della restante personalità nevrotica; questa è, per esempio, la posizione di Herbert Rosenfeld (1964), ma, dopo di lui, anche di David Rosenfeld (1984) e, più recentemente, di Nissen (2000, 2003). Non vi è tuttavia accordo su che cosa sia l’area psicotica, eccessivamente soggettiva, che è confinata e controllata dall’ipocondria. Vi sono attualmente però, nella letteratura psicoanalitica, due ipotesi alternative: la prima ipotesi, che cercherò di presentare, vede l’area psicotica controllata dall’ipocondria come un’area di ritiro narcisistico o autistico. In questo primo modello l’area ipocondriaca verrebbe costruita dal bambino come difesa in risposta all’ambiente frustrante e deprivante e, conseguentemente al trauma, percepita dal soggetto stesso come un difetto (cfr. Balint, 1968). Questo modello ipotetico è sostenuto dalle ricerche cliniche psicoanalitiche più classiche di Balint (1968), Kohut (1971), Steiner (1993), Nissen (2000, 2003),

¹³ Traduzione di Michele Piccolo © 2009 Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Torino.

su quell'area di vulnerabilità narcisistica nota con il nome di *difetto fondamentale* (Balint, 1968). Scrive Granieri (2011, p.90): "Ogniquale volta la figura di attaccamento è spaventata, inaccessibile o nei casi più gravi esprime al bambino sentimenti di odio, sadismo e disgusto, si viene a creare una situazione in cui non può formarsi nel minore l'immagine del proprio mondo interno presente nella mente del genitore, che deve essere interiorizzata perché possa crearsi il senso del Sé. Sono queste le situazioni di abuso psicologico: il bambino, infatti, si trova costretto a evitare l'immagine di Sé che è veicolata dall'atteggiamento del genitore, cosicché talvolta non gli rimane altra difesa che allontanare ed escludere dalla coscienza qualsivoglia idea su sentimenti e pensieri nell'altro e in se stesso". In questo caso, la fuga ipocondriaca verso l'interno potrebbe prendere la via di un' *incapsulamento autistico*, così come è stato descritto da Nissen (2003). D. Rosenfeld (1984) ha similmente osservato questa dinamica di difesa; egli scrive: "Qualora l'ansia ipocondriaca rimanga incapsulata e segreta ciò è il segno della gravità del caso, in area psicotica autistica e di delirio circoscritto". Questo autore ha perciò voluto porre l'attenzione sulla necessità di indagare la profondità della "fuga verso l'interno" dell'ipocondriaco come un possibile indicatore della gravità della patologia.

La seconda ipotesi rintracciabile in letteratura vede l'area ipocondriaca come un'immaturità nella regolazione affettiva connessa alla rappresentazione di Sé, ovvero come la "memoria corporea", non completamente formata, di esperienze relazionali traumatiche che residuano dallo scambio affettivo precoce tra madre e bambino. Questa memoria appare connessa alla formazione del Sé e al meccanismo dell'identificazione. Questo secondo modello trova, a mio avviso, diverse convalide negli studi clinici e teorici della psicoanalisi relazionale contemporanea ed è più vicino alla teoria della mutua regolazione degli affetti e dagli studi dell'*Infant Research* (cfr. Albasi, 2003). Alcuni ricercatori hanno focalizzato l'attenzione sulle microinterazioni tra madre e bambino, cercando di individuare come, attraverso la comunicazione affettiva, venga favorita oppure ostacolata la capacità del bambino di sviluppare una propria autoregolazione attraverso la formazione di rappresentazione generalizzate della sua interazione con il *caregiver*. A partire dalle formulazioni della Scuola Indipendente della psicoanalisi britannica (Rayner, 1991), e in particolare dall'accento posto da questi autori sul bisogno affettivo dell'altro per lo sviluppo del sé del bambino (Fairbairn, 1952a, 1952b), si è sviluppato nel lavoro di alcuni analisti come Winnicott (1945, 1965) un'attenzione al Sé come parte centrale del modello psicoanalitico. Dicono Fonagy e Target: "I concetti proposti da Winnicott (1965) di preoccupazione materna primaria, fenomeni trasizionali, ambiente di holding e funzione di rispecchiamento del caregiver, hanno costituito una specifica focalizzazione della ricerca per gli studiosi dei processi evolutivi interessati alle differenze individuali nello sviluppo della struttura del Sé" (2003, pp. 32-33). Questi concetti proposti da Winnicott hanno anticipato e stimolato molte scoperte sugli effetti traumatici del fallimento nella relazione affettiva primaria. In particolare, vorrei portare all'attenzione del lettore l'analogia tra la dinamica post-traumatica di vero sé e falso sé proposta da Winnicott, in cui il falso sé è una

sovrastuttura “guardiana” del vero sé, e il funzionamento ipocondriaco in cui la mente è una sovrastuttura “guardiana” del corpo. Già nel 1945, Winnicott scriveva: “Vi è un tipo di bambino che mi ha colpito fin dall’inizio: un bambino particolarmente piacevole e superdotato (...). All’inizio della mia carriera ho visto un giorno venire tutto solo all’ospedale un bambino per dirmi: «Per favore, dottore, la mamma ha male al “mio” stomaco»¹⁴. Questa frase attirò la mia attenzione sul ruolo che la madre può giocare” (Winnicott, 1945, p. 113). Scrive Anna Freud (1965, p.16) che: “se un bambino malato ha atteggiamenti o preoccupazioni di tipo ipocondriaco, questo è un sicuro indice del fatto che egli si sente male accudito dalla madre ed è insoddisfatto delle cure e della protezione offertegli dall’ambiente”. I pazienti ipocondriaci sono spesso dei *wise baby* (Ferenczi, 1923), sopravvissuti in ambienti di sviluppo affettivamente traumatici¹⁵ della cui eredità spesso non sono del tutto consapevoli¹⁶. L’interazione reale tra madre e bambino è stata indagata da Stern (1971-1998, 1985) che con il suo lavoro ha messo in crisi l’idea di una fase simbiotica di indifferenziazione tra madre e bambino, osservando come il bambino partecipi attivamente agli scambi affettivi sin dai primi giorni di vita, dimostrando di possedere un Sé immaturo ma distinto da quello materno, con cui è possibile sintonizzarsi. Il bambino, secondo questo autore, possiede sin dalla nascita un Sé capace di stabilire relazioni e di formare delle rappresentazioni di Sé e dell’Altro (Stern, 2004). Beebe e Lachmann (1988a, 1988b, 1997, 2002) hanno spiegato attraverso le loro ricerche sulla percezione, sulla memoria e sul riconoscimento dello sguardo, in che modo vengano costruiti dei modelli mentali delle relazioni, che sono strutture inconse della memoria, e quindi come dalla mutua influenza tra madre e bambino possano emergere le capacità auto-organizzative più evolute nel bambino. Così come ci è stato mostrato che il bambino apprende a modulare le proprie esperienze emotive a partire da un’attività, coordinata con la madre, fatta di sintonizzazioni, pause e cambi di ritmo (Trevarthen, 1997). Sander (1988, 2002) ha inoltre proposto che i processi di autoregolazione possano essere considerati primariamente dipendenti dal riconoscimento. Le esperienze psicosomatiche, per essere elaborate, devono perciò prima essere riconosciute all’interno di un sistema di interazioni diadico-dinamico;

¹⁴ In questo scritto di Winnicott (1945) è implicito il collegamento tra lo sviluppo del falso-Sé e lo sviluppo di paure ipocondriache come conseguenza di deficit dell’accudimento.

¹⁵ Bernd Nissen (2003, p. 183) elenca i traumi subiti da otto pazienti ipocondriaci: abbandono e separazioni dalla madre per alcuni mesi nei primi anni di vita (4 pazienti su 8); depressione materna (tutti e 8); discontinuità e imprevedibilità affettiva della madre, talvolta assente, fredda, distante (tutti e 8); intrusività materna, cioè essere utilizzati come oggetto calmante o confidente (tutti e 8); coinvolgimento nelle tensioni sessuali tra i genitori (7 su 8); sensazione di essere sempre stati incompresi e inascoltati (tutti e 8).

¹⁶ Mi riferisco all’idea di trauma ripresa nuovamente da Borgogno: “un trauma che (...) non è un prodotto di fantasia, bensì un coacervo di esperienze – condensatesi cumulativamente – realmente accadute ma «registrate nella carne» e molte volte, naturalmente, non integrate e poco o nulla metabolizzate” (Borgogno, 2011, p. 267).

sono cioè, secondo questi studi, dipendenti dal riconoscimento dell'altro. I dolori, le angosce somatiche e le eccitazioni corporee dell'ipocondriaco necessitano dunque di un simile riconoscimento per essere elaborate. Tutte queste ricerche hanno stimolato diversi autori a chiarire quali siano le conseguenze delle distorsioni o interruzioni traumatiche di questi delicati dialoghi, in gran parte inconsci, tra madre e bambino. Bessel Van der Kolk (1998) ha ipotizzato che le memorie traumatiche restano nei sistemi sensoriali (propioceettivi) e non possono essere integrate nella memoria semantica, cioè simbolizzate. Inoltre questo autore ha illustrato i meccanismi neuropsicologici alla base della compulsione a ripetere il trauma. Questo modello è compatibile con l'idea del rapporto psicosomatico tra la memoria viscerale e la rappresentazione di Sé proposta da Damasio (1994).

L'esperienza disorganizzata confinata nel corpo dell'ipocondriaco, coerentemente con questi presupposti, potrebbe residuare perciò dalla memoria somatica di esperienze affettive non riconosciute e non simbolizzate che minano il funzionamento del Sé dall'interno. Questa ipotesi può essere ulteriormente ampliata fino a coinvolgere nel nucleo psicosomatico ipocondriaco non solo la memoria delle rappresentazioni di Sé ma anche particolari schemi interattivi della relazione Sé-Altro in cui avviene un mancato riconoscimento interpersonale e un rifiuto degli aspetti interattivi del Sé, spesso connessi a bisogni corporei. Secondo Sander (2002) i momenti di sintonizzazione e riconoscimento si alternano naturalmente ai momenti di auto-organizzazione e separazione. Nell'ipocondria questi due momenti, entrambi necessari allo sviluppo, potrebbero sfociare nell'estrema dipendenza dall'accudimento e dal riconoscimento soggettivo, di cui l'ipocondriaco spesso soffre e nell'auto-assorbimento sul Sé corporeo in momenti di chiusura e separazione. Questi due meccanismi potrebbero essere visti, perciò, come due tentativi paralleli di trovare soluzione ad un unico problema. L'auto-assorbimento, oltre a rappresentare da un punto di vista psicopatologico un tratto narcisistico, potrebbe essere visto sia come il tentativo di provvedere a un'auto-cura in sostituzione all'ambiente (*selfmothering*, cfr. Anna Freud, 1952), sia come un momento rudimentale di separazione e auto-organizzazione della propria esperienza emotiva; mentre la dipendenza dal riconoscimento potrebbe segnalare, oltre che da un punto di vista psicopatologico una regressione a uno stadio evolutivo infantile di dipendenza (cfr. Kohut, 1971, Sander, 2002) anche il tentativo di riprendere contatto con l'altro e con la ricerca di una risignificazione interpersonale delle proprie esperienze psicosomatiche. Albasi (2006) ha proposto l'idea che alcune esperienze traumatiche nell'attaccamento, che pure presentano una loro ricorsività, non possano essere rappresentate perché riguardano un'esperienza "negativa", ovvero ciò che *non* accade tra bambino e *caregiver* nonostante le attese implicite inesprese dal bambino. Nel caso dell'ipocondria è possibile che non sia stata riconosciuta l'esperienza psicosomatica soggettiva del bambino. L'idea dei Modelli Operativi Interni Dissociati (MOID) suggerisce una loro processualità della relazione tra bambino e *caregiver* non formulata, potenzialmente patogena, ma aperta a successivi sviluppi. Queste formulazioni rimandano ad una visione dell'inconscio radicalmente differente rispetto a quella classica, con le parole di Eagle: "Sorprendentemente si osserva un passaggio radicale dall'inconscio classico dei

desideri rimossi, dominato dal pensiero irrazionale del processo primario, a un inconscio costituito essenzialmente da rappresentazioni cognitive associate a forti componenti affettive. [...] L'inconscio contemporaneo è essenzialmente razionale e orientato alle realtà" (Eagle, 2011, p. 146).

Sulla base di queste riflessioni, sembra quindi logicamente percorribile un'ipotesi sulle origini dell'ipocondria come modalità inconscia di reazione a traumi precoci nella regolazione affettiva tra madre e bambino. Relazione che è traumatica in quanto in essa non vengono riconosciuti e trasmessi significati e affetti relativi all'esperienza psicosomatica, che restano perciò indigesti, incomprensibili e incommunicabili, e che alterano quello che altrimenti sarebbe "l'ovvio" vissuto di integrità somatopsichica¹⁷ associato alle rappresentazioni di Sé e dell'Altro. Queste particolari configurazioni del rapporto Sé-Altro si manifestano nelle relazioni interpersonali attuali in cui la co-costruzione di un significato intersoggettivo si presenta con urgenza e angoscia.

3. L'ipocondria come "flashback relazionale"

L'ipotesi che l'ipocondria possa essere una forma di memoria propriocettiva (viscerale) delle interazioni Sé-Altro è in accordo con le idee di Bessel Van der Kolk (1989) sulle memorie traumatiche e con l'ipotesi più attuali degli autori dell'*Infant Research*. Si tratterebbe, in questo caso, di una memoria che risale all'area preverbale dello sviluppo, ovvero ai primi anni di vita del bambino. E' ipotizzabile inoltre che possa essere considerata una memoria di un'esperienza specifica di "rifiuto interpersonale", come già anticipato da Kohut¹⁸ (1971, 1977) e da Stolorow (1977). L'ipocondria può essere intesa cioè, come la traccia mnestica parziale, sub-simbolica, di un'esperienza di rifiuto che è stata percepita propriocettivamente e quindi cumulativamente "depositata nei tessuti profondi" dello psiche-soma. Questa traccia mnestica del trauma cumulativo non poteva però ricevere, "all'epoca dei fatti", una codifica a livello esplicito, episodico e simbolico a causa dell'imaturità dell'apparato psichico e dell'assenza dell'apporto ausiliario della mente del *caregiver*. La memoria viscerale del rifiuto possiamo intenderla primariamente come un rifiuto della soggettività, quando l'esperienza di rifiuto è avvenuta nei primi anni di vita del bambino. Non può pertanto essere in seguito normalmente ricordata, e soprattutto rielaborata, ma rimane sotto forma di ipersensibilità interpersonale (cfr. Stolorow, 1977). Il modo "usuale" di ricordare, e cioè il modo esplicito e simbolico, che appartiene alle strutture mentali superiori non

¹⁷ Secondo il filosofo della mente e neuroscienziato Thomas Metzinger (2004), il processo "trasparente" del vissuto di integrità somatopsichica è uno dei processi fondamentali alla base del funzionamento del Sistema del Sé.

¹⁸ Phil Mollon (2001, p.51) descrive l'origine relazionale dell'ipersensibilità psicosomatica del paziente narcisista secondo la prospettiva della Psicologia del Sé e del lavoro di Heinz Kohut.

ha accesso a quell'esperienza precoce, che rimane perciò "depositata" nei tessuti che l'hanno vissuta emotivamente sotto forma di reattività alla tensione e di dolore fisico sub-simbolico (Bucci, 2009). L'esperienza ipocondriaca diverrebbe quindi traumatica, secondo questo modello, solo nel caso in cui l'esperienza viscerale memorizzata¹⁹ non sia accompagnata da una sufficiente, e necessaria, modulazione psichica; che nella prima infanzia è soprattutto una modulazione affettiva interpersonale (Trevathen, 1997; Sander 2002). L'esperienza affettiva del bambino, che inizialmente è soprattutto un'esperienza corporea, viene infatti solitamente modulata nel dialogo emotivo inconscio che si instaura nel sistema comunicativo tra madre e bambino (Stern, 1993, 1995b). L'esperienza di rifiuto interpersonale, perciò, potrebbe essere considerata traumatica sia in sé, perché mina la sicurezza dell'attaccamento tra bambino e *caregiver* e altera gli schemi relazionali di Sé con l'Altro, sia in un secondo momento per un difetto nella formazione di rappresentazioni di Sé integrate nello schema corporeo a causa del deficit di sintonizzazione empatica nell'attaccamento. In seguito a queste esperienze, secondo questa ipotesi sull'origine dell'ipocondria, permarrebbe una traccia mnestica viscerale, spesso associata a un vissuto di vergogna²⁰, indegnità, rifiuto e svalutazione, che necessiterà nelle epoche successive della vita dell'individuo di una continua ri-attualizzazione del ricordo. Questa ri-attualizzazione può essere intesa sia come forma di ricordo corporeo o "flashback psicosomatico" di origine post-traumatica²¹, sia come una ricerca di una co-costruzione esplicita di un "simbolo del rifiuto" e del problema relazionale della dipendenza all'interno delle relazioni attuali. La fenomenologia ipocondriaca avrebbe perciò la funzione di rappresentare l'esperienza di essere "rifiutati e lasciati soli nel momento del bisogno" e fragili nel corpo, quando si sente una fragilità soggettiva nelle relazioni interpersonali. Questa esperienza viene spesso agita coattivamente all'interno del rapporto interpersonale in uno scambio di ruoli (Borgogno, Vigna-Taglianti, 2011). L'ipocondriaco infatti, con il suo comportamento, cerca spesso di fronteggiare il rifiuto della propria soggettività riproponendo le sue esperienze soprattutto come oggettive e corporee all'interno dei rapporti di cura²², come

¹⁹ La tensione viscerale originaria "memorizzata" nel caso dell'ipocondria, seguendo gli studi condotti da Bernd Nissen (2000, 2003) potrebbe essere, a mio avviso, sia la conseguenza di un dolore che deriva dal trauma affettivo d'abbandono, rifiuto, svalutazione, sia la conseguenza di un dolore che deriva da una malattia fisica rispetto alla quale è stato espletato il rifiuto, abbandono o la svalutazione; in entrambi i casi questo dolore non è stato raccolto, accettato e modulato dal *caregiver*.

²⁰ Per una trattazione sistematica del tema possiamo riferirci al lavoro di Benjamin Kilborne (2002).

²¹ L'effetto di questi rappresentazioni è rintracciabile nelle richieste di aiuto, nelle idealizzazioni nelle svalutazioni che il paziente ipocondriaco agisce nei setting di cura.

²² Andreina Robutti (1992) attraverso la rilettura del mito di Cassandra esemplifica chiaramente il funzionamento affettivo di questa dinamica dell'ipocondria all'interno dei rapporti di cura.

quello clinico, in cui egli può sentire la possibilità e la speranza che questa soggettività venga “riparativamente” accettata. Nello stesso tempo, padroneggiare il ruolo del malato aiuta l’ipocondriaco a comprendere il comportamento di chi non è disponibile, è chiuso in sé stesso e non riesce ad essere empatico in una relazione. Scrive Frankel (1999): “L’identificazione con l’aggressore non è soltanto una risposta immediata al trauma o a una ristrutturazione adattativa della personalità di coloro che sono stati abusati; è anche una «tattica universale» con cui un soggetto in posizione debole può affrontare qualcuno che è visto come più forte e che perciò rappresenta una minaccia”.

Appare perciò sostenibile l’ipotesi che le penose sensazioni somatiche caratteristiche dell’ipocondria possano essere considerate una forma di memoria propriocettiva (viscerale) parzialmente formulata (cfr. Stern, 1997) che necessita di una risignificazione nel contesto intersoggettivo attuale (Stern, 2004). Una memoria che può risalire all’area preverbale dello sviluppo, ovvero ai primi anni di vita del bambino. Inoltre, l’ipocondria può essere considerata una forma di ricordo somatico di un’esperienza specifica di “rifiuto interpersonale” e come uno schema interattivo attuale che si innesca di fronte ad esperienze attuali di rifiuto, svalutazione e abbandono (cfr. Stolorow 1997). Queste memorie sub-simboliche (cfr. Bucci, 1997) sono agite all’interno di un rapporto interpersonale²³, in cui oltre al timore che queste esperienze traumatiche possano ripetersi, si affaccia nel contempo la speranza che queste “esperienze problematiche” possano essere “riparativamente” accettate nel loro significato intersoggettivo e simbolizzate. In questo senso il corpo dell’ipocondriaco deve essere curato nella sua funzione di relazione con gli altri, sia come sensibile recettore delle interazioni interpersonali, sia come motore di nuove relazioni.

²³ Andreina Robutti (1992) attraverso la rilettura del mito di Cassandra esemplifica chiaramente il funzionamento affettivo di questa dinamica dell’ipocondria all’interno dei rapporti di cura.

²³ Come quello psicoterapeutico.

Bibliografia

- Albasi, C. (2003), Regolazione degli affetti e molteplicità dei modelli operativi interni. Le radici relazionali della dissociazione. In A. Granieri, C. Albasi, *Il linguaggio delle emozioni: lavoro clinico e ricerca psicoanalitica*. Torino: Utet Libreria.
- Albasi, C. (2006), *Attaccamenti traumatici, I Modelli Operativi Interni Dissociati*. Torino: Utet Libreria.
- Balint, M. (1968), *Il difetto fondamentale*. Tr. it. in *La regressione*. Milano: Raffaello Cortina, 1983.
- Beebe, B., Lachmann, F. (1988a), The Contribution of Mother-Infant Mutual Influence to the Origin of Self and Object-Self Representation. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 305-337.
- Beebe, B., Lachmann, F. (1988b) Mother-Infant Mutual Influence and Precursor of Psychic Structure. In A. Goldberg, *Frontiers in Self Psychology*. Hillsdale: Analytic Press.
- Beebe, B., Lachmann, F. (2002), Infant research e trattamento degli adulti: un modello sistemico-diadico delle interazioni. Tr. it. in A.W. Bateman, P. Fonagy, (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione, psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina, 2006.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2004), *Il trattamento basato sulla mentalizzazione, psicoterapia con il paziente borderline*. Milano: Raffaello Cortina, 2006.
- Bleichmar, H. (1997), *Psicoterapia psicoanalitica. Verso una tecnica di interventi specifici*. Roma: Astrolabio, 2008.
- Bonomi, C., Borgogno, F. (2001) (a cura di), *La catastrofe e i suoi simboli*. Torino: Utet Libreria.
- Borgogno, F. (1999), *Psicoanalisi come percorso*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Borgogno, F. (2011), *La signorina che faceva hara-kiri e altri saggi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bucci, W. (1997), *Psicoanalisi e scienza cognitiva: una teoria del codice multiplo*. Tr. it. Roma: Fioriti, 1999.
- Bucci, W. (2009), Lo spettro dei processi dissociativi. Implicazioni per la relazione terapeutica. In G. Moccia, L. Solano (a cura di), *Psicoanalisi e Neuroscienze: risonanze interdisciplinari* (29-53). Milano: Franco Angeli.
- Cotard, J. (1880), *Du Délire Hypochondriaque dans une Forme Grave de la Mélanconie Anxieuse. Annales Médico-Psychologiques*, 38, 168.
- Cotard, J. (1889), *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*. Paris: Baillière.
- Cremerius, J. (1957), Il concetto di Freud sulla formazione dei sintomi corporei. *Psyche*, 11, 125-139.
- Damasio, A. (1994), *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Tr. it. Milano: Adelphi, 1995.
- Eagle, M.N. (2011), *Da Freud alla psicoanalisi contemporanea. Critica e integrazione*. Milano: Raffaello Cortina, 2012.
- Egidi Morpurgo, V., Civitarese, G. (2011), *L'ipocondria e il dubbio*. Milano: Franco Angeli.
- Fairbairn, W. R. D. (1952a), *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1970.
- Fairbairn, W. R. D. (1952b), *Il piacere e l'oggetto: scritti 1952-1963* (a cura di Franco Orsucci). Roma: Astrolabio, 1992.
- Ferenczi, S. (1912), Sintomi transitori nel corso dell'analisi. In *Opere*, Vol. 1, Milano: Raffaello Cortina, 1990.
- Ferenczi, S. (1916), Le Patonevrosi. In *Opere 1913-1919*, Vol. 2, pp.249-258. Milano: Raffaello Cortina, 1990.

- Ferenczi, S. (1919), Psicoanalisi di un caso di ipocondria isterica. In *Opere 1919-1926*, Vol. 3, pp.56-61. Milano: Raffaello Cortina, 1992.
- Ferenczi, S. (1923), *Il sogno del «poppante saggio»*. In *Opere*, Vol. 3. Milano: Raffaello Cortina, 1992.
- Ferruta, A. (2011), Irruzioni ipocondriache e movimenti paranoidei. In V. Egidi Morpurgo, G. Civitarese (a cura di), *L'ipocondria e il dubbio* (95-101). Milano: Franco Angeli.
- Frankel, J. (1999), *Identificazione reciproca con l'aggressore nella relazione analitica*. In C. Bonomi, F. Borgogno (a cura di), *La catastrofe e i suoi simboli*. Torino: Utet Libreria, 2001.
- Fonagy, P., Target, M. (2003), *Psicopatologia evolutiva: Le teorie psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Freud, A. (1936), *L'Io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Martinelli, 1967.
- Freud, A. (1952), L'influsso della malattia fisica sulla vita psichica del bambino. In A. Freud, T. Bergmann, *Bambini Malati* (119-135). Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Freud, S. (1895), *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come nevrosi d'angoscia*. OSF, Vol 2 (153-192). Torino: Bollati Boringhieri, 1968.
- Freud, S. (1887-1904), *Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904*. Torino: Bollati Boringhieri, 1986.
- Freud, S. (1899), *L'interpretazione dei sogni*. OSF, Vol. 3. Torino: Bollati Boringhieri, 1968.
- Freud, S. (1914), *Introduzione al Narcisismo*. OSF, Vol. 7 (452-461). Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Freud S. (1915), *L'Inconscio*. OSF, Vol 8 (49-88). Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Freud S. (1932), *Introduzione alla psicoanalisi (Nuova serie di lezioni)*. OSF, Vol 11. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Granieri, A., Albasi, C. (2003), *Il linguaggio delle emozioni: lavoro clinico e ricerca psicoanalitica*. Torino: Utet Libreria.
- Granieri, A. (2011), *Corporeo, affetti e pensiero. Intreccio tra psicoanalisi e neurobiologia*. Torino: Utet Libreria,
- Hart, H. H. (1947), Narcissistic Equilibrium. *Int. Jr. Psychoanal.*, 28,106-114.
- Hartmann, H. (1939), *La psicologia dell'Io e il problema dell'adattamento*. Torino: Bollati Boringhieri, 1990.
- Jones, E. (1953), *Vita e opere di Freud, Gli anni della maturità (1901-1919)*, Vol 2. Milano: Il Saggiatore, Milano, 1962.
- Kernberg, O. R. (1967), Borderline Personality Organization. *Jr. American Psychonol. Assn.*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. R. (1976), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. R. (1987), *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Kilborne, B. (2002), *Persone che scompaiono*. Roma: Borla, 2005.
- Klein, M. (1935), *Psicogenesi degli stati maniaco-depressivi*. In *Scritti 1921-58*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Kohut, H. (1971), *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Kohut, H. (1977), *La guarigione del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri, 1980.
- Kuchenhoff, J. (1985), Das Hypochondrische Syndrom. *Nervenarzt*, 56, 5, 225.
- Kuchenhoff, J. (2003), La funzione di rappresentazione e il ruolo dell'oggetto nell'ipocondria. Tr. it. in B. Nissen (a cura di) (2003), *Ipocondria, lo stato attuale della ricerca nel campo psicoanalitico* (41-57). Verona: Cierre Edizioni, 2008.
- Levy, D.M. (1932), Body Interest in Children and Hipochondriasis. *Am. J. Psychiatry*, 89, 295-315.
- Metzinger, T. (2004), *La soggettività dell'esperienza soggettiva: un'analisi rappresentazionale*

- della prospettiva in prima persona. Tr. it. in: *Networks*, n. 3-4, pp. 132. Disponibile on-line presso: <http://www.swif.inuba.it/lei/ai/networks/>
- Mollon, P. (2001), *Liberare il Sé*. Roma: Edizioni Borla, 2002.
- Nissen, B. (a cura di) (2003), *Ipocondria, lo stato attuale della ricerca nel campo psicoanalitico*. Verona: Cierre Edizioni, 2008.
- Nissim Momigliano, L. et al. (1992), *L'esperienza condivisa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pellegrini, C. (2011), L'ipocondria: un campo aperto. In: V. Egidi Morpurgo, G. Civitarese, *L'ipocondria e il dubbio* (76-94). Milano: Franco Angeli.
- Racker, H. (1968), *Studi sulla tecnica psicoanalitica, Transfert e controtransfert*. Roma: Armando Editore, 1970.
- Rayner, E. (1991), *Gli indipendenti nella psicoanalisi britannica, (ed. italiana a cura di Franco Borgogno)*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Reddy, V., Hay, D., Murray, L., Trevarthen, C. (1987), La Comunicazione nell'infanzia: regolazione reciproca degli affetti e dell'attenzione. Tr. it. in C. Riva Prugnola (1999), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina.
- Riva Crugnola, C. (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino: tra psicoanalisi e psicologia evolutiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Riva Crugnola, C. (1999), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina.
- Robutti, A. (1992), Cassandra un mito per l'ipocondria. In L. Nissim Somigliano et al., *L'esperienza condivisa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Röder, C., Overbeck, G., Müller, T. (1995), Psychoanalytische Theorien zur Hypochondrie. *Psyche*, 49, 1068-1098. In B. Nissen (2003), *Hypochondrie. Eine psychoanalytische Bestandsaufnahme*, Gießen: Psychosozial-Verlang. Tr. it. B. Nissen (a cura di) (2003), *Ipocondria, lo stato attuale della ricerca nel campo psicoanalitico*. Verona: Cierre Edizioni, 2008.
- Rosenfeld, D. (1984), Hypochondriasis, Somatic Delusion and Body Scheme in Psychoanalytic Practice. *Int. J. Psycho-Anal.*, 65, 377-387.
- Rosenfeld, H. (1958), Some observation on psychopatology of hypochondriacal states. *Int. Jr. Psychoanal.*, 39, 121-124.
- Rosenfeld, H. (1964), La psicopatologia dell'ipocondria. In H. Rosenfeld, *Stati psicotici, un approccio psicoanalitico* (175-193). Roma: Armando Editore, 1973.
- Sander, L. W. (1988), Il sistema di regolazione madre bambino. *Psicoterapia Clinica Epistemologia Ricerca*, 4, 114-115.
- Sander, L. W. (2002), Pensare la differenza. Principi di processualità degli esseri viventi e specificità dell'essere riconosciuto. *Psychoanalytic Dialogues*, 2002, 12, 1, 11-42. Tr. it. A. Cavelzani, C. Rodini.
- Semi, A. A. (2000), L'Io e il soggetto indefinito. In AA. VV., *L'inconscio: prospettive attuali. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi Cesare Musatti*.
- Steiner, J. (1993), *I rifugi della mente*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- Stern, D. B. (1997), *L'esperienza non formulata. Dalla dissociazione all'immagine in psicoanalisi*. Pisa: Edizioni Del Cerro, 2007.
- Stern, D. N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- Stern, D. N. (1993), Il ruolo dei sentimenti per un Sé interpersonale. In U. Neisser (ed.) *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge* (204-215). New York: Cambridge University Press, 1993. Tr. it. in D. N. Stern, (1971-1998), *Le interazioni madre-bambino: nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.

- Stern, D. N. (1971-1998), *Le interazioni madre-bambino: nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
- Stern, D. N. (1995a), *La costellazione materna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Stern, D. N. (1995b), La differenziazione Sé-altro nell'ambito dell'interazione socioaffettiva intima. In P. Rochat (ed.), *The Self in Infancy: Theory and Research*, Elsevier Science B. V., 1995. Tr. it. in D. N. Stern (1971-1998), *Le interazioni madre-bambino: nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
- Stern, D. N. (2004), *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Stolorow, R. D. (1977), Notes on the signal function of hypochondriacal anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 58, 245-246.
- Stolorow, R. D., Aatwood, G. E. (1992), *I contesti dell'essere: le basi intersoggettive della vita psichica*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.
- Trevarthen, C. (1997), *Empatia e biologia*. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
- Van Der Kolk, B. A. (1989), The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clin. North, Am.*, 12, 389-411.
- Winnicott D.W. (1945), Lo sviluppo emozionale primario. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma: Armando Editore, 1974.

**RIFLESSIONI E POSSIBILI ORIENTAMENTI METODOLOGICI
PER IL TRATTAMENTO MUSICOTERAPICO
NEI DISTURBI PERSONOLOGICI DELL'ADOLESCENZA***

FERRUCCIO DEMAESTRI*

Una "colonna sonora" sembra accompagnare la vita quotidiana di molti adolescenti. Fruita nel chiuso della propria camera attraverso lo stereo o nell'isolamento degli auricolari del walkman, spesso integrata dal movimento (nel ballo in discoteca) o dalle immagini (in quei brevi filmati di forte impatto che sono i "video"), a volte praticata direttamente suonando uno strumento, la musica è ben più che un sottofondo di accompagnamento dell'esperienza di vita degli adolescenti. Con essa s'intrecciano miti e realtà delle culture giovanili; dalle diverse tendenze del panorama attuale dipendono mode, comportamenti, appartenenze diverse.

(B. Ravasio, F. Fantoni, 2000)

1. Premessa

Il presente contributo si pone la finalità d'individuare spunti ed idee relative all'applicazione delle tecniche musicoterapiche nel complesso ambito del trattamento delle patologie neuropsichiatriche dell'adolescenza: disturbi di personalità, disturbi *borderline*, disturbi post-traumatici da stress, tra quelle che tratto ogni giorno, ovvero all'interno di un campo attualmente poco indagato in ambito nazionale per quanto riguarda l'applicazione della musicoterapia. Un campo d'applicazione che necessita di un trattamento globale pianificato attraverso la diversificazione di approcci educativi, riabilitativi e terapeutici finalizzati alla gestione di ragazzi fortemente segnati da esperienze di vita drammatiche e dalle conseguenze di questi vissuti. Ragazzi che, oltre ad essere in questi termini segnati, si trovano ad attraversare l'intenso periodo di cambiamento psicofisico costituito dall'adolescenza. Lavoro da vent'anni presso il "Centro Paolo VI" di Casalnoceto (AL) come musicoterapista e da circa dieci mi occupo del trattamento prevalentemente individuale di adolescenti d'età compresa tra i dodici e i diciotto anni. Questi ragazzi sono ospitati presso tre comunità terapeutiche interne ad una struttura riabilitativa più ampia che accoglie e cura molteplici patologie dell'età

▪ Relazione presentata al VII Convegno di Musicoterapia Confiam "Le cure musicali" Genova, 28-29-30 maggio 2010.

* Musicista, musicoterapista "Centro Paolo VI" di Casalnoceto, formatore e supervisore "Associazione Italiana Musicoterapisti" (AIM).

evolutiva. I giovani percorrono, grazie all'assistenza di un'équipe multidisciplinare formata da neuropsichiatri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali ed educatori professionali, un tratto della loro esistenza usufruendo dei servizi terapeutici, di rieducazione e riabilitazione forniti dall'ente suddetto. Mi pongo pertanto la finalità di tracciare alcune linee di riflessione inerenti alle caratteristiche di un contesto musicoterapico calibrato sulle esigenze di questi ragazzi, cercherò inoltre di individuare alcune specifiche modalità di fruizione dell'esperienza musicale intendendo in questo caso il termine fruizione nel duplice aspetto dell'ascolto e della produzione. Nel lavoro quotidiano con la suddetta casistica appare fittizia la dicotomia musicoterapia recettiva, musicoterapia attiva: all'interno del *setting* le due pratiche si alternano, si integrano, divengono complementari creando dinamicità espressiva e relazionale ed offrendo spunti d'incontro con i ragazzi. Conoscere queste persone attraverso un iniziale ascolto del repertorio musicale contenuto all'interno di un oggetto come il lettore mp3 consente spesso di stabilire un primo momento di aggancio sul quale sviluppare gli incontri successivi. Si crea, attraverso l'ascolto musicale condiviso, un momento di accoglienza e di sospensione del giudizio che favorisce nel ragazzo un graduale processo di apertura e disponibilità a svelare la propria identità musicale. All'interno della pratica clinica quotidiana, dopo il momento dell'ascolto condiviso, è possibile osservare la tendenza dei ragazzi a voler eseguire le musiche "del cuore" con l'acquisizione di competenze tecniche di utilizzo di uno strumento musicale oppure della voce. In questo modo l'oggetto musica passa da una funzione di auto-intrattenimento o d'intrattenimento tra pari ad una funzione di potenziale condivisione con un adulto, preparato ad offrire un ulteriore passaggio nella fruizione musicale, ovvero quella dello scambio espressivo, dell'ascolto non giudicante, dell'aiuto a sviluppare competenze specifiche atte a rendere l'esperienza musicale realizzabile nei termini di una produzione più consapevole e "vicina" al modello, gruppo musicale o cantante, noto ed amato dai ragazzi. Vedremo di seguito come si sviluppa questo lavoro di accoglienza ed ascolto delle esigenze (bisogni e desideri) dei singoli adolescenti.

2. Aspetti metodologici

Il ragazzo accolto in comunità formula una richiesta specifica per il trattamento di musicoterapia: compila una richiesta, la consegna agli educatori i quali sottopongono le intenzioni dell'ospite all'équipe clinica. Dopo aver vagliato la pertinenza della richiesta soprattutto in rapporto alla situazione clinica dell'ospite, il neuropsichiatra invia il ragazzo al musicoterapista per una valutazione. I criteri d'inclusione proposti dal musicoterapista sono due e sono stati elaborati tenendo conto dell'esigenza di porre un filtro iniziale alle richieste degli ospiti che spesso manifestano intensi interessi verso l'una o l'altra possibilità espressiva o riabilitativa seguendo il flusso di processi di emulazione di un leader o di un piccolo gruppo di compagni.

3. Criteri d'inclusione

- 1) Presenza di competenze musicali specifiche (in alcuni casi gli ospiti possiedono specifiche competenze per l'utilizzo della chitarra, delle tastiere, delle percussioni, della voce) molto spesso acquisite durante percorsi didattici precedenti ai vari ricoveri nei reparti di neuropsichiatria infantile e all'inserimento in comunità, percorsi bruscamente interrotti dall'insorgere di episodi di crisi.
- 2) Presenza di un interesse per l'ascolto musicale come ho evidenziato in precedenza; come sappiamo in questa fascia d'età l'ascolto può ricoprire differenti funzioni.

4. Alcune considerazioni

Spunti di riflessione possono essere individuati a partire da questo primo livello, successivo all'invio. L'ospite *sceglie* di fruire della proposta musicoterapica. Questa scelta sembra derivare da alcuni elementi di base che caratterizzano i ragazzi incontrati:

- 1) il confronto con gli educatori al momento dell'ingresso in comunità;
- 2) il confronto con i pari che già usufruiscono del trattamento musicoterapico. Questo livello sembra essere correlato alla circolazione e alla condivisione, all'interno del gruppo di gusti, tendenze, valori inerenti alle diverse possibili esperienze (anche musicali) vissute appunto in ambito di gruppo;
- 3) l'idea di un progetto musicale da realizzare. Si tratta del desiderio di realizzare registrazioni audio "dal vivo" di canzoni eseguite dai cantanti o dagli autori più amati dai ragazzi e in alcuni casi di esportare questi prodotti sia in ambito di gruppo di comunità, sia all'esterno della struttura, in famiglia oppure nel gruppo di pari età esterno all'istituzione che costituisce la "compagnia" del ragazzo;
- 4) in altri casi si tratta invece del desiderio di riprendere percorsi didattici inerenti all'utilizzo funzionale di uno strumento musicale;
- 5) in alcune situazioni la richiesta è rivolta al soddisfacimento della curiosità d'esplorazione e sperimentazione in ambito musicale.

Sospenderei momentaneamente il giudizio relativo all'apparente impostazione di carattere didattico che sembra emergere da alcuni dei punti sopra esposti. Focalizzerei invece l'attenzione sulla richiesta spontanea formulata dai ragazzi, spesso solo parzialmente indotta dagli operatori, al bisogno di esprimere elementi di sé attraverso la musica. Talvolta questa motivazione fonda le radici nel bisogno di appartenere ad un gruppo, al gruppo di comunità, al gruppo dei pari, in altri casi la motivazione dei ragazzi è riconducibile all'esigenza di sperimentare situazioni gratificanti, di avere uno spazio nel quale "...prendersi cura di sé...". Quali che siano le motivazioni o le aspettative dell'ospite, in una prima fase di presa in carico e trattamento emergono come possibilità la disponibilità di uno spazio e di un tempo, la presenza di una persona qualificata a lavorare in senso musicale, l'idea di poter realizzare un progetto espressivo. Al fine

di rafforzare ulteriormente l'importanza della richiesta libera e della scelta da parte dell'ospite, ricordo brevemente la situazione che caratterizza il periodo di permanenza dei ragazzi in comunità:

- Situazioni successive ad un ricovero in reparto ospedaliero di neuropsichiatria, ricovero che può durare alcuni mesi. Situazioni di confronto con la malattia psichiatrica, con altri malati, molto spesso successiva ad agiti estremamente drammatici che colpiscono sia la vita dell'adolescente sia i familiari. Situazioni in cui i legami, le relazioni più significative, le normali attività quotidiane subiscono un brusco arresto a causa di un *breakdown* di una crisi tanto intensa da modificare globalmente lo sviluppo di un percorso di crescita;
- Situazioni di transito da una comunità all'altra, riferibili ad ospiti che pur trovandosi in giovane età conoscono differenti contesti comunitari, possiedono strategie e stili relazionali già consolidati nel tempo dalla frequentazione/permanenza all'interno di strutture di accoglienza e cura;
- Situazioni di allontanamento del ragazzo/a dal nucleo familiare che, per svariati motivi non appare in grado di svolgere i compiti educativi più opportuni a tutela della crescita dell'adolescente. In queste situazioni spesso agenzie esterne come il Tribunale per i Minori intervengono al fine di individuare la "collocazione" più adeguata per il ragazzo;

Sforziamoci quindi d'immaginare la vita di un adolescente che magari conosciamo, che in maniera improvvisa viene completamente e pesantemente modificata nelle sue manifestazioni più abituali, nel suo regolare andamento, nelle possibilità di crescita integrata ed armonica a causa di fratture emotive e relazionali spesso imprevedute e fortemente traumatiche. Immaginando questo forse possiamo riuscire a comprendere l'importanza dell'incontro con operatori, in primis Educatori professionali, che "offrono" possibilità, propongono idee, sostengono inclinazioni e bisogni dei ragazzi, consentono di costruire una cornice di attività e di relazioni entro cui continuare a vivere e crescere. La musica può rappresentare uno di questi elementi, la musicoterapia un contesto specifico nel quale sviluppare in senso relazionale ed integrativo alcune di queste idee e inclinazioni.

5. Il primo incontro

Il primo appuntamento è di carattere conoscitivo. Il musicoterapista si presenta e propone al ragazzo il *setting* all'interno del quale si svolgeranno gli incontri. In questo primo momento è importante offrire un contesto ricco, esteticamente bello e piacevole. Gli strumenti musicali sono generalmente i seguenti: tastiere elettroniche, pianoforte, batteria elettronica, chitarra classica o elettrica, computer e *software* per l'elaborazione del suono, possibilità di utilizzare il web per le ricerche musicali, impianto audio di amplificazione, impianto stereo per l'ascolto. Questi oggetti esercitano spesso un notevole fascino sugli adolescenti già dal primo incontro. Gli strumenti, la loro presenza,

la possibilità di utilizzarli aprono ad un orizzonte ricco di potenzialità espressive. Anche in questo caso il musicoterapista lascia la possibilità di scelta all'ospite. Il primo appuntamento si caratterizza anche per un breve colloquio finalizzato alla definizione delle linee generali del percorso da affrontare. Durante il primo incontro e per le sedute successive il musicoterapista non utilizza schede di raccolta anamnestica-musicale o materiali simili. Credo sia importante ricordare che l'adolescente in comunità si *..porta dentro..* un vissuto di valutazione psicologica effettuato tramite test, colloqui e visite di vario genere, ritengo pertanto inadeguato caratterizzare il *setting* musicoterapico come un nuovo ambito di indagine psicologica rendendolo medicalizzato e conferendogli una connotazione valutativa. I tratti peculiari e ricorrenti dell'identità musicale dei ragazzi si possono delineare nel corso delle prime tre o quattro sedute attraverso incontri clinici. Nell'ambito del primo appuntamento sostanzialmente gli aspetti indagati sono i seguenti:

- nome e provenienza dell'ospite: precisare la provenienza, come sappiamo, può aiutare ad inquadrare l'identità sonoro/musicale.
- nome e competenze specifiche del musicoterapista: ritengo importante definire i confini dell'esperienza e delle competenze del tecnico con il quale il ragazzo effettuerà il percorso al fine di contenere il rischio di sovrapposizione con altri ambiti e figure professionali.
- esperienze musicali precedenti al ricovero e attuali, per verificare il livello d'interesse e competenza del ragazzo.
- motivazioni e aspettative dell'ospite nei confronti della musicoterapia, per questi aspetti rimando a quanto scritto in precedenza.

In seguito a questo momento conoscitivo gli appuntamenti si susseguono e il percorso si sviluppa spesso per l'intera durata della permanenza del ragazzo in comunità, un periodo che può variare da uno a tre anni. La frequenza media degli incontri è di due sedute settimanali.

Dal 2001 al 2010 presso le comunità terapeutiche interne al "Centro Paolo VI" di Casalnoceto (Al) sono stati trattati in musicoterapia, trenta adolescenti di età compresa tra i 12 e i 18 anni. Omogenei dal punto di vista diagnostico, la diagnosi prevalente è quella di "disturbo borderline di personalità", pressoché tutti hanno usufruito d'un trattamento musicoterapico individuale per l'intero periodo di permanenza presso la struttura. Di seguito evidenzieremo le principali tipologie di fruizione dell'esperienza musicale emerse durante il trattamento dei ragazzi nel corso di questi anni.

6. Tipologie di fruizione musicale negli ospiti

- A. Il primo raggruppamento riguarda gli adolescenti che aderiscono alla proposta musicoterapica in forma emulativa. Il progetto esposto dai ragazzi è prevalentemente orientato all'acquisizione di competenze specifiche relative all'utilizzo di uno strumento musicale. La chitarra, la tastiera, la batteria tra i più

richiesti, ma anche la pratica vocale. Sono assenti competenze di base e talvolta il livello cognitivo risulta ai limiti della norma. Le motivazioni, spesso non dette che spingono questi ragazzi a cercare nell'esperienza musicale elementi di realizzazione, sono da ricercare in un bisogno di appartenenza al gruppo dei pari. I ragazzi che costituiscono questa prima tipologia spesso rivelano intensi bisogni di accoglienza. Le competenze espressive e le possibilità di apprendimento sono limitate ma le intenzioni degli adolescenti rivelano profonde esigenze emotive e relazionali. Talvolta le idee d'espressione musicale appaiono lontane da ogni possibilità concreta di realizzazione e si caratterizzano per la massiccia presenza di meccanismi di negazione e idealizzazione del contesto che si contrappongono ad una possibile analisi critica delle *performances* musicali. L'approccio musicoterapico in questi casi rischia di essere controindicato, in quanto rischia di sostenere componenti psicopatologiche del ragazzo senza offrire aree di realizzazione utili allo sviluppo di un processo di integrazione personale e ad un rafforzamento del senso di identità, oppure può rivelarsi estremamente ripetitivo e privo di reali spunti evolutivi.

- B. Il secondo raggruppamento di casi riguarda un numero di adolescenti orientati verso la fruizione dello stile e del repertorio musicale Hip-hop. Il progetto esposto da questi ragazzi prevede spesso di realizzare canzoni e testi con la finalità di giungere alla creazione di un repertorio personale attingendo allo stile di *rappers* famosi, da presentare su alcuni siti *web* oppure da incidere su cd. Le intenzioni ed il progetto dei ragazzi sono sostenuti da alcune competenze di base. Lo stile relazionale adottato da questi ragazzi oscilla tra due poli principali. Il primo caratterizzato da una fruizione superficiale della musica che si traduce in un ascolto continuo e disattento, poco differenziato in termini qualitativi ma contraddistinto da un'imponente quantità di materiale musicale raccolto. Il musicoterapista è spesso considerato come una fonte per questa raccolta e le richieste iniziali dei ragazzi si rivolgono appunto ad una sorta di "approvvigionamento" musicale volto ad ampliare il repertorio di basi ritmiche (i *beat*), di canzoni, biografie, immagini dei cantanti. La relazione che s'instaura è di carattere funzionale ed univoco, lascia poco spazio al confronto e allo scambio, satura i possibili silenzi con il continuo ascolto e con la lettura di testi scritti dai ragazzi, tradotti o raccolti da varie fonti. La capacità di giudizio sulle proprie performance musicali è limitato, l'atteggiamento di disponibilità da parte del terapeuta sembra essere l'unica possibilità d'incontro. Il secondo polo è caratterizzato da ragazzi in possesso di una maggiore capacità di mediazione comunicativo-relazionale e offre la possibilità di instaurare un rapporto basato su elementi di scambio biunivoco. I ragazzi a questo livello consentono al musicoterapista di intervenire modulando sulle loro scelte, manifestano competenze di ascolto e capacità di giudizio più integrate. I progetti musicali di questi ragazzi appaiono realizzabili e sono connotati da elementi di ricerca

estetica. Spesso i testi riflettono aspetti della loro emotività soprattutto in momenti particolari della vita di comunità. Le emozioni che prevalentemente emergono dai contenuti testuali e dai materiali musicali scelti sono correlate a sentimenti di rabbia oppure a tematiche affettive rivolte a compagni di sesso opposto.

- C. Il terzo raggruppamento riunisce ragazzi in possesso di specifiche competenze musicali preesistenti al momento del ricovero e dell'accoglienza in comunità. In alcuni casi i ragazzi hanno seguito lezioni di musica e hanno interrotto i percorsi didattici a causa dell'insorgere della malattia. Le richieste ed i progetti avanzati da questa tipologia di adolescenti sono orientate al recupero di competenze specifiche musicali. La relazione che s'instaura e la struttura della seduta di musicoterapia risentono dell'impostazione didattica. Anche per questa tipologia si tratta di raccogliere ed eseguire brani musicali appartenenti ai gusti e all'identità musicale dei ragazzi, si tratta altresì di offrire un sostegno ad abilità e competenze espressive specificamente musicali che durante il periodo di permanenza in comunità andrebbero perse. Appare chiaro che il lavoro di carattere "didattico" si rivolge a due aspetti principali, il primo orientato a rafforzare il senso d'identità dei ragazzi, il secondo a mantenere e sviluppare competenze cognitive legate alla musica. Per questa tipologia si rivela utile stipulare accordi e convenzioni con realtà formative musicali presenti sul territorio. Accademie e scuole di musica possono offrire opportunità di normalizzazione e socializzazione tra pari esterne all'ambiente delle comunità. In questo caso il musicoterapista avrà un duplice ruolo: all'interno della struttura quello di facilitare la ripresa del percorso musicale ai ragazzi ponendo particolare attenzione anche alla dimensione della relazione e dell'improvvisazione musicale, all'esterno della struttura avrà la funzione di mediazione e raccordo per le proposte che le diverse istituzioni formuleranno ai ragazzi integrati nei progetti didattici ed espressivi.
- D. Un'altra tipologia di fruizione riguarda gli adolescenti che si rapportano all'esperienza musicale associandola ad immagini visive. In questo caso la musica è ricordata e fruita nell'ambito di colonne sonore di film. I ragazzi che presentano queste caratteristiche tendono ad evocare attraverso il racconto verbale scene per loro significative e a ricordare i profili melodici ed il clima evidenziato attraverso la musica. Le immagini ricordate e riproposte sono correlate al vissuto esperienziale ed emotivo del ragazzo e la richiesta dell'ospite è spesso orientata ad un bisogno di acquisizione dei brani attraverso l'esecuzione musicale. Si delinea in questo modo un percorso di apprendimento di competenze musicali favorito dall'esigenza di rievocare scene peculiari ritenute significative dal ragazzo. Incontrando gli ospiti all'interno di questa tipologia di fruizione/produzione musicale, è possibile fornire elementi di modulazione relativi a tematiche che spesso si presentano come eccessivamente ripetitive e sterili dal punto di vista di una possibile elaborazione. L'approccio

musicoterapico strutturato in questo modo sembra consentire una modulazione rispetto a pensieri ricorrenti legati ad immagini e musiche, offrendo al ragazzo la possibilità di esperire i brani musicali all'interno di un contesto differente da quello abituale. Questo cambio di prospettiva in alcuni casi facilita l'ampliamento del repertorio conosciuto favorendo l'interesse per stili musicali e brani appartenenti a paesaggi musicali diversi da quello abituale.

- E. Il quinto ed ultimo raggruppamento contiene i ragazzi che si rapportano all'esperienza musicale attraverso condotte d'ascolto ed esecuzione vocale. E' possibile incontrare adolescenti in possesso di un notevole bagaglio d'ascolto musicale. Questi ragazzi e ragazze amano raccogliere brani musicali di generi e stili vari motivando le scelte con precise indicazioni orientate prevalentemente a tematiche di ordine affettivo ed emotivo. Le *playlist* contengono sia canzoni sia brani di musica strumentale raggruppabili secondo categorie di pregnanza emotiva. Alcune musiche sono connesse ad esperienze relazionali ed affettive tra pari, altre richiamano le caratteristiche sonoro/musicali e il clima emotivo dell'ambiente familiare, altre ancora sono legate a situazioni contingenti vissute dall'adolescente in ambito istituzionale: il momento dell'accoglienza in struttura, quello della dimissione, momenti di particolare benessere o malessere sono spesso sostenuti dal desiderio di ascoltare brani che per i contenuti verbali (testi delle canzoni) o per le caratteristiche strutturali (ritmiche, melodiche, ecc..), rispecchiano il sentire dell'ospite relativo alle specifiche situazioni descritte. All'interno di questa tipologia di fruizione è possibile articolare incontri mirati ad avviare un processo di presa di consapevolezza dell'esperienza musicale rispetto al vissuto emotivo. Le scelte musicali effettuate dal ragazzo offrono lo spunto per *parlare* di particolarità e caratteristiche del brano musicale ascoltato e delle modalità di eventuale ri-produzione da parte del ragazzo. I tratti caratteristici dei brani scelti possono entrare in questo modo in risonanza con aspetti tipici dell'espressività dell'adolescente consentendo di avviare ed articolare il suddetto processo.

7. Conclusioni

In merito alle considerazioni esposte, ritengo utile individuare alcune aree di possibile approfondimento finalizzato ad una più specifica applicazione del trattamento musicoterapico nel campo dei disturbi neuropsichici dell'adolescenza. Riferendomi essenzialmente alla mia esperienza personale ritengo proficuo un confronto tra professionisti sui seguenti aspetti:

- A. **ambito verbale:** la relazione con questi ragazzi si sviluppa prevalentemente su un piano verbale. Pensiamo ai testi delle canzoni e al rapporto comunicativo con il terapeuta. Il contesto non-verbale caratteristico della musicoterapia

sembra raggiungibile come finalità e non costituisce un presupposto per la strutturazione dell'intervento. La proposta di un *setting* non verbale ad inizio percorso espressivo ha determinato spesso l'interruzione della frequenza delle sedute da parte dei ragazzi. L'utilizzo del linguaggio verbale deve essere opportunamente orientato alla discussione relativa alle caratteristiche del materiale musicale proposto dai ragazzi, alle informazioni di carattere tecnico riguardanti l'acquisizione di competenze specifiche, oppure alla sottolineatura di peculiarità espressive non-verbali emerse durante gli incontri. Delimitare l'uso del linguaggio verbale all'interno degli ambiti descritti consente al musicoterapista di definire con sufficiente chiarezza le caratteristiche del setting;

- B. metodologia:** emergono esigenze di strutturazione di tipo metodologico. I caratteri quali-quantitativi del materiale espressivo e dei vissuti ad esso connessi si rivelano estremamente complessi e polimorfici. In relazione ad ognuna delle tipologie di fruizione trattate servirebbero linee d'intervento specifiche e mirate;
- C. formazione:** per quanto riguarda l'aspetto formativo, competenze musicali solide per questa tipologia di pazienti sono necessarie;
- D. approccio integrato:** l'approccio a queste situazioni richiede una grande flessibilità tecnica e di metodo, la capacità d'integrare approcci apparentemente lontani seguendo un'ottica di complessità. Richiede inoltre una costante capacità di confronto con l'équipe clinica relativa agli elementi espressivi e all'andamento delle dinamiche relazionali emerse durante il trattamento.

Bibliografia

- AA.VV. (2000), *Adolescenti e musica*. Atti del convegno del Centro di Psicologia Clinica ed Educativa. Milano.
- Andreoli, V. (2004), *Lettera a un adolescente*. Milano: BUR.
- Benenzon, R. (2007), Presentazione del modello Benenzon. In AA.VV., *Musicoterapia tra neuroscienze arte e terapia*. Torino: Ed. Musica pratica.
- Bonino, S., Lo Coco, A., Tani, F. (1998), *Empatia*. Firenze: Giunti.
- Bruscia, K. (1999), *Casi clinici di musicoterapia* (2 voll). Napoli: Ismez.
- Gaita, D. (2000), *Il pensiero del cuore*. Milano: Bompiani.
- Galimberti, U. (2008), *L'ospite inquietante, il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli.
- Giordano, E. (1999), *Fare arte terapia*. Torino: Cosmopolis.
- Kaneklin, C., Orsenigo, A. (1998): *Il lavoro di comunità. Modalità d'intervento con adolescenti in difficoltà*. Roma: Carocci.
- Lecourt, E. (1996), *Analisi di gruppo e musicoterapia*. Assisi: Cittadella Editrice.
- Manarolo, G. (2006), *Manuale di musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- Manarolo, G., Peddis, M. (2004), *Musica e adolescenza. Musica et Terapia, 9*. Torino: Cosmopolis.
- Marcelli, D., Braconnier, A. (2006), *Adolescenza e psicopatologia*. Milano: Masson.
- Oasi, O. (2004), *Psicologia della musica e adolescenza. Musica et Terapia, 9*. Torino: Cosmopolis.
- Pavlicevic, M. (1997), *Musicoterapia applicata al contesto*. Napoli: Ismez.
- Postacchini, P.L. (2006), *In viaggio attraverso la musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- Postacchini, P.L., Ricciotti A., Borghesi M. (1997), *Musicoterapia*. Roma: Carocci.
- Ravasio, B., Fantoni, F. (2000), *Introduzione*. In AA. VV., *Adolescenti e musica*. Atti del convegno del Centro di Psicologia Clinica ed Educativa. Milano.
- Ricciotti, A. (2004), *Forme musicali e vita mentale in adolescenza. Musica et Terapia, 9*. Torino: Cosmopolis.
- Spaccazocchi, M. (2000), *Musica. Umana esperienza*. Urbino: Quattroventi.
- Stefani, G. (1985), *La competenza musicale*. Bologna: CLUEB.
- Wigram, T. (2004), *Improvvisazione*. Napoli: Ismez.

ESPERIENZE DI LAVORO

IL PASSAPORTO: CONDIVIDI IL MONDO DI GIOVANNI
(INTERVENTI RIABILITATIVI, EDUCATIVI E ASSISTENZIALI
SU BAMBINI E ADOLESCENTI AFFETTI DA GRAVI PATOLOGIE:
RIFLESSIONI DEGLI OPERATORI).

RITA BASSO*
ADALGISA CONTI*
MARCO DELLA RATTA*
SARA LOVOTTI°
MARA SINELLI*
ELISABETTA ZADRO°

1. Premessa

Il percorso, descritto in questo lavoro e che ha portato all'elaborazione del "passaporto" che presenteremo in questo articolo, nasce dalla riflessione condivisa dagli operatori che si occupano di bambini e adolescenti affetti da gravi patologie, inseriti presso l'Unità Gravi Cerebropatie del "Centro Paolo VI" di Casalnoceto. Questi pazienti sono in regime residenziale o semiresidenziale.

Si tratta di pazienti con esiti di gravi patologie neonatali, gravi malformazioni congenite e/o malattie cromosomiche e genetiche complesse, malattie neurologiche degenerative e metaboliche, sindromi e quadri clinici di difficile classificazione diagnostica con decorsi variabili e connotati da severe compromissioni a tutti i livelli.

La difficoltà nella gestione di questi bambini è legata alla complessità della patologia che colpisce tutti gli aspetti: relazionali, motori, sensoriali, alimentari...di conseguenza gli operatori che ruotano attorno a questi bambini sono molti e rappresentano diverse figure professionali (assistenti alla persona, educatori, infermieri pediatrici, fisioterapisti, logopedisti, neuropsicomotricisti, musicoterapista, terapeuta occupazionale).

Questo lavoro è nato dal bisogno di:

- 1) Trovare un linguaggio comune, condividendo un'immagine di bambino reale e ricercando le "disabilità positive" cioè le seppur minime potenzialità.
- 2) Migliorare il lavoro di *équipe* rendendolo quotidiano e il più elastico possibile, per realizzare un'unità di intenti che renda produttivo l'intervento attraverso obiettivi comuni per il raggiungimento del massimo benessere del bambino.

* Fisioterapista, "Centro Paolo VI di Casalnoceto"

° Logopedista, "Centro Paolo VI di Casalnoceto"

- 3) Valorizzare gli interventi di accudimento che sono basilari, occupano gran parte della giornata e sono fondamentali per il benessere del bambino.
- 4) Avere a disposizione uno strumento agile con cui presentare il bambino ai nuovi operatori e alle realtà esterne (scuola, ricoveri ospedalieri, visite mediche, vacanze).
- 5) Documentare con regolarità (foto, schede di valutazione) i vari aspetti, ad esempio quelli posturali, per essere in grado di valutare e di intervenire. Nei bambini e ragazzi di una certa gravità è difficile osservare i cambiamenti.
- 6) Dare ordine e continuità per condividere un lavoro già in corso.
- 7) Dare un senso al nostro lavoro: nel bambino e adolescente grave è difficile trovare degli spazi di intervento, per cui si rischia di cadere nella *routine* di un trattamento ripetitivo e demotivante.
Il bambino grave non migliora; anzi, la componente strutturale è destinata a peggiorare, con conseguente aggravamento del quadro patologico. La ricerca del benessere, che rimane l'unico obiettivo perseguibile, richiede un'attenzione e una capacità di adattamento costante da parte di tutti gli operatori
- 8) Il modificare le condizioni ambientali (luce, suoni, odori, temperatura, contenimento posturale, musica) mettendosi nei panni del bambino, rientra tra gli interventi indiretti di facile e indubbio beneficio, che non sono scontati e stanno a significare l'attenzione al bambino come persona.

Condizioni per attivarsi:

- 1) Sapere cosa ricercare e come osservare un bambino grave: la letteratura è piuttosto scarna rispetto alla "lettura" di un bambino compromesso a più livelli, probabilmente perché è realmente difficile affrontare insieme tanti aspetti diversi in bambini spesso unici. L'osservazione di un bambino grave richiede tempo, attenzione e ascolto dei genitori e delle persone che stanno con il bambino e lo accudiscono.
- 2) Cogliere le diverse caratteristiche dei bambini decodificandole attraverso le proprie competenze e scambiarle confrontandosi con gli altri operatori. Un buon metodo può essere tentare di "mettersi nei panni" del bambino che abbiamo di fronte sperimentando i suoi limiti.
- 3) Condividere le motivazioni con gli altri operatori. La realtà lavorativa con questi bambini si accompagna ad un'inevitabile componente depressiva, la condivisione e la consapevolezza aiutano a farsene carico reciprocamente. Il confronto e lo scambio tra gli operatori sugli aspetti più intimi e devastanti della patologia porta spesso alla consapevolezza di una impotenza dichiarata, che diventa proprio per questo più tollerabile.
- 4) Avere una famiglia partecipe che sollecita a mantenere alto l'interesse sul bambino.

- 5) Avere a disposizione una rete di contatti (con specialisti nei diversi settori), per far fronte a necessità ordinarie e particolari che così vengono affrontate in modo efficace. È importante poter contare su esperienze collaudate di professionisti di supporto.
- 6) Avere disponibilità di tempo: sia il pensare che l'agire richiedono un tempo di confronto e scambio tra gli operatori.

Volutamente in questo lavoro non affrontiamo gli aspetti psicologici relativi al carico emotivo ed emozionale che comporta il confrontarsi quotidiano con la patologia grave infantile.

L'utilizzo del "passaporto" nasce dall'esigenza di avere uno strumento che consenta a chiunque venga in contatto con il bambino di avere informazioni rapide e molto pratiche sulla sua storia e le sue abitudini. Grazie a questo semplice e immediato strumento si garantisce stabilità al bambino con grave disabilità comunicativa anche in situazioni nuove o con persone nuove. Infatti il passaporto permette di accedere in modo rapido ad informazioni essenziali e rilevanti sia sui bisogni assistenziali che sulle modalità più adeguate per stabilire un'interazione efficace.

E' fondamentale che il passaporto abbia le seguenti caratteristiche:

- Che sia visivamente accattivante
- Che il linguaggio sia adeguato all'età del bambino, colloquiale e scritto in prima persona
- Che sottolinei i punti di forza
- Che sia breve e ricco di immagini
- Che sia di facile lettura

Qui di seguito riportiamo un esempio di passaporto che è stato realizzato con il contributo dei vari operatori, seguendo il modello inviatoci da Gabriella Veruggio, che lavora come terapeuta occupazionale, esperta in *comunicazione aumentativa ed alternativa* presso l' "Istituto Benedetta D'Intino" di Milano; volutamente non è stata completata la parte relativa alla famiglia e alla scuola, per una questione di tutela della *privacy*.

PASSAPORTO



Ciao! Io sono Giovanni.

Per favore leggi queste pagine,
ti aiuteranno a conoscermi meglio.

Qui ci sono alcune informazioni speciali che mi riguardano e che possono facilitarmi a comunicare con gli altri.

Attraverso questo libretto spero che tu possa conoscermi e capirmi meglio.

E' stato diviso in diverse pagine, ma si legge velocemente, anche perché contiene tante foto.

Mi raccomando! Quando ci incontriamo, fammi sentire la tua voce così non mi spavento e ti riconosco: non arrivare all'improvviso!

Ricordati che non ci vedo e mi dà fastidio la luce forte; infatti porto gli occhiali da sole.

Per aiutarmi a vederti meglio, mettimi in modo che la tua faccia sia illuminata ma che la luce non mi arrivi direttamente negli occhi

BUONA LETTURA!

Ho 8 anni.

Sono nato il 24 marzo 2004

Ho una sorellina più piccola che va alla scuola materna; si chiama Sonia!

Il papàfa.....e la mamma.....

Questa è la mia bellissima famiglia!

Vivo con la mia famiglia a.....

Questa è la mia casa (foto della casa)

Questi sono i miei due gatti (foto dei gatti):

Questo è il mio indirizzo.....



In caso di necessità chiamate il numero.....

Durante la settimana frequento la scuola primaria a Casalnoceto, il lunedì, il mercoledì e il venerdì mattina.

Sono nella classe.....

I miei insegnanti si chiamano.....

(foto degli insegnanti; sotto la foto mettere il nome dell'insegnante).

Al "Centro Paolo VI" ci sono molte altre persone che si occupano di me.

Si chiamano.....

(foto di educatori, assistenti alla persona, ecc.; sotto la foto mettere il nome degli operatori)

Io comunico.....

FAMMI UNA DOMANDA SEMPLICE, A CUI POSSO RISPONDERE SÌ O NO.

ASPETTA LA MIA RISPOSTA!

PER DIRE **sì**, SORRIDO TANTO E MUOVO TUTTO IL CORPO.

PER DIRE NO, RUOTO IL CAPO A SINISTRA E FACCIO DELLE SMORFIE.

NON SEMPRE LA MIA RISPOSTA È CHIARA.

SE NON SEI SICURO, RIPETI LA DOMANDA!

POSSO SCEGLIERE QUELLO CHE MI PIACE, SOPRATTUTTO SE SONO COSE CHE IO CONOSCO (ES.: QUALE MERENDA MANGIARE, QUALE GIOCATTOLO USARE, ECC...).

SPIEGAMI LE DIVERSE POSSIBILITÀ DI SVAGO (ES. GIOCARE CON LA PALLA, CON IL TRENINO CHE SUONA O ASCOLTARE LA MUSICA).

FAMMI PROVARE PER ESSERE SICURO CHE IO ABBIA CAPITO.

ORA PUOI CHIEDERMI, NELL'ORDINE CON IL QUALE MI HAI ELENcato I GIOCHI, A COSA VOGLIO GIOCARE, LASCIANDOMI IL TEMPO PER RISPONDERE SÌ O NO. (ES.: POSSIAMO GIOCARE A PALLA, GIOCARE CON IL TRENO O ASCOLTARE LA MUSICA).

VUOI GIOCARE CON LA PALLA?"

NO (RUOTO IL CAPO A SINISTRA)

"VUOI GIOCARE CON IL TRENINO?"

NO (RUOTO IL CAPO A SINISTRA)

“VUOI GIOCARE ASCOLTARE LA MUSICA?”

SÌ (SORRIDO E MI MUOVO)

“AH, ALLORA VUOI ASCOLTARE LA MUSICA!”

SE GUARDI NEL MIO ZAINO TROVERAI DUE PULSANTONI (*VOCÀ*)

CHE POSSO USARE PER GIOCARE E COMUNICARE!



AD ESEMPIO, POSSO RISPONDERE ALL' APPELLO,

POSSO CHIEDERE UN BACIO ALLA MAESTRA,

POSSO FARE UNA PERNACCHIA A UN COMPAGNO,

POSSO CANTARE O RECITARE UNA FILASTROCCA,

POSSO CHIEDERE UN GIOCO IN PRESTITO AD UN COMPAGNO.

POSSO RACCONTARE ALLA MAMMA COSA HO FATTO A SCUOLA...

RICORDATI DI METTERLI SEMPRE SUL MIO TAVOLINO ALLA MIA DESTRA, PERCHÉ
ALTRIMENTI NON LI TROVO!!!

CON IL *VOCÀ* ROSSO PUOI REGISTRARE PER ME UN SOLO MESSAGGIO (O PUOI
CHIEDERE AD UN MIO COMPAGNO DI FARLO);

CON QUELLO VERDE PUOI REGISTRARE PIÙ D'UN MESSAGGIO.

VA' ALLA PAGINA ... PER IMPARARE A USARLI!

MI PIACE MOLTO



PER DIVERTIRCI INSIEME POSSIAMO GIOCARE CON I LIBRETTI SONORI CHE LA MAMMA METTE SEMPRE NEL MIO ZAINO O ASCOLTARE LA MUSICA!

LE COSE CHE MI PIACCIONO DI PIU' SONO:

- LIBRETTI...
- LE CANZONI DI ZUCCHERO, RED HOT, CHILI PEPPERS, U2

UN' ALTRA COSA CHE MI PIACE TANTO E' SCHERZARE: PER DIVERTIRCI INSIEME; REGISTRA DEGLI SCHERZETTI (PERNACCHIE, VERSI DI ANIMALI, CANZONCINE, BARZELLETTE) SUL VOCA E LASCIALO SUL MIO TAVOLINO E, SENZA DIRLO A NESSUNO, ANDIAMO A CERCARE QUALCUNO DA PRENDERE IN GIRO!

NON MI PIACE PER NIENTE!



I RUMORI IMPROVVISI (MI FANNO SALTARE SULLA SEDIA!)

LE LUCI FORTI O LE LUCI DIRETTAMENTE NEGLI OCCHI!

QUANDO NON MI PIACE QUALCOSA O VOGLIO SMETTERE UN GIOCO, TE LO DICO TIRANDO FUORI LA LINGUA E FACENDOTI SENTIRE LA MIA VOCE...E SE GUARDI BENE LA MIA FACCIA...TE NE ACCORGI DI SICURO!
SE INVECE MI DIVERTO.. VEDRAI CHE SORRISI TI FARÒ VEDERE!

QUESTI SONO I MIEI COMPAGNI DI SCUOLA:

I MIEI COMPAGNI (O AMICI) PREFERITI SONO:

LA MIA SETTIMANA SI SVOLGE COSÌ.....

Dal lunedì al venerdì frequento il diurnato al Centro, mentre il sabato e la domenica sto a casa.

MANGIARE E BERE

MI PIACE MANGIARE, MA PER ESSERE SICURI MI PUOI DARE SOLO COSE FRULLATE E MORBIDE!

PER BERE USO IL CUCCHIAINO: se ho sete te lo faccio capire, tirando fuori la lingua; per essere sicuro puoi chiedermelo e aspettare una mia risposta.

QUEL CHE MI PIACE MANGIARE:

PIZZA

LATTE E CACAO CON BISCOTTI FRULLATI

PASTA O RISO

SVIZZERA E FORMAGGI

FRUTTA FRULLATA

LE COSE CHE NON MI PIACCIONO:

IO SONO ALLERGICO A...

(OPPURE: NON DEVO MANGIARE...)

IGIENE PERSONALE

I MIEI AUSILI

PER STARE SEDUTO, USO QUESTA CARROZZINA. DOVREI STARE SEDUTO COSÌ, E QUANDO SONO RILASSATO CI RIESCO MOLTO BENE!



PER AIUTARMI A METTERMI BENE SEDUTO FÀ COSÌ:

Bisogna posizionare bene il bacino sul fondo della seduta e fissarlo con l'apposita cintura che deve essere ben stretta.

Il tavolino facilita il mantenimento della postura.

L'utilizzo del Theratogs blu mi permette di tenere nella posizione migliore le braccia. Lo posso tenere per alcune ore al giorno.



STÀ ATTENTO A QUANDO PASSO DALLA PORTE. LE MIE BRACCIA E I MIEI PIEDI A VOLTE “ESCONO DALLA CARROZZINA” E POTREI FARMI MALE! AIUTAMI TU A TENERLE A POSTO!

OGNI TANTO “SCIVOLO” IN AVANTI.



PER FAVORE, RIMETTIMI A POSTO. FÀ COSÌ:



Bisogna posizionare bene il bacino sul fondo della seduta! E bisogna allacciare le cinture!

CAMBIARE POSIZIONE

È importante per me cambiare posizione durante il giorno. A nessuno piace stare seduto tutto il giorno!

Bibliografia

- Beukelman, D., Ray, P. (2010), Communication supports in pediatric rehabilitation. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 3, 279–288.
- Bloomberg, K., West, D., Johnson, H. and Communication Resource Centre (2004), *InterAAC-tion: Strategies for Intentional and Unintentional Communicators Manual*. Box Hill, Melbourne (Vic.): Scope.
- Costello, J.M., Patak, L., Pritchard, J. (2010), Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care through augmentative and alternative communication. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 3, 289–301.
- Ferrari, A., Cioni, G. (2005), *Le forme spastiche della paralisi cerebrale infantile: guida all'esplorazione delle funzioni adattive* (con DVD). Milano: Sprinter Verlag Italia.
- Giannoni, P., Zerbino, L. (2000), *Fuori schema. Manuale per il trattamento delle paralisi cerebrali infantili*. Milano: Sprinter Verlag Italia.
- Millar, S. (2002), Personal Passports to Support People with Severe Communication Difficulties. Communication presented at the *10th Biennial Conference of the ISAAC*. Odense, Denmark, 10 – 15 August.
- Warrick, A. (2003), *Comunicare senza parlare*. Trad.it, Torino: Omega.

Siti Internet

- Coakes, L.A. Little, T, Drysdale, L. (2004), *It's my book: creating ownership of a communication passport*, www.callcentre.education.ed.ac.uk
- Millar, S., Aitken, S. (2004), *Personal Communication passports as a way of consulting and representing children with communication disabilities to ensure consistent care*, www.education.gov.uk

ALCUNE INDICAZIONI PER L'UTILIZZO DELL' ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

LUCIO FIGINI*

Riassunto. *Questo articolo ha l'obiettivo di formulare alcune proposte per rendere operativo e fruibile, da parte degli operatori che lavorano in ambito sociosanitario, l'ICF, attraverso la presentazione di una checklist specifica. Le professioni alle quali viene rivolta l'attenzione sono quelle di educatore professionale, neuropsichiatra, terapeuta della riabilitazione, psicologo, psicoterapeuta. Tali figure, attraverso un lavoro sinergico di équipe, hanno la possibilità di osservare e valutare dal punto di vista olistico l'individuo. Non a caso in questa sede non si utilizza il termine "paziente", in quanto l'I.C.F. non è rivolto alla persona, in quanto disabile o "ammalata", ma alle condizioni di salute della persona stessa.*

1. Premessa

Sia l'ICF che l'ICD-10 (International Classification of Diseases – 10th Revision) sono due strumenti che appartengono alla famiglia delle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: il primo è uno strumento di classificazione centrato sulle condizioni di salute dell'individuo e mira pertanto a far leva sulle sue potenzialità; il secondo è uno strumento diagnostico, di classificazione di malattie, disturbi, lesioni e fornisce un modello eziologico. ICF e ICD-10 sono tra loro complementari.

La *checklist*, che qui si propone, ha l'obiettivo di "scattare una fotografia" complessiva dell'individuo in ogni sua componente e va compilata attraverso un lavoro sinergico di più professionalità. Quando viene somministrata, devono essere estratte per ogni individuo le categorie specifiche, che sono oggetto di attenzione.

Si ricorda che i termini "ombrello" dell'ICF sono le *componenti*, i *domini* (elementi di primo livello), le *categorie* (elementi di secondo, terzo e quarto livello), i *qualificatori*, questi ultimi da utilizzare necessariamente per la valutazione della persona. La *checklist* descritta in questa sede si ferma al secondo livello.

Ricordo che ogni *componente* raggruppa una serie di *domini* e che per "dominio" si intende "un insieme pratico e significativo di funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti e aree di vita". Le "componenti" comprendono le *funzioni corporee* (b), le *strutture corporee* (s), le *attività e partecipazione* (d) e i *fattori ambientali*

* Dottore in Educazione Professionale . Educatore professionale presso il "Centro Paolo VI"

(e). All'interno di ogni "dominio" ci sono le "categorie", che rappresentano le unità di classificazione che, come abbiamo visto, sono di secondo, terzo, quarto livello. Quanto ai qualificatori, è opportuno osservare che ciascuno di essi consiste in un codice numerico, che specifica l'estensione o la gravità del funzionamento o della disabilità in una determinata categoria, o il grado in cui un fattore ambientale costituisce un facilitatore o un ostacolo.

In sede di *équipe* si definiscono le aree di competenza (domini) per la compilazione, rispetto alle diverse professionalità (medico, medico specialista, psicologo, educatore professionale, terapisti, ecc.)

In questa sede ci occuperemo principalmente della componente *attività e partecipazione* (meno immediata rispetto alle altre) e della *checklist*.

Esempio

d570:

d: componente (attività e partecipazione)

d5: dominio, primo livello (cura della propria persona)

d570: categoria, secondo livello (prendersi cura)

Il terzo e quarto livello (ad es. d5702: mantenersi in salute e d5702: chiedere aiuto ai professionisti) potranno essere utilizzati per un lavoro più specifico in una fase successiva all'uso di questa *checklist*.

I qualificatori utilizzabili per la componente *attività e partecipazione* sono definiti *capacità e performance*. Essi costituiscono un nodo cruciale del sistema di classificazione dell'ICF.

Capacità: indica il più alto livello probabile di funzionamento che una persona può raggiungere in un momento determinato, in uno dei domini della lista di "attività e partecipazione", in un ambiente "standard" e uniforme (senza ausili o sostegni, compresi gli operatori).

Performance: descrive ciò che l'individuo fa nel suo ambiente attuale/reale e quindi introduce l'aspetto del coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita (con ausili o sostegni, compresi gli operatori).

Il primo numero dopo il punto indica la *performance*; il secondo numero si riferisce alla *capacità*, senza alcuna assistenza. Possono essere utilizzati dei qualificatori aggiuntivi (di cui non ci occuperemo in questa sede). Essi riguardano la *capacità* con assistenza (terzo numero) e la *performance* senza assistenza (quarto numero).

La scala utilizzata per valutare sia la *performance* che la *capacità* si articola come segue:

- 0: nessuna difficoltà
- 1: difficoltà lieve
- 2: difficoltà media
- 3: difficoltà grave
- 4: difficoltà completa
- 8: non specificato
- 9: non applicabile

In caso di utilizzo di un solo qualificatore, gli altri spazi devono essere lasciati in bianco.

Esempio:

d820.13

d: componente (attività e partecipazione)

d8: dominio (aree di vita principali)

d820: categoria (istruzione scolastica)

d820.13: performance: difficoltà lieve; capacità: difficoltà grave

Gli allegati a questo mio contributo mostrano il lavoro svolto e le conclusioni:

Allegato 1: relazione informativa sulla persona

Allegato 2: sinossi conclusiva compilata

Allegato 3: altro esempio di compilazione della *checklist*.

Allegato 1

Relazione informativa sulla persona

a. Presentazione

F. ha 16 anni, si presenta in comunità come un ragazzo piacevole, vestito con gusto e accuratezza, educato e rispettoso delle regole sociali, dallo sguardo attento e osservatore. Guarda attentamente e ascolta accuratamente ciò che gli viene detto e comprende ogni parola. Verbalizza rispettosamente e con precisione il proprio disappunto nei confronti di alcune regole, che considera restrittive, si mostra dubbioso rispetto al “livello” cognitivo dei compagni, stimandolo non corrispondente al suo. L'eloquio è fluente e sicuro. Sa affrontare una conversazione senza alcuna difficoltà. Percepisce il linguaggio del corpo e le espressioni facciali. È in grado di comunicare attraverso ogni tipo di modalità (ricevere o produrre messaggi, sia verbali che non verbali).

b. Caratteristiche fisiche/problematiche motorie

Le abilità grosso-motorie risultano nella norma, deambula in modo autonomo e senza incertezza; nel camminare sembra concentrarsi meticolosamente in ogni suo movimento

(questo non pregiudica comunque una mobilità adeguata). La postura evidenzia la testa leggermente inclinata in avanti; le braccia non assecondano il passo, ma sono ferme lungo i fianchi. Le abilità fini-motorie risultano nella norma (sollevamento, prensione e trasporto di oggetti o strumenti delicati); in posizione di “riposo” mantiene costantemente i palmi delle mani aperti, le dita allungate e adiacenti.

Emergono diverse bizzarrie nella gestualità quotidiana (possiamo pensare che siano stereotipie, in quanto sono movimenti ripetitivi, isolati o schematici, spontanei, non contestuali, privi di apparente funzionalità, emessi anche in solitudine): 1. spesso, durante la deambulazione, si ferma, ruota il collo guardandosi alle spalle in modo apparentemente immotivato; 2. tocca alcuni oggetti (sedie, stipite della porta, scarpe) con la punta dell'indice e del dito medio, picchiando successivamente dalle 4 alle 6 volte, quasi a voler permettersi il distacco, mantenendo il collegamento con l'oggetto o, in ultima analisi, ad esercitare una funzione di tranquillizzante controllo sull'ambiente; 3. si blocca alcuni secondi, mantenendo la postura nell'adempiere ad alcune mansioni quotidiane (davanti allo specchio, nel bagno, spogliandosi, chiudendo la porta.

Si muove in bici autonomamente. Nessuna problematicità si evidenzia nell'uso dei mezzi di trasporto.

c. Comportamento

Nel vivere la quotidianità esteriorizza un'altalenanza di momenti euforici e momenti silenti: nei primi si relaziona all'altro con simpatia e garbo, con apertura al dialogo e alla discussione, nei secondi esprime aspetti “depressivi” nei quali è taciturno, appiattito ed estraniato.

Verbalizza adeguatamente il proprio bisogno di tempo per creare una relazione di fiducia con l'adulto o i compagni; ad oggi non ha creato rapporti affettivi preferenziali con compagni o operatori specifici. Sembra riconoscere le emozioni primarie (ansia, rabbia, tristezza, coinvolgimento emotivo), esprimendo le proprie perplessità o paure al fine di prevenire agiti conflittuali nei confronti di altri. In egual modo si avvicina a persone che lo coinvolgono, cercando di utilizzare la simpatia, l'ironia e le proprie capacità cognitive per creare un contatto.

c.1. Aggressività

È emerso un solo episodio di agito fisico aggressivo (una schiaffo in viso) nei confronti di un compagno, dal quale era stato più volte provocato. È da evidenziare che F. aveva anticipatamente segnalato agli operatori la propria difficoltà relazionale nei confronti del suddetto compagno. In generale controlla l'aggressività sia verbale che fisica (interazioni interpersonali complesse).

c.2. Sessualità /controllo pulsionale

Le sue attenzioni sono rivolte all'altro sesso. Le modalità sono adeguate ad un ragazzo della sua età.

d. Area relazionale

d.1. Generale

Interagisce con le persone in modo socialmente adeguato (relazioni interpersonali semplici). Appropriato nell'interazione con gli estranei.

d.2. Relazione con l'adulto

Emerge un atteggiamento diligente nei confronti della figura adulta di riferimento (relazioni formali), nei primi periodi di reciproca conoscenza. Preciso e attento alle parole dell'adulto, memorizza gli accordi del contratto terapeutico stipulato e chiede che tali accordi siano rispettati. È comunque disponibile rispetto alle variazioni, sempre che vengano motivate più volte e in modo puntiglioso. Attento e disponibile al dialogo, affronta e discute tematiche che ritiene interessanti, sembra accettare rimproveri o limiti imposti dalle regole sociali, mostrando una sufficiente disposizione al confronto rispetto ad atteggiamenti per lui problematici.

d.3. Relazione con i pari

Permane una caratteristica di altalenanza nel rapporto con i compagni (relazioni informali), alterna momenti di giovialità, nei quali scherza con gli altri con battute ad un buon livello di ironia e autoironia, a momenti in cui utilizza l'umorismo e velati insulti per creare conflitti all'interno del gruppo (nella quotidianità sono decisamente pochi i momenti di conflittualità, che si risolvono per quasi la totalità delle volte senza l'ausilio dell'operatore)

d.4. Riunioni di comunità / partecipazione vita comunitaria / adattamento sociale in comunità (rispetto delle regole)

Partecipa con difficoltà alle riunioni, deve essere chiamato più volte e giunge sistematicamente in ritardo. Lo stile di vita nella quotidianità in comunità è comunque sempre adeguato. Rispetta le regole.

d.5. Laboratori

Non appare motivato per quanto concerne quasi tutti i laboratori proposti dalla comunità.

d.6. Socializzazione esterna

Nessun problema

e. Autonomie

e.1. Autonomia abitativa (muoversi all'interno della comunità / abilità domestiche / riordino spazi / fare la spesa)

Si muove autonomamente all'interno della comunità, utilizzando gli spazi con modalità adeguate, è stato in grado di memorizzare repentinamente i luoghi e la loro funzione.

Non è in grado di cucinare alcun piatto (è non è possibile un rapporto uno a uno con l'educatore, che è assente), ma è capace di fare la spesa.

Permane nella stanza un ordine meticoloso che sembra fare da specchio ad un bisogno di sicurezza e controllo: i libri scolastici formano una precisa colonna nell'angolo destro della scrivania, il letto è sempre fatto, l'armadio raccoglie vestiti piegati e simmetricamente posizionati all'interno.

Emergono le abilità domestiche necessarie al riordino degli ambienti lavanderia, cucina

e sala da pranzo, ma non esegue alcun compito senza l'ausilio dell'operatore. Non ci sono informazioni sufficienti in nostro possesso per valutare se è in grado di assistere altre persone.

e.2. Igiene personale

È autodeterminato e minuzioso per quanto concerne tutti gli ambiti dell'autonomia personale (si lava bene), ma lunghissimo nei tempi. Questo provoca quasi sempre decise lacerazioni della pelle. L'operatore deve intervenire sempre, verbalmente (stando fuori della porta), per moderare nei tempi i rituali.

Rimane sotto la doccia per diverso tempo, sfregandosi all'eccesso; a volte sta davanti allo specchio per 15-20 minuti, verifica diverse volte che l'accappatoio sia saldamente appeso all'appendino.

e.3. Abbigliamento

Risulta attento e preciso nell'accostamento cromatico, nella scelta dei vestiti esprime un proprio stile e gusto, in linea con le tendenze giovanili, pur senza eccedere; predilige capi di marca, è adeguato per quanto concerne i cambiamenti climatici.

e.4. Autonomia esterna

Mancano dati

f. Area cognitiva

f.1. Generale

Ha un'ottima istruzione informale e buone capacità nella soluzione dei problemi.

f.2. Orologio / denaro / telefono

Sa utilizzare in modo adeguato sia l'orologio digitale che analogico, preferisce comunque non indossarlo. È in grado di differenziare il denaro e ne riconosce il valore, sembra possedere abilità necessarie per gestire ragguardevoli somme di denaro e per programmare un risparmio in previsione di un acquisto (benché non ne abbia mai avuto la necessità), sa impiegare correttamente il bancomat (bancomat).

Utilizza adeguatamente il telefono.

f.3. Orientamento spazio-temporale

Per quanto concerne le informazioni in nostro possesso, risulta orientato sul piano spazio-temporale; non mostra evidenti lacune nella memoria autobiografica.

g. Lettura / scrittura

Possiede alcune capacità adeguate all'età, privilegia riviste storico-scientifiche (Focus storia). Legge con disinvoltura e scrive in modo adeguato. Per quanto riguarda l'aritmetica, invece, non è in grado di svolgere neppure semplici operazioni senza calcolatrice; con questo strumento presenta difficoltà lievi.

Risolve per la maggior parte della giornata comuni problemi.

h. Scuola

Attualmente frequenta la classe prima dell'istituto C., dal lunedì al sabato, dalle 8.00

alle 13.10, raggiunge la scuola in autonomia.

Attitudine lavorativa

Esegue un compito singolo anche da solo, quelli complessi e articolati invece sono portati a termine solo con l'ausilio dell'operatore.

i. Alimentazione

Si sazia abbondantemente e con meticolosità, predilige alcuni piatti e ne rifiuta altri; non gli manca l'appetito pur non mostrando voracità. Risulta adeguato il comportamento a tavola. La possibilità di gestire in autonomia il denaro gli permette di cogliere diverse occasioni per cibarsi fuori dalle mura della comunità, consuma la colazione al bar con latte al cioccolato e cornetto (nell'andare autonomamente a scuola) e spesso si ritaglia parte del tempo della propria autonomia pomeridiana per mangiare pizze, focacce, panini.

l. Attività sportiva

Da quando è inserito in comunità non si sono presentate occasioni che abbiano dato la possibilità di valutare l'interesse o la predisposizione all'attività motoria.

m. Colloquio di sostegno

Durante il colloquio individuale sostiene una conversazione in modo ottimale (con reciprocità comunicativa verbale e gestuale). Necessita di colloqui qualora una situazione relazionale specifica lo porti ad uno stato d'ansia. Tali situazioni possono essere causate da episodi di conflittualità con un compagno (breve e rari) oppure da incertezza rispetto alla programmazione della settimana (per quanto concerne attività, impegni o autonomie che lo riguardano).

n. Gestione del tempo libero

È in grado di utilizzare adeguatamente il tempo libero: predilige riempire i momenti inoperosi che precedono un'attività, leggendo una rivista in camera, ascoltando la musica o guardando la tv.

o. Tematiche sociali

Non ha mai affrontato tematiche che riguardassero religione, spiritualità o argomenti di interesse sui diritti sociali o umani. Non abbiamo elementi in tal senso.

p. Rapporti con la famiglia

Il ragazzo riceve visite quindicinali, sia da parte del padre che della madre. Gli educatori incontrano periodicamente i genitori (presenti e disponibili), al fine di renderli partecipi di alcune scelte riguardanti la scuola del figlio.

Allegato 2**Sinossi conclusiva compilata**

Ospite: Francesco D.

Data: 19/04/2012

Attività e Partecipazione	
<i>Codice</i>	<i>Specifica</i>
d150.14	<i>Imparare a calcolare.</i> Performance difficoltà lieve, capacità diff. completa: non sa fare calcoli semplici senza calcolatrice (facilitatore).
d220.14	<i>Intraprendere compiti articolati.</i> Performance difficoltà lieve, capacità diff. completa: segue compiti complessi e articolati solo con l'ausilio dell'operatore (come sostegno).
d510.04	<i>Lavarsi.</i> Performance nessun problema, capacità difficoltà completa: si lava minuziosamente, ma sempre con il sostegno verbale dell'operatore (che indica in modo assertivo i tempi).
d520.34	<i>Prendersi cura delle singole parti del corpo.</i> Performance difficoltà grave, capacità diff. completa: senza l'operatore l'ospite si danneggia in modo irreversibile. Con il sostegno verbale permane comunque una diff. grave.
d570.34	<i>Prendersi cura della propria salute.</i> Performance grave, capacità diff. completa: vedi sopra.
d640.14	<i>Fare i lavori di casa.</i> Performance difficoltà lieve, capacità diff. completa: non compie nessun lavoro di casa senza il sostegno verbale dell'operatore.
d630._4	<i>Preparare i pasti.</i> Performance: manca l'operatore come sostegno. Capacità: difficoltà completa: non sa cucinare.
d750.11	<i>Relazioni sociali informali.</i> Performance diff. lieve, capacità diff. lieve: momenti di conflittualità tra l'ospite e il gruppo dei pari, che spesso si risolvono senza il sostegno dell'operatore.
d930.8	<i>Religione e spiritualità.</i> Non specificato. Non ha mai affrontato queste tematiche.
d940.8	<i>Diritti umani.</i> Non specificato. Non ha mai affrontato queste tematiche.

N.B.: riportare solo qualificatori da 1 a 8

Allegato 3**Altro esempio di compilazione della checklist**

Ospite: Francesco R.

Data: 21/03/2012

Funzioni corporee	
<i>Codice</i>	<i>Specifica</i>
b730.3	Funzione della forza muscolare. Menomazione grave: trauma al collo

Strutture corporee: *nulla da segnalare*

Attività e Partecipazione	
<i>Codice</i>	<i>Specifica</i>
d475.14	Guidare. Performance difficoltà lieve, capacità difficoltà completa: è in grado di guidare una macchina modificata, ma non riesce a guidare una autovettura di serie.

Fattori ambientali	
<i>Codice</i>	<i>Specifica</i>
e120+4	Prodotti e tecnologie per la mobilità. Facilitazione completa (veicolo appositamente modificato)
e540.4	Servizi sistemi e politiche di trasporto. Barriera completa (legge nel suo stato che gli proibisce di guidare)

Spiegazione: Francesco ha una lesione del midollo spinale, risultante da un serio trauma al collo e non può compiere i movimenti muscolari basilari per guidare una macchina di serie (deficit muscolare: b730.3). Tuttavia con un veicolo appositamente modificato (e120+4) può guidare tranquillamente (d475.14). Sfortunatamente c'è una legge nel suo Stato che gli proibisce di guidare (540.4).

I codici sopra espressi possono essere usati per descrivere la situazione attuale di Francesco, vale a dire il funzionamento associato allo stato di salute in questo periodo della sua vita.

ALICE GUARDA I GATTI
(un'esperienza di laboratorio con disabili psichici adulti)

ORietta MELONE*

Obiettivo generale del laboratorio, oltre all'apprendimento, è quello di promuovere e potenziare la competenza sociale ossia la capacità di stare in mezzo agli altri comunicando in modo adeguato i propri pensieri e stati d'animo e condividendo emozioni e sentimenti. Poiché l'autoregolazione affettiva è una delle abilità fondamentali per poter stare bene con gli altri, ci si pone, come educatori, lo scopo di stimolare all'interno del laboratorio, oltre che il riconoscimento e la comunicazione delle emozioni, anche il potenziamento delle capacità di esprimere adeguatamente le stesse; un altro obiettivo, non meno importante, è quello di cercare di decodificare da parte nostra le dinamiche che si muovono nella sfera psichica delle persone che abbiamo in carico.

A questi fini vengono in aiuto alcuni strumenti, che la mia esperienza ha mostrato essere di sicura efficacia: uno di questi è la fiaba. Non è la prima volta che utilizzo fiabe all'interno del laboratorio cognitivo, dal momento che esse sollecitano immagini, pensieri, affetti, emozioni; il loro uso racchiude in sé diverse potenzialità, specialmente quando il racconto è impiegato con disabili intellettivi, che risentono anche di esiti di psicosi. Inoltre le fiabe permettono di esprimere il proprio potenziale creativo e di entrare in contatto con il mondo simbolico.

L'esperienza che mi accingo ad illustrare risale a qualche mese fa e riguarda un'opera letteraria destinata ai ragazzi, dal titolo "Alice nel Paese delle Meraviglie" di Lewis Carroll (trad. it., 1997). La scelta del libro è partita da alcune considerazioni che facevo con il mio piccolo gruppo di lavoro circa un sogno che uno dei presenti aveva fatto la notte precedente.

I ragazzi, cinque in tutto, con diagnosi di disabilità intellettiva ed esiti di psicosi, non erano in grado di dare una definizione precisa del termine sogno ma solo di ricollegarlo ad una condizione non vigile della persona. "Si sogna quando si dorme" è stata la risposta unanime.

Nell'intervenire, suggerii il titolo di una fiaba per ragazzi, in cui si racconta di un sogno molto particolare fatto da una bambina, intitolata "Alice nel Paese delle Meraviglie".

Da quel momento la curiosità dei soggetti si accese e la richiesta di leggere la fiaba in laboratorio divenne ogni giorno più pressante.

Così, dopo tanti anni, mi sono vista costretta a recuperare e a rileggere il racconto, che ricordavo come lungo e complicato e, per certi versi, un po' tortuoso. Non nascondo che avvertivo un certa resistenza a presentarlo ai ragazzi, in quanto in esso sogno e

* Educatrice professionale, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto

realtà si confondono fra loro in un sapiente gioco narrativo; ciò che più mi preoccupava, date le importanti patologie psichiche dei soggetti in questione, era la possibilità che si mobilitassero in loro ansia e/o spunti allucinatori a causa delle distorsioni percettive di cui è oggetto il corpo di Alice durante la narrazione, di mutamenti improvvisi e di apparizioni e sparizioni di alcuni personaggi. Inoltre anche gli oggetti che assumono sembianze umane mi frenavano dinanzi a diagnosi di disturbo schizofrenico. Quindi, in un primo tempo, pensai di scartare la fiaba e di non assecondare la proposta avanzata dai ragazzi.

Questa mia decisione non fu approvata dal gruppo, che insisteva per conoscere il sogno di Alice divenuto così famoso e quindi non mi restò che reperire una versione della fiaba destinata alla prima infanzia, molto semplificata per contenuto e di facile comprensione. Al fine di inquadrare il contesto in cui si svolge la narrazione ecco di seguito un breve riassunto della vicenda:

La fiaba proietta il lettore in un mondo in cui la fantasia domina incontrastata, dove “irrealtà” e paradosso sono indissolubilmente connessi. La storia prende il via con la corsa di una bambina, Alice, dietro un coniglio che le compare davanti in una giornata di primavera. È il giorno del settimo compleanno di Alice, la quale, spossata dal caldo e annoiata, vede uno strano personaggio bianco (il coniglio), con un simpatico panciotto colorato e gli occhi rossi, che grida “Povero me, povero me, sto facendo tardi!” e scappa freneticamente. Incuriosita, Alice, lo rincorre e, cercando di non perderlo di vista, finisce per infilarsi nella tana del coniglio.

È da qui che inizia lo strano viaggio di Alice in un mondo magico, nel paese delle meraviglie, luogo popolato da carte da gioco animate ed animali dalle strane caratteristiche. In questo posto non c'è cosa che non possa accadere, non c'è magia che non si possa vedere realizzata, gli animali parlano, si trasformano, scompaiono improvvisamente.

Venutasi a trovare in un luogo del tutto insolito, la bambina improvvisa gesti e comportamenti, riesce a diventare un gigante e con le sue lacrime crea uno stagno che rischia di far annegare gli animali, i quali al suo cospetto diventano minuscoli esseri; vede bambini che cambiano il loro aspetto, diventando improvvisamente maiali, partecipa a feste di “non compleanno”, bevendo tè con tanti individui che sembrano folli; viene addirittura condannata alla decapitazione, dopo aver testimoniato nel processo al Fante di Carte che aveva rubato delle torte.

In laboratorio, la prima tappa è stato quello di leggere ad alta voce la versione dell'opera destinata alla prima infanzia: in essa i mutamenti corporei della protagonista sono meno in evidenza, così come sono in sordina i mutamenti corporei e le sparizioni-ricomparsa degli strani personaggi che sono descritti nella versione integrale del testo. Inoltre la storia è abbreviata e di facile comprensione poiché più lineare e meno movimentata e inverosimile rispetto all'originale. La tappa successiva è stata quella di individuare i personaggi e di trascriverli su un foglio, in ordine di comparsa nella fiaba; successivamente, sulla falsariga della versione di Carroll, abbiamo iniziato a riscrivere la storia con gli stessi personaggi. Tra questi, il più apprezzato è stato il gatto che,

accovacciato su un albero di castagno, si intrattiene con Alice, facendole un grande sorriso.

Quindi, perché non rendere più denso di significato, nella nostra rielaborazione della fiaba, il legame tra il felino e la protagonista?

Ecco di seguito la nostra versione della storia, che, a partire da quanto afferma Alice: - Sai che nel *Paese delle Meraviglie* ho incontrato un gatto che è scomparso, ma ha dimenticato il suo sorriso su un albero? - abbiamo intitolato “ALICE GUARDA I GATTI”¹:

<< C’era una volta una bambina di nome Alice, che indossava un vestito viola e bianco, un paio di calze color lilla e le scarpe rosse.

Un pomeriggio decise di fare una passeggiata in campagna con sua sorella: faceva caldo e dopo un pò di cammino le due bimbe si fermarono sotto l’ombra di un albero. Un gattino con il pelo bianco e nero si avvicinò a loro, Alice lo prese sulle ginocchia e lo accarezzava, mentre sua sorella cominciò a leggere una fiaba.

Alice si immedesimò così nella storia che la sorella stava leggendo, tanto da immaginarsi i personaggi, come se li vedesse veramente...

Entrata nel sogno cominciò ad inseguire un coniglio bianco che indossava un gilet blu e diceva di essere in ritardo. Correva e Alice a fatica riusciva a stargli dietro; ad un certo punto arrivarono in un bosco fitto di alberi, con molte foglie. Alice camminava lungo il sentiero quando sentì qualcosa sotto i piedi: era un grande fungo, in cima al quale c’era un grosso bruco di colore verde chiaro con un fiocchetto rosso al collo e un bastoncino in mano. Alice si scusò con il bruco, al quale per fortuna non aveva fatto male e si fermò a parlare un pò con lui.

Proseguì per il sentiero e si trovò a un bivio, quando sentì miagolare sopra la sua testa: un grosso gatto era accovacciato sul ramo di un castagno.

Alice rimase stupita dal sorriso dell’animale; non aveva mai visto un gatto sorridere! La bimba gli chiese dove era meglio svoltare, se a destra o a sinistra e il gatto le disse che non importava molto e che da una parte avrebbe trovato la casa della Lepre Marzolina e dall’altra quella del Cappellaio: il bosco era pieno di amici e di sorprese! Alice girò a sinistra e si trovò di fronte una casa dai camini a forma di lunghe orecchie e con il tetto di pelo. Lì abitava la Lepre Marzolina. Nel giardino c’era una grande tavola apparecchiata, con tazze da tè, torte e dolci molto invitanti. Seduti al tavolo c’erano la Lepre Marzolina, il Cappellaio e un Ghiro, che invitarono Alice con loro: stavano festeggiando il compleanno della Lepre. Alice assaggiò tutti i dolci e le venne sete, ma il tè era finito. Si indispettì e si alzò per andarsene, prendendosi della maleducata dagli animali per aver partecipato alla festa senza essere stata invitata.

Improvvisamente si trovò in un bellissimo giardino con un grande castello e delle carte da gioco animate, che dipingevano di rosso delle rose bianche.

La regina aveva ordinato delle rose rosse e le carte cercavano di rimediare perché

¹ Con un evidente richiamo al titolo di una celebre canzone di Francesco De Gregori

temevano la cattiveria della sovrana, poiché il suo desiderio di avere delle rose rosse non era stato esaudito. Ad Alice sembrava tutto molto strano! Sentì il rumore della carrozza ed ecco arrivare la regina; le carte scapparono, mentre la bimba fu invitata al castello dalla regina. Che bel castello! C'erano giardini con bellissimi fiori e prati con tante buche. La regina chiese ad Alice di giocare con lei: doveva fare entrare nelle buche una pallina, ma la bimba non ci riuscì perché ogni volta in cui la pallina si avvicinava alla buca, questa si allontanava. Alice perse la partita, venne catturata e portata in tribunale. A questo punto Alice, arrabbiata, cominciò ad urlare insultando la regina ma...sentì la voce della sorella e capì di essersi addormentata. Teneva ancora sulle ginocchia il gattino, che però non sorrideva perché i gatti non sorridono, lo fanno solo in "un sogno strano e meraviglioso!", come dice Carroll >>.

Al termine della storia ho ritenuto opportuno proporre un breve questionario, formato dai seguenti tre semplici quesiti, al mio gruppo di ragazzi:

1. Che tipo di bambina è Alice?
2. Saresti contento di fare un viaggio nel mondo fantastico di Alice. Perché?
3. Che cosa hai provato leggendo la fiaba di Alice? Perché?

Le risposte sono state abbastanza varie e mi hanno offerto l'opportunità di comprendere meglio il modo di immedesimarsi dei ragazzi nella vicenda e di fare delle considerazioni sul loro potenziale creativo.

Ecco alcune delle risposte.

Alla domanda n.1 :

- È grande, alta e robusta.
- È simpatica e piccola.
- È bionda e piccola.

Alla domanda n.2:

- Mi piacerebbe, perché è lungo.
- Non mi piacerebbe perché è strano.
- Non so se mi piacerebbe.

Alla domanda n.3:

- Mi è piaciuta.
- Ho provato meraviglia, sorpresa.
- Preoccupazione, perché Alice non riesce a fare quello che vuole: bere, giocare.

La mia conoscenza dei ragazzi del gruppo di lavoro ha trovato la conferma, in queste risposte, di alcune ipotesi che avevo formulato su alcune loro caratteristiche personologiche ed emotive, a partire dall'insicurezza di alcuni di loro, insicurezza che talvolta sfocia in vari tipi di paura, quando non in crisi di panico; altri tendono a rifugiarsi in un mondo fantastico ed hanno trovato nella fiaba un piacevole luogo di evasione dalla loro realtà quotidiana; altri ancora, più avventurosi, si sono identificati in Alice e hanno partecipato intensamente alle sue vicissitudini.

Conclusioni

Le emozioni, come si legge nei testi di psicologia, oltre a svolgere una funzione comunicativa e sociale, rivestono un ruolo importante nella costruzione del sé e nello sviluppo della personalità.

Per questo, lavorare sulle emozioni è fondamentale nel momento in cui si vuole migliorare sia la competenza comunicativa e relazionale di un individuo, sia la sua capacità di costruire un'immagine coerente di sé.

Favole come quella di "Alice nel Paese delle Meraviglie" favoriscono inoltre lo sviluppo dei processi immaginativi e stimolano curiosità, memoria, capacità descrittive e creatività.

Tuttavia, come ho potuto rendermi conto dal modo in cui alcuni ragazzi hanno vissuto l'atmosfera "magica" che si è venuta a creare e dalle risposte che alla fine sono state date, la fiaba di Alice ha qualche volta mobilitato ansie e preoccupazioni, che comunque sono sempre state facilmente gestite.

Sono quindi soddisfatta dell'esperienza che ho descritto ed è mio intendimento proporre nuove avventure nel regno della fantasia.

Note bibliografiche

- Carroll, L. (1993), *Alice nel Paese delle Meraviglie*. Trad. it., Milano: Feltrinelli.
Carroll, L. (1997), *Alice nel Paese delle Meraviglie*. Trad. it., Legnano: Edibimbi.

PROPOSTA DI PROTOCOLLO LOGOPEDICO PER LA VALUTAZIONE DELLA RESPIRAZIONE ORALE

SARA LOVOTTI*

ELISABETTA ZADRO*

1. Premessa

Non è immediato immaginare quanto la respirazione nasale contribuisca a influenzare lo sviluppo di molte strutture corporee e come, di conseguenza, un'alterazione di questa funzione possa portare ad una forma di adattamento che determina nel tempo notevoli conseguenze.

Il flusso d'aria che passa attraverso il naso risulta essere uno stimolo importante per la crescita laterale della mascella e anche per le forze che spingono verso il basso la volta del palato duro, ampliando lo spazio delle cavità nasali.

E' per questo che la respirazione orale non comporta semplicemente una differente posizione delle labbra, che rimangono aperte, e della lingua abbassata nella cavità orale, ma anche un assetto posturale generale più complesso.

Respirando col naso, a riposo, si ha una postura neuromuscolare ben caratteristica:

- arcate dentarie distanziate di pochi millimetri;
- labbra chiuse e normotoniche;
- punta della lingua appoggiata sulle rughe palatine, dietro gli incisivi superiori;
- lingua portata in avanti lontano dalla parete faringea;
- muscoli elevatori e antagonisti in equilibrio normotonico.

La respirazione orale è, quindi, una situazione non fisiologica, in cui l'aria passa esclusivamente o parzialmente attraverso la bocca oppure talvolta dal naso e talvolta dalla bocca, alternativamente.

Le cause più comuni della respirazione orale sono le ostruzioni nasali, dovute principalmente a riniti croniche e patologie adenotonsillari e, più in generale, ad allergie.

Le cause possono quindi essere schematicamente suddivise in:

Primarie:

- deviazione del setto nasale;
- riniti e sinusiti;
- polipi nasali;
- traumi;
- ipertrofia adenotonsillare.

* Logopedista, "Centro Paolo VI" di Casalnoceto

Secondarie:

- neoformazioni;
- faringiti croniche;
- dismorfismi dento-maxillo-facciali.

Tra i fattori favorenti la respirazione orale, i più importanti e frequenti riguardano:

1) L'allattamento: ha un'importante azione favorente la corretta crescita delle ossa del viso grazie all'azione della muscolatura implicata nella suzione; inoltre predispone lo sviluppo fisiologico della cavità orale, permettendo il rafforzamento della muscolatura periorale e una corretta forma del palato. L'allattamento, però, sembra indicato sino ai 12 mesi circa, non oltre, altrimenti si rinforzerà soltanto la muscolatura della suzione con alterazione dell'arcata dentale e non si rinforzerà la muscolatura masticatoria. Importante sottolineare che l'utilizzo di ausili non adatti può determinare la formazione di palato ogivale, respirazione orale e malocclusioni: ciucci in caucciù che tendono a deformarsi col tempo, biberon con forme non anatomiche o rigidi, tettarelle troppo lunghe, beccucci rigidi. Anche se l'ausilio è adatto, utilizzare, per esempio, il ciuccio o il biberon oltre i due anni può dare notevoli conseguenze sullo sviluppo delle strutture bucco-linguo-facciali.

Con lo svezzamento, dopo l'eruzione dei denti decidui, il passaggio a un'alimentazione solida facilita l'armonico sviluppo delle arcate dentarie.

2) Le abitudini "viziate": sono comportamenti molto diffusi (succhiare dita, labbra, lingua, capelli e oggetti) che in genere si manifestano come abitudini nell'infanzia, ma che possono persistere e portare ad un'alterazione morfologica e/o funzionale, perciò definite "viziate".

In particolare, la suzione del pollice sembra molto diffusa e incide sullo sviluppo delle modalità respiratorie e deglutitorie non fisiologiche più comuni (respirazione orale e deglutizione atipica): determina morso aperto, lieve spazio tra i denti incisivi; si possono associare incompetenza labiale, ipertono del muscolo mentoniero e palato ogivale.

Questo ha poi effetti diretti sulla respirazione, perché la mandibola arretrata e la conseguente lingua posteriorizzata possono portare ad un'ostruzione faringea e quindi alla respirazione orale.

2. Conseguenze

Come è possibile quindi immaginare, la respirazione orale, mantenuta sin dalla giovane età, può essere causa di numerose conseguenze, con un'azione diretta sulla vita della persona.

Innanzitutto partiamo con il considerare l'aria respirata, che non passando dalle cavità nasali, non viene umidificata ed è fredda e può causare gengivite; inoltre non può rallentare la sua corsa permettendo la giusta miscelazione con il monossido di azoto (NO) che è un importante vasodilatatore, il quale facilita l'assorbimento dell'ossigeno

nei polmoni; ciò determina una scarsa ossigenazione dell'intero organismo. Negli anni questo può sovraccaricare il sistema cardiovascolare ed il cuore: le arterie, ricoperte da muscoli lisci, reagiscono all'aria ipossigenata con uno stato di tensione permanente che provoca ipertensione cardiovascolare.

La caratteristica più evidente del respiratore orale è la cosiddetta "facies adenoidea" o "sindrome della faccia lunga" che, guardandosi attorno, sarà facilmente riconoscibile in familiari o amici: faccia allungata, naso piccolo e corto, labbro superiore corto, mandibola retratta, zigomi appiattiti, labbra flaccide e screpolate e ovviamente tendenza a stare con la bocca aperta. Si possono osservare doppio mento, occhiaie (per ristagno di sangue venoso), sguardo spento, palpebre cadenti con l'angolo esterno degli occhi che tende ad abbassarsi.

Importante in tutto ciò è la masticazione: più si mangiano cibi solidi, più il viso cresce. Inoltre la masticazione vigorosa espande il palato, che è la base del naso, promuovendo così la respirazione nasale.

Uno squilibrio muscolare, con diminuzione della pressione della lingua contro il palato, può portare alla formazione di arcate dentarie strette, il palato ogivale ed un'ulteriore difficoltà nella respirazione nasale instaurando così un "circolo vizioso".

Solitamente associata alla respirazione orale si trova la malocclusione classificata come "II classe di Angle" dove l'arcata dentaria superiore è più sporgente, quindi la mascella risulta posizionata troppo avanti, spesso associata a morso aperto (open-bite: i denti posteriori sono a contatto e quelli anteriori distanziati).

La conseguenza posturale più evidente dovuta a questa anomala modalità respiratoria è la tendenza a mantenere il capo in estensione per aumentare la pervietà orofaringea e quindi facilitare l'entrata dell'aria nelle vie aeree estendendo la testa e flettendo il collo in avanti, quindi andando, nel tempo, alla ricerca di una postura compensatoria per reggere il grosso carico, con iperlordosi lombare, bacino all'indietro e disturbi atrofici cervicali, lombari e anche alle ginocchia.

Una conseguenza non trascurabile è quella legata alle difficoltà di apprendimento scolastico: a causa di una cattiva circolazione e quindi di una non buona ossigenazione del Sistema Nervoso Centrale si può presentare un calo dell'attenzione e difficoltà di memorizzazione, il bambino può esser più o meno iperattivo o tendere a tonalità d'umore di tipo depressivo.

Numerosi studi sottolineano la relazione tra respirazione orale e altri problemi come disturbi del sonno, inappetenza o tendenza all'obesità, otiti e sinusiti, mal di testa ed enuresi notturna.

Premesso questo, appare chiaro che nella valutazione sarà necessario considerare tutti questi aspetti e strutturare un buon lavoro di rete tra i vari professionisti per creare un efficace programma di trattamento con obiettivi realistici e condivisi.

3. Il protocollo di valutazione

Abbiamo deciso di inserire nel protocollo una prima parte di raccolta anamnestica, da compilare insieme ai genitori, per indagare tutti gli aspetti in modo dettagliato, in quanto nella pratica clinica quotidiana spesso si tralasciano informazioni importanti, proprio perché la raccolta dei dati non segue uno schema preciso. È necessaria la collaborazione col genitore per la compilazione, in quanto alcuni quesiti possono risultare “complessi” per i genitori e per spiegare loro la necessità di rispondere a domande che possono sembrare non pertinenti, ed evitare così di tralasciare informazioni importanti.

ANAMNESI (da compilare insieme al genitore)

Vizi orali (utilizzo del ciuccio, suzione del dito, onicofagia...)	
Allattamento (al seno/artificiale)	
Svezzamento (normale/difficoltoso)	
Masticazione (normale/faticosa)	
Riniti allergiche (sì/no)	
Polipi (sì/no)	
Sinusiti croniche (sì/no)	
Traumi (sì/no)	
Ipertrofia adenotonsillare (sì/no)	
Ipertrofia dei turbinati (sì/no)	
Faringiti croniche (sì/no)	
Cefalea (sì/no)	
Articolazione ATM dolorante (sì/no)	
Dolore alle orecchie (sì/no)	
Dolore vertebrale (sì/no)	

SEGNALARE LA PRESENZA O MENO DEI SEGUENTI EPISODI NEL SONNO:

Si rigira, ha il sonno agitato (sì/no)	
Beve (sì/no)	
Bocca aperta/ russa (sì/no)	
Presenza di saliva sul cuscino (sì/no)	
Enuresi notturna (sì/no)	

DI GIORNO:

Bocca aperta mentre legge/guarda la tv...	
Beve spesso (sì/no)	

Inappetenza (sì/no)	
Ansia/ apprensione (sì/no)	
Facile affaticabilità (sì/no)	
Difficoltà a mantenere l'attenzione su un compito (sì/no)	
Difficoltà di memoria (sì/no)	
Altro/Apprendimento	

4. Esame obiettivo

4.1. Osservazione extraorale dei vari distretti a riposo

Per procedere alla valutazione extraorale a riposo, riteniamo che, soprattutto nel caso di bambini piccoli o poco collaboranti, possa tornare utile fare delle foto da esaminare in un secondo momento.

Sarà importante fare una foto del volto di fronte, di profilo da entrambi i lati e del soggetto in piedi sia frontalmente che di profilo, da entrambi i lati.

L'utilizzo di foto si dimostra inoltre molto utile durante il trattamento riabilitativo, al fine di documentare e monitorare tutti i cambiamenti.

VOLTO

Angolo naso-labiale	<input type="checkbox"/> ottuso <input type="checkbox"/> acuto
Angolo occhi	<input type="checkbox"/> verso il basso <input type="checkbox"/> normale
Microrinia	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Ali nasali	<input type="checkbox"/> strette <input type="checkbox"/> normali
Occhiaie	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Setto nasale	<input type="checkbox"/> deviato <input type="checkbox"/> normale
Mandibola	<input type="checkbox"/> retroposta <input type="checkbox"/> abbassata <input type="checkbox"/> normale

POSTURA

Postura generale	<input type="checkbox"/> anteriorizzata <input type="checkbox"/> posteriorizzata <input type="checkbox"/> centrata
Torace	<input type="checkbox"/> stretto <input type="checkbox"/> dilatato
Appoggio podalico	<input type="checkbox"/> piatto <input type="checkbox"/> concavo <input type="checkbox"/> regolare

4.2. Osservazione intraorale a riposo:

DENTI

Classificazione secondo Angle	<input type="checkbox"/> prima classe <input type="checkbox"/> seconda classe <input type="checkbox"/> terza classe
Morso	<input type="checkbox"/> aperto <input type="checkbox"/> incrociato
Gengive	<input type="checkbox"/> arrossate <input type="checkbox"/> normali

Altro

.....

.....

.....

LABBRA

Screpolate	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Simmetria	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì
Tono	<input type="checkbox"/> ipotoniche <input type="checkbox"/> ipertoniche <input type="checkbox"/> normali
Competenza labiale	<input type="checkbox"/> inadeguata <input type="checkbox"/> adeguata

LINGUA

Postura	<input type="checkbox"/> interdentale <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> corretta
Tono	<input type="checkbox"/> ipotonica <input type="checkbox"/> ipertonica <input type="checkbox"/> normale
Frenolo linguale	<input type="checkbox"/> corto <input type="checkbox"/> normale

4.3. Osservazione dinamica

DURANTE LA FONAZIONE:

Muscoli mimici	<input type="checkbox"/> contrazioni anomale <input type="checkbox"/> normali
Muscolo mentoniero	<input type="checkbox"/> ipertonico <input type="checkbox"/> normale
Labbra	<input type="checkbox"/> ipoarticolazione <input type="checkbox"/> normali
Lingua (postura)	<input type="checkbox"/> interdentale <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> corretta

DURANTE LA MASTICAZIONE E DEGLUTIZIONE:

Muscoli mimici	<input type="checkbox"/> contrazioni anomale <input type="checkbox"/> normali
Muscolo mentoniero	<input type="checkbox"/> ipertonico <input type="checkbox"/> normale
Muscolo massetere	<input type="checkbox"/> forte <input type="checkbox"/> debole <input type="checkbox"/> normale
Labbra	<input type="checkbox"/> ipertoniche <input type="checkbox"/> ipotoniche <input type="checkbox"/> normali

Deglutizione	<input type="checkbox"/> atipica con spinta semplice <input type="checkbox"/> atipica con spinta complessa <input type="checkbox"/> infantile residua <input type="checkbox"/> adulta
--------------	--

PRASSIE FONATORIE NON FONEMICHE ¹ (punteggio)
Singole
Sequenze

TIPO DI RESPIRAZIONE

A riposo

In fonazione.....

PRESENZA DI ALTERAZIONI ARTICOLATORIE/FONETICHE

.....

.....

5. Conclusioni

Dopo aver compilato il protocollo e aver rilevato la presenza di respirazione orale, il primo passo è la costituzione di una rete interdisciplinare tra i vari professionisti coinvolti (otorinolaringoiatra, pediatra, dentista, fisioterapista..). Può sembrare banale, ma troppo spesso nella pratica quotidiana si inizia il trattamento prima di aver raccolto dati ed impressioni dagli altri specialisti, pianificando interventi che interferiscono tra di loro. Grazie alla costituzione tempestiva della rete, è possibile un'adeguata pianificazione temporale dell'iter riabilitativo, che permetta la sinergia dei trattamenti, in questo modo certamente più efficaci.

¹ F. Bearzotti, F. Fabbro (2003), Il test per la valutazione delle prassie orofacciali nel bambino. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 23, 406-417

Bibliografia

- Amorim Pereira, S.R., Fuerte Bakor, S., Weckx, L.L.M. (2011), Adenotonsillectomy in facial growing patients: spontaneous dental effects. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(5), 600-604.
- Aragao, W. (1998), Respirador Bucal. *Jornal de Pediatria*, 64(8), 349-52.
- Bearzotti, F., Fabbro, F. (2003), Il test per la valutazione delle prassie orofacciali nel bambino. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 23, 406-417.
- Belli, J.F., Chaves, T.C., de Oliveira, A.S., Grossi, D.B. (2009), Analysis of body posture in children with mild to moderate asthma. *European Journal of Pediatrics*, 168, 1207-16.
- Bicakci, A.A. et al. (2005), Nasal airway changes due to rapid maxillary expansion timing. *Angle Orthodontist*, 75 (1), 1-6.
- Bresolin, D. et al. (1984), Facial characteristics of children who breathe through the mouth. *Pediatrics*, 73 (5), 622-5.
- Cavallo, M., Manassero, A., Pagliero, L., Vernero, I., Schindler, O. (1997), *L'educazione della bocca nel bambino*. Torino: Omega Edizioni.
- Kelly, B.N., Huckabee, M.L., Jones, R.D., Frampton, C.M. (2007), The early impact of feeding on infant breathing-swallowing coordination. *Respiratory physiology & neurobiology*, 156(2), 147-53.
- Lopatiene, K., Babarskas, A. (2002), Malocclusion and upper airway obstruction. *Medicina*, 38 (3), 277-83.
- Lusvarghi, L. (1999), Identificando o respirador bucal. *Revista da APCD*, 53 (4), 265-274.
- Marchesan, I.Q., Krakauer, L.H. (1995), A importância do trabalho respiratório na terapia miofuncional. *Tópicos em Fonoaudiologia*, 2, 155-60.
- Mortimore, I.L., Mathur, R., Douglas, N.J. (1995), Effect of posture, route of respiration, and negative pressure on palatal muscle activity in humans. *Journal of Applied Physiology*, 79(2), 448-54.
- Nishimura, T., Suzuki, K. (2003), Anatomy of Oral Respiration: Morphology of the Oral Cavity and Pharynx. *Acta Otolaryngologica* 550, 25-8.
- Nowak, A.J., Warren, J.J. (2000), Infant oral health and oral habits. *Pediatric Clinics of North America* 47(5), 1043-66.
- Palmer, J.B., Rudin, N.J., Lara, G., Crompton, A.W. (1992), Coordination of mastication and swallowing. *Dysphagia*, 7(4), 187-200.
- Ribeiro-Corrêa, E., Marchiori, S.C., Silva, A.M.T. (2002), Electromyographic analysis of trapezius and sternocleidomastoideus muscles during nasal and oral inspiration in nasal and mouth breathing children. *Journal of Electromyography Kinesiology*, 12, 305-16.
- Schindler, O., Ruoppolo, G., Schindler, A. (2001) *Deglutologia*. Torino: Omega Edizioni
- Solomon, N.P., Munson, B.(2004), The effect of jaw position on measures of tongue strength and endurance. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 47(3), 584-94.
- Wieler, W.J., Barros, A.M., Barros, L.A., Camargo, E.S., Ignácio, S.A., Maruo, H. (2007), A combined protocol to aid diagnosis of breathing mode. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica* 3(2), 101-14.
- Yi, L.C., Jardim, J.R., Inoue, D.P., Pignatari, S.S.N. (2008), The relationship between the excursion of diaphragm and curvature of spinal column of mouth breathing children. *Jornal de Pediatria* 88(2), 171-7.

Sito internet

www.aipro.it

COMUNICAZIONI

LA PREMATURA SCOMPARSА DEL PROF. LUIGI ANOLLI

Lo scorso 1° marzo si è spento prematuramente il prof. Luigi Anolli, ordinario di Psicologia della Comunicazione Interculturale presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Milano-Bicocca.

Fino alla sua scomparsa, il prof. Anolli è stato membro del comitato scientifico della nostra rivista.

La direzione scientifica e la redazione di AeR -Abilitazione e Riabilitazione partecipano con dolore al lutto dei familiari.

ISSN 1827-5842

*Finito di stampare nel mese di giugno 2012
da Guardamagna Editori in Varzi (PV)*