

Abilitazione e Riabilitazione

ARE

Anno XIX N. 2 2010

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

Luigi Anolli

Alessandro Antonietti

Giuseppe Cetta

Ettore Cima

Maurizio De Negri

Paola Di Blasio

Aldo Galeazzi

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 riferimenti bibliografici e un breve riassunto.

- 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.

- Con questo numero, **A e R - Abilitazione e Riabilitazione** è consultabile anche *on-line*, all'indirizzo Internet www.centropaolovi.it: sulla *home page* del suddetto sito, si dovrà cliccare **Formazione e ricerca scientifica** e, successivamente, **A e R - Abilitazione e Riabilitazione**.

A e R - Abilitazione e Riabilitazione

Anno XIX - N. 2 - 2010

INDICE

STUDI E RICERCHE

GIULIA CORDARO, ELVIRA COSTA,
LAURA VENERONI, CARLO ALFREDO CLERICI
Pratiche terapeutiche e credenze di salute: una ricerca esplorativa sul ricorso
ai guaritori tradizionali in una comunità del piacentino.....pag. 9

ANTONELLA GRANIERI, LAURA GIOVANNELLI
Aspetti corporei nelle patologie psicotiche: un'esperienza osservativa
nel servizio psichiatrico di diagnosi e curapag. 19

LAURA VENERONI, CONCETTA FEO,
CESARE ALBASI, CARLO ALFREDO CLERICI
La fuga impossibile. Considerazioni di psicologia comparata sul riflesso
di immobilità tonica e le basi biologiche di trauma e dissociazione.....pag. 29

SILVIA ROSA
Famiglia e disabilità: alcune riflessionipag. 35

ESPERIENZE DI LAVORO

PIETRO MORETTI
Ipermedialità e gravi disabilitàpag. 49

ORietta MELONE
Riparlamo di emozioni in laboratorio: *"COME ANDÒ CHE MASTRO CILIEGIA
TROVÒ UN PEZZO DI LEGNO CHE RIDEVA E PIANGEVA COME UN BAMBINO..."*pag. 57

STUDI E RICERCHE

**PRATICHE TERAPEUTICHE E CREDENZE DI SALUTE:
una ricerca esplorativa sul ricorso ai guaritori tradizionali in una comunità del piacentino.**

GIULIA CORDARO*
ELVIRA COSTA*
LAURA VENERONI*
CARLO ALFREDO CLERICI*

Riassunto. *Nell'epoca dell'evidence-based medicine, numerose persone ricorrono ancora a pratiche magiche di guarigione. Questo studio, di tipo esplorativo, descrive il fenomeno del ricorso a guaritori nell'area della Val Tidone (provincia di Piacenza). E' stata condotta una ricerca sul campo e sono state svolte 22 interviste. La testimonianza, in 7 casi quella del guaritore stesso, in 15 della persona che vi ha fatto ricorso, descrive le caratteristiche di questo particolare tipo di cura. Mentre è segnalato come fenomeno rilevante il ricorso a medicine alternative nella popolazione, meritano ulteriori indagini le pratiche di cura tradizionali fondate su aspetti spirituali e magici. A tale fenomeno concorrono carenze nel rapporto curante-paziente, che ha invece un ruolo centrale nelle pratiche di guarigione della medicina tradizionale.*

Parole-chiave: *psicologia della salute, guaritori, medicina tradizionale (health psychology, healers, traditional medicine).*

1. Introduzione

Un numero crescente di indagini riporta il costante aumento, nel mondo occidentale, del ricorso a forme di medicina non convenzionali. Con questo termine si designa “un insieme vasto di pratiche sanitarie diverse da quelle proprie del sistema sanitario politicamente dominante in una particolare società e cultura” (Eskinazi, 1998). Tra i paesi più industrializzati, negli Stati Uniti il fenomeno è maggiormente diffuso: da uno studio su base nazionale, condotto nel 1997, è emerso che nell'anno precedente il 42% della popolazione intervistata aveva fatto ricorso ad almeno una delle quindici forme di terapia non convenzionali citate (Eisenberg, David, & Ettner, 1998), e tale dato si è mantenuto costante negli anni successivi (Tindle, Davis, Phillips et al., 2005). Anche in Italia un numero crescente di persone si rivolge a sistemi terapeutici che hanno radici estranee al paradigma scientifico adottato dalla medicina ufficiale e che si ispirano a teorie e approcci filosofici e culturali che differiscono fortemente da quelli della biomedicina occidentale. Uno studio su base nazionale condotto dall'Istituto Nazionale di Statistica tra il 1999 e il 2000 riporta che quasi 9 milioni di persone (il 15,6% della popolazione italiana) hanno fatto ricorso ad almeno un tipo di terapia non convenzionale nel biennio 1997-1999, il doppio rispetto al numero di italiani che vi faceva ricorso nel 1991 (Menniti-Ippolito, Gargiulo, Bologna et al., 2002).

* Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, Sezione di Psicologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano. Via Fratelli Cervi 93, 20090 Segrate (MI). Indirizzo per corrispondenza: Dott. Carlo Alfredo Clerici, carlo.clerici@unimi.it.

In letteratura è di uso frequente la distinzione tra due vasti gruppi di terapie non convenzionali: il primo, più vasto, comprende tutte quelle modalità di cura definite “medicina complementare e alternativa” o CAM. In letteratura sono diversi gli studi che indagano le caratteristiche e le motivazioni d’uso di queste terapie.

Il secondo gruppo comprende invece modalità di cura praticate da gruppi ristretti, come membri di particolari gruppi religiosi, etnici, o residenti in particolari zone geografiche, o modalità di cura legate all’energia e al potere dello specifico guaritore che le pratica, definibili come vere e proprie pratiche magiche (Kaptchuk & Eisenberg, 2001).

Su questo secondo gruppo di terapie, quelle legate a gruppi religiosi o etnici o che si rifanno a forme di magia, la cui efficacia è in genere ritenuta fortemente legata allo specifico guaritore che pratica la cura, i dati presenti in letteratura sono invece molto più scarsi, e relativi per la maggior parte a specifici gruppi etnici/religiosi coinvolti (Benson & Dusek, 1999; Chen, 1999), o a paesi non occidentali o non industrializzati (Oumeish, 1998; Bell, Goebert, Miyamoto et al., 2001; Montazeri, Sajadian, Ebrahimi et al., 2007; Friend-du Preez, Cameron, & Griffiths, 2009; Muula, Polycarpe, Job et al., 2009). Tali pratiche tuttavia sono diffuse anche nei paesi occidentali industrializzati, in aree ad alto reddito pro-capite, pur in un’epoca caratterizzata da un sempre crescente sviluppo delle tecnologie e delle ricerche in campo medico. Per comprendere il significato di questo fenomeno è necessario raccogliere maggiori informazioni sulle specifiche caratteristiche di queste modalità di cura, sulle basi culturali che le contraddistinguono e sui fattori che portano le persone a farvi ricorso, nonché sui rapporti dei guaritori che praticano queste cure con la medicina tradizionale. Con questo scopo è condotta la ricerca, che ha considerato la zona dell’Alta, Media e Bassa Valle del Tidone, in provincia di Piacenza, nel Nord Italia.

2. Materiali e metodi

Questo studio esplorativo, di tipo descrittivo, ha indagato le caratteristiche del fenomeno dei guaritori tradizionali nella comunità dell’Alta, Media e Bassa Valle del Tidone.

In tale area, a economia prevalentemente agricola, è ancora molto diffusa la presenza di guaritori tradizionali, nonostante la vicinanza a metropoli come Milano e ad aree ad elevata concentrazione industriale come la Pianura Padana. La zona della Val Tidone comprende circa 53.041 abitanti, di cui 6.743 giovani tra gli 0 e 14 anni (circa il 12,7 %), 33.783 in età attiva tra i 15 e i 64 anni (circa il 63,9%), e 12.515 anziani sopra i 75 anni (circa il 23,4%) (fonte: Ufficio Statistica Provincia di Piacenza, 2006). Il tenore di vita della popolazione è in genere piuttosto elevato. Il reddito medio della provincia di Piacenza a cui questo distretto appartiene nel 2008 era stimato al ventunesimo posto fra tutte le province italiane.

Sono stati coinvolti 22 guaritori nello studio e sono stati raccolti dati sulle loro caratteristiche anagrafiche e sulle caratteristiche delle cure praticate, sulle caratteristiche delle persone che si rivolgono a loro e sui loro rapporti con la medicina tradizionale. Sono state condotte interviste semistrutturate sul campo, rivolte ai guaritori stessi o a persone che si sono rivolte a loro, a cui è seguita un’analisi esclusivamente qualitativa, considerata anche la limitata ampiezza del campione esaminato.

La traccia dell’intervista è stata costruita ai fini di:

- 1) raccogliere informazioni relative ai dati anagrafici dei guaritori coinvolti: sesso, età, titolo di studio, luogo di nascita, luogo di residenza;
- 2) indagare se l’attività di guaritore è praticata come lavoro principale e, nel caso non lo sia, conoscere quale sia il tipo di lavoro più frequentemente svolto da queste persone;

3) indagare le caratteristiche delle cure praticate: se sono rivolte a persone o animali; quali sono le patologie curate; qual è il metodo di cura; quali sono le caratteristiche dei pazienti che più spesso si rivolgono a loro (età, sesso, livello culturale/sociale, modalità di invio, motivazioni alla base del ricorso ai guaritori); come e da chi hanno imparato il metodo di guarigione; da dove deriva il potere di guarigione utilizzato (religione, magia, energia o altro); in quante sedute si articola la cura, dove avviene la cura (casa del guaritore, casa del paziente o altro luogo); se sono utilizzati pozioni, filtri o oggetti magici; se durante la cura possono essere presenti anche altre persone; se i guaritori sono pagati per i loro servizi; come avviene l'accesso dei pazienti (conoscenza diretta, pubblicità o altro); come sono i loro rapporti con la medicina (di opposizione, collaborazione, indifferenza o altro); altre eventuali informazioni.

I guaritori sono stati reperiti attraverso un'indagine nei paesi, mediante interviste agli abitanti notizie riguardo alla presenza di guaritori nella loro zona e poi informandosi presso i guaritori individuati se fossero a conoscenza di altre persone dedite alla loro stessa attività. La raccolta dei dati si è svolta dal gennaio all'ottobre 2008.

3. Risultati

I dati raccolti tramite le interviste sono stati analizzati a livello descrittivo, usando il menu "Statistiche descrittive" del software SPSS (versione 13.0) relativamente ad ogni domanda dell'intervista semistrutturata.

In 15 casi, a rispondere alle domande dell'intervista sono state persone che si sono avvalse delle cure del guaritore descritto. Nei restanti 7 casi, a rispondere è stato il guaritore stesso.

3.1. Caratteristiche demografiche dei guaritori

Dei 22 guaritori coinvolti, 5 sono maschi e 17 femmine. L'età è ignota in 15 casi (ma si tratta comunque di persone anziane, maggiori di 65 anni), in due casi è di 80 anni e 5 guaritori, riguardo alle cui cure hanno risposto le persone che vi hanno fatto ricorso, erano deceduti nell'anno precedente alla ricerca. Nei casi in cui sono disponibili informazioni relative al luogo di nascita, i guaritori risultano tutti nati in comuni delle province di Piacenza o Pavia, nel Nord Italia. Essi risiedono tutti in comuni della Valle del Tidone, in provincia di Piacenza. Il titolo di studio risulta essere la licenza elementare in 4 casi, la licenza media in 6, e ignoto nei restanti 12. 19 guaritori hanno sempre esercitato la propria attività nello stesso luogo, 3 hanno cambiato nel corso degli anni. Solo in un caso la professione di guaritore rappresenta l'unico lavoro svolto. Nei restanti casi i guaritori sono contemporaneamente agricoltori o casalinghe. 20 dei guaritori intervistati rivolgono le loro cure a persone, solo 2 anche ad animali. Per quanto riguarda le patologie curate, 18 guaritori si occupano di patologie specifiche: 13 curano una sola patologia, 5 ne curano due o tre. Tra i restanti, due risultano curare tutti i tipi di patologie. In 2 casi non è stato possibile ottenere questa informazione.

3.2. Patologie curate

Le condizioni più frequentemente trattate sono patologie osteoarticolari (distorsioni, lussazioni, contusioni, 6 casi), il fuoco di Sant'Antonio (6 casi) e il dolore lombare (3 casi). Altre condizioni citate nelle risposte alle interviste sono: disturbi gastrici ("abbassamento dello stoma-

co”), patologie dermatologiche (erisipela, macchie cutanee, verruche), verme solitario, disturbi alla tiroide, mal di denti.

3.3. Metodo di cura

Per quanto riguarda il metodo di cura, 13 guaritori spalmano palline di grasso di maiale ed eseguono la “segnatura” sulle parti dolenti, vi fanno cioè sopra il segno della croce recitando preghiere, filastrocche o formule magiche. 3 guaritori agiscono invece “a distanza”, necessitando solo di avere in mano un indumento della persona malata. Tra i restanti, sono citate nelle interviste: l’applicazione di aghi, precedentemente posti in una bacinella con acqua, sulle macchie cutanee; l’attenzione a effettuare le cure in determinate fasi lunari o al calar del sole; la bruciatura del lobo dell’orecchio del paziente; l’applicazione di composti sulle parti dolenti; e l’esecuzione di un rito che prevede di porre delle matasse di spago in una bacinella d’acqua recitando formule magiche o preghiere.

3.4. Caratteristiche dei pazienti

I pazienti non hanno caratteristiche tipiche: sono citati indifferentemente sia uomini che donne, di fasce d’età, professioni e livelli socioculturali diversi. In un caso, il guaritore cura regolarmente un’intera squadra di calcio locale, su indicazione del medico sociale. E’ interessante segnalare che in un caso il guaritore afferma di praticare le proprie cure anche su sacerdoti.

3.5. Apprendimento del metodo di cura

In 14 casi, i guaritori o i loro pazienti intervistati non hanno risposto alla domanda relativa alla trasmissione del metodo di cura. Per quanto riguarda gli altri 8 casi, 7 hanno appreso il metodo da un parente, di cui 2 citano nello specifico 2 la madre e 1 una zia, e 1 riferisce di averlo appreso da un conoscente. I guaritori hanno dichiarato che il loro potere deriva in 5 casi dalla religione, in 4 dalla magia e in 5 da altre fonti, non specificate. In 8 casi non è stata data risposta a questa domanda.

3.6. Tempi e strumenti della cura

Per quanto riguarda il numero di sedute in cui si articola la cura, la metà dei guaritori (N=11) effettuano sempre 3 sedute, 5 ne effettuano da 1 a 3, 1 effettua un numero di sedute multiplo di 3, a seconda delle esigenze, 1 da 4 a 5 sedute. 4 guaritori non effettuano un numero di sedute prefissato. 5 operano solo al calar del sole. 18 guaritori effettuano le cure in casa propria, 4 a casa del paziente. Più della metà dei guaritori (N=12) utilizza per le sue cure pozioni o filtri. 4 usano altri tipi di oggetti, tra i quali è stata segnalata una piccola scopa di saggina con la quale è tracciato il segno di una croce sulla zona dolorante. 4 risultano non utilizzare oggetti e in 2 casi non è stata data risposta a questa domanda. In 14 casi, i guaritori consentono ad altre persone (ad esempio parenti del paziente) di essere presenti durante le sedute, in 5 casi non lo permettono e in 3 casi non è stato possibile ottenere questa informazione.

3.7. Pagamento

E' interessante notare che ben 15 guaritori su 22 non accettano alcuna forma di pagamento da parte delle persone curate, e nessuno tra i 20 che hanno risposto alla domanda relativa accetta pagamenti in denaro. In 3 casi sono accettate offerte in natura e in 4 doni spontanei. In 2 casi non è stata data risposta alla domanda.

3.8. Invio dei pazienti

L'invio dei pazienti avviene nella metà dei casi (N=11) per conoscenza diretta, in 7 casi per passaparola e in 3 casi non è stato possibile ottenere questa informazione. Un guaritore è diventato famoso grazie a un articolo su un famoso settimanale a tiratura nazionale.

3.9. Motivazioni alla base del ricorso ai guaritori

9 persone si sono rivolte a guaritori dopo l'insuccesso dei trattamenti convenzionali nella risoluzione delle patologie di cui erano affetti. 7 persone invece vi hanno fatto ricorso per sfiducia nella medicina convenzionale. Nei restanti casi non si è ottenuta risposta.

3.10. Rapporti con la medicina tradizionale

I rapporti con la medicina tradizionale sono descritti solo in un caso in termini di opposizione. Per 5 guaritori il rapporto risulta essere di collaborazione: in 3 casi, addirittura, le cure del guaritore sono consigliate ai pazienti da medici. In 11 invece emerge un sostanziale distacco e disinteresse nei confronti della medicina e in 5 casi non è stata data risposta alla domanda.

Il persistere del ricorso a questo tipo di trattamenti in una nazione occidentale, industrializzata, come l'Italia, nel ventunesimo secolo, necessita di ulteriori indagini. I guaritori tradizionali analizzati riferiscono di non porsi, nella maggior parte dei casi, come antagonisti alla medicina tradizionale: al contrario, generalmente le persone vi fanno ricorso in parallelo a cure mediche tradizionali e addirittura in qualche caso sono stati i medici stessi ad inviare loro i pazienti.

È tuttavia da considerare una possibile influenza sulle risposte di una certa diffidenza e timore di contestazione di esercizio abusivo della professione medica.

3.11. Esito del trattamento

Delle 15 testimonianze dirette di pazienti, 13 hanno affermato di essere guariti dalla propria patologia per merito delle cure ricevute, 2 hanno affermato di non averne tratto giovamento.

4. Conclusioni

Tra i fattori sottostanti al ricorso a forme di medicina complementare e alternativa come l'agopuntura, l'osteopatia, la fitoterapia e l'omeopatia, si trova l'enfasi data dai professionisti di queste discipline a un diverso approccio alla cura, olistico, alla considerazione da parte di questi professionisti di mente e corpo come un'unità, nonché la preoccupazione per l'eventuale tossicità di cure farmacologiche tradizionali e il disagio per l'eccessiva tecnicizzazione delle cure mediche. Inoltre, ad avere un ruolo nel diffondersi di questo fenomeno è il desiderio, da parte dei pazienti, di effettuare scelte in prima persona, di avere voce in capitolo rispetto a un argomento tanto personale come le cure da intraprendere, anche andando contro alle linee guida della medicina tradizionale e alle indicazioni del proprio medico curante (Reilly, 2001; Barrett, Marchand, Scheder et al., 2000; Barrett, Marchand, Scheder et al., 2003).

Probabilmente, molte di queste motivazioni caratterizzano il ricorso alle modalità di cura descritte in questo studio, le quali tuttavia non possono essere paragonate a delle pratiche mediche, seppur non convenzionali, ma si rifanno a tradizioni antiche locali fondate su aspetti religiosi, spirituali e magici. Questo studio presenta alcuni limiti, tra i quali la scarsità del campione e l'incompletezza dei dati raccolti (dovuta alla conoscenza in alcuni casi indiretta delle informazioni sul guaritore) che hanno reso impossibile l'effettuazione di analisi statistiche.

È possibile tuttavia trarre alcune riflessioni che possono essere oggetto di studi più approfonditi.

Accoglienza e ascolto sono caratteristiche tipiche di questi guaritori, aspetti spesso descritti come carenti in molte delle relazioni tra medico e paziente. Questi elementi, che in psicoterapia sono chiamati "fattori specifici", comprendono anche il "rituale", o l'insieme di procedure, che richiede un'attiva partecipazione da parte del terapeuta e del paziente, attraverso il quale il rapporto è mantenuto e rafforzato e la terapia trova la giustificazione per il suo successo. È nota, inoltre, l'importanza che in ogni processo di apprendimento rivestono gli aspetti emotivi, necessari, a fianco di quelli cognitivi, perché si verifichi un cambiamento (Salzberger-Wittemberg, Williams Polacco, Osborne, 1987). Questo concetto è applicabile anche ai processi di cura, e, nel caso dei pazienti coinvolti in questo studio, si può ipotizzare che i medici rappresentino per loro l'aspetto cognitivo, mentre i guaritori l'aspetto emotivo. Inoltre, centrale nella considerazione, da parte dei pazienti, dei trattamenti praticati dai guaritori è il ruolo della persona del guaritore: un ruolo che richiama quello che idealmente dovrebbe avere la persona del medico per Micheal Balint, secondo cui il nodo centrale dell'attività di cura è proprio la relazione con il paziente, che di per sé è terapeutica: "il medico stesso è la prima medicina" (Balint, 1957).

Tutti questi aspetti, centrali nella costruzione di un'alleanza con il paziente, ancora scarsamente considerati dai professionisti del sistema medico tradizionale, sono invece centrali nel modello bio-psico-sociale proposto da Engel (Engel, 1977; 1980).

Ma quali sono questi bisogni? Se si osservano le motivazioni alla base del ricorso ai guaritori emerse da questa indagine, è possibile ipotizzare due ordini di bisogni. Il primo, considerando le risposte di coloro che avevano avuto scarso beneficio dai trattamenti convenzionali, può essere ravvisato in un ambito di disagio fisico strettamente connesso con quello psichico, dove le cure fisiche non sono sufficienti a recare sollievo ad una sofferenza complessa, di tipo psicosomatico, e ai bisogni psicologici e relazionali che essa implica. Il secondo ordine di bisogni, di coloro che non si sono rivolti per sfiducia alla medicina tradizionale, può segnalare invece un senso di diffidenza verso un sapere scientifico percepito come distante e quindi ostile.

I metodi di cura tradizionali hanno il merito, invece, di rispondere alla necessità di pensare al malato nella sua integrità di individuo sociale in un momento storico, quale quello attuale, in cui la medicina sembra più interessata alle generalizzazioni scientifiche che non alle peculiari-

tà della singola esperienza di malattia. La medicina odierna infatti è sempre più attenta e competente per quello che riguarda la sofferenza degli organi e meno capace di rispondere ai significati esistenziali della sofferenza stessa (Sala 2009).

Engel con il modello biopsicosociale ripropone un concetto che compare e scompare nella storia della medicina, in funzione dei diversi contesti culturali e socio-politici di riferimento. Si tratta di considerare la malattia non come entità chiusa e tradotta secondo il sapere specifico in quel momento dominante, bensì di inserirla in un quadro di significati riferibili all'uomo cui la malattia stessa si coniuga. Questo tentativo può essere ravvisato nelle pratiche terapeutiche tradizionali, laddove il guaritore si avvicina alla storia del paziente, ai suoi familiari, e cerca strumenti di comprensione che vanno dal senso spirituale a quello rituale e relazionale, e si avvicina al corpo del malato con contatto diretto e non mediato da strumenti diagnostici e terapeutici invasivi e distanzianti.

Se è segnalato come fenomeno rilevante il ricorso a medicine alternative nella popolazione come risposta all'eccessiva tecnicizzazione delle cure mediche, sono quindi da ricordare e meritano ulteriori indagini anche le pratiche di cura tradizionali fondate su aspetti spirituali e magici, che sono sopravvissute allo sviluppo tecnologico della medicina.

Un'importante implicazione pratica derivante dallo studio riguarda la mancanza d'integrazione fra pratiche di cura non convenzionali e la medicina cosiddetta "ufficiale". In alcuni contesti, terapie complementari non valutate in un programma di cura integrato hanno causato gravi effetti collaterali al paziente, a volte persino fatali [Eyre HJ, 2002]. Anche per questo è necessaria un'educazione continua dei pazienti da parte dei sanitari.

Di frequente poi le persone ricorrono all'uso delle terapie CAM su suggerimento di familiari e amici [Karadeniz, 2007]. Ciò significa che molti pazienti ottengono prescrizioni e seguono consigli riguardo alle terapie complementari o alternative da fonti che possono non usare approcci basati su evidenze scientifiche, e nella maggior parte dei casi l'uso di tali terapie non è noto ai medici curanti. Un uso inconsapevole può dunque esporre i pazienti al rischio di attribuire fiducia a rimedi costosi che possono rivelarsi deludenti, se non dannosi.

Varie società mediche internazionali hanno preso una posizione ufficiale verso le terapie non convenzionali; l'International Society of Pediatric Oncology (SIOP) ad esempio, in un documento sul tema specifico, esorta a sorvegliare il fenomeno delle terapie non complementari, pur non scoraggiando automaticamente e in tutti i casi il loro utilizzo [Jankovic, 2004].

In conclusione si sottolinea l'importanza che i medici possano leggere i bisogni sottostanti il ricorso a forme di cura alternative o complementari alla medicina tradizionale, e possano discuterne in modo non giudicante ma informativo con il paziente.

Bibliografia

- Balint, M. (1957), *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli.
- Barrett, B., Marchand, L., Scheder, J. et al. (2000), Bridging the gap between conventional and alternative medicine. *Journal of Family Practice*, 49 (3), 234-239.
- Barrett, B., Marchand, L., Scheder, J. et al. (2003), Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9 (6), 937-947.
- Bell, C.K., Goebert, D.A., Miyamoto, R.H. et al. (2001), Sociocultural and community factors influencing the use of Native Hawaiian healers and healing practices among adolescents in Hawaii. *Pacific Health Dialogues*, 8 (2), 249-259.
- Benson, H., Dusek, J.A. (1999), Self-reported health, and illness and the use of conventional and unconventional medicine and mind/body healing by Christian Scientists and others. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (9), 539-548.
- Chen, M.S. (1999), Informal care and the empowerment of minority communities: comparisons between the USA and the UK. *Ethnic Health*, 4 (3), 139-151.
- Eyre, H.J., Lange, D.P., Morris, L.B. (2002), Complementary and alternative therapies. In H.J. Eyre, D.P. Lange, L.B. Morris (eds), *Informed decisions; The complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery (2nd edition)*. Atlanta: American Cancer Society.
- Eisenberg, D.M., David, R.B., Ettner, S.L. (1998), Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1569-1575.
- Engel, G.L. (1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G.L. (1980), The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Eskinazi, D.P. (1998), Factors that shape alternative medicine. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1621-1622.
- Friend-du Preez, N., Cameron, N., Griffiths, P. (2009), Stuips, sputts and prophet ropes: the treatment of abantu childhood illnesses in urban South Africa. *Social Science and Medicine*, 68 (2), 343-351.
- Gray, R.E., Fitch, M., Greenberg, M. (1998), A comparison of physician and patient perspectives on unconventional cancer therapies. *Psychooncology*, 7 (6), 445-452.
- Jankovic, M., Spinetta, J.J., Martins, A.G. et al. (2004), Non-conventional therapies in childhood cancer: guidelines for distinguishing non-harmful from harmful therapies: a report of the SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 42 (1), 106-108.
- Kapchuk, T.J., Eisenberg, M. D. (2001), Varieties of healing. 2: A taxonomy of unconventional healing practices. *Annals of Internal Medicine*, 135, 196-204.
- Karadeniz, C., Pinarli, F.G., O_uz, A. et al. (2007), Complementary/alternative medicine use in a pediatric oncology unit in Turkey. *Pediatric Blood & Cancer*, 48(5), 540-3.
- Menniti-Ippolito, E., Gargiulo, L., Bologna, E. et al. (2002), Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 58, 61-64.
- Montazeri, A., Sajadian, A., Ebrahimi, M. et al. (2007), Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. *European Journal of Cancer Care*, 16 (2), 144-149.
- Muula, A.S., Polycarpe, M.M., Job, J. et al. (2009), Association between maternal use of traditional healer services and child vaccination coverage in Pont-Sonde, Haiti. *International Journal for Equity in Health*, 8 (1), in corso di stampa.

- Oumeish, Y.O. (1998), The philosophical, cultural, and historical aspects of complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine in the old world. *Archives of Dermatology*, 134, 1373-1386.
- Reilly, D. (2001), Comments on complementary and alternative medicine in Europe. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, 23-31.
- Sala, G. (2009), *Medicina e psicologia tra potere e impotenza*. Milano: Franco Angeli.
- Salzberger-Wittemberg, I., Williams Polacco, G., Osborne, E. (1987), *L'esperienza emotiva nei processi di apprendimento e di insegnamento*. Napoli: Liguori Editore.
- Tindle, H.A., Davis, R.B., Phillips, R.S. (2005), Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11, 42-44.

ASPETTI CORPOREI NELLE PATOLOGIE PSICOTICHE: UN'ESPERIENZA OSSERVATIVA NEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA.

ANTONELLA GRANIERI*
LAURA GIOVANNELLI^o

Riassunto. *La fenomenologia si inserisce nel dibattito sulla tradizionale contrapposizione tra “res cogitans” e “res extensa”. A partire dal proprio corpo l'individuo fonda il qui ed ora: il corpo dà il senso della propria continuità, nel tempo e nello spazio, e della coscienza di sé e dell'altro. La psichiatria fenomenologica si fonda su queste premesse teoriche e riesce a descrivere con particolare chiarezza la psicosi, condizione esistenziale in cui si perde il contatto vitale con la realtà e con il proprio corpo. Analogamente la teoria psicoanalitica non prescinde dal profondo legame tra psiche e soma: le funzioni psichiche si costituiscono in parallelo e per appoggio alle funzioni corporee. Nelle prime fasi dello sviluppo psichico, l'accudimento e le comunicazioni materne hanno un registro corporeo, solo col tempo esse acquisiscono caratteristiche psichiche. Se l'adattamento materno ai bisogni del bambino è carente, egli si trova esposto a sensazioni di angoscia – da cui può derivare l'esperienza psicotica – contro le quali deve costruire difese che mantengono caratteristiche primitive.*

Parole chiave: *psicosi, corpo, fenomenologia, psicoanalisi.*

La conquista dell'identità, cioè del sentimento di essere un individuo, si basa sull'esperienza unica ed essenziale di vivere nel proprio corpo. Questa esperienza, sulla quale si fonda il senso di esistere, può essere vissuta solo in relazione con l'altro, portatore della propria identità. L'altro viene riconosciuto come diverso da sé, tuttavia ad esso si attribuisce lo status di persona, grazie alla capacità di trasferire nella relazione il proprio vissuto di identità.

Il primo incontro dell'individuo con l'altro avviene, nei primi giorni di vita, con la madre. Questa prima relazione si basa su uno scambio essenzialmente corporeo, nel quale le cure materne sono anche cure psicologiche. Nei primi scambi con la madre il neonato impara a riconoscersi, forma una primitiva immagine di sé e del proprio corpo, acquista il *senso di esistere* (Vallino, Macciò, 2004) “*la mente crescerebbe in queste condizioni di nutrimento e di soccorso. Si svilupperebbe e si estenderebbe, cioè, per assimilazione non soltanto di contenuti informativi ma di qualità affettive sostanziali, che vengono trasmesse con le parole e al di là delle parole*” (Borgogno, 1999, p. 40).

Il bambino che nella fase di allattamento perde la madre, sottolinea la Dolto (1984), perde con lei anche la propria zona orale, la bocca, il naso e parte dei bronchi. L'immagine del corpo è così orrendamente amputata perché è indispensabile per la sua realizzazione la presenza della madre, una madre che respira, che ha il cuore che batte, insomma una “*madre corporea*”.

* Professore associato di Psicologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Torino. Associate member della Società Psicoanalitica Italiana (IPA).

^o Psicologa, dottoranda in Scienze Umane, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino.

Nelle patologie psicotiche l'immagine del corpo si disintegra, i confini che separano la persona dal mondo (che dovrebbero corrispondere all'epidermide) si dissolvono e, paradossalmente, allo stesso tempo diventano impenetrabili. Le persone in queste condizioni sentono la propria identità come fortemente minacciata e vivono queste contraddizioni con una forte angoscia. La stessa agonia, sostiene Winnicott (1962), è provata dal bambino non ben sostenuto, che ha paura di andare in pezzi o cadere per sempre: *“il disturbo psichico deriva perciò essenzialmente dall'essere tagliati fuori da esperienze che hanno inciso su di sé, ma poiché queste non sono state rammentate e significate ricadono sul corpo e nella mente come ingombri dolorosi e pesanti. Ingombri apparentemente insensati e inutili, finché non verranno riscattati e restituiti in parole da uno sguardo coinvolto”* (Borgogno, 1999, pp. 39-40).

Nella prima parte di questo articolo illustreremo, seppur in modo sintetico, il contributo della fenomenologia al tema del corpo. La fenomenologia, infatti, si propone di superare l'antica opposizione fra *res cogitans* e *res extensa*, ricongiungendo questi due aspetti dell'essere umano in una inscindibile unità.

Nel seconda parte, invece, accenneremo alcuni passaggi del pensiero psicoanalitico sul tema del corpo e dei suoi vissuti nella psicosi.

1. Fenomenologia del corpo

La fenomenologia è una disciplina filosofica estremamente articolata, inaugurata da Friedrich Hegel nel 1807 con la sua opera *“Fenomenologia dello spirito”* (*Phänomenologie des Geistes*). In questo articolo, tuttavia, si fa riferimento essenzialmente al pensiero successivo di Edmund Husserl (1912-28), che si evince principalmente dalla sua opera *“Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica”* (*Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*).

Per quanto riguarda lo specifico della speculazione fenomenologica sul tema della corporeità, è essenziale riprendere la nota distinzione husserliana fra i termini *Leib* e *Körper*. Il primo, corpo vivente, si riferisce a ciò di cui noi tutti facciamo esperienza immediata, il corpo proprio. Il secondo, organismo corporeo, definisce il *“mero corpo fisico”*. La fenomenologia si oppone al dualismo cartesiano affermando che il corpo non è *res extensa*, bensì *Leib*, corpo vivo, parte di quell'unità inscindibile che è l'uomo. Non esiste nella realtà umana qualcosa come la corporeità pura: il *Körper* studiato dai naturalisti è invece ridotto a oggetto del mondo, per questo non corrisponde all'essere umano. Per spiegare i fenomeni che fanno parte dell'esistenza, ma che non sono riducibili alla fisica e alla chimica dell'organismo, al *“corpo-cosa”* è stata dunque associata un'anima che però i metodi naturalistici non sono stati in grado di indagare: per comprendere la realtà dell'uomo è invece necessario ritornare a quell'unità pre-scientifica per cui il corpo e la psiche sono una stessa cosa sul piano dell'esistenza (Binswanger, 1955). La parola *Leib* deriva anticamente dal verbo *leben* – vivere – di conseguenza questo corpo vivente potrà essere indagato solo considerandolo soggetto di vita, avente specificità psicologica. Io non possiedo un corpo, il corpo è ciò che io sono – il *sum* del *cogito* cartesiano, come afferma Galimberti (2000) – e non un oggetto nel mondo.

Fin da bambino l'uomo è proteso verso il mondo delle cose, le scopre e le esplora attraverso il corpo, il suo mondo avrà i limiti e le possibilità che esso gli impone. Introdotto al mondo dal proprio corpo, il bambino sentirà dunque di abitare lo spazio ed il tempo che, diventando dimensioni oggettive, si ridefiniscono riducendosi o estendendosi secondo l'interesse del soggetto. In questo senso Husserl parla di *Nullkörper*, *“corpo zero”*, in quanto il corpo proprio è

origine di tutte le prospettive e le orientazioni, il riferimento – lo zero assoluto – a partire dal quale si definisce il qui ed ora.

Allo stesso modo il riconoscimento gli altri-da-me si realizza grazie a ciò che Husserl chiama “*appercezione assimilatrice*”, ovvero un sapere analogizzante per cui l’altro riceve dal mio corpo il tenore di *Leib*. In altre parole posso percepire l’altro come estraneo alla mia sfera propria eppure, per analogia con me stesso, riconosco che egli è un ego coesistente, ovvero un Io di un altro, e non solo un oggetto del mondo. La relazione con altri corpi diviene componente del senso di Sé: la percezione di Sé si costituisce infatti originariamente attraverso il tatto, ed è laddove l’altra carne si fa sentire che finisce la mia (o, potremmo dire, comincia).

L’espressione delle emozioni e la comprensione dei gesti altrui sono possibilità che ci rendono umani. Maurice Merleau-Ponty parla a tal proposito di un riconoscimento cieco che non passa attraverso un’analisi intellettuale, ma attraverso il corpo e che conferma l’altro e noi stessi. Non è necessario che io mi rappresenti la collera per comprendere i gesti di qualcuno che la esprime: “*il gesto non mi fa pensare alla collera, ma è la collera stessa*” (Merleau-Ponty, 1945, p. 255). Per esprimere agli altri l’emozione è lo stesso corpo a parlare.

A partire da queste basi epistemologiche sorge, all’inizio del secolo scorso, la psichiatria fenomenologica. Karl Jaspers può essere considerato il pioniere di questa disciplina: la sua opera del 1913, “*Allgemeine Psychopathologie*”, fu accolta dallo stesso Husserl che riconobbe nell’insigne psichiatra un suo discepolo. Jaspers introduce il problema della comprensione immediata dell’uomo, contrapposta alla spiegazione artificiosa.

La psichiatria fenomenologica, nel tentativo di superare il dualismo soggetto-oggetto e psiche-soma, diede primaria importanza all’esperienza vissuta, attraverso la quale noi tutti entriamo in contatto con l’inscindibilità mente-corpo: “*la contrapposizione di psiche e soma è una semplice astrazione atta a disturbare piuttosto che a favorire qualsivoglia comprensione*” (Jaspers, 1913, p. 243).

La psichiatria fenomenologica ebbe inoltre il merito di descrivere in maniera particolarmente evocativa l’essere al mondo degli psicotici. Eugène Minkowski esprime nella sua opera “*La schizofrenia*” (1953) ciò che egli intende per perdita del contatto vitale con la realtà. Questa definizione rappresenta il rapporto armonico dell’individuo con il mondo, ovvero “*l’essenza della personalità vivente nei suoi rapporti con l’ambiente (...) un’onda mobile che ci avvolge da ogni parte e che costituisce il mezzo senza il quale non potremmo vivere*” (Minkowski, 1953, p. 49). Gli avvenimenti della vita compenetrano la personalità umana l’individuo ne fa esperienza e reagisce secondo i fattori di cui si compone la sua vita interiore. Minkowski descrive in sostanza il delicato equilibrio fra l’uomo e il suo ambiente, che permette di vibrare all’unisono con la realtà, fonte di lacerazioni dolorose ma anche di gioie profonde. Lo schizofrenico, all’opposto, non si sente nel proprio corpo: la linea di demarcazione che separa l’io dal non-io non coincide più con la superficie del suo corpo ma va oltre e questa nuova linea di demarcazione fra l’interno e l’esterno diviene rigida e impenetrabile fino a trasformarsi in una vera e propria corazza. Non esiste inoltre per lui il tempo vissuto, ovvero la consapevolezza di occupare il proprio posto nello spazio e nel tempo non fonda in ogni istante la nozione di io-qui-ora. Sebbene abbia conservato una certa coscienza di ciò che accade, egli non sente di farne parte, di conseguenza non si sente vivo.

L’opera di Minkowski influenzò il pensiero di Laing che nella stesura del suo lavoro sulle psicosi “*L’Io diviso*” (1959) si ispirò diffusamente a “*La schizofrenia*”. Il libro reca *in exergo* una citazione tratta appunto da questo autore. Secondo Laing termini come mente, corpo, personalità, organismo, sono astrazioni che non trovano corrispettivi nella realtà. Se la psichiatria divide l’uomo nei suoi vari pezzi, la frammentazione che ne deriva sarà analoga a quella – esistenziale – di cui ci si vuole occupare. Egli auspica invece uno studio dell’altro in quanto per-

sona: lo psichiatra deve “orientarsi come persona nello schema dell’altro, anziché limitarsi a vedere l’altro come un oggetto del proprio mondo, cioè entro il proprio sistema totale di riferimento” (Laing, 1959, p.31).

Rispetto al suo pensiero sugli aspetti corporei nelle patologie psicotiche, Laing si riferisce espressamente alla teoria fenomenologica: possedere il senso della propria corporeità è il punto di partenza verso l’integrità dell’Io. Per lo schizoide il corpo è invece separato da sé, è uno degli oggetti del mondo. Esso viene identificato come la sede del falso Io mentre il vero Io, incorporeo, osserva con distacco, senza interagire in maniera diretta con il mondo. Il meccanismo di difesa opera in questo modo: la realtà è sentita come minacciosa, quindi viene affrontata da un falso Io, carico di odio e paura, mentre il vero Io si limita ad un’esistenza passiva. L’Io incorporeo si allontana da ogni esperienza reale: teme di alloggiare nel corpo perché si sentirebbe immerso nel mondo che sente ostile. Possiamo così schematizzare la realtà vissuta dall’individuo normale:

(Io, corpo) → Altri,

mentre per un individuo schizoide lo stesso diagramma apparirebbe così:

Io → (corpo, Altri)

In altre parole non è lo schizoide a relazionarsi con gli altri ma il suo corpo, governato da un falso Io. Ogni azione verso i suoi simili è vissuta come futile, ogni percezione sembra irreali. Non esistono relazioni creative Io – Tu, ma solo rapporti cosa – cosa. Il falso Io opera a livello del corpo affinché ogni percezione venga avvertita come se non si trattasse della propria, nello sforzo di separarsi dalle sensazioni, dalle azioni e dai desideri del corpo e non identificarsi con essi. In alcuni casi l’Io vorrebbe ricongiungersi al proprio corpo per provare sensazioni reali e in questo tentativo l’individuo si provoca ustioni o lacerazioni. In alcuni stati psicotici questa dissociazione può arrivare al punto in cui il corpo viene esperito come se posseduto dagli altri: non solo lo schizofrenico sente che le proprie percezioni non gli appartengono, ma ha idea che gli altri percepiscano la realtà attraverso di lui (ad esempio vedano con i suoi occhi). Se il corpo non coincide con certezza con “me” definendo per contrasto ciò che è “non-me” si è gettato il seme della fusione o confusione con il mondo. Non esistono più confini, né certezze. Per questo afferma Laing è importante che lo schizofrenico sperimenti direttamente il contatto fra dentro e fuori, che faccia esperienza di ciò che succede laddove comincia/finisce il “me”. Attraverso questa esperienza può nascere nell’individuo sensazione di corporeità, egli potrà al di là dei limiti incontrare un mondo come non-Io e nel mondo l’altro come non identico a sé.

2. Contributi psicoanalitici

Sigmund Freud colloca la teoria psicoanalitica fra la biologia e la psicologia: la sua visione dell’individuo è assolutamente monista. La psicoanalisi non solo ammette “l’esistenza di processi fisici o somatici concomitanti allo psichico” (Freud, 1938, p. 585), ma ritiene che essi “costituiscono il vero e proprio psichico” (*ibidem*). L’inconscio e la vita psichica in generale hanno quindi le loro radici nel corpo e possiamo intenderli come modi di far fronte ai bisogni biologici e alle richieste del mondo esterno. La riflessione psicoanalitica si colloca dunque tra

la corporeità reificata della biologia e la coscienza dei filosofi, prendendo come oggetto di studio l'individuo vivente, unità di anima e corpo (Semi, 2001).

Eugenio Gaddini sostiene che la psicoanalisi consideri *“il corpo e la mente sotto l'aspetto di un continuum funzionale”* (Gaddini, 1981, p. 471). Secondo questo autore, la brillante intuizione freudiana in proposito si traduce nell'idea che *“i modelli funzionali che [Freud] stava tentando di descrivere in termini fisiologici potessero esistere come modelli di funzionamento mentale paralleli ai modelli fisiologici (e in questo senso da essi determinati)”* (Gaddini, 1981, p. 471). Di conseguenza, era un errore cercare di spiegare quei modelli in termini fisiologici, essi andavano invece descritti per se stessi, in termini psicologici. Questo pensiero si ritrova anche nell'opera di Winnicott: *“Ecco un corpo: la possibilità di distinguere la psiche dal soma dipende unicamente dal punto di vista dal quale ci si pone. Si può considerare il corpo che si sviluppa o si può considerare la psiche che si sviluppa. Suppongo che qui il termine psiche significhi l'elaborazione immaginativa delle parti somatiche dei sentimenti e delle funzioni, cioè della vita fisica. (...) Gradualmente gli aspetti psichici e somatici della persona che cresce si trovano coinvolti in un processo di mutui rapporti”* (Winnicott, 1949, p. 292).

In termini di patologia, Freud individuò una differenza costitutiva delle nevrosi e delle psicosi: se l'Io, trovandosi in una tensione conflittuale, rimane fedele alla propria dipendenza dal mondo esterno e tenta di controllare l'Es, l'esito patologico sarà la nevrosi; se invece si lascia sopraffare dall'Es e quindi strappare dalla realtà, il soggetto precipiterà nella psicosi (Freud 1923). Nella psicosi, poi, la regressione patologica giunge allo stadio in cui l'individuo non sa discriminare fra il “dentro” e il “fuori” del proprio corpo.

Poiché l'Io è la parte dell'Es che viene modificata dalla diretta azione del mondo esterno, Freud sostiene che *“l'Io è anzitutto un'entità corporea”* (Freud, 1923, p. 488). Esso deriva infatti dalla percezione del proprio corpo e dalla sua rappresentazione – in particolar modo della sua superficie, luogo in cui avvengono percezioni doppie, al limite fra esterno ed interno.

Freud non ha trascurato nella sua investigazione l'importanza delle cure materne nei primi passaggi dello sviluppo psichico. Il neonato può vivere un primo momento in cui *“ciò che era pensato (desiderato) era semplicemente realizzato in guisa allucinatoria”* (Freud, 1911, p. 454) solo grazie alla sollecitudine delle cure materne. Progressivamente il bambino rinuncerà all'appagamento allucinato, in seguito alla mancanza della soddisfazione attesa. La disillusione che deriva dai limiti delle cure materne permette il passaggio dal principio di piacere al principio di realtà, attraverso il quale viene rappresentato ciò che è reale per quanto possa risultare spiacevole.

Cosa succede al contrario quando lo sviluppo precoce non procede come descritto? Freud ci dice che: *“Se la madre è assente o ha tolto al bambino il suo amore, questi non è più sicuro del soddisfacimento dei suoi bisogni e si trova presumibilmente esposto alle più penose sensazioni di tensione”* (Freud, 1932, p. 197).

Come sappiamo il bambino nasce in uno stato di dipendenza assoluta dalla madre, che nel suo agire come ambiente facilitante rende possibile il suo sviluppo. Questa prima forma di comunicazione preverbale, che passa essenzialmente attraverso il corpo, procura al piccolo diverse stimolazioni libidiche e insieme lo prepara allo sviluppo dell'attività funzionale dell'Io (muoversi, camminare, parlare ecc...). Successivamente Winnicott parla di madre *“ambiente”* in quanto per il bambino la madre rappresenta la totalità dell'esistenza e, in questo stesso senso, Bollas (1987) introduce il concetto di oggetto trasformativo: *“la madre non è ancora identificata come altro ma è vissuta come un processo di trasformazione. (...) In primo luogo, la madre assume la funzione di oggetto trasformativo perché altera costantemente l'ambiente del bambino per soddisfarne i bisogni”* (Bollas, 1987, p. 22).

Se non si realizza tale adattamento l'ambiente esercita una pressione sul bambino alla

quale questi deve reagire e tutto ciò disturba la continuità della sua esistenza, “*reagire, in questo stadio dello sviluppo umano, significa una temporanea perdita di identità. Ciò incute un estremo senso di insicurezza, e prepara l’individuo ad attendersi ulteriori esempi d’interruzione della continuità del Sé*” (Winnicott 1949, p. 293)

In queste prime fasi dello sviluppo l’ambiente è quasi totalmente fisico, mentre con il tempo esso acquisisce caratteristiche emozionali, psicologiche e sociali.

La ricerca psicoanalitica degli ultimi anni ha studiato in modo approfondito la funzione di rispecchiamento che i *caregiver* realizzano rispetto agli stati emotivi del bambino. Infatti, è proprio “*quando nell’interazione con il caregiver il bambino può incontrare una mente in cui le azioni e i pensieri – suoi e dell’altro – possono essere visti e ricevere un significato, [che] egli (...) può interiorizzare una specifica funzione simbolica che gli consentirà di esplorare e mentalizzare le azioni e i sentimenti altrui nonché i propri*” (Granieri e Albasi 2003, p. 7).

Secondo Winnicott ogni fase del processo di maturazione è strettamente legata a specifiche funzioni materne. In particolare ai tre passaggi:

- Integrazione dell’Io.
- Personalizzazione.
- Entrare in relazione con l’oggetto.

corrispondono altrettante cure materne:

- Tenere in braccio (*holding*).
- Manipolare il bambino (*handling*).
- Presentare gli oggetti (*object presenting*).

Carenze ambientali da parte dei *caregiver* relative a questi tre passaggi producono diverse forme di angoscia nel bambino ponendo le premesse per la patologia mentale. Ad esempio, un difettoso modo di sostenere (*to hold*) il neonato può generare in lui la sensazione di frantumarsi o di precipitare all’infinito. Tali esperienze sono descritte come angosce psicotiche: “*questi bambini portano con sé l’esperienza di un’angoscia impensabile o arcaica: essi sanno cosa vuol dire essere in uno stato di confusione acuta e conoscono l’agonia della disintegrazione. Essi sanno cosa significa essere lasciati andare, cadere per sempre o scindersi tra corpo e mente. In altre parole hanno avuto l’esperienza del trauma e la loro personalità ha dovuto costruirsi intorno alla riorganizzazione di difese che seguono al trauma, difese che necessariamente mantengono caratteristiche primitive come la scissione della personalità*” (Winnicott 1969, p. 282).

La disintegrazione è dunque una difesa contro queste angosce impensabili, ma in quanto prodotta dal bambino essa appartiene alla zona dell’onnipotenza infantile ed è dunque preferibile perché in qualche modo è sotto il controllo dell’individuo.

Allo stesso modo una difettosa manipolazione (*handling*) ostacola l’insediamento della psiche nel soma, di conseguenza il bambino perderà la capacità di sentirsi reale e di abitare nel proprio corpo, gli mancherà cioè la piena esperienza di esistere come persona. La mancanza di coesione psicosomatica comporta la depersonalizzazione e la difficoltà di sentire la cute come limite corporeo del Sé. Secondo la teoria winnicottiana la sintomatologia psicosomatica è una difesa contro queste minacce, in quanto comporta un’accentuazione dell’interrelazione fra psiche e soma, ponendo il sintomo del disturbo psichico nel corpo essa ricrea il legame perduto.

Se il bambino, invece, non è facilitato nell’entrare in relazione con gli oggetti (*object presenting*), sarà per lui difficile, o forse impossibile, mettersi in rapporto con il mondo concreto, che egli non sentirà mai, fino in fondo, come reale.

Nella fase di dipendenza assoluta il bambino si trova dunque in ogni momento esposto alla possibilità del “crollo”, che può assumere diverse forme:

- “1. Andare in pezzi
2. Cadere per sempre
3. Essere senza alcuna relazione con il corpo
4. Essere senza orientamento

Si noterà che questi tipi di angoscia impensabile costituiscono proprio la materia prima delle angosce psicotiche” (Winnicott 1962, p. 69) e inoltre come siano strettamente legate a vissuti corporei primitivi.

3. Ada: il corpo vuoto

Presentiamo ora brevemente alcuni passaggi di una osservazione, propedeutica a un progetto di intervento, che riguardano una paziente ricoverata presso il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di un ospedale torinese. Questo caso mette in luce, in maniera drammatica, ciò di cui si è discusso finora, ovvero la sensazione per la persona psicotica di non abitare il proprio corpo, sentimento che riflette, a nostro avviso, le primitive difese che il bambino utilizza contro la disintegrazione.

Ada è una donna di 35 anni, sieropositiva, che si trova in SPDC dopo un ricovero nel reparto Malattie Infettive per una polmonite. Durante la sua degenza vengono effettuati alcuni accertamenti in seguito ai quali le viene diagnosticata una encefalopatia.

È figlia unica, ha sempre vissuto con i genitori finché, grazie a un’inserzione su un giornale, conosce un uomo che in seguito sposa. Dopo il matrimonio lascia la casa dei genitori e si trasferisce con il marito nel paese di provenienza di quest’ultimo. L’unione si rivela fallimentare e segue la separazione. Ada sembra soffrirne molto, si sente tradita e cerca di opporsi alla fine del matrimonio. Dice di non conoscere i motivi per i quali il marito ha deciso di lasciarla. Si trasferisce, sola, in un paese sulla costa ligure dove ha diverse relazioni, tutte di breve durata. Infine torna a vivere con il padre, affetto da diabete, rimasto vedovo circa un anno prima.

Ada e il padre si preoccupano l’una della salute dell’altro, mentre sembrano entrambi indifferenti rispetto alla propria malattia. Verosimilmente gran parte delle loro giornate sono scandite dall’assunzione dei farmaci indispensabili alla loro sopravvivenza, ma, almeno per quanto riguarda Ada, sembra che le emozioni rispetto alla sua sorte (la diagnosi è infatti infausta) siano congelate. Descrive il padre come “un uomo che aspetta solo di morire”; ma nell’esistenza di Ada si coglie questo stesso stato di attesa immobile (Gaburri e Granieri, 2008). Sul suo corpo appaiono in modo evidente le tracce della malattia: l’estrema magrezza e il viso segnato sono la prova visibile della patologia fisica. È difficile in chi la osserva separare la persona di Ada dal pensiero del dolore e della morte che appaiono profondamente incarnati nella paziente circondandola di un alone che evoca angoscia in chi le sta vicino: in effetti il suo atteggiamento nei confronti della vita sembra essere quello di estremo dolore ma al contempo di rassegnazione.

Quando parla delle sue relazioni passate Ada racconta di essere stata “usata” dagli uomini che hanno avuto rapporti con lei per poi abbandonarla. Descrive questi uomini come individui “brutti e spregevoli”, senza nessun sincero interesse nei suoi confronti. Quando racconta di questo passato, trasmette un fortissimo senso di solitudine, accompagnato da una quasi totale anestesia affettiva. Il volto è inespressivo, il suo sguardo vacuo si perde nel vano tentativo di riconoscere pienamente il suo interlocutore. In effetti Ada non sembra riconoscere chi le sta di fronte, sebbene sia a stretto contatto con gli operatori del servizio. Sembra che le persone intorno a lei abbiano perso ai suoi occhi lo status di individui, con le parole di Minkowski “*tutta la complessità della vita psichica dell’essere vivente è scomparsa per [lei], e rimangono solo*

dei manichini schematizzati" (Minkowski 1923, p.33). Come del resto, ci sembra di poter dire, molto spesso "*manichino*" si sente ella stessa.

Ada non riesce a raggiungere né sé stessa né l'altro che le appare incomprensibile e imprevedibile. Non solo non sa spiegarsi perché il marito l'abbia lasciata, ma allo stesso modo non capisce il padre, irrigidito nelle sue abitudini, e gli altri uomini che la "usano e gettano". Il suo contributo nell'allontanare chi cerca di mettersi in relazione con lei appare evidente a chi la osserva, ma certamente la paziente non può coglierlo. Tutto il mondo circostante le appare governato da oscuri progetti organizzati e messi in atto da persone potenti e prive di scrupoli. Il caos e la disintegrazione hanno invaso la scena, senza possibilità di controllo: l'unica chance di sopravvivenza sembra essere per questa donna abbandonare la sua presenza corporea reale per ritirarsi in una esistenza irrealistica, priva di spazio, immersa in un tempo immobile e dunque priva di coordinate per possibili autentici contatti con l'altro.

Parlando con lei, si ha spesso la sensazione di avere davanti un corpo vuoto, un bozzolo ormai inabitato. Il suo fisico così come la sua stessa mente sembrano portare su di loro le cicatrici di tanta sofferenza. La sua vita quotidiana si consuma fra camminate senza meta e relazioni senza futuro come se ciò in cui si impegna il suo corpo non la riguardasse. Anche nel vagare senza direzione si manifesta il suo completo distacco dalla vita reale, che non le appartiene più, poiché in essa non investe più alcuna energia. Ada non è mossa da "*nessuna azione, nessun desiderio che, sorgendo dal presente, la dirigano all'avvenire, al di sopra della successione delle giornate grigie e sempre uguali*" (ibidem, p. 28).

Bibliografia

- Binswanger, L. (1955), *Per un antropologia fenomenologica*. Tr.it. (1984), Milano: Feltrinelli
- Bollas, C. (1987), *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Tr.it. (1989), Roma: Borla.
- Borgogno, F. (1999), *Psicoanalisi come percorso*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Borgogno, F. (2004), *Ferenczi oggi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Dolto, F. (1984), *L'immagine inconscia del corpo*. Tr.it. (2001), Milano: Bompiani.
- Freud, S. (1911), *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*. In S. Freud (1977), *Opere*, vol. VI. Tr. it., Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1923), *L'Io e l'Es*. In S. Freud (1977), *Opere*, vol. IX. Tr. it., Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1923), *Nevrosi e psicosi*. In S. Freud (1977), *Opere*, vol. IX. Tr. it., Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1932), *Introduzione alla psicoanalisi*. In S. Freud (1977), *Opere*, vol. XI. Tr. it., Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1938), *Compendio di psicoanalisi*. In S. Freud (1977), *Opere*, vol. XI. Tr. it., Torino: Bollati Boringhieri.
- Gaburri, E., Granieri, A. (2008), Il paziente psicosomatico e la pubblic-azione. In Atti del Congresso Internazionale *Second thoughts: Funzione Alfa e Cambiamento Catastrofico*. Roma: Angelicum Congress Center.
- Gaddini, E. (1981), Note sul problema mente-corpo. In E. Gaddini (1989), *Scritti* (470-501). Milano: Raffaello Cortina.
- Galimberti, U. (2000), *Psichiatria e Fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
- Granieri, A., Albasi, C. (2003), *Il linguaggio delle emozioni*. Torino: UTET.
- Hegel, F. (1807), *Fenomenologia dello spirito*. Tr.it. (1984), Milano: Bompiani.
- Husserl, E. (1912 - 1928), *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologia*. Tr.it. (1965), Torino: Einaudi.
- Jaspers, K. (1913), *Psicopatologia generale*. Tr.it. (1965), Roma: Il pensiero scientifico.
- Laing, R. D. (1959), *L'io diviso*. Tr.it. (1969), Torino: Einaudi.
- Merleau-Ponty, M. (1945), *Fenomenologia delle Percezioni*. Tr.it. (1972), Milano: Il Saggiatore.
- Minkowski, E. (1923), Studio psicologico e analisi fenomenologica di un caso di melancolia schizofrenica. In E. Minkowski, V. E. von Gebattel, E. W. Strauss, *Antropologia e Psicopatologia*. Tr. it. (1971), Milano: Bompiani.
- Minkowski, E. (1953), *La schizofrenia*. Tr. it. (1998), Torino: Einaudi.
- Semi A. (2001), *Introduzione alla metapsicologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Vallino Macciò, D., Macciò, M. (2004), Il senso di esistere del neonato e l'attrazione fatale dell'identificazione. In F. Borgogno, *Ferenczi oggi* (181-193). Torino: Bollati Boringhieri.
- Winnicott, D. W. (1949), L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche – soma. In D.W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi* (1958). Tr. it. (1975), Firenze: Martinelli.
- Winnicott, D. W. (1962), L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino. In D. W. Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente* (1965). Tr. it. (1970), Roma: Armando.
- Winnicott, D. W. (1969), L'esperienza di mutualità tra madre e bambino. In D. W. Winnicott, *Esplorazioni psicoanalitiche* (1989). Tr. it. (1995), Milano: Raffaello Cortina.

**LA FUGA IMPOSSIBILE.
CONSIDERAZIONI DI PSICOLOGIA COMPARATA SUL RIFLESSO DI IMMOBILITÀ
TONICA E LE BASI BIOLOGICHE DI TRAUMA E DISSOCIAZIONE**

LAURA VENERONI*
CONCETTA FEO*
CESARE ALBASI[∞]
CARLO ALFREDO CLERICI*

Riassunto. *Esiste in natura un fenomeno di arresto motorio, l'immobilità tonica, che si verifica negli animali in risposta ai predatori, evocabile anche in contesti sperimentali mediante una semplice sequenza d'induzione. La reazione, nota in passato anche come "ipnosi animale", è stata indagata nel corso del tempo con paradigmi differenti, dalle prime osservazioni naturalistiche, a successive ricerche di area psicofarmacologica. Il lavoro illustra recenti prospettive che identificano nel fenomeno il substrato psico-biologico della mancata difesa nel corso di eventi violenti e elemento essenziale per la comprensione di eventi complessi come il trauma e la dissociazione nelle vittime.*

Parole chiave: *trauma, dissociazione, immobilità tonica, PTSD, psicoterapia, memorie traumatiche.*

1. Cenni storici

La comprensione clinica ed empirica dei processi dissociativi come risposta al trauma richiede una considerazione di molteplici livelli e di una pluralità di modelli di funzionamento psichici, psicofisiologici e comportamentali.

La tradizione di ricerca sull'immobilità tonica negli animali, fenomeno di riferimento in molta della letteratura sull'argomento della dissociazione, può offrire un utile contributo (Nijenhuis, 1998).

In particolare, il fenomeno è di semplice induzione e replicazione nei polli domestici (*gallus gallus*), che ben si prestano ad osservazioni sperimentali, ed è stato descritto fin dal Seicento.

Athanasius Kircher nel suo *Ars Magna lucis et umbrae* (1646) pubblicò il capitolo intitolato *Experimentum mirabile de Imaginatione Galinae* sull'incantamento di un pollo, ottenuto tracciando una linea in terra davanti al becco dell'animale immobilizzato. Già nel 1636 Daniel Schwenter, professore all'Università di Altdorf, descrisse l'incantamento di un pollo nella tredicesima lezione del suo *Deliciae physico-mathematicae*, descrivendo come è possibile portare un pollo selvatico ad un grado di docilità tale da farlo rimanere immobile, tranquillo, come paralizzato. Schwenter riconduceva l'origine del fenomeno allo spavento.

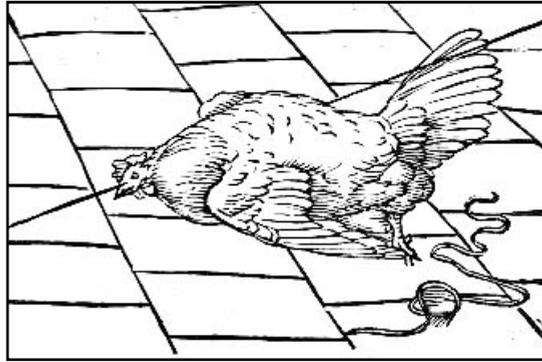
Kircher proseguì gli studi anche nel suo volume *Magnes sive de arte magnetica* (1671), descrivendo che l'animale, impedito a muoversi, rimane immobile per lo spavento e in balia della

* Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, Sezione di Psicologia, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Milano.

[∞] Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino.

volontà del suo domatore dopo qualche inutile tentativo di resistenza. Una volta cessata la costrizione, l'immobilità si mantiene a lungo, se si traccia una linea con il gesso ai due lati del becco, partendo dall'altezza degli occhi.

Fig. 1 – Illustrazione di un pollo in immobilità tonica nel volume *Ars Magna Lucis et Umbrae* di Athanasius Kircher



Kircher ipotizzava l'intervento di misteriose forze magnetiche; nella sua opera spiegava come nel mondo dei metalli si manifestassero le forze del magnetismo universale, con capacità di attrarre e di respingere - come nel caso della bacchetta del raddomante - le piante e gli animali (zoomagnetismo).

Molti studiosi si dedicarono allo studio di questo fenomeno, soprattutto a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, quando cominciarono a perfezionarsi le tecniche d'induzione ipnotica umana e si approfondirono le relative conoscenze psicofisiologiche (Volgyesi, 1972).

Esistono tradizionalmente diverse tecniche d'induzione, fra cui le più utilizzate consistono nel costringere l'animale a fissare una linea, sottoporlo a un rapido movimento di supinazione, oppure costringerlo in una posizione immobile per alcuni secondi.

Storicamente il fenomeno ha ricevuto varie denominazioni, in particolare per lungo tempo quello di "ipnosi animale", mentre attualmente si preferisce quello di "immobilità tonica" (I.T.).

Le galline sono fra gli animali più studiati per motivi di economicità, disponibilità e per il fatto che l'I.T. si manifesta con chiarezza e in modo duraturo.

In termini etologici, l'immobilità tonica è considerata come estrema reazione difensiva contro i predatori quando la fuga o il combattimento sono inefficaci o impossibili (Bracha, 2004).

Da alcuni anni sono stati oggetto d'indagine fenomeni del comportamento umano che presentano analogie con l'I.T. animale, quali l'immobilità e altri fenomeni dissociativi peritraumatici, in caso di violenza sessuale (Heidt, 2005; Galliano, 1993) o di combattimenti (van der Hart, 2000), la catalessia, la cataplessia (Overeem, 2002), la catatonia, l'immobilità nel corso di attacchi di panico (Cortese, 2006) o nel corso di malattie organiche gravi, verso i quali i trattamenti convenzionali sono in parte insoddisfacenti (Clerici, 2008).

Obiettivo di queste pagine è riassumere alcuni dati generali sul fenomeno dell'I.T. che negli ultimi anni è stato rivalutato come modello per la comprensione di fenomeni del comportamento umano.

2. Dati della letteratura ed osservazioni empiriche

E' stata condotta una revisione della letteratura scientifica attraverso le banche dati Pubmed, PsychINFO, CAB Abstracts e Web of Science, oltre alla consultazione di repertori cartacei.

Il protocollo sperimentale è stato, quindi, replicato più volte e documentato con una serie di videoregistrazioni.

L'analisi delle situazioni sperimentali ha confermato come l'I.T. sia caratterizzata da una profonda ma reversibile immobilità fisica e da ipertono muscolare associati a flessibilità cerea e a tremori muscolari parkinsoniano-simili alle estremità.

Altre manifestazioni durante l'I.T. includono episodi sporadici di chiusura degli occhi, esoftalmo, variazione della frequenza cardiopolmonare, occasionali defecazioni e vocalizzazioni verso la fine dell'I.T.

Nelle galline la durata media dell'IT è di 8 – 10 minuti, con ampie differenze individuali. La chiusura degli occhi durante l'immobilità è predittiva di reazioni d'immobilità prolungate e le vocalizzazioni indicano l'approssimarsi della fine della fase di I.T. (Rovee, Kleinman 1974). L'uscita dalla fase di I.T. è generalmente improvvisa.

E' stato descritto come variazioni nella stimolazione esterna possano terminare la reazione di I.T. (Hoagland 1928).

Alcuni ricercatori hanno tentato di definire la forza dell'I.T., misurando la forza dello stimolo necessario ad interrompere l'I.T. Il principale limite di questa tecnica è che qualsiasi stimolo intenso può prolungare, anziché interrompere, l'I.T., aumentando il livello complessivo di timore del soggetto.

Diversi esperimenti suggeriscono che durante l'I.T. gli animali sono in grado di ricevere, associare, elaborare e immagazzinare stimoli esterni.

L'I.T. rappresenta una forma di inibizione efferente, senza alcun effetto afferente particolarmente pronunciato (Klemm, 1971).

Vi sono molte evidenze del fatto che gli animali durante l'I.T. continuano a monitorare l'ambiente e ad elaborare le informazioni sensoriali, confermate dalla rilevazione di considerevoli attivazioni EEG durante l'I.T., senza alcun movimento corporeo rilevabile (Klemm, 1976).

E' stata avanzata l'ipotesi che l'inibizione motoria dell'I.T. nell'animale potrebbe derivare dall'attivazione di una popolazione neuronale relativamente piccola nella formazione reticolare del tronco cerebrale, per effetto riflesso di stimoli cutanei e propriocettivi che inibiscono diffusamente i motoneuroni spinali flessori ed estensori (Klemm, 1976) senza influenza sulle funzioni sensoriali e / o integrative corticali.

Il fenomeno è stato affrontato nel corso del tempo con paradigmi differenti, dalle prime osservazioni naturalistiche, alle più recenti ricerche di area psicofarmacologica.

Negli anni settanta del secolo scorso sono stati condotti studi sistematici, per verificare l'ipotesi del legame tra la risposta d'immobilità tonica e uno stato di timore (Gallup, 1974). Varie osservazioni supportano questa ipotesi. Si è verificato, ad esempio, che la somministrazione di tranquillanti diminuisce la durata dell'immobilità tonica (Gallup, 1974). La durata dell'immobilità è anche inversamente proporzionale all'ordine di beccata con animali di più basso rango, con durata di I.T. maggiore. Il fatto che molti animali possano defecare durante l'immobilità suggerisce una condizione di stress nell'animale.

Da alcuni anni un filone di ricerca ha indagato il legame fra immobilità tonica in circostanze traumatiche nell'essere umano e il suo legame con il *Post-Trauma Stress Disorder* (PTSD) (Heidt et al., 2005). Evidenze crescenti, in attesa di ulteriori verifiche sperimentali, suggeriscono che nelle vittime di eventi traumatici che manifestino uno stato d'immobilità tonica vi sia un maggiore stress psicologico, essendo ridotte le capacità difensive dell'individuo ma conservata la memoria dell'evento.

Deve ancora essere sottoposto a verifiche empiriche il quesito se la dissociazione peritraumatica sia un fenomeno unico o un aspetto della *reazione d'immobilità tonica*.

3. Considerazioni conclusive

Sono state osservate numerose somiglianze fra l'immobilità tonica nell'animale e manifestazioni peritraumatiche nell'uomo, quali incapacità a muoversi, impossibilità di chiedere aiuto o urlare, analgesia, depersonalizzazione e sensazioni di intontimento.

Nell'ambito delle violenze sessuali, ad esempio, è possibile che una maggiore conoscenza della reazione di immobilità tonica possa offrire aiuto nel mitigare vergogna e sensi di colpa per non essersi potuti difendere attivamente e offrire un contributo clinico affinché la difesa non sia interpretata, in sede di giudizio, come una manifestazione di collaborazione con l'aggressore (Fusé, 2007; Marx, 2008).

È interessante notare come un fenomeno costituito da una sequenza elementare di azioni, come l'induzione di una risposta d'immobilità nella gallina, racchiuda elementi essenziali per la comprensione di eventi complessi del rapporto corpo-mente come il trauma e la dissociazione.

Gli studi su questi fenomeni animali mettano in luce come trauma e dissociazione siano con ogni probabilità fenomeni interconnessi.

Nell'essere umano, la cui vita mentale dipende dalla possibilità di attribuire significati a ciò che gli accade, un profondo terrore è sperimentato anche per eventi simbolici e per minacce alla vita mentale e non soltanto per minacce alla vita fisica, ma è clinicamente e teoricamente di grande importanza ipotizzare che la dissociazione, a differenti livelli, resti la più probabile risposta (Albasi, 2006).

Si auspica che gli studi sul tema dell'I.T. possano fornire approfondimenti circa i substrati biologici e neuropsicologici elementari che, si può supporre, sono alla base della comprensione delle strutture messe a disposizione degli esseri viventi dalla natura per fronteggiare situazioni stressanti di grado estremo. Sviluppo di questo studio preliminare è la revisione sistematica della letteratura sul fenomeno dell'Immobilità Tonica e dei suoi aspetti comparativi con l'uomo. È anche in avanzato corso di preparazione il documentario "La fuga impossibile" presso il Centro di Servizio per le Tecnologie e la Didattica Universitario Multimediale e a Distanza (CTU) dell'Università degli Studi di Milano (produttore esecutivo Marco Carraro) che sarà reso disponibile *on line* per i clinici e gli studiosi interessati.

Bibliografia

- Albasi, C. (2006), *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. Torino: Utet.
- Bracha, H.S. (2004). Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptations perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS Spectrum*, 9(9), 679-85.
- Clerici, C.A., Simonetti, F., Massimino, M. et al. (2008), Antidepressants in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 50(6), 1290-1.
- Cortese, B.M., Uhde, T.W. (2006), Immobilization panic. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1453-4.
- Fusé, T., Forsyth, J.P., Marx, B. et al. (2007), Factor structure of the Tonic Immobility Scale in female sexual assault survivors: an exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 265-83.
- Galliano, G., Noble, L.M., Travis, L.A. et al. (1993), Victim reactions during rape sexual assault-a preliminary study of the immobility response and its correlates. *Journal of Interpersonal Violence*, 8,109-114.
- Gallup, G.G. Jr (1974), Animal hypnosis: factual status of a fictional concept. *Psychological Bulletin*, 81(11), 836-853.
- Heidt, J.M., Marx, B.P., Forsyth, J.P. (2005), Tonic immobility and childhood sexual abuse: a preliminary report evaluating the sequela of rape-induced paralysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (9), 1157-71.
- Hoagland, H. (1928), On the Mechanism of Tonic Immobility in Vertebrates. *The Journal of General Physiology*, 11, 715-741.
- Holmes, S.J. (1929), A Note on Tonic Immobility. *The Journal of General Psychology*, 2, 378.
- Klemm, W.R. (1976), Identity of sensory and motor systems that are critical to the immobility reflex ('animal hypnosis'). *Journal of Neuroscience Research*, 2 (1), 57-69.
- Klemm, W.R. (1971), Neurophysiologic studies of the immobility reflex ('animal hypnosis'). *Neuroscience Research (NY)*, 4, 165-212.
- Marx, B., Forsyth, J.P., Gallup, G.G. et al. (2008), Tonic Immobility as an evolved predator defence: implications for sexual assault survivors. *Clinical psychology: science and practice*, 15(1), 74-90.
- Nijenhuis, E.R.S., Vanderlinden, J., Spinhoven, P. (1998), Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Trauma Stress*, 11(2), 243-260.
- Overeem, S., Lammers, G.J., van Dijk, J.G. (2002), Cataplexy: 'tonic immobility' rather than 'REM-sleep atonia'? *Sleep Medicine*, 3(6), 471-7.
- Rovee, C.K., Kleinman, J.M. (1974), Developmental changes in tonic immobility in young chicks (*Gallus gallus*). *Developmental Psychobiology*, 7(1), 71-7.
- Van der Hart, O., van Dijke, A., van Son, M. et al. (2000), Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: a neglected clinical heritage. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 33-66.
- Volgyesi, F.A. (1972), *Ipnosi umana e animale e considerazioni sullo sviluppo filo- e ontogenetico del cervello*. Padova: Piccin Editore.

FAMIGLIA E DISABILITÀ: ALCUNE RIFLESSIONI

Silvia Rosa *

Riassunto. *La realtà delle famiglie con un figlio disabile, vista alla luce dell'attività riabilitativa, appare un fenomeno scarsamente inquadrabile in categorie definite. Contrariamente a quanto descritto dalla letteratura del passato, centrata sui fattori di disagio, in tali famiglie sembrano naturalmente presenti risorse e aspetti di benessere, soprattutto, quando le rappresentazioni familiari condivise sulla disabilità sono interiorizzate all'interno di una dialettica aperta con i sistemi terapeutici. Dai bisogni rilevati in queste famiglie discendono i presupposti per la costruzione di un intervento efficace in ambito riabilitativo, che dovrebbe quindi contemplare la partecipazione attiva dei familiari, fin dall'inizio come soggetti esperti, in un dialogo maggiormente simmetrico con le diverse professionalità e all'interno di progetti solidamente coordinati. Qualsiasi modello di intervento non può eludere, inoltre, la necessità di operare primariamente una valutazione della situazione psicologica familiare e dei bisogni, e di impostare un efficace intervento informativo, di cui tali famiglie necessitano. Accanto a ciò, può essere di supporto la presenza di una figura con competenze in ambito psicologico, che accompagni i familiari nel loro percorso, "interfacendosi" con le diverse professionalità e che, al tempo stesso, consenta alla famiglia di rimanere al centro dei processi decisionali.*

Parole-chiave: *disabilità, famiglia, modello d'intervento.*

1. Introduzione

Gli approcci della letteratura che hanno sostenuto il lavoro clinico e riabilitativo rivolto alle famiglie di bambini con disabilità¹ si sono storicamente articolati in studi a carattere sociologico, studi ad orientamento psicodinamico e studi sullo stress e le sue conseguenze. I primi tra questi studi, a carattere sociologico, sono stati prevalentemente condotti da Bernard Farber (1960), che si è occupato dell'effetto e dell'influenza della nascita di un figlio disabile su aspetti quali integrazione familiare e stili comunicativi. Farber ha messo in luce, tra i fenomeni osservati, la presenza di una sorta di "arresto" nel ciclo di vita familiare e la difficoltà e l'inibizione dei "normali" processi di integrazione familiare. Ha variamente evidenziato, inoltre, come la comunicazione, all'interno di una famiglia con un bambino disabile, sia talvolta confusa e difficile. La letteratura psicodinamica ha invece concettualizzato la nascita di un bambino con difficoltà come un evento inevitabilmente doloroso, che produce sempre e comunque nel genitore una ferita narcisistica (Mannoni, 1964). Da tale premessa si produrrebbero i presupposti favorevoli fenomeni di cristallizzazione della relazione duale madre-figlio in senso spesso patologico, con meccanismi di diniego, o in altri casi situazioni di rifiuto o atteggiamenti caratterizzati da iperprotezione salvifica. La letteratura sullo stress ha invece ipotizzato, per queste famiglie, una reazione spesso disadattiva o, comunque, il rischio di sviluppare una serie di sintomi legati

* Psicologa, psicoterapeuta. "Centro Paolo VI" di Casalnoceto e Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano.

1 Va specificato che i primi studi in letteratura sul tema "famiglia e disabilità" si sono interessati prevalentemente ai casi con ritardo mentale.

ad una netta alterazione della qualità di vita (Crnic, Friedrich, Greenberg, 1983). Tale orientamento sembra aver tuttavia evidenziato maggiormente come le reazioni individuali e familiari possano, in realtà, essere ampiamente differenti in relazione a svariati fattori, tra i quali, ad esempio, i significati che sono attribuiti agli eventi (Lazarus, Folkman, 1984). Più in generale, la letteratura sull'argomento sembra aver sottesa da una sorta di paradigma che vede, come conseguenza per le famiglie interessate da tale evento, sempre e comunque una sofferenza non risolta o non risolvibile (Kearney, Griffin, 2001; Dall'Aglio, 1994). Così come nella letteratura scientifica, anche nella prassi, in ambito riabilitativo e sanitario si è spesso verificata la tendenza a leggere le dinamiche di queste famiglie come patologiche. La ricerca si è concentrata sui fattori di disagio e sui risvolti clinici, evitando di far emergere o di investigare fenomeni, in cui siano naturalmente presenti aspetti di benessere e adattamento. Tale impostazione epistemica ha indubbiamente, e in vario modo, influenzato e pervaso le "rappresentazioni", i concetti e i preconcetti di clinici e di operatori. Vi sono invece evidenze, avvalorate dalla letteratura più recente, secondo cui la disabilità, di per sé, per quanto fenomeno inaspettato e critico, non induca una situazione patologica nella famiglia (Cunningham, 1996). Confermano tale impostazione gli studi attuali, che mettono ampiamente in discussione i passati preconcetti e che allargano la riflessione nella direzione di una maggiore complessità e diversificazione del fenomeno (Zanobini, Manetti, Usai, 2002). Le osservazioni che presentiamo scaturiscono dal lavoro riabilitativo e clinico rivolto alle famiglie di bambini con disabilità cognitiva o con pluridisabilità. Molte delle osservazioni effettuate sono in linea con la recente impostazione teorica che "ridisegna" una realtà più sfaccettata. E riguardano aspetti, quali rappresentazioni, dinamiche, ruoli familiari, che portano a formulare alcune ipotesi preliminari alla costruzione di un modello di intervento rivolto al bambino e alla sua famiglia.

2. Alcune osservazioni su dinamiche intrafamiliari, ruoli e rappresentazioni sulla disabilità

Il primo dato che ci appare interessante, relativamente alle dinamiche interne di queste famiglie, è relativo all'impossibilità di inquadrare i fenomeni in categorie definite. Non esiste una dinamica osservata né, tanto meno, una diversificazione definita e rintracciabile di fenomeni ricorsivi, mentre appare evidente l'ampia eterogeneità, a partire da elementi plurimi. Se è quindi infruttuoso operare delle classificazioni nette, emergono, tuttavia, delle costellazioni di fenomeni che meritano attenzione. Le famiglie sembrano organizzarsi e funzionare in relazione ai seguenti fattori: caratteristiche relazionali di coppia pregresse alla nascita del bambino, sistemi valoriali e di significato, rappresentazioni condivise sulla disabilità, qualità della comunicazione interna, presenza/assenza di sostegni esterni extra-familiari. La coesione, l'integrazione familiare e la presenza di dinamiche funzionali o disfunzionali sembrano dipendere molto dai fattori sopraelencati. Le coppie, che prima della nascita del figlio godevano di maggiori competenze relazionali individuali, di una buona comunicazione interna-familiare, di una gestione costruttiva dei conflitti - con una tendenza alla condivisione emotiva dei vissuti - sembrano funzionare in senso maggiormente adattivo rispetto a famiglie con precedenti problemi di natura intrafamiliare. Al tempo stesso, il tipo di rappresentazione sulla "famiglia", i significati individuali e i significati condivisi relativamente alla disabilità, sembrano giocare un ruolo importante sui processi di adattamento/disadattamento alla situazione. In ogni caso, la patologizzazione della dinamica familiare, nelle famiglie osservate, non sembra direttamente correlata alla nascita o alla presenza di un figlio con disabilità, mentre sembra spesso evidenziarsi come una complicazione di dinamiche disfunzionali latenti preesistenti.

Per quanto riguarda la comunicazione, le famiglie maggiormente “attrezzate” e competenti, sono quelle in grado di comunicare sui diversi problemi al loro interno; esse esprimono apertamente le proprie emozioni alla ricerca di soluzioni concrete. Prevale, in queste famiglie, una comunicazione orientata alla soluzione dei problemi rispetto alla mera espressione dei vissuti. Inoltre sono famiglie in grado di comunicare e condividere con l'esterno le proprie emozioni, non relegando le difficoltà del proprio figlio ad una dimensione privata. Gli uomini sembrano avere una minore disponibilità a comunicare sui problemi dei figli e a condividere le emozioni, mentre le donne utilizzano maggiormente una comunicazione “emotiva” e orientata alla ricerca di soluzioni. Questo dato osservativo potrebbe essere in parte correlato alla maggiore partecipazione delle madri ai programmi riabilitativi e di counseling che promuovono e facilitano, nel tempo, tale processo. In generale la comunicazione intrafamiliare sembra migliorare se i clinici e gli operatori si propongono come modello di un'efficace ed aperta comunicazione sulle situazioni-problema.

Inoltre si osserva, con una certa frequenza, una spiccata divisione di ruoli all'interno delle famiglie: la figura femminile appare molto coinvolta nell'accudimento del figlio con difficoltà lievi o con grave disabilità, e in misura maggiore rispetto alla figura paterna. Questo coinvolgimento implica spesso anche una maggiore partecipazione delle madri ai programmi riabilitativi. La madre si dedica al figlio - lasciando talvolta il proprio lavoro - mentre il padre continua la propria attività e si occupa in misura minore del figlio e delle sue necessità quotidiane. L'impressione - tutta da verificare - è che questa netta divisione di ruoli sia maggiormente enfatizzata dalla disabilità del figlio; l'accudimento di un bambino o di un adolescente con bisogni particolari richiede spesso più tempo e maggior impegno nella cura. Si vedano i concetti di *demanding role* (Regan e Speller, 1989) e di *unusual caregiving demands* (Knussen e Cunningham, 1988). Le famiglie sono quindi costrette ad autoorganizzarsi e dividersi i compiti; la divisione di ruoli sembrerebbe una necessità del sistema-famiglia, piuttosto che una manovra difensiva, dove la relazione duale madre-figlio viene “iperinvestita” difensivamente. Semmai è vero il contrario: questa situazione di necessità reale, insita nel sistema, impedisce spesso alla madre di evitare che il focus dei suoi interessi di vita sia unicamente il figlio con le sue difficoltà. E l'impegno grava maggiormente sulla figura femminile, poichè appare ancora ampiamente radicata nella nostra cultura l'idea che la cura dei figli appartenga all'universo femminile piuttosto che a quello maschile. Non sempre questa organizzazione del sistema appare tuttavia funzionale.

Le famiglie che incontriamo non sono quindi portatrici di una strutturale criticità o patologia, in accordo con la letteratura più recente (Harris, McHale, 1989; Cunningham, 1996); possono tuttavia attraversare dei momenti di fragilità e presentano comunque una configurazione di bisogni particolari. E' evidente che la famiglia con un componente disabile è una famiglia con bisogni “differenti”, e qualsiasi progetto riabilitativo o clinico dovrebbe contemplare una presa in carico, a partire da questi bisogni. Si tratta di prevenire quelle situazioni che evidenziano un maggiore rischio di fragilità. Meritano un'attenzione particolare, come già accennato, le famiglie con problematiche intrafamiliari precedenti alla nascita del bambino o con disturbi psicosociali di uno dei componenti. In questo caso la presenza di bisogni particolari, quali quelli di un bambino con disabilità, può rappresentare un'evenienza di difficile conciliazione interna familiare. Appare inoltre maggiormente esposta al rischio di problemi e di stress, per le esigue capacità di fronteggiamento, la famiglia culturalmente meno competente (Zanobini, Manetti, Usai, 2002). Le persone con minori conoscenze e una bassa scolarità si trovano ad affrontare con minori strumenti la necessità di sapersi destreggiare tra servizi, istituzioni e sistemi terapeutici.

Ed è maggiormente esposta ad una dimensione di “fragilità” la famiglia che non usufruisce di un sostegno sociale o che ha difficoltà economiche². Inoltre, tra i fattori che, nella nostra esperienza, pesano maggiormente si annovera l’eventuale presenza di disturbi comportamentali nella persona con disabilità. I fattori descritti andrebbero costantemente considerati, anche in un’ottica di prevenzione, all’interno di ogni progetto rivolto al bambino e alla sua famiglia.

Le osservazioni effettuate nel tempo, in ambito riabilitativo, convergono nel delineare le famiglie come soggetti competenti ed in grado di autocorreggersi e attivarsi rispetto a percorsi funzionali e adattivi. Sono svariate le famiglie che, nonostante un percorso non facile e le oggettive quotidiane difficoltà legate alla disabilità del familiare, hanno saputo utilizzare in modo proficuo il sostegno proposto e collaborare ai progetti e agli interventi proposti. Queste famiglie hanno raggiunto un certo grado di soddisfazione, in assenza di sostanziali problematiche sul piano delle dinamiche intrafamiliari. La famiglia che esprime una relazionalità e una dinamica interna adattiva e sana sembra aver inglobato in modo coerente i significati e le rappresentazioni condivise sulla disabilità del proprio figlio, utilizzando anche una dialettica aperta con i sistemi terapeutici. E’ una famiglia che è riuscita ad operare una “sintesi rappresentazionale familiare” sulle cause, sulle aspettative e sulla percezione della disabilità; una sintesi caratterizzata anche da significati individuali diversi, da parte dei componenti della famiglia, ma non inconciliabili o in opposizione. Se alla disabilità del figlio i genitori rispondono positivamente, in accordo con i valori familiari pregressi, o ridefiniscono il senso della famiglia in relazione alle difficoltà presenti, riescono spesso nell’intento di ridisegnare un progetto di vita che consente al sistema benessere e soddisfazione. Se, invece, vi sono modelli o vincoli valoriali familiari rigidi ed inconciliabili con la nuova situazione, la famiglia si trova di fronte alla necessità di una riorganizzazione sofferta di ruoli e dinamiche. La disabilità del figlio può impattare in modo problematico sul benessere familiare, quando tale presenza costringe a ripensare grandemente ai ruoli intrafamiliari, quando sono forzati i valori e i significati del singolo (Guidano, 1988) e quelli su cui la famiglia ha costruito la sua identità (Scabini, Iafrate, 2003). Le famiglie fragili sembrerebbero quindi quelle più rigidamente ancorate sul lutto di un funzionamento e di un’identità pregressa o su rappresentazioni e significati rigidi. Tale evenienza influisce grandemente sui legami interni familiari e sui sistemi di attaccamento (Bowlby, 1969).

3 . Famiglia: fasi e ciclo di vita

Aiutare le famiglie è possibile, a partire dai bisogni che esse esprimono e, tra essi, può essere utile ricordare brevemente quelli legati al ciclo di vita. L’“evento” per eccellenza, per ogni famiglia, è la nascita di un figlio; per queste famiglie seguono spesso alcune peculiari fasi successive. Tra i momenti più difficili va ricordato quello che precede la comunicazione della diagnosi, caratterizzato da incertezza e assenza di risposte chiare. E’ un periodo carico di attese e spesso di angosce. Segue l’altrettanto delicato momento della comunicazione della diagnosi e la fase immediatamente successiva, rappresentata da un percorso di “attiva ricerca” e di “attivazione”.

² Appare ormai acquisita la necessità di considerare la disabilità nei suoi risvolti sociali e di definire la stessa a partire da eventuali situazioni di svantaggio quali la povertà e l’appartenenza alle minoranze etniche, come indicato inizialmente dall’APA (American Psychological Association) nel 1999 e come successivamente definito dall’ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, OMS, 2002).

La fase di attivazione consiste nella ricerca di aiuti specifici, di sostegni e interventi idonei e comporta un lungo processo decisionale familiare: è spesso un percorso tortuoso tra le realtà istituzionali, private o pubbliche. Questo, insieme al momento della comunicazione della diagnosi, è un periodo in cui la famiglia sperimenta solitudine e difficoltà. Il momento della comunicazione della diagnosi e la successiva fase di attivazione della famiglia dovrebbero sempre essere ampiamente sostenuti (Cunningham, 1996).

Successivamente, le tappe di crescita del figlio nei loro risvolti sociali (ingresso all'asilo, ingresso nel mondo scolastico) e gli snodi evolutivi (prima infanzia, infanzia, adolescenza) rappresentano momenti delicati e di possibile cambiamento per l'intero nucleo familiare. In considerazione di tutto ciò, i momenti di passaggio citati implicano un'evidente necessità di monitoraggio, di osservazione e di sostegno da parte dei sistemi curanti e da parte di chi segue, da un punto di vista riabilitativo, il bambino con la sua famiglia. Tra i bisogni disattesi va palesato come talvolta permanga un vuoto di presa in carico da parte delle istituzioni. La solitudine del familiare consiste nel fatto che spetta ancora, in molti casi, alla famiglia, orientarsi e prendere contatti con centri, associazioni o avere le informazioni necessarie. Manca ancora un'attenzione precoce a questi bisogni e mancano figure di mediazione tra famiglia e istituzioni. Ai familiari mancano inoltre le conoscenze concrete sulla situazione, soprattutto nelle fasi iniziali, e su come affrontare gli ostacoli. Ma anche nel caso in cui i genitori siano stati seguiti e supportati da varie informazioni, tale necessità sembra non esaurirsi nel tempo. Quello di una continua informazione appare come bisogno nodale e qualsiasi intervento dovrebbe quindi in primo luogo tenere conto di questo dato (Bailey, Skinner, Correa, 1999).

4. Alcuni presupposti sull'intervento rivolto alle famiglie

Spesso si tende a considerare l'intervento rivolto alla famiglia come secondario e ancillare rispetto al lavoro riabilitativo con l'individuo e con il bambino. La presa in carico familiare avviene normalmente come precipitato di una valutazione che individua problematiche intrafamiliari (o di rilevanza clinica) o, secondariamente, a seguito di una scarsa "compliance" rispetto al progetto riabilitativo. Anche in questo caso l'attenzione alla famiglia sembra attivarsi e scaturire da una sorta di etichettamento patologico. Appare sempre più chiara invece la necessità di ripensare ad un modello di intervento riabilitativo che preveda la partecipazione attiva della famiglia come oggetto-soggetto, fin dall'inizio. Tale prospettiva nasce in considerazione del fenomeno sempre più evidente di come aspettative e percezione della riabilitazione da parte del familiare siano aspetti determinanti il livello di collaborazione e la riuscita terapeutica (Hasting, Johnson, 2001). Il dato cruciale da cui partire è quindi il seguente: la collaborazione e la partecipazione mediate da dimensioni quali percezione e aspettative impattano sull'"outcome" riabilitativo. Non possiamo inoltre curare e riabilitare un bambino scotomizzando e parcellizzando l'intervento senza considerarne l'appartenenza ad un sistema-famiglia dal quale egli non può prescindere. Allora il sostegno e il lavoro di collaborazione con le famiglie non dovrebbe strutturarsi come intervento "parallelo" (o addirittura secondario) e neppure attivarsi unicamente sulla base di individuazioni di specifiche problematiche, ma dovrebbe essere il prerequisito fondante il progetto riabilitativo rivolto al bambino con disabilità.

Ai fini di un intervento efficace, i clinici dovrebbero ripensare criticamente su quali "rappresentazioni" culturali verta quotidianamente il proprio intervento, ovvero quale insieme di valo-

ri sia veicolato e quale tipo di comunicazione sia stabilita con le famiglie. Non possiamo eludere il fatto che i nostri schemi culturali - da cui discende l'intervento stesso - possano facilitare o no l'adattamento e/o il benessere familiare. Dovremmo quindi tenere presente che le decisioni appartengono primariamente ai familiari, mentre ai clinici competono i pareri. E i processi decisionali dovrebbero essere riconsiderati all'interno di un rapporto clinico-paziente o operatore-utente maggiormente simmetrico. Nell'esperienza riabilitativa osserviamo che quando si riesce, all'interno di una posizione simmetrica, a coprogettare con i familiari, a partire da rappresentazioni condivise, le possibilità evolutive, riabilitative e di benessere dell'individuo e della famiglia sono massimizzate.

E' auspicabile che clinici ed operatori inizino quindi a considerare come oggetto di intervento non il bambino disabile ma il bambino con la sua famiglia. Tagliare fuori o minimizzare il coinvolgimento della famiglia significa depauperare o inficiare il trattamento stesso. Il familiare può essere in realtà una risorsa per l'équipe riabilitativa. E perché non iniziare a concepire il genitore come membro dell'équipe stessa, in quanto soggetto autorevole ed esperto, invece che semplice fruitore dell'intervento? Appare ormai sempre più presente, anche in altri ambiti di studio sulla disabilità, come il familiare possa essere correttamente considerato un soggetto esperto e competente sul proprio figlio (Shopler, 1998).

Tra i presupposti va ricordato che, se la collaborazione si basa, in primo luogo, su una condivisione di significati e di rappresentazioni, occorre includere, fin dalle prime battute, una valutazione ed un intervento sui significati stessi. In una fase iniziale, come lungo l'intero percorso di un iter riabilitativo, appare quindi opportuno un lavoro di valutazione e monitoraggio a carattere psicologico sui seguenti assi: percezione del familiare, risorse, aspettative, rappresentazioni sulla disabilità, rappresentazione sulla riabilitazione, dinamiche intrafamiliari. Si tratta di un tipo di valutazione attinente all'area psicologica, che esula da una dimensione clinica, e che può consentire di fornire all'équipe multidisciplinare un rimando costante sul livello di partecipazione, di coinvolgimento possibile della famiglia, sul grado di informazione raggiunto, o sui nodi rappresentazionali che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi.

Un altro presupposto cruciale sembra legato alla necessità che gli interventi (clinici, riabilitativi, assistenziali, educativi, scolastici) risultino integrati e coerenti. La coordinazione degli interventi è indispensabile al bambino quanto ai familiari, che sperimentano spesso la disagiata esperienza di doversi destreggiare tra pareri e programmi, talvolta in evidente contrasto fra loro. Le comunicazioni che giungono dall'équipe riabilitativa devono essere chiare, coerenti, graduate e congrue alla situazione della famiglia. Esiste talvolta la fattiva possibilità di rompere faticosi equilibri, a partire da comunicazioni contraddittorie. Tutto ciò presuppone un buon lavoro d'équipe e di concertazione delle parti in gioco, anche sui significati e sul senso dell'intervento.

L'ultimo presupposto è correlato al funzionamento del sistema curante e ai rischi di collusioni con quello familiare. La collusione che inconsapevolmente l'équipe curante può porre in atto impedisce l'esplorazione di possibili altri funzionamenti e sbocchi, a lungo termine, per la famiglia stessa. Ne è un esempio la situazione seguente: si evita, talvolta, di coinvolgere precocemente entrambe le figure genitoriali privilegiando la figura materna, più presente e disponibile; oppure, di fronte ad una disponibilità iniziale di entrambi i genitori, che nel tempo vede scemare la presenza dell'uno o dell'altro, non ci si occupa di ripensare, con la famiglia, regole di ingaggio all'interno di un setting definito. L'équipe talvolta tende ad aderire, implicitamente,

alle richieste familiari, dialoga con quello che la famiglia definisce come “care-giver”, ponendosi spesso come interlocutore con un setting debole, in assenza di un modello di lavoro forte, centrato e pensato fin dall’inizio sulla famiglia. Il mancato coinvolgimento di una delle due figure genitoriali comporta, in realtà, una serie di svantaggi: il rischio di una parziale comprensione e di una mancata collaborazione sul progetto, il rischio di eludere eventuali richieste, di aiuto e sostegno, inesprese e di non “tenere insieme” la complessità della famiglia, con esiti negativi a lungo termine sulla coesione della stessa.

5. Uno sguardo agli interventi possibili

Il primo approccio alla famiglia dovrebbe consistere in una corretta valutazione della stessa. La valutazione psicologica - non clinica - della situazione familiare, a partire dalla composizione del nucleo familiare, ristretto e allargato, consente di delineare il profilo dei bisogni, la valutazione dei significati rispetto alla situazione di disabilità, delle aspettative e della dimensione valoriale nei diversi componenti. A ciò si aggiunge l’opportunità di indagare gli “stressor” presenti, le risorse individuali, le dinamiche intrafamiliari e i fattori di rischio rispetto ad una possibile maggiore fragilità (come il livello culturale della famiglia e meccanismi di “coping” insufficienti). Secondariamente, può essere utile indagare l’eventuale presenza di problemi di personalità o disturbi psicologici di varia natura nei componenti la famiglia. La valutazione, nel suo complesso, consente di impostare il lavoro successivo.

Il primo vero intervento, di cui necessita la famiglia, è ricevere una corretta informazione (Bailey, Skinner, Correa, 1999). A questo riguardo le informazioni devono essere ampie, esauritive, graduali e ripetute nel tempo. La letteratura si sofferma ampiamente sulla necessità di attribuire importanza alla chiarezza e alla gradualità (Pimentel, 1990; Pain, 1999). Il grado di soddisfazione del familiare, rispetto alla presa in carico da parte dei servizi, è spesso legato alla qualità e alla quantità delle informazioni ricevute (Hasnat e Graves, 2000). Più in generale, le informazioni dovrebbero riguardare aspetti quali: diagnosi, caratteristiche dei deficit, gestione e tipologia degli interventi, servizi esistenti, ruoli delle diverse figure professionali, obiettivi e andamento della riabilitazione. La collaborazione del familiare sull’iter riabilitativo si ottiene quindi, in primo luogo, effettuando una buona informazione che mira al coinvolgimento diretto del familiare come soggetto esperto. Le comunicazioni possono essere graduate anche sulla base della valutazione effettuata nella fase iniziale. Occorre promuovere una focalizzazione particolare sulle informazioni relative alla metodologia adottata dall’*équipe* multidisciplinare, e relative a percorso riabilitativo e andamento; su questi aspetti il familiare va coinvolto costantemente con rimandi, aggiornamenti e momenti di confronto. Questo consente la comprensione e la fattiva cooperazione sugli obiettivi riabilitativi e favorisce il mantenimento di un locus di controllo interno e di un atteggiamento attivo e orientato ai risultati.

Una riflessione a sé merita la prima comunicazione della diagnosi, da parte del medico-specialista. La comunicazione della diagnosi è il primo delicato intervento a favore del bambino e della famiglia. Una corretta comunicazione in questo frangente può aiutare i familiari ad utilizzare significati positivi, nonostante le difficoltà presenti, e a mobilitare quelle risorse che potranno favorire nel tempo l’adattamento. In genere, i familiari ricordano con precisione le parole usate dal clinico durante questo critico e spesso doloroso momento e talvolta queste parole risultano “macigni” che lasciano un segno indelebile. E’, infatti, un passaggio cruciale, soprattutto se la diagnosi è grave; è anche un passaggio importante perché può realmente favorire nella

famiglia un adattamento precoce o segnare dolorosamente l'inizio di una serie di difficoltà, indipendentemente dal tipo di diagnosi. Conta la partecipazione dello specialista e la sensibilità dello stesso, ma molto dipende dai significati che sono veicolati. Ed è indubbiamente un intervento di grande difficoltà, poichè, soprattutto nei casi in cui la comunicazione verta su aspetti prognostici negativi, il clinico si trova in una situazione definibile di "adversarial alliance" (alleanza antagonistica) (McLaughlin, Carey, 1993): si tratta di una relazione conflittuale e paradossale, invasa da sentimenti di dolore, in cui, al tempo stesso, si dovrebbe creare un'alleanza a favore del bambino. Tale comunicazione non è tuttavia sempre un momento negativo; può anzi essere un momento positivo e talvolta meno angosciante della precedente "fase delle incertezze", quando la diagnosi è poco chiara. Spesso, infatti, la capacità della famiglia di arrivare ad un buon adattamento, rispetto alla situazione, dipende dalla presenza o meno di una diagnosi chiara.

Il passaggio dalla fase iniziale delle prime informazioni alla costruzione del progetto riabilitativo si attua attraverso un rapporto di fattiva collaborazione, in cui i familiari e tutte le persone (famiglia allargata) che si occupano del bambino sono coinvolti e chiamati a partecipare, fin dall'inizio, in modo attivo ed intensivo.

Sappiamo quanto il coinvolgimento di entrambi i familiari, attraverso una partecipazione diretta, possa aiutarli a porsi in una prospettiva di fronteggiamento e di adozione di stili di "coping" positivi. In caso contrario, è alto il rischio che la famiglia adotti un atteggiamento pessimistico o non sappia costruirsi una rappresentazione, pur coerente con i dati di realtà, il più possibile positiva. E' spesso possibile invertire tale tendenza se il familiare ha modo di sperimentare la progettualità della riabilitazione in prima persona (Hasting, Johnson, 2001). Tutte le persone della famiglia allargata, che ruotano intorno al bambino, dovrebbero essere coinvolte; questo consente evidentemente di massimizzare i risultati di tipo riabilitativo e di costruire e mantenere un contesto coerente per il bambino. Consente inoltre di prevenire alcuni processi di disgregazione familiare, spesso generati da rappresentazioni e obiettivi intrafamiliari non condivisi, proprio sul tema della disabilità.

Diventa allora essenziale attivare una serie di interventi a supporto della genitorialità in un'ottica psicoeducativa, compresi "training" informativi che possono essere condotti, in momenti diversi, prima dal medico specialista che segue il caso, poi dalle diverse figure professionali dell'équipe multidisciplinare (clinici, educatori, terapisti della riabilitazione, logopedisti, fisioterapisti, ecc.) con la partecipazione attiva del familiare durante alcune sessioni riabilitative e momenti di confronto-incontro con i diversi operatori. Il familiare dovrebbe essere, inoltre, utilmente coinvolto in alcune fasi della costruzione del progetto e, altrettanto proficuamente, nei momenti in cui si valutano gli esiti. La necessità di tale partecipazione deve essere chiarita inizialmente, come aspetto fondante l'iter riabilitativo del bambino, e devono essere spiegate, in fase iniziale, le modalità di tale coinvolgimento.

Può essere di grande aiuto la presenza precoce di un intervento di "counseling" a carattere psicologico che, fin dalla prima comunicazione della diagnosi, sappia affiancare la famiglia a diversi livelli.³ In particolare, l'intervento dovrebbe essere finalizzato ad una progettualità con

3 Il lavoro di "counseling" rivolto alle famiglie dovrebbe accompagnare il nucleo nel tempo, fornire uno spazio di pensiero e di scambio, costruire un lavoro di rete con le diverse realtà istituzionali.

la famiglia e con le altre figure professionali, dove i genitori siano posti al centro dei processi decisionali e non lasciati ai margini. Dovrebbe poi supportare il lavoro dell'equipe riabilitativa multidisciplinare, con rimandi ed informazioni sulla situazione (aspettative, vissuti, mancanza di una corretta informazione); e dovrebbe sostenere la famiglia nei momenti critici aiutando le persone a lavorare sui fattori di recupero nella direzione di una maggiore resilienza (McCubbin, McCubbin, 1996). L'intervento può trasformarsi e acquisire una fisionomia maggiormente clinico-terapeutica, quando diventa necessario saper gestire le dinamiche intrafamiliari non funzionali; o quando è necessario intervenire, sul sistema famiglia per facilitare la costruzione o la ricostruzione di un progetto di vita (intervento sul sistema familiare). Più in generale, anche in letteratura, troviamo indicazioni sull'utilità della presenza di una figura che accompagni i familiari fin dall'inizio e nel loro percorso. Alcuni autori identificano tale figura in un "care-manager" (Appleton et al., 1997) come persona esperta che deve sapere: fornire informazioni, discriminare il tipo di valutazione necessaria, valutare i bisogni individuali, copianificare gli interventi con tutte le altre figure professionali e lavorare in rete. Tale figura dovrebbe funzionare, sottolinea Sloper, come "key operator" (Sloper, 1999) ovvero sapersi interfacciare coerentemente con le altre figure e con le altre realtà istituzionali in cui la famiglia è inserita.

Inoltre tutte le figure professionali, che si occupano di disabilità, dovrebbero, congiuntamente e in base alle proprie competenze, intervenire nelle seguenti direzioni: porsi in una situazione di ascolto dei bisogni, rendere più proficua la collaborazione, lavorare in rete, favorire nella famiglia la fruizione del supporto sociale disponibile, favorire l'attivazione della famiglia, potenziare e rendere accessibili tutti i canali sociali formali e non formali, stimolare le persone a mantenere le situazioni di socializzazione pregresse o a crearne di nuove. E' compito dell'intera équipe multidisciplinare intervenire su tali obiettivi, in modo coordinato, sulla base dei bisogni riscontrati in sede valutativa. Ed è compito di chi ha la responsabilità del caso, vigilare su una solida metodologia del lavoro d'equipe multidisciplinare a tutela del progetto riabilitativo stesso. L'assenza di un buon coordinamento tra le diverse figure professionali, oltre a boicottare gli esiti riabilitativi e minare la "compliance", costringe la famiglia nella penosa situazione di sperimentare messaggi incoerenti con conseguente disagio e vissuti di solitudine. In questi casi i sistemi curanti non solo non sono d'aiuto alla famiglia, ma possono essi stessi produrre fatica, confusione e disagio; allora la distanza che il familiare progressivamente pone rispetto alle proposte di cura è da considerarsi una manovra ed una risposta sana.

6. Conclusioni

Sono svariati i contributi della letteratura che concorrono ad indicare come l'attenzione alla famiglia del bambino con disabilità non possa essere considerata come un'esigenza secondaria, ma sia il prerequisito rispetto a qualsiasi progetto in ambito riabilitativo. Tale prospettiva appare talvolta ancora disattesa o non pienamente accolta in molti modelli di lavoro con implicazioni sull'"outcome" riabilitativo e sulla situazione familiare stessa. L'intervento rivolto alla famiglia non può essere considerato come un atto clinico a se stante ma va riconsiderato come un elemento imprescindibile all'interno di una più ampia progettazione. E dovrebbe essere opportunamente orientato al benessere, alla prevenzione e al raggiungimento - mantenimento di una buona qualità di vita per il bambino e per l'intera famiglia. Appare ineludibile progettare, a partire dall'insieme dei significati che la famiglia costruisce intorno alla disabilità, e orientare la presa in carico in modo che siano soddisfatti i bisogni di informazione, di sostegno sociale, di

ascolto e condivisione. L'attenzione alla famiglia e il coinvolgimento attivo dei familiari nell'iter riabilitativo è, in primo luogo, funzionale agli esiti del lavoro riabilitativo sul bambino. Ed è utile alla famiglia, se il progetto è congruo rispetto ai bisogni, se previene possibili difficoltà e, in particolare, se è collocato all'interno di una progettualità chiara negli obiettivi e solidamente coordinata a livello di équipe e di rete di servizi (sanità, servizio sociale, scuola, enti privati). Inoltre l'operatore e il clinico possono arricchire il proprio intervento, riconsiderando la propria personale rappresentazione della disabilità e della famiglia al cui interno sia presente un soggetto disabile, a partire da alcuni frequenti "pregiudizi clinici" che ancora permeano gli attuali sistemi di cura.

Bibliografia

- Appleton, B., Ball, V., Everett, J.M. et al. (1997), Beyond child development centres: care coordination for children with disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 23, 29-40.
- Bailey, D.B., Skinner, D., Correa, V.I. (1999), Needs and supports reported by latino families of young children with developmental disability. *American Journal of Mental Retardation*, 104, 437-451.
- Bowlby, J. (1969), *Attaccamento e perdita* (Vol. I): L'attaccamento alla madre. Tr.it, Torino: Bollati Boringhieri.
- Crnic, K.A., Friedrich, W.N., Greenberg, M.T. (1983), Adaptation with families with mentally retarded children: a model of stress, coping and family ecology. *American Journal of mental deficiency*, 88 (2), 125-138.
- Cunningham, C.C. (1996), Family of children with Down Syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 4, 87-95.
- Dall'Aglio, E. (1994), *Handicap e famiglia*. Roma: Borla.
- Farber, B. (1960), Family organization and crisis: Maintenance of integration in families with a severely mentally retarded child. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75, 6, 98-109.
- Guidano, V.F. (1988), *La complessità del sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Harris, V.S., McHale, S.M. (1989), Family life problems, daily caregiving activities and the psychological well-being of mother of mentally retarded children. *American Journal on Mental Retardation*, 94 (3), 231-239.
- Hasnat, M.J., Graves, P. (2000), Disclosure of developmental disability: A study of parent satisfaction and the determinants of satisfaction. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36, 32-35.
- Hasting, R.P., Johnson, E. (2001), Stress in UK families conducting intensive home-based behavioural interventions for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(3), 327-336.
- Kearney, P.M. Griffin T., (2001), Between Joy and sorrow: being a parent of a child with developmental disability. *Journal of advanced Nursing*, 34, 582-592.

- Knussen, C., Cunningham, C.C. (1988), Stress disability and handicap. In S. Fisher, J. Reason (eds), *Handbook of life stress, cognition and health*. Chircester-New York: Wiley & Sons.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Loriedo, C., Picardi, A.(2000), *Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell' attaccamento*. Milano: Franco Angeli.
- Mannoni, M.(1964), *Il bambino ritardato e la madre*. Tr.it., Torino: Bollati Boringhieri.
- McCubbin, M.A., McCubbin, H.I. (1996), Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crises (1-64). In H.I. McCubbin, A. Thomson, M.A. McCubbin (eds), *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*. Madison (WI): University of Wisconsin.
- McLaughlin, A.M., Carey, J.L. (1993), The adversarial alliance: developing therapeutic relationships between families and the team in brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 1,7,45-51.
- Pain, H. (1999), Coping with a child with disabilities from the parents' perspective: the function of information. *Child: Care, Health and Development*, 25 (4),299-312
- Pimentel, A. E. (1991), The family system in developmental disabilities (189-196). In A.J. Capute, P.J. Accardo (eds), *Developmental disabilities in infancy and childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Regan, A., Speller, J. (1989) Severe Mental Handicap: what do parents think? *Mental Handicap Research*, 2, 73-85.
- Scabini, E., Iafrate, R.(2003), *Psicologia dei legami familiari*. Bologna: Il Mulino.
- Schopler, E. (1998), *Autismo in famiglia. Manuale di sopravvivenza per i genitori*. Tr. it., Trento: Erickson
- Sloper, P. (1999), Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know? *Child: Care, Health and Development*, 25 (2), 85-99.
- Zanobini, M., Manetti, M., Usai, M.C.(2002), *La famiglia di fronte alla disabilità. Stress, risorse e sostegni*. Trento: Erickson.

ESPERIENZE DI LAVORO

IPERMEDIALITÀ E GRAVI DISABILITÀ

PIETRO MORETTI*

Riassunto. *L'ipermedialità può essere molto importante nella vita delle persone con gravi disabilità psichiche, sia per la comunicazione, sia soprattutto per l'apprendimento. Dagli anni novanta ad Ovada si sperimentano tecniche e programmi. Di recente è stato predisposto il nuovo software "Quaderno ipermediale"*

Parole chiave: *ipermedialità, disabilità, apprendimento.*

Sono possibili momenti di apprendimento, di comunicazione ed anche di autonomia per persone con gravi disabilità attraverso l'utilizzo del computer?

La domanda è semplice e chiara, la risposta invece è di estremo impegno. Per ora le non molte realtà scolastiche e riabilitative che vi si cimentano possono annoverare significative esperienze. Spesso si fatica anche a mettere in comune queste esperienze: la rete è però necessaria per favorire una sintesi che possa delineare qualche modello e diffondere metodologie nuove.

1. Le sperimentazioni di pagine ipermediali

L'esperienza nata agli inizi degli anni novanta presso la scuola media di Ovada ha cercato di dare una risposta positiva a questa domanda, attraverso molteplici sperimentazioni con laboratori organizzati per specifiche disabilità e continuativi nel tempo.

Si è proceduto con gruppi omogenei per patologie, almeno per generiche affinità: paralisi e disabilità motorie; psicosi, autismo e sindrome di Rett; sindrome di Down; epilessia intrecciata a grave danno cerebrale; afasia, disfasie e gravi disabilità del linguaggio unite ad altre patologie. Gli interventi alternano momenti di attività in gruppo all'attività individualizzata, secondo specifici progetti personalizzati.

Le esperienze passate e presenti sono state interessanti¹. Ricercando un filo comune a tutte le attività che vedono le Tecnologie Informatiche e della Comunicazione (TIC) utilizzate con i nostri bambini, ragazzi ed ormai anche persone adulte questo è rintracciabile nell'*ipermedialità*. Può apparire un discorso quasi scontato quello di fare i conti con l'ipermedialità: negli ultimi anni la società ha visto tutte le case riempirsi di un numero esorbitante di televisori; le play station si sono accaparrate una fetta rilevante del nostro tempo libero; l'ADSL ha consentito di

* Insegnante specializzato. Coordinatore del "Centro Nuove tecnologie e disabilità" (CTS) e del progetto "Sindrome di Rett: ipermedialità e apprendimento con il computer" presso IC Pertini - via Galliera 2 - 15076 Ovada (AL) - tel.0143-8013. Responsabile dell'associazione di volontariato "Vedrai..."; collaboratore del "Centro Down" di Alessandria. pietro.moretti@istruzione.it

1 In proposito è stata pubblicata una collana di Quaderni cartacei con cadenza biennale, per raccogliere documentazione e informare sulle sperimentazioni messe in campo. Chi è interessato alla consultazione può rivolgersi a: CTS "Nuove tecnologie e disabilità" presso IC Pertini - via Galliera, 2 - 15076 OVADA (AL) - tel. 0143-80135; fax: 0143-824329; email: ic.pertini@libero.it

portare video e musiche in ogni ambiente di vita quotidiana, comprese le nostre tasche attraverso il cellulare. La pubblicità ipermediale ci insegue con i video terminali nelle stazioni e nelle metropolitane; soprattutto manipola e distorce una corretta gestione delle immagini attraverso gli spot televisivi, facendo passare messaggi culturali e psicologici che condizionano pesantemente le relazioni interpersonali.

Per i bambini con grave disabilità non è un discorso scontato e solo serie e continue sperimentazioni possono fornirci risposte attendibili. L'approccio all'ipermedialità dei nostri ragazzi è, all'opposto delle tendenze predominanti nella società, un approccio sereno, lento, divertente, motivante: uno stimolo profondo e unitario allo sviluppo intellettuale, proprio in presenza di gravi compromissioni, sia organiche sia psichiche.

Dopo molti anni di costruzione di ipertesti, pagine ipermediali, software autore si è colta l'opportunità fornita dal MIUR attraverso il progetto nazionale Nuove tecnologie e disabilità per cercare di compiere un passo in avanti. Infatti l'Azione 6 di questo progetto ha previsto il sostegno ad azioni di ricerca. Ha preso corpo così la possibilità di predisporre un nuovo software incentrato sull'ipermedialità per sviluppare autonomia, comunicazione e apprendimento in bambini con gravi disabilità. Nello specifico si è partiti dalle *bambine con la Sindrome di Rett*, per poi allargarsi alla grave disabilità in genere. Le sperimentazioni sono avvenute ed avvengono presso l'Istituto comprensivo "Pertini" di Ovada, sia rivolte ad alunni della scuola, sia ad alunni di altre scuole in rete, sia con adulti ospiti di centri diurni, comunità alloggio o che vivono in famiglia in una logica di educazione permanente.

È nato così il software *Quaderno ipermediale*².

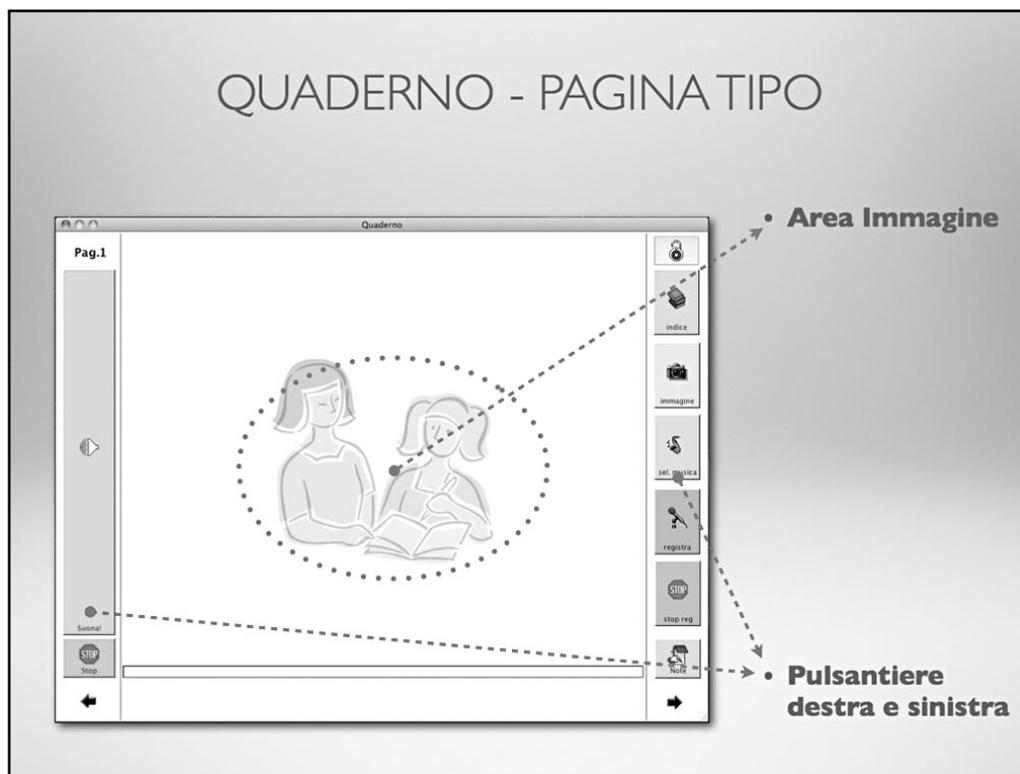
Questo software vuole rispondere all'esigenza di disporre di uno strumento molto semplice, essenziale ma al tempo stesso estremamente duttile; uno strumento che si propone obiettivi grandemente impegnativi, anzitutto per la bambina con Sindrome di Rett: favorire il contatto oculare; sviluppare l'attenzione per periodi di tempo crescenti; incidere positivamente sulla motivazione; sollecitare la memoria con frequenti riproposizioni dei quaderni costruiti in precedenza; trovare modalità nuove per esercitare l'arduo momento della "scelta", tra il Sì e il No o tra più alternative.

Parallelamente allo sviluppo di questi prerequisiti, si può intrecciare la costruzione di quaderni capaci via via di cogliere contenuti molto semplificati per l'apprendimento: per ciascuna bambina si tratta di definire un percorso, non troppo "ingessato" in programmazioni eccessivamente dettagliate ma capace di cogliere i cambiamenti, gli interessi, gli umori che accompagnano la crescita quotidiana.

2. Un modello di pagina ipermediale

Il nuovo software è incentrato sulla costruzione di pagine ipermediali. La pagina è terreno di "lavoro" e di incontro per diversi canali comunicativi: dal linguaggio verbale, sia scritto che orale; al grafico-pittorico attraverso le foto e i disegni; al musicale con la registrazione di canzoni da CD o dalla viva voce; al filmico con video scaricati da Internet o autoprodotti. Nella

2 Il software è stato predisposto e via via testato nel periodo 2008-2009 frutto di una collaborazione didattica del sottoscritto e tecnica di Stefano Mosca, sviluppatore informatico. La pubblicazione, insieme ad altri 25 software promossi dal MIUR, è avvenuta nel novembre 2010, in occasione della Mostra-Convegno Handimatica di Bologna.



“pagina tipo” sottoriportata al centro, con ruolo preminente, vi è l’immagine. Ad essa viene associata una registrazione audio, molto importante: infatti basterà cliccare o toccare un qualsiasi punto dell’immagine stessa per riascoltare l’intera registrazione. E’ altresì possibile inserire un brano musicale in ciascuna delle dieci pagine di cui si compone il quaderno. Vi sono anche due pagine dedicate ai video, dove inserire filmati inerenti l’argomento del quaderno stesso.

Il Quaderno che viene presentato è simile ad una *scatola vuota*: ci sono dieci pagine per le immagini e due spazi per video completamente da “riempire” con disegni, fotografie, musiche, voci e spiegazioni, filmati.

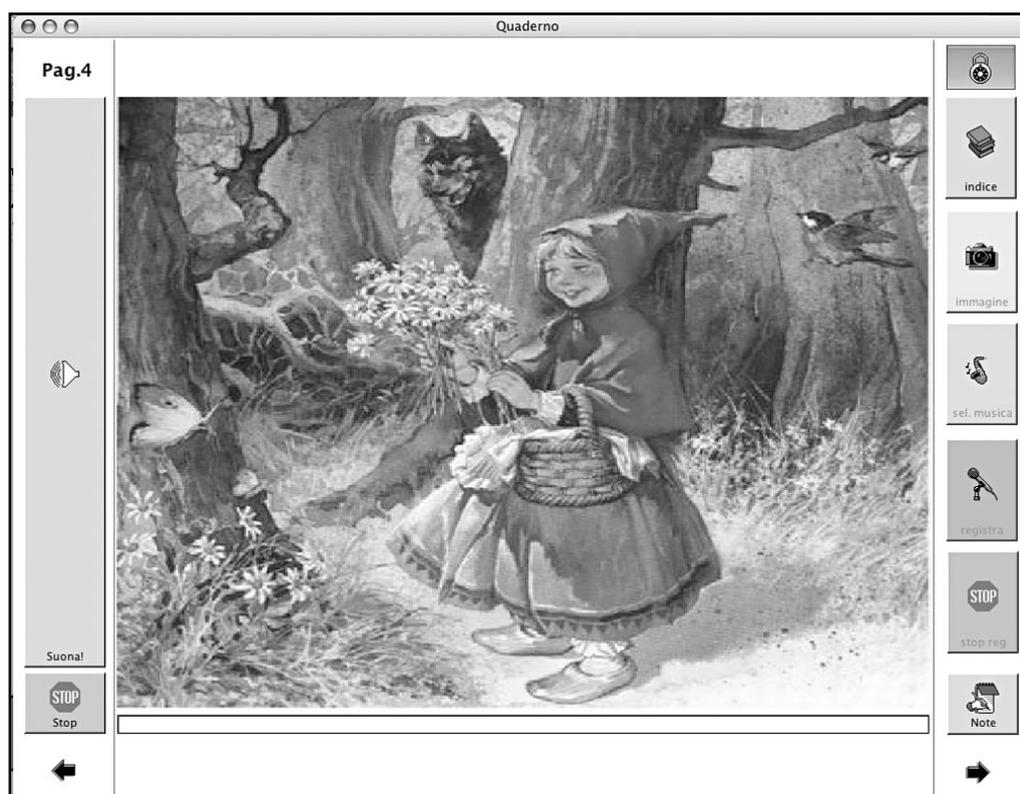
Infatti il quaderno, che potrebbe essere ritenuto un parente povero del software “autore”, vuole fare leva principalmente sulle capacità dell’insegnante, dell’educatore o del riabilitatore nel costruire insieme alla bambina momenti di apprendimento, in modo flessibile ma al tempo stesso ben supportato. Si pensi ad esempio al fatto che il software salva in automatico ogni oggetto inserito nel Quaderno: può sembrare un dettaglio tra i molti, invece costituisce un punto assai prezioso per chi operando con bambine così problematiche può avere molta utilità dal salvataggio di tutte le pagine e degli oggetti costruiti.

3. Alcuni esempi

Valeria, bambina con sindrome di Rett

Valeria dal 2002 svolge incontri settimanali per attività con il computer. Ha realizzato alcune decine di quaderni con precedenti software autore, in particolare con Hypercard.³ Con lei si testa il Quaderno sia nella versione Windows XP e Vista sia in versione Macintosh X. Per interagire, dopo aver provato alcuni ausili come il sensore monotasto o come il caschetto con il puntatore, si sceglie il touch screen che la bambina (ormai ragazza) tocca con la fronte in media 3 o 4 volte durante ciascun incontro.

L'immagine qui riportata è tratta dal quaderno dedicato alla fiaba di Cappuccetto Rosso. Questo quaderno esprime la necessità che anche una bambina con una sindrome così pesante come quella di Rett abbia attività di fantasia; percepisca dalla narrazione della fiaba che si intreccia alle immagini delle singole pagine un qualcosa che sta tra la realtà e l'invenzione. Valeria manifesta l'interesse e a tratti anche il piacere di ascoltare e vedere le fiabe, tra cui quella di Cappuccetto Rosso. Le immagini sono state in parte tratte da Internet e in parte acquisite con lo scanner.



³ Di questi lavori al computer è fornita una sintesi sul Quaderno 6 del Centro Nuove tecnologie per l'integrazione Hanna, curato da Pietro Moretti, Tipografia Pesce, Ovada, novembre 2010

Carola, ragazza con disabilità motorie e grave compromissione del linguaggio

Carola partecipa al laboratorio “Comunicando con il computer” cercando risposte per le sue rilevanti difficoltà di linguaggio: il computer diviene così un eccezionale veicolo di comunicazione. E’ dopo Valeria la maggiore utilizzatrice del *Quaderno ipermediale* attraverso cui ha trovato un comunicatore fantastico: toccando con il touch screen le immagini può ascoltare più volte i commenti e le spiegazioni riferite ai suoi interessi ed agli argomenti che vuole capire. Nascono così quaderni riferiti sia alle sue esperienze e relazioni, sia riferiti a semplificati argomenti riferibili alle materie scolastiche. Nel caso di Carola si può ipotizzare il *Quaderno ipermediale* come strumento parallelo alla tabella logopedica in PCS.



Gianluca, ragazzo con autismo

Gianluca partecipa al Laboratorio “Psicosi, autismo...” da nove anni. Sta costruendo con il nuovo software quaderni sulla pace, sui giornali, su semplici argomenti di storia, sulle canzoni preferite. Il lavoro al computer procede in parallelo con il lavoro vicino al tavolo con il cartaceo: l’insegnante utilizza molte immagini a sostegno delle sue sintetiche spiegazioni e il ragazzo

viene coinvolto ritagliando, incollando, colorando, indicando con la mano le immagini che vengono richieste. Rispetto ai problemi di linguaggio (pronuncia solo le cinque vocali) si utilizzano le registrazioni audio per far ripetere a Gianluca parole riguardanti l'argomento affrontato nella specifica pagina. Ad esempio l'immagine sottoriportata si riferisce ad una visita di istruzione nel Parco della Partecipanza di Trino Vercellese. Il ragazzo ha scritto nella pagina delle Note (collegata attraverso l'icona in basso a destra) attraverso la comunicazione facilitata dall'insegnante un elenco di parole attivanti questa visita. Nella registrazione l'insegnante (ma potrebbe benissimo essere il logopedista) pronuncia la singola parola invitando il ragazzo a ripeterla. Successivamente sarà possibile riascoltare: durante il riascolto spesso Gianluca corregge spontaneamente eventuali suoi errori nella pronuncia. L'esperienza sta risultando assai positiva.



Veronica, ragazza con sindrome di Down

Veronica utilizza il computer soprattutto per vedere cartoni con sigle musicali piacevoli, solitamente cantate da Cristina D'Avena. Non c'è al momento utilizzo della tastiera, ridottissimo (al solo clik) è quello del mouse; il *Quaderno ipermediale* ha richiesto moltissimo tempo per essere accettato già come sola idea di "fare qualcosa" a livello di apprendimento. Le registrazioni

con spiegazioni da parte dell'insegnante sono state spesso avversate. Gradualmente, nel corso di alcuni anni di attività, si sono costruite le prime pagine ipermediali catturando la sua attenzione attraverso immagini a lei molto gradite (ad esempio l'ippopotamo Happy Hippo ripreso nella pagina sottostante). La chiave di accesso, di fronte al suo rifiuto NO opposto ad ogni proposta avanzata da altri, è stata proprio la canzone di Enzo Iannacci "Vengo anch'io, no tu no!": la canzone viene cantata più volte in ogni incontro con Veronica ed Enzo appare sovente tramite Youtube con tutta la sua ironia e comicità.



4. L'inizio di una nuova fase

Questo quaderno per certi versi, come si è detto, rappresenta la conclusione di un percorso iniziato dagli anni novanta con la costruzione di ipertesti con diversi applicativi e in diversi sistemi operativi. Vorrebbe però al tempo stesso costituire l'inizio di una fase nuova: a partire dalle bambine con Sindrome di Rett l'obiettivo è quello di disporre di strumenti ipermediali per sviluppare i prerequisiti e l'apprendimento con alunne ed alunni con gravi disabilità. Intendiamo infatti proseguire nell'azione di ricerca sul software avviata con questo progetto, alla luce sia delle sperimentazioni che si sono già avviate sia dei cambiamenti in divenire prevedibili nell'ambito delle TIC.

Vorrei fare una sola riflessione in proposito: sperimentare forme semplici di utilizzo dell'ipermedialità da parte di persone con gravi disabilità potrebbe dare un grande contributo di proposte e metodologie didattiche alla scuola italiana ed all'intero sistema educativo ed a tratti anche riabilitativo. Perché questa affermazione non sia retorica (già troppa ne viene fatta a livelli accademici) occorre raccogliere le sperimentazioni in atto e verificare sia le modalità di utilizzo dell'ipermedialità sia soprattutto gli effetti sull'apprendimento; senza dimenticare il contesto psicologico in cui si opera.

C'è una condizione preliminare alle altre affinché il software *Quaderno ipermediale* possa essere utilizzato: la disponibilità degli educatori a mettersi in gioco nella relazione con la persona disabile; a trovare le energie quotidiane per avanzare proposte di lavoro capaci di cogliere l'evoluzione psicologica della bambina o del bambino con cui si sta operando. Spesso può essere meno faticoso e più veloce disporre di software didattico già pronto, ove operare solo scelte all'interno di percorsi già costruiti. Il *Quaderno ipermediale* invece può essere ritenuto un "software autore": è quindi una scatola vuota, vuotissima che attende di essere riempita non tanto per realizzare un compito (pure importante) quanto per costruire con la persona disabile le tappe di una crescita, cogliendone al meglio le potenzialità.

Osservazioni e proposte saranno molto gradite, soprattutto se provenienti da insegnanti ed educatori che proveranno ad utilizzare il "Quaderno ipermediale". Scriveteci anche poche righe, per noi saranno molto utili.

RIPARIAMO DI EMOZIONI IN LABORATORIO:

*“COME ANDÒ CHE MASTRO CILIEGIA TROVÒ UN PEZZO DI LEGNO
CHE RIDEVA E PIANGEVA COME UN BAMBINO...”*

ORIETTA MELONE*

Il ricordo che conservo de “Le Avventure di Pinocchio” mi rimanda all’infanzia e, in particolare, alla mia prima scolarizzazione, quando la maestra, il sabato, dopo la ricreazione, ci leggeva un brano di questo bellissimo libro.

A distanza di molti anni ho deciso di riprenderne la lettura in laboratorio, per sviluppare con i ragazzi un’analisi dei vari personaggi presentati da Collodi (pseudonimo di Carlo Lorenzini), volta a mettere in evidenza emozioni e stati d’animo e, soprattutto, ad approfondire le tematiche trattate dal testo.

Un altro motivo di interesse per “Le Avventure di Pinocchio” è costituito dal fatto che in questo romanzo viene descritto un percorso di cambiamento del comportamento, nella fattispecie del burattino Pinocchio, attraverso un tipo di educazione che può essere letto come una vera e propria sfida alla devianza e che permette all’individuo Pinocchio di correggere le parti più inadeguate di sé.

Il libro è quindi anche un invito alla riflessione per tutti coloro che ricoprono un ruolo educativo.

Il primo passo del mio lavoro è stata la lettura del testo in laboratorio: i sei ragazzi con i quali ho intrapreso questa esperienza leggevano a turno, ad alta voce, circa mezzo capitolo e prestavano molta attenzione ai contenuti del racconto.

È seguita una selezione dei vari personaggi con la conseguente analisi delle loro principali caratteristiche comportamentali, allo scopo di fare emergere nel gruppo di lavoro emozioni e considerazioni personali.

Partendo dalla ricerca sul vocabolario del termine EMOZIONE, definita “intenso stato affettivo, piacevole o penoso, accompagnato per lo più da modificazioni fisiologiche”, ci siamo attivati mettendo a fuoco atteggiamenti, mimiche e comportamenti dei principali personaggi.

Grande meraviglia ha suscitato la frase che apre la narrazione, con la quale Collodi con una vena di umorismo introduce l’oggetto che sarà all’origine di tutta la lunga vicenda: un pezzo di legno. Infatti Collodi scrive: “C’era una volta... - un re! - diranno subito i miei piccoli lettori. No, ragazzi, avete sbagliato: c’era una volta un pezzo di legno”.

Dopo esserci brevemente soffermati sulla baruffa iniziale tra Mastro Ciliegia e Geppetto, la nostra prima analisi si è concentrata sul secondo dei due personaggi, che vuole un pezzo di legno per fabbricarsi un burattino che sappia ballare, tirar di scherma e fare i salti mortali. Geppetto sarà l’oggetto del prossimo paragrafo.

* Educatrice professionale, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto.

Geppetto

Non è stato difficile riconoscere in lui la figura genitoriale in senso stretto: la sua premura di padre affiora sin dal primo istante, con l'inizio delle prime monellerie del burattino; nonostante ciò, Pinocchio gli tira via dal capo la parrucca e scappa, non appena gli sono state costruite le gambe.

Come tutti i genitori, Geppetto desidera che Pinocchio frequenti la scuola e vende la sua casacca per comperargli l'*Abbecedario*; da buon padre provvede a dare al figlio le tre pere portate a casa dal carcere, dove era finito proprio a causa della fuga del burattino.

Il sacrificarsi per Pinocchio e la speranza di farne una persona matura e responsabile permeano tutto il racconto (nonostante tutto, un figlio è sempre un figlio per un padre).

I ragazzi hanno compreso bene l'affetto gratuito di Geppetto, sempre disposto al sacrificio malgrado tutto, e ne hanno successivamente evidenziato alcune caratteristiche personologiche, quali il profondo bisogno di avere un figlio, bisogno che si intravede già nella cura con cui il povero falegname fa, di un pezzo di legno, un burattino che ha le sembianze di un bambino.

Appare una prima strategia educativa di Geppetto, che tarda nel ricostruire a Pinocchio i piedi dopo che questi se li è bruciati, mettendoli accanto al fuoco: dapprima lo lascia nella disperazione, per fargli comprendere che ha totalmente disapprovato la sua fuga e successivamente si mette all'opera per ricostruirgli le preziose estremità: "...sebbene facesse il viso da tiranno, aveva gli occhi pieni di pianto e il cuore grosso dalla passione di vedere il suo povero Pinocchio in quello stato compassionevole non rispose altre parole ma presi in mano gli arnesi del mestiere e due pezzetti di legno stagionato, si pose a lavorare di grandissimo impegno".

Pur di vederlo andare a scuola, gli confeziona anche "un vestituccio di carta fiorita, un paio di scarpe di scorza di albero e un berrettino di midolla di pane". Come si vede, a una piccola punizione che Geppetto infligge a Pinocchio segue subito una ricompensa.

Più avanti nel racconto, il povero falegname è tanto contento di avere accanto un figlio che si costruisce una piccola barca per andare a cercarlo per il mondo. Imbarcatosi, tra il mare grosso riconosce Pinocchio sulla riva e lo saluta: "e parve che Geppetto, sebbene fosse molto lontano dalla spiaggia, riconoscesse il figliuolo, perché si levò il berretto anche lui, lo salutò e, a furia di gesti, gli fece capire che sarebbe tornato indietro, ma il mare era tanto grosso, che gli impediva di lavorare col remo e di potersi avvicinare a terra".

L'incontro con il padre avviene verso la fine del romanzo, quando, dopo l'ennesimo sbaglio, Pinocchio si trova nel mare ed entra nel "Pesce-cane", dove i due si ritrovano per sempre. Geppetto alla vista del figlio non crede ai suoi occhi: "Dunque gli occhi mi dicono il vero? Tu sè proprio il mì caro Pinocchio?"

Il pover'uomo era stato inghiottito dall'enorme pesce durante la traversata dell'Oceano insieme ad un bastimento mercantile le cui scorte di viveri e di candele gli avevano consentito di vivere per tutto quel tempo. Con l'aiuto del Tonno, Geppetto e Pinocchio giungono a riva, dove rivedono il Gatto e la Volpe ridotti male; si rifugiano in una capanna di proprietà del Grillo Parlante e Pinocchio si prende cura del padre, non più in grado di lavorare, mettendosi al servizio dell'ortolano Giangio, presso cui costruisce canestri di giunco e un carretto per portare a spasso Geppetto. Un giorno Pinocchio, svegliatosi, scopre di essere diventato un ragazzo in carne ed ossa, premio della Fata per il suo cambiamento morale, e trova il padre sano ed arzillo, che ha ripreso ad intagliare il legno proprio come faceva una volta.

La figura di Geppetto è stata definita molto positiva dai ragazzi che così lo hanno descritto: **appagato** da un pezzo di legno e **contento** di costruirsi un burattino che gli facesse compagnia, essendo solo perché vedovo da molto tempo; sempre molto **speranzoso** che il figlio cambiasse comportamento, da monello a bravo ragazzo; mai **abbattuto** ma sempre sicuro e pronto a tutto

pur di ritrovare Pinocchio; sempre fiducioso nelle capacità del figlio di riscattare la sua posizione di burattino per diventare un bravo ragazzo. Geppetto appare solo in un'occasione **triste** e **melanconico**: quando, intento a costruire il burattino, questi gli toglie dal capo la parrucca; tale mancanza di rispetto rattrista il povero falegname. In questa occasione “si asciugò una lacrimuccia”.

Verso la fine si dimostra **stupito** nel vedere Pinocchio che pensava di non incontrare più e, nell'ultimo capitolo, è lui stesso a spiegare al figlio che “i ragazzi quando di cattivi diventano buoni, hanno la virtù di far prendere un aspetto nuovo e sorridente anche all'interno delle loro famiglie”.

Mangiafuoco

Costui è il burattinaio del Teatro dei Burattini dove si reca Pinocchio anziché andare a scuola, dopo avere venduto il suo “Abbecedario” per pagare l'entrata.

Mangiafuoco viene descritto come uomo dalle dimensioni imponenti e dalla barba nera, tanto lunga che quando “camminava se la pestava”; incute terrore tra il pubblico e anche tra gli stessi suoi burattini.

È “duro e immobile come un pezzo di ghiaccio” e “la sua bocca è larga come un forno, i suoi occhi paiono due lanterne di vetro rosso, col lume acceso di dietro e con le mani schiocca una grossa frusta fatta di serpenti e di code di volpe attorcigliate insieme”.

Indispettito dallo scompiglio causato dall'arrivo di Pinocchio nel suo teatro, Mangiafuoco ordina ai suoi burattini di gettarlo nel fuoco per poter cuocere un arrosto di montone; tuttavia si impietosisce per le urla strazianti del burattino, tanto da starnutire a più riprese. Tutte le volte in cui prova commozione, Mangiafuoco starnutisce ripetutamente; decide quindi di liberare Pinocchio e di gettare nel fuoco Arlecchino, ma Pinocchio si offre come legna da ardere al posto di quest'ultimo. La nobile azione provoca la commozione e un violento attacco di starnuti di Mangiafuoco, che si rassegna a mangiare il suo montone mezzo crudo. Il giorno dopo Pinocchio racconta al burattinaio la grande povertà di suo padre e questi gli regala cinque monete d'oro da portare, a Geppetto.

Questo personaggio viene classificato dai ragazzi con i seguenti aggettivi: **disgustato** per il chiasso dei burattini all'arrivo di Pinocchio; **infastidito** dai lamenti del burattino che non vuole morire arso, a causa dei quali non può cuocere il suo montone; alla fine però diventa **tenero**, perché si commuove per l'altruismo di Pinocchio verso Arlecchino; **interessato** alla situazione familiare di Pinocchio, tanto da preoccuparsi di Geppetto e da elargire cinque monete d'oro da recapitargli.

Il Gatto e la Volpe

Pinocchio li incontra la prima volta, reduce dalla sua esperienza con Mangiafuoco. Si tratta di due imbrogliatori, che campano di elemosina e raggiri, fingendo la Volpe di essere zoppa e il Gatto, cieco; camminano sorreggendosi e guidandosi a vicenda.

Rappresentano l'inganno e la truffa. Avendo incontrato Pinocchio che mostra loro ingenuamente le cinque monete d'oro regalategli da Mangiafuoco, decidono di rubargliele. Lo convincono a sotterrarle nel Campo dei Miracoli, dove sarebbero cresciuti alberi colmi di zecchini d'oro. Durante il tragitto si fermano per mangiare e riposarsi all'osteria del Gambero Rosso, da dove i due partono prima del burattino, dopo essersi giustificati con l'oste, con una scusa. Pinocchio si avvia verso il Campo nella notte buia. Il Gatto e la Volpe, travestiti da briganti, cercano con la violenza di sottrargli le monete, ma Pinocchio le mette in bocca e reagisce all'aggressione amputando una zampa al Gatto, così i due decidono di impiccarlo a una quercia, per potere prendere le monete dalla bocca del burattino, che viene salvato dall'intervento della Fata.

Lasciata la casa della Fata, Pinocchio incontra i due imbroglioni, senza riconoscere in loro gli assassini che volevano ucciderlo; questi lo convincono nuovamente a sotterrare le monete al Campo dei Miracoli e questa volta riescono ad impossessarsene

Alla fine del libro, Pinocchio li incontra nuovamente quando è insieme a Geppetto; ormai cambiato, non li ascolta più, nonostante la loro insistenza nel pretendere il suo aiuto.

Le emozioni emerse in questi due personaggi sono state diverse e possono essere espresse dai seguenti aggettivi: in un primo momento falsamente **interessati** a Pinocchio e **lieti** della prospettiva di impadronirsi del denaro del burattino (apparentemente lo vogliono aiutare a diventare ricco). Entrambi sono **furiosi** quando, travestiti da assassini, lo colpiscono per derubarlo delle monete d'oro. Li vediamo anche recitare la parte degli **umili** nel fingere di dedicarsi agli altri, senza pretendere alcuna ricompensa: la Volpe si dichiara **offesa**, quando Pinocchio promette un regalo a lei e al Gatto. Infatti dichiara: “Noi non lavoriamo per il vile interesse: noi lavoriamo unicamente per arricchire gli altri”.

La Fata

Pinocchio la incontra durante la sua fuga per non incappare negli assassini che lo vogliono derubare delle monete d'oro; bussa alla porta di una casa e si affaccia “la bella bambina coi capelli turchini e il viso bianco come un'immagine di cera”

È la Fata che fa raccogliere Pinocchio, dopo che è stato impiccato alla Quercia grande; è la Fata che lo accoglie in casa sua e gli presta le cure necessarie.

Incapitato ancora nel Gatto e nella Volpe, il burattino finisce in carcere; quando esce, si ricorda della Fata e si reca da lei, ma non ne trova che la lapide e la crede morta.

In seguito la incontra sull'isola della Api Industriose, ma non la riconosce subito perché anche lei è cambiata: è diventata donna.

La fata gli si rivolge, dicendo: “Ti ricordi? Mi lasciasti bambina e ora mi ritrovi tanto donna che potrei farti da mamma”.

In questa occasione la Fata dice apertamente a Pinocchio che non potrà cambiare perché è un burattino; infatti le sue traversie continuano e solo dopo avere ritrovato Geppetto dentro al Pesce-cane ed essersi portati entrambi a riva a cavalcioni del Tonno, Pinocchio inizia una nuova vita. In sogno rivede la Fata, che gli perdona tutte le sue monellerie e così lo incoraggia: “Metti giudizio nell'avvenire e sarai felice”.

La Fata, meraviglioso personaggio che incarna perfettamente la figura educativa, che opera indefessa a favore del disagio: è colei che sa aspettare e che crede fermamente nel cambiamento della persona problematica, attuando una forma di relazione spesso intesa come sfida e quasi mai come mero rimprovero o atteggiamento cattedratico, volto solo all'insegnamento direttivo e privo di ascolto e confronto.

la fata è **contenta** ogni volta che vede Pinocchio perché è **fiduciosa** in lui e **ottimista** circa la possibilità di un suo cambiamento, che lo porterà a diventare un ragazzo per bene. Nelle sue relazioni con Pinocchio è **affabile**, ma mai **iperpotettiva**, perché chi si occupa di educazione deve avere ben chiaro che, pur ponendosi in una relazione empatica con la persona da far crescere psicologicamente, non è mai opportuno che tale relazione si sostituisca agli affetti familiari.

Il Grillo Parlante

Rappresenta la voce della coscienza, che interviene per segnalare e correggere un'azione sbagliata. Nel corso della narrazione anche il Merlo Bianco, il Granchio e il Pappagallo cercano di dare buoni consigli a Pinocchio, esortandolo a non dare ascolto alle cattive compagnie.

Il Grillo Parlante viene presentato come un grosso grillo “paziente e filosofo”, che abita nella

casa di Geppetto da più di cento anni; egli ammonisce Pinocchio perché il burattino ha commesso delle scappatelle, ricordandogli che i ragazzi che “si ribellano ai loro genitori e che abbandonano capricciosamente la casa paterna non avranno mai bene in questo mondo e prima o poi dovranno pentirsene amaramente”. Sentite queste parole, Pinocchio lo colpisce con una martellata spiacciandolo al muro.

In seguito appare al burattino di notte su un tronco d’albero come “un piccolo animaletto che riluceva di una luce pallida e opaca, come un lumino di notte dentro una lampada di porcellana” e lo esorta a tornare indietro e a portare i quattro zecchini d’oro, che gli erano rimasti, a Geppetto, invece di seguire il consiglio del Gatto e della Volpe di soterrarli al Campo dei Miracoli. Anche questa volta Pinocchio non gli presta ascolto.

Il Grillo Parlante compare anche come uno dei tre medici insieme al Corvo e alla Civetta accorsi al capezzale di Pinocchio nella casa della Fata dove, sgridando il burattino per il suo comportamento, riesce a farlo rinvenire.

Infine il Grillo è il proprietario della capanna di paglia, dove trovano rifugio Geppetto e Pinocchio, e racconta che gli era stata regalata da una capra dal pelo turchino (la Fata).

Solo nell’ultimo capitolo del libro, Pinocchio, ormai cambiato, è disposto ad ascoltare il Grillo Parlante che addirittura chiama “mio caro Grillino”.

Anche questo personaggio è dispensatore di buona educazione e simboleggia coloro che operano in ambito educativo, ai quali si richiede spesso enorme pazienza e perseveranza nel non cessare mai di avere fiducia nella persona umana, anche se questa persevera nell’errore. Perciò il Grillo dice a Pinocchio che “si deve essere cortesi verso gli altri, se si vuole che lo siano con noi e per fare sì che si ricordino nel momento di nostro bisogno”.

Inoltre rappresenta i piccoli richiami, a cui talvolta noi educatori, chiamati a svolgere una funzione formativa, ricorriamo, per far sì che i ragazzi riflettano su un comportamento poco adeguato e per promuovere un percorso che porti a dire, come dice Pinocchio: “Come ero buffo quand’ero un burattino e come son contento di essere diventato un ragazzo per bene”

Il Grillo Parlante non sembra mai **disperato** sulla possibilità di recuperare Pinocchio né **avvilito** per le risposte poco adeguate del burattino, che è arrivato a tentare persino di ucciderlo.

Conclusioni

Ogni racconto è paragonabile a una macchina dotata di un suo particolare ingranaggio per mettersi in moto, procedere nella sua corsa, rallentare, affrontare i vari ostacoli e infine concludere il suo percorso.

Molto spesso questo ingranaggio rimane ignoto al lettore, senza tuttavia privarlo del piacere della lettura; ma se approfondiamo la nostra conoscenza degli strumenti che sono alla base della macchina narrativa, potremo più facilmente individuare il messaggio dell’autore, essere sollecitati a un’indagine più attenta ed usufruire di un’esplorazione del testo che ci consentirà di esprimere le nostre opinioni e, soprattutto, le nostre emozioni. In quest’ottica anche “Le Avventure di Pinocchio” diventano “un libro umano che trova le vie del cuore”, come ha affermato Benedetto Croce nel lontano 1903.

Riferimenti bibliografici

Collodi, C. (1883), *Le avventure di Pinocchio. Storia di un burattino*. Firenze: Libreria Editrice Felice Paggi.

Croce, B. (1903), Pinocchio. In *La letteratura della nuova Italia*, vol. V. Bari: Laterza

ISSN 1827-5842

*Finito di stampare nel mese di Dicembre 2010
da Guardamagna - Varzi (PV)*