

Abilitazione e Riabilitazione

ARE

Anno XXIII N. 2 2014

Publicazione del
Centro Paolo VI di Casalnoceto (AL)

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

A e R - Abilitazione e Riabilitazione
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE



Centro Paolo VI

Onlus - Organizzazione non lucrativa di utilità sociale

Comitato scientifico

Alessandro Antonietti

Michela Balconi

Giuseppe Cetta

Ettore Cima

Maurizio De Negri

Paola Di Blasio

Aldo Galeazzi

Marisa Giorgetti

Paola Iannello

Pierluigi Postacchini

Daniela Traficante

Giuseppe Vico

Comitato di redazione

Gianluigi De Agostini

Cesare De Paoli

Roberta Fanzio

Maurizio Pilone

Segretaria di redazione

Giuliana Lucente

Direttore responsabile

Matteo Colombo

Co-coordinatore scientifico

Cesare Albasi

Coordinatore scientifico

Pier Luigi Baldi

NOTE DELLA REDAZIONE

- La rivista comprende tre sezioni:

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

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

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

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

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

- Per la stesura della bibliografia ci si atterrà 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 psicopsicologia* (59-139). Milano: F. Angeli.

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

- La rivista è distribuita gratuitamente.

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

A e R - Abilitazione e Riabilitazione

Anno XXIII - N. 2 - 2014

INDICE

Il Rev.do Padre Vittorio Francesco Viola è il nuovo Vescovo della Diocesi di Tortona.

Il saluto augurale del “Centro Paolo VI” di Casalnoceto pag. 5

STUDI E RICERCHE

PIER LUIGI BALDI

L’approccio all’alunno con grave disabilità mentale pag. 9

ANTONELLA ARTUSO

La riabilitazione equestre pag. 15

SILVIA BERTONI, ALICE CANCER, ELISA ZUGNO, CARLOTTA ZANABONI, MASSIMO ALLEVI, ALESSANDRO ANTONIETTI

Training musicale per bambini con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (adhd): l’efficacia di un intervento in piccolo gruppo pag. 37

ALESSIA MARCASSA, DANIELE PARADISO, MARIA GALLI DELLA MANTICA, MARINA GANDIONE, ELENA LONGO, ELAINE ZANIN, CRISTINA CARBONARA, CESARE ALBASI

Uno studio clinico di valutazione del funzionamento mentale nei bambini con anoressia nervosa pag. 49

FERRUCCIO DEMAESTRI

Ritmo e movimento nella prassi riabilitativa pag. 63

ESPERIENZE DI LAVORO

ORietta MELONE

“Dove c’è amore c’è Dio” (Dalla lettura di un racconto di Lev Tolstòj, alcune riflessioni sul Natale) pag. 73

**IL REV.DO PADRE VITTORIO FRANCESCO VIOLA
È IL NUOVO VESCOVO DELLA DIOCESI DI TORTONA.
II SALUTO AUGURALE DEL “CENTRO PAOLO VI” DI CASALNOCETO**

Nelle settimane scorse, il sito ufficiale della Conferenza Episcopale Italiana ha così riportato la notizia, attesa da qualche tempo, della nomina del nuovo Vescovo della Diocesi di Tortona: “Il Papa ha nominato Vescovo della Diocesi di Tortona Padre Vittorio Francesco Viola, O.F.M., finora Docente di Liturgia, Custode del Protoconvento e del Santuario della Porziuncola”. A seguire, alcune note biografiche, da cui si apprende che il nostro nuovo Vescovo è nato a Biella nel 1965, che ha un *curriculum* di studi di alto livello, come di alto livello è il suo profilo di studioso e di docente (fra i vari incarichi, ci limitiamo a citare quello di Docente di Liturgia presso il “Pontificio Ateneo Sant’Anselmo” in Roma, presso il “Pontificio Istituto Liturgico” nella Facoltà di Liturgia, presso “l’Istituto Teologico di Assisi”).

Dalla nota della C.E.I. è facile dedurre che a capo della plurisecolare Diocesi di San Marziano sarà un francescano di elevata spiritualità e di profonda cultura, nel pieno della sua maturità intellettuale e delle sue energie fisiche; inoltre si deve rimarcare, anche se ciò è sotto gli occhi di tutti, che è stato papa Francesco ad innalzarlo alla dignità vescovile e a stabilirne la destinazione, un papa che, come ha riportato qualche autorevole giornalista, ha affermato in un’intervista che, pur essendo gesuita, ha scelto il nome di Francesco, “perché Francesco era un mistico” e perché Francesco e i suoi confratelli “avevano fatto rinuncia a tutti i piaceri della vita ma non alla gioia, non all’allegrezza, non all’amore”. È fondato immaginare che, per la nomina di Padre Viola, papa Francesco si sia attenuto a tali criteri e che potremo contare su un Pastore che sarà vicino ai suoi diocesani sia con la preghiera che con spirito di amore e carità e che saprà trasmettere alla sua gente serenità e fiducia, alla luce dell’insegnamento evangelico.

La direzione di questo Centro, in un messaggio di saluto indirizzato al nostro futuro Vescovo, ne ha auspicato, tra l’altro, la vicinanza, innanzi tutto spirituale, alla propria realtà, definita in tale messaggio “realtà di sofferenza, ma anche di speranza per i suoi numerosi utenti sia giovani che adulti”. L’opera del “Centro Paolo VI”, che si basa sugli ideali del suo indimenticabile fondatore, Mons. Francesco Remotti, ha potuto contare sulla sentita partecipazione del Vescovo uscente, Mons. Martino Canessa, nei lunghi anni della sua permanenza a Tortona. A Mons. Canessa va il sentito ringraziamento di tutta la comunità del “Paolo VI”, con l’augurio che possa proseguire la sua opera di apostolato ancora per molto tempo.

*La direzione del “Centro Paolo VI” di Casalnoceto
unitamente alla redazione della rivista
“AeR-Abilitazione e Riabilitazione”*

STUDI E RICERCHE

L'APPROCCIO ALL'ALUNNO CON GRAVE DISABILITÀ MENTALE

PIER LUIGI BALDI*

Riassunto. *L'articolo ha per tema l'approccio alla disabilità intellettiva basato sul "paradigma dei supporti". Si fa riferimento alla "Supports Intensity Scale" di J.R. Thompson et al. (2004), tradotta in lingua italiana da Croce e Leoni (2007) e alla recente pubblicazione in lingua italiana del DSM-5.*

Parole-chiave: *disabilità intellettiva, alunno, approccio.*

1. Premessa

Penso sia opportuno precisare preliminarmente che, come risulta da un'indagine condotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità su 147 Paesi, che rappresentano il 95% della popolazione mondiale (WHO, 2007), la locuzione "disabilità mentale" non è la più utilizzata a livello internazionale.

Dalla suddetta indagine risulta che le locuzioni a cui si ricorre più frequentemente sono quelle di "ritardo mentale", in primo luogo, e di "disabilità intellettiva".

Mi assumo quindi la responsabilità di tale scelta; desidero semplicemente chiarire che, utilizzando l'aggettivo "mentale" intendo riferirmi a quelle situazioni di disagio che non coinvolgono unicamente la sfera intellettiva della persona, ma le sue funzioni mentali nel loro complesso.

Sta di fatto che il costrutto "disabilità intellettiva", com'è noto a tutti coloro che si occupano a vario titolo degli argomenti che saranno trattati in questa sede, è andato gradualmente affermandosi in questi ultimi anni.

La ragione del suo progressivo imporsi non va ricercata in mode effimere di tipo nominalistico o in un approccio buonistico (come si dice ora) alla relativa tematica, ma in un importante cambiamento culturale, in forza del quale, come affermano autorevoli studiosi, il concetto di "ritardo"¹, che contiene un implicito riferimento a un'ottica polarizzata sull'individuo e sul suo "deficit", segna il passo rispetto a un'ottica che centra la sua attenzione sull'interazione della persona con il proprio ambiente socioculturale e che, prescindendo dal QI¹, vede nella disabilità un costrutto multidimensionale, aperto alle possibilità di miglioramento delle funzioni adattive individuali.

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

¹ Misurato in termini di deviazioni standard dalla media dei QI di un campione di soggetti di riferimento.

2. Ritardo mentale e disabilità intellettiva

Mentre il “ritardo” indica una sorta di arretratezza mentale, come caratteristica interna alla persona, la “disabilità intellettiva” è concettualizzata come la risultante delle capacità della persona in relazione al contesto nel quale vive.

Alla disabilità intellettiva, così intesa, ha dato un contributo rilevante l'ICF (2001), a cui è seguito alcuni anni dopo l'ICF – CY (2007), con la sua attenzione alle condizioni di salute (o, meglio, alle componenti della salute) e a fondamentali aspetti della vita umana ad esse collegati, come l'istruzione e il lavoro. L'ICF è sotteso da un'ottica molto ampia, direi di tipo sistemico, ottica che considera la persona, ogni persona, nella sua integrità biopsichica e, contemporaneamente, in rapporto all'ambiente socioculturale in cui opera. Si tratta quindi di un'ottica biopsicosociale, che ha avuto uno dei più autorevoli sostenitori in George L. Engel (cfr., ad es., Engel, 1977). Partendo dalla considerazione che l'approccio polarizzato dei modelli sanitario e sociale presenta spesso un'opposizione antitetica, difficilmente difendibile, Engel sostiene che i due modelli vanno visti in un'ottica integrata, alla luce appunto di una prospettiva biopsicosociale, che cerchi di conciliare le varie dimensioni del processo disabilitante e della successiva riabilitazione.

Il tramonto della locuzione “ritardo mentale” è stato, tra l'altro, ufficializzato dal cambiamento di denominazione che si è data l'autorevole American Association on Mental Retardation (AAMR), fondata nel lontano 1876, che ha assunto quella di American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).

Il primo manuale edito dall'AAIDD, che fa ufficialmente riferimento, a partire dal titolo, al costrutto di disabilità intellettiva, è l'11ª edizione dell'“Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports”, a cura di Schalock et al. (2010), in cui viene riportata la seguente definizione:

“La disabilità intellettiva è caratterizzata da significative limitazioni sia nel funzionamento intellettuale che nel comportamento adattivo espresso in abilità concettuali, sociali e pratico-adattive. Tale disabilità ha origine prima dei 18 anni”. Tale edizione, scritta da un comitato di 18 esperti e basata su sette anni di lavoro, dà particolare rilievo al concetto di supporto (o sostegno) ed enfatizza l'importanza di sviluppare un profilo di supporti necessari alle singole persone.

3. I supporti

I “supporti” sono concettualizzati come mezzi per rendere più efficiente il funzionamento dell'individuo, per migliorarne i risultati, per aiutarne le scelte, per garantire i diritti umani.

Il termine “supporto” ha costituito un aspetto innovativo dell’edizione del 1992 del succitato manuale dell’AAIDD, questa volta curato da Luckasson et al., dal titolo: “Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports”, manuale che ha impresso una svolta importante alle modalità abilitative e ai servizi educativi delle persone con disabilità intellettiva. In questa edizione del manuale, i supporti sono riferiti a “risorse e strategie finalizzate a promuovere l’educazione, gli interessi e il benessere della persona e che migliorano il funzionamento individuale”.

“I supporti possono provenire da un parente, un amico, un insegnante, uno psicologo, un medico, o da qualsiasi persona o agenzia che presentino caratteristiche di adeguatezza al compito” (AAIDD Information, 2008).

L’approccio dei supporti valuta gli specifici bisogni della persona e propone le strategie e i servizi finalizzati a ottimizzare il funzionamento individuale.

Ricordo che da alcuni anni è disponibile in lingua italiana la taratura, a cura di Croce e Leoni (2007), della *Supports Intensity Scale* di J.R. Thompson et al. (2004). I dati del campione normativo italiano, composto da 1052 soggetti con disabilità intellettiva, sono coerenti con quelli originali del campione americano, che è stato standardizzato su 1306 persone fra i 16 e i 70 anni di 33 Stati degli USA e due province del Canada. Vengono esaminate 87 aree di funzionamento e l’esaminatore è guidato nella valutazione secondo una metodologia centrata sul comportamento positivo. Le informazioni fornite dalla SIS si collocano a due livelli: un livello individuale, con i dati sui bisogni specifici relativi al funzionamento, che consentono di ottimizzare il progetto individualizzato dei soggetti; un livello globale dei servizi, con i dati sulle caratteristiche complessive (intensità, frequenza e tipologia dei sostegni), che consentono di programmare e ottimizzare risorse dell’ente che fornisce i servizi diurni o residenziali. Le SIS misurano le necessità di sostegno in 57 attività di vita quotidiana e in 28 aree relative sia al comportamento che alla condizione medico-sanitaria: vita nell’ambiente domestico; vita nella comunità; insegnamento e educazione; occupazione; salute e sicurezza; sociale; protezione e tutela legale. Thompson et al. hanno anche realizzato una *Supports Intensity Scale for Children* (2009), che abbraccia un arco d’età dai 5 ai 16 anni, di cui è in corso la taratura definitiva.

4. Il DSM-5

Anche la quinta edizione del DSM, il DSM-5, pubblicata in lingua italiana quest’anno, abbandona il concetto di “ritardo mentale”, a favore della disabilità intellettiva e ne dà la seguente definizione:

“La disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è caratterizzata da

deficit delle capacità mentali generali, come il ragionamento, il *problem solving*, la pianificazione, il pensiero astratto, la capacità di giudizio, l'apprendimento scolastico e l'apprendimento dall'esperienza. I deficit comportano una compromissione del funzionamento adattivo tale che l'individuo risulta incapace di soddisfare gli standard di autonomia e di responsabilità sociale in uno o più aspetti della vita quotidiana, comprese la comunicazione, la partecipazione sociale, l'attività scolastica o lavorativa, e l'autonomia a casa o nella comunità" (p.35).

Un aspetto interessante e innovativo del DSM-5 riguarda la definizione dei livelli di gravità, che prescinde dal Q.I.:

"I vari livelli di gravità sono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non dei punteggi di quoziente intellettivo (QI), perché è il funzionamento adattivo che determina il livello di assistenza richiesto. Inoltre, i valori del QI risultano meno validi all'estremo inferiore della distribuzione del QI" (DSM-5, pp.37-38). Il DSM-5 classifica i livelli di gravità in lieve, moderato, grave, estremo e suddivide le caratteristiche di ogni livello in tre ambiti: concettuale, sociale e pratico. Ad esempio, relativamente all'ambito pratico del disabile intellettivo grave, il DSM-5 così recita (tab.1, p.41):

"L'individuo richiede un sostegno in tutte le attività della vita quotidiana, compresi i pasti, il vestirsi, il lavarsi e l'evacuazione. L'individuo ha bisogno di supervisione in ogni momento. L'individuo non può prendere decisioni responsabili riguardanti il proprio benessere o il benessere di altri. Nell'età adulta, la partecipazione a compiti domestici, attività ricreative e lavoro richiede assistenza e supporto continuativi. Un comportamento disadattivo, compreso l'autolesionismo, è presente in una minoranza significativa di individui".

Anche il DSM-5, nel caratterizzare i livelli di gravità della disabilità intellettiva, fa ampio riferimento ai supporti.

(Per inciso, ricordo che sia la locuzione "ritardo mentale" che il QI come criterio di classificazione sono invece presenti in un altro repertorio diagnostico molto noto, l'ICD-10. È tuttavia opportuno precisare che l'edizione dell'ICD attualmente in uso è piuttosto datata; l'11ª edizione è attesa per il 2017).

5. L' "Intellectual Disabilities Atlas"

Per tornare al sistema dei supporti, lo scenario che emerge dall'indagine dell'"Intellectual Disabilities Atlas", che ho citato in apertura di questo articolo, rivela, da una parte, la significativa mancanza di azioni politiche e legislative adeguate, dall'altra la notevole carenza di servizi e risorse destinati a fronteggiare i bisogni delle persone con disabilità intellettiva.

Le condizioni più gravi, com'è ovvio aspettarsi, sono registrate nei Paesi a basso² e medio reddito³ pro-capite.

Il rapporto sottolinea il ruolo delle ONG e delle organizzazioni internazionali e quello predominante delle famiglie nel sostenere le persone con disabilità intellettiva nell'arco della loro vita. In relazione a questo aspetto, lo studio rileva che nella maggior parte dei Paesi il supporto familiare rappresenta l'unica forma di sostegno presente. Lo stesso rapporto mette in luce la carenza di centri di ricerca specificamente dedicati alle disabilità intellettive (esistono solo in 28 Paesi, tra quelli considerati).

6. Conclusioni

Sia i familiari che gli operatori che hanno in carico il disabile grave, a partire dagli insegnanti di sostegno, se da una parte sono agenti di supporto, dall'altra necessitano a loro volta di aiuto qualificato, che permetta loro di accettare e di rispondere costruttivamente alle inevitabili frustrazioni che il loro ruolo comporta, come ho scritto nel riassunto di questa mia relazione, pubblicato negli abstract del presente convegno. Nello stesso riassunto ho successivamente evidenziato che si osservano con troppa frequenza situazioni di disagio sia delle famiglie che di coloro che con continuità si occupano di chi risente di severe disabilità cognitivo-intellettive e che, se viene comunemente denunciata la carenza di aiuti specialistici nell'affrontare le difficoltà di ogni giorno, i docenti aggiungono a tale rilievo una serie di problemi, tra cui la collaborazione, talvolta insufficiente, da parte dei colleghi "curricolari", la scarsità, quando non la totale mancanza, di corsi di aggiornamento, la povertà degli strumenti a disposizione.

In questa sede penso non si possa non accennare alla situazione di particolare criticità in cui può venirsi a trovare il grave disabile intellettivo adulto, soprattutto nel caso in cui egli non abbia più riferimenti familiari (ad es., per la morte dei genitori); se le persone o l'istituzione, che lo prendono in carico, non portano avanti programmi di mantenimento degli eventuali risultati raggiunti (a partire dalla sfera delle autonomie di base), non creano occasioni, laddove sia possibile, che possano stimolarne gli interessi e la partecipazione alla vita di gruppo, egli rischia di regredire a uno stato di totale dipendenza e autoemarginazione.

² Inferiore o uguale a 765 dollari annui (stima del 2003).

³ Da 766 a 3.035 dollari annui (stima del 2003).

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing, a Division of American Psychiatric Association.

Croce, L., Leoni, M. (a cura di) (2007), *Scale SIS – Supports Intensity Scale*. Gussago (BS): Vannini.

Engel, G.L. (1977), The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 4286, 129-136

Luckasson, R. et al. (eds) (1992), *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington (DC): AAIDD.

Schalock, R. et al. (eds) (2010), *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th). Washington (DC): AAIDD.

Thompson, J.R. et al. (2004) *Supports Intensity Scale. Users Manual*. Washington (DC): AAMR.

Thompson, J.R. et al. (2009) *Supports Intensity Scale for Children. Standardization Version 1.1* Washington (DC): AAIDD.

WHO (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.

WHO (2007), *International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth Version*. Geneva.

WHO (2007), *Intellectual Disabilities Atlas*. Geneva.

Sito internet

www.aaidd.org

LA RIABILITAZIONE EQUESTRE

ANTONELLA ARTUSO*

Riassunto. *La riabilitazione equestre rappresenta un valido intervento abilitativo-riabilitativo in grado di offrire molteplici possibilità di applicazione, soprattutto in età evolutiva. Essa è una modalità terapeutica complessa, che richiede l'utilizzo di un cavallo, un setting terapeutico adeguato (maneggio e campo di lavoro), vari strumenti utili alla bardatura (selle e imboccature) e alla cura dei cavalli oltre ad un personale specializzato, dotato di elevata professionalità sia dal punto di vista medico-assistenziale che settoriale e specifico per quanto riguarda i cavalli (ausiliari della riabilitazione equestre, medico-veterinario, maniscalco). Oltre ad esporre la composizione e le finalità del tipico modello operativo della riabilitazione equestre, in questo articolo sono riportati 4 studi scientifici che sondano aspetti particolari del progetto riabilitativo basato sulla riabilitazione equestre: l'importanza dell'alleanza terapeutica, la necessità di metodi oggettivi di valutazione dei risultati terapeutici ottenuti, l'impegno cardiovascolare richiesto dalle sedute e l'utilizzo terapeutico della relazione di aiuto, a testimonianza sia dell'evoluzione di tale pratica riabilitativa nel corso degli anni che della necessità di valutare e oggettivare i risultati a fronte di interventi talvolta approssimativi e inutili trasformati in interessanti e validi esclusivamente dalla figura del cavallo terapeuta. Solo utilizzando metodi mutuati dalla evidence-based medicine è possibile aiutare le pratiche riabilitative come la riabilitazione equestre ad uscire dall'ambito dell'assistenza a finalistica per entrare in quello delle terapie tout court, in cui un'équipe altamente qualificata crea un progetto terapeutico con precisi obiettivi e modalità, assistendolo e monitorizzandolo in ogni sua parte operativa e producendo risultati che oltrepassano i confini del setting terapeutico, per trasferirsi con efficacia nel vissuto reale quotidiano del soggetto disabile.*

Parole-chiave: *cavallo, riabilitazione, alleanza terapeutica.*

* Medico chirurgo, fisioterapista, medicina fisica e riabilitativa, "Fondazione don Carlo Gnocchi" ONLUS, Milano; docente e operatore ANIRE; docente master in "Interventi Educativi e Riabilitativi Assistiti con gli Animali", Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

1. Premessa

Definizione

La riabilitazione equestre (RE) è da inquadrarsi nell'ambito della fisioterapia come un trattamento che si avvale della peculiare forma di locomozione a quattro tempi del cavallo. In particolare, il movimento tridimensionale del dorso del cavallo induce un movimento corrispondente sul cingolo pelvico del cavaliere, che riproduce le oscillazioni ritmiche tipiche della deambulazione umana (Fleck, 1992). Inoltre, le variazioni del passo del cavallo, della sua velocità e direzione, stimolano risposte di equilibrio e facilitano la stabilizzazione posturale e il raddrizzamento assiale (Freeman, 1984). A questi effetti sulla funzione motoria ne vanno aggiunti altri legati alla sfera emotiva relativi al contatto del paziente con il cavallo e all'ambiente favorevole, generalmente non sanitario, in cui è praticata la terapia.

Cenni storici

Sebbene da secoli siano noti i vantaggi dell'equitazione sullo stato generale di salute per il soggetto affetto da diversi tipi di disabilità motorie e psichiche, lo sviluppo di tale peculiare trattamento riabilitativo per mezzo del cavallo si può far risalire agli anni '60. In quegli anni apparvero le prime segnalazioni (Bain, 1965), frutto comunque di osservazioni sporadiche e in parte aneddotiche, in merito ai benefici effetti clinici ottenuti con la RE in pazienti con disordini neuromuscolari, in particolare esiti di paralisi cerebrale infantile e poliomielite. A queste segnalazioni seguì, due anni dopo, la pubblicazione di un manuale (Davies, 1967) per il personale sanitario, finalizzato a fornire indicazioni sulle modalità più corrette per applicare tale pratica terapeutica al disabile.

Nel contempo, la RE andava sempre più diffondendosi, come testimoniato dalla nascita della Società Internazionale di RE nel 1974, che promosse nel 1975, per la prima volta e in seguito a cadenza triennale, l'*International Therapeutic Riding Congress*, che tuttora rappresenta un punto di riferimento per sperimentazioni, studi e ricerche nel settore.

Alla fine degli anni '70 l'interesse verso la RE si impose tra le pratiche riabilitative allora emergenti, in particolare in Germania e nel Nord America. I numerosi studi in lingua tedesca (tra cui Harpoth, 1970; Riesser 1975, Tauffkirchen 1978) e inglese (Haskin 1974, Saywell 1975, Woods 1979) riportarono i miglioramenti conseguiti, senza che tuttavia fosse specificata una corretta e oggettiva metodologia di valutazione dei risultati.

Negli anni '80 e '90 in alcune autorevoli riviste statunitensi di riabilitazione apparvero vari articoli scientifici, che confermarono il crescente interesse verso

la RE e il suo utilizzo in svariate patologie, sia neurologiche sia psichiche, del bambino e dell'adulto. Più recentemente sono stati segnalati vantaggi anche in varie altre patologie (Encheff, 2012; Del Rosario, 2014; Cerulli, 2014). Attualmente la RE è riconosciuta come una pratica riabilitativa che poggia su solide basi medico-scientifiche, ed è ampiamente utilizzata in tutto il mondo. In Italia esistono circa 150 Centri di RE, di cui solo una minima parte inseriti in complessi ospedalieri, in prevalenza associati all'*Associazione Nazionale Riabilitazione Equestre* (ANIRE).

2. A cavallo della cura

Organizzazione generale

Risulta difficile immaginare come un animale possa diventare un ottimo “strumento” riabilitativo e un collega di lavoro impareggiabile.



Il cavallo, animale dotato di forza gentile, riservatezza, armoniosi movimenti, lentezza e velocità impeto e audacia è fonte di numerosissimi stimoli afferenziali sia dal punto di vista neuromotorio, psicomotorio e psicointellettivo.

La biomeccanica equina così articolata richiede al soggetto che cavalca, una continua ricerca di equilibrio dinamico, di posture funzionali ai cambi di frequenza dell'andatura del cavallo, ai cambi di direzione, al terreno morbido e irregolare del maneggio. Inoltre il cavallo necessita di cure e attenzione, è accogliente e timido, paziente nell'attendere le risposte e le iniziative personali a lui rivolte da persone fragili.

La morfologia, l'indole e la biomeccanica equina producono quindi la "*sinergia terapeutica*" che si plasma e si adatta autonomamente alle esigenze del soggetto che lo cavalca, l'arte degli Operatori è quella di conoscere il soggetto ed il cavallo da "somministrare" per favorire la creazione di un binomio, lavorando un passo indietro, con un ruolo che può apparire secondario ma che invece è determinante affinché ciò avvenga.

Indispensabile da parte degli Operatori la conoscenza approfondita teorica e pratica del cavallo perché differenti sono gli stimoli che produce se le sue zampe sono lunghe o corte, se il suo dorso ha un movimento sinusoidale più marcato, se la circonferenza del suo torace è ampia o stretta.

Anche l'indole del cavallo ha un ruolo fondamentale.

Il cavallo è un animale che vive in branco, non ama restare solo e la sua attenzione va ricercata, a differenza di un cane che manifesta la gioia con atti motori sollecitando la persona a vezzeggiarlo e coccolarlo. Sarà il soggetto a dover costruire la relazione e la comunicazione con il cavallo; ciò induce l'esternazione e l'utilizzo di risorse latenti della persona che solo l'interesse verso il cavallo riesce a stimolare.

Nessuna tecnica e nessuno strumento abilitativo-riabilitativo in ambito sanitario è animato, solo il cavallo, che è riuscito, nonostante pregiudizi e confinamenti verso "terapie alternative", ad entrare in una Cartella Clinica, nello specifico quella utilizzata dal Servizio di Riabilitazione Equestre della Fondazione Don Carlo Gnocchi di Milano, nel 2001 rispondendo a tutte le valutazioni che compongono la cartella clinica stessa, comprese voci quali: indicatori di risultato e scale di valutazione dell'intervento riabilitativo.

Per avviare e concludere con successo un ciclo terapeutico occorre infatti un notevole impegno rivolto a favorire il superamento delle ansie che il cavallo produce con la sua struttura "grande e forte" e ad affrontare le delle difficoltà climatiche quando l'attività si svolge all'aperto, in particolare bisogna imparare a collaborare con un essere vivente che ha proprie caratteristiche e imprescindibili necessità.

Nelle pagine che seguono vengono illustrate le modalità organizzative e la programmazione generale dell'intervento terapeutico. Gli operatori e gli

strumenti che concorrono all'ottimizzazione di un progetto riabilitativo di RE sono così schematizzabili:

1. operatori: medici, psicologi, fisioterapisti, psicomotricisti, ausiliari della riabilitazione;
2. strumenti: cavallo e bardature;
3. tecniche: ippoterapia, riabilitazione equestre, lavoro in sezione, volteggio;
4. ambiente: maneggio.

Tutti gli operatori devono essere esperti in riabilitazione equestre, aver seguito corsi di specializzazione settoriali ed avere inoltre un background personale relativo al cavallo.

Nel corso degli anni molti corsi e molte scuole, anche solo “di pensiero” hanno istituito percorsi formativi dedicati alle varie figure professionali che operano nel settore, alcuni di questi Corsi hanno rilasciato attestati non conformi alle leggi vigenti creando false possibilità di lavoro e confusione in un settore già in difficoltà per la diffidenza del mondo scientifico nel riconoscere la valenza riabilitativa del cavallo.

Altre scuole di formazione si sono distinte nel tempo continuando ad operare con serietà e costante impegno come l'A.N.I.R.E. (*Associazione Nazionale Italiana Riabilitazione Equestre*), di cui la Dr.ssa Nicolas Daniele Citterio è Responsabile e Presidente .

Ente che da più di 30 anni svolge sia attività clinico-riabilitativa che formativa con continuità.

Le competenze formative sono differenziate e i corsi dedicati nello specifico ambito di competenza (es. medico, psicologo, terapeuta, ausiliario, etc.), con parti teoriche e pratiche.

Inoltre l'Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione Equestre e di Attività Ludico Sportiva per le persone disabili, con devianze e disagi sociali è sorta con le finalità di:

- avviare ricerche nel settore;
- creare una banca dati raccogliendo testi italiani ed esteri sull'argomento;
- diffondere la pratica riabilitativa a scopo riabilitativo, integrativo e sportivo (costituzione di centri di riabilitazione equestre CRE);
- far conoscere la riabilitazione con il mezzo del cavallo;
- farsi promotore di proposte legislative;
- organizzare incontri culturali e scientifici: convegni, fiere, mostre.

Nuove realtà formative sono nate per rispondere a esigenze emergenti in ambito sanitario, educativo, assistenziale un esempio è il *Master Universitario di I livello in “Interventi educativi e riabilitativi assistiti con gli animali”*.

Il Master universitario in Interventi educativi e riabilitativi assistiti con gli animali nasce per iniziativa della Facoltà di Scienze della formazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano con lo scopo di formare professionisti che risultino in grado di lavorare in tutta la filiera dei servizi di *pet-therapy* e riabilitazione equestre in programmi completi di T.A.A., E.A.A., A.A.A. e RE, in équipe multidisciplinari psico-medico-sociali.

Il Master è finalizzato alla formazione di una figura professionale capace di condurre l'animale nelle attività e di essere contemporaneamente referente e responsabile del progetto educativo e terapeutico.

Il Master, diretto dalla prof.ssa Mariateresa Cairo, Professore Associato di Didattica e Pedagogia speciale presso l'Università Cattolica, è ad oggi alla seconda edizione.

Altri corsi di formazione, tenuti da Enti e Università, sono disponibili sul territorio nazionale ed internazionale.

3. Presa in carico del paziente e costruzione del progetto riabilitativo

Valutazione e obiettivi riabilitativi.

La costruzione del Programma Riabilitativo Individualizzato (PRI) prevede innanzitutto la valutazione clinica che consente l'identificazione: della menomazione e della disabilità, ma in particolare delle capacità e delle risorse (International Classification of Functioning, Disability and Health – I.C.F.) talvolta latenti del soggetto, degli obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine, degli outcome funzionali e sociali, degli indicatori di risultato, delle Scale di valutazione, del numero di terapie necessarie e della frequenza settimanale.

Gli obiettivi evidenziati durante la valutazione “rappresentano” indirettamente gli effetti della RE dal punto di vista neuromotorio, psicomotorio e cognitivo relazionale così schematizzati:

Rottura degli schemi patologici.

Regolazione del tono muscolare.

Equilibrio statico e dinamico.

Controllo posturale.

Sensibilità interocettiva, propriocettiva ed esterocettiva.

Coordinazione motoria.

Svincolo dei cingoli.

Schema corporeo e lateralizzazione.

Orientamento e strutturazione spazio-temporale.

Abilità cognitive: ragionamento, *problem-solving*, attenzione, memoria e creatività.

Autostima e immagine positiva di sé.

Senso di responsabilità.

Iniziativa personale.

Comunicazione verbale e non verbale.

Investimento emotivo verso l'esterno.

Equilibrio tra autosufficienza e disponibilità alla relazione d'aiuto.

Inserimento e integrazione sociale, sportiva e lavorativa.

È quindi evidente che quadri patologici indipendenti dall'eziologia possono trarre beneficio da cicli riabilitativi con l'utilizzo del cavallo.

Un esempio esemplificativo può essere un deficit di equilibrio in una giovane donna affetta da Sclerosi Multipla che attraverso la RE può stimolare le reazioni di equilibrio in una situazione dinamica (il cavallo cammina compiendo tragitti caratterizzati da: frequenze e direzioni diverse, figure quali cerchi e volte che stimolano il riassetto posturale, fermate e partenze) inoltre il Soggetto può essere privato della vista con una benda per aumentare la percezione del proprio corpo in risposta agli stimoli afferenziali che giungono dal cavallo. Il principio è che il cavallo cammina e vede al posto della persona fragile in una situazione di fiducia e sicurezza finalizzata all'esercizio terapeutico che sarà efficace per poter deambulare, superare ostacoli e mantenere un buon equilibrio nelle azioni di vita quotidiana. Questo esercizio terapeutico è impossibile da effettuare con altri strumenti, tecniche e metodi riabilitativi.

Proseguendo nella costruzione del Programma Riabilitativo Individualizzato (PRI) si dovrà scegliere il cavallo, la bardatura dello stesso, la tecnica e la modalità di intervento più idonea, gli indicatori di risultato e gli strumenti per oggettivare gli obiettivi raggiunti (Scale di valutazione).

Monitoraggio del progetto riabilitativo

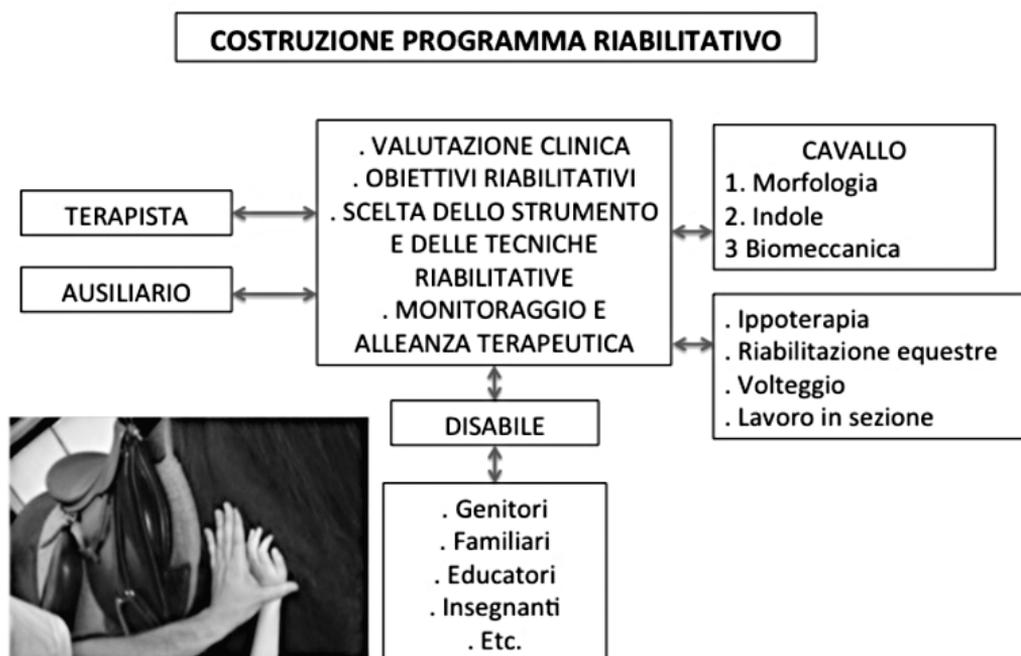
Dopo l'inserimento del paziente e quindi la relativa costruzione di un programma riabilitativo, inizia la fase del monitoraggio, sia da parte del medico che del terapeuta.

Il medico segue le prime sedute riabilitative in campo, per verificare che le scelte inerenti il tipo di cavallo, di bardatura e di tecnica, siano le più idonee e

funzionali alla creazione di una situazione di agio e piacere, in quanto, soprattutto nelle patologie psichiatriche, l'esperienza del *piacere* costituisce il fondamento indispensabile alla costruzione dei presupposti necessari per conseguire i primi obiettivi. Il Terapista, dopo alcune sedute di RE, redige una osservazione inerente esclusivamente l'approccio con l'ambiente e con lo strumento da parte del paziente (goal).

Successivamente, dopo 10 sedute di RE, c'è la prima verifica del progetto. Viene organizzata una seduta riabilitativa per così dire "aperta", a cui assistono i genitori e /o gli accompagnatori (alleati terapeutici). Durante questo incontro il medico, oltre ad avere un colloquio approfondito con i genitori/accompagnatori, illustra loro l'andamento della terapia, sottolineando le finalità del lavoro svolto e le acquisizioni del paziente, affinché queste vengano trasferite nelle attività della vita quotidiana per raggiungere il massimo grado di autonomia possibile. A latere della finalità medica, la seduta riabilitativa "aperta" ha una funzione educativa fondamentale per genitori, familiari, educatori e accompagnatori, perché comprendano che la RE, in quanto terapia riabilitativa, non è limitata al semplice *andare a cavallo*, come un'attività sportiva, ma ha la capacità e l'obiettivo di trasferire le acquisizioni ottenute nella quotidiana vita di relazione, accrescendo concretamente l'autonomia del paziente. Essi devono quindi sostenere le iniziative personali del Soggetto, testimonianza dell'aumento e del rinforzo dell'autostima.

Lo schema che segue sintetizza gli aspetti da valutare per ottimizzare l'intervento riabilitativo, sottolineando che la RE richiede agli Operatori la responsabilità di scegliere non solo come effettuare l'intervento riabilitativo (questo aspetto è comune per tutti gli Operatori della riabilitazione), ma anche di utilizzare un animale forte e imponente che può incutere paura e muovendosi provocare dolori, contratture muscolari e cadute con conseguenze anche gravi a Soggetti con difficoltà nel manifestare e comunicare dolore o affaticamento.



Dovrebbe essere sempre mantenuto un contatto propositivo con gli altri operatori coinvolti: Medici specialisti invianti quali Neurologi, Neuropsichiatri infantili, Psicologi, Insegnanti di sostegno, Educatori, etc. a testimonianza del principio riabilitativo *dell'interdisciplinarietà* finalizzato a sfruttare le sinergie dei plurimi interventi riabilitativi per raggiungere un obiettivo preciso a discapito dell'ormai remota *multidisciplinarietà* intesa come somma di interventi riabilitativi rivelatasi poco efficace.

Esistono, tuttavia, anche diverse controindicazioni alla pratica della RE di conseguenza la valutazione e la costruzione del Programma Riabilitativo si può purtroppo interrompere proprio per la presenza di condizioni cliniche incompatibili con l'utilizzo del cavallo.

Tra le patologie neurologiche costituiscono controindicazioni l'atassia grave, l'idrocefalo non adeguatamente trattato, i tumori e metastasi tumorali del SNC, le cisti liquorali, la siringomielia, la miastenia e le distrofie muscolari gravi, l'epilessia non controllata farmacologicamente.

Le controindicazioni di tipo ortopedico sono la fusione spinale e le condizioni di instabilità della colonna, a prescindere dalle cause (tumori, infezioni, traumi, anomalie ossee congenite, etc.), l'ernia discale, l'osteochondrosi vertebrale, la spondilolistesi, l'instabilità atlanto-epistrofea (frequente nelle sindromi di Down), la scoliosi in fase evolutiva e la lussazione dell'anca.

Le controindicazioni di tipo psichico sono le gravi compromissioni psico-intellettive per cui le RE oltre a non consentire un giovamento, può peggiorare il quadro patologico.

Infine, altre controindicazioni sono l'ipertensione arteriosa sistemica non trattata, la retinopatia degenerativa, l'emofilia e le condizioni cardiocircolatorie che possono favorire le cadute da cavallo, quali aritmie cardiache, lipotimie.

Proseguendo nella costruzione del PRI si dovrà valutare l'aspetto dell'oggettivazione dei risultati che è sempre stato un limite della Riabilitazione Equestre, esponendo la stessa a scetticismo e critiche ingiustificate, ma allo stesso tempo alimentate talvolta da alcuni Operatori del settore, che hanno per molti anni descritto ed enfatizzato esclusivamente il ruolo del cavallo rendendolo quasi "magico", adatto a qualsiasi esigenza terapeutica, allontanandolo e privandolo della possibilità di essere valutato dal mondo scientifico per la sua reale valenza abilitativa e riabilitativa.

Gli studi riportati testimoniano la capacità a volte sorprendente di questo "strumento animato".

4. Studi di efficacia della RE: 4 studi per 4 zampe

Negli studi esposti a seguire saranno illustrati quattro differenti aspetti della RE che hanno meritato, a nostro avviso, un approfondimento scientifico più mirato, al fine di consentire un'oggettivazione con il metodo della *evidence-based medicine* dei vantaggi terapeutici offerti dalla pratica della RE.

Il primo studio riguarda la possibilità di utilizzare indicatori numerici di una scala validata sull'indipendenza (*Functional Independence Measurement*) nello studio delle progressioni indotte dalla RE di differenti aspetti dell'indipendenza del disabile. Il secondo studio prevedeva la dimostrazione di efficacia della cosiddetta "alleanza terapeutica", cioè dell'importante ruolo svolto dall'accompagnatore del disabile nel trasferimento delle competenze acquisite dal setting terapeutico alla vita di relazione giornaliera. Il terzo studio ha inteso valutare gli effetti cardiovascolari specifici di una tipica seduta di RE, mentre nel quarto è stata valutata l'efficacia della "relazione di aiuto".

1° Studio: oggettivazione dei risultati terapeutici della riabilitazione equestre

Lo studio ha arruolato 28 soggetti con varie disabilità motorie e psichiche, sottoposti a RE, con esclusione di altri trattamenti riabilitativi da almeno 1 anno. Ogni soggetto ha seguito un ciclo di terapia della durata totale di 8 mesi, due volte la settimana, ciascuna seduta della durata complessiva di 45 minuti.

Ad ogni paziente sono stati assegnati al momento dell'arruolamento un

terapista e un ausiliario della riabilitazione, gli stessi mantenuti per tutta la durata del trattamento. Sono stati utilizzati in totale 5 cavalli da anni addestrati alla riabilitazione equestre, di razza varia, bardati con sella o fascione, staffe di sicurezza, capezza, redini, nelle misure adeguate alle caratteristiche antropometriche del singolo paziente. Tutti i pazienti indossavano indumenti tecnicamente idonei e consoni alle condizioni climatiche del maneggio.

Tutti i soggetti hanno seguito le terapie senza manifestare segni di insofferenza o di rifiuto e, salvo saltuarie assenze per brevi malattie acute, hanno completato il percorso terapeutico.

E' stata somministrata la Scala F.I.M. (*Functional Independence Measure*) ad ognuno dei Soggetti durante la prima valutazione e alla fine del ciclo riabilitativo dopo otto mesi.

La Scala FIM è una scala di valutazione finalizzata specificatamente alla misura dell'autosufficienza nelle varie funzioni della vita quotidiana, indipendentemente dal recupero del deficit neurologico. Sviluppata a metà degli anni '80, presso l'Università di Buffalo (USA), la Scala FIM per adulti (Granger, 1980) rappresenta una "misura di indipendenza funzionale", correlata alla severità della disabilità. La FIM è quindi una misura diretta delle "abilità funzionali" e indiretta della "necessità di assistenza", correlata ai livelli di disabilità degli utenti.

In 18 voci, di cui 13 sono "motorie", divise in quattro aree, e 5 sono cognitive, divise in due aree, viene misurata su sette livelli crescenti l'autosufficienza del paziente: si utilizza infatti un punteggio che varia per ogni voce da 1 a 7 punti, dove la non autosufficienza completa corrisponde ai punteggi di 1=assistenza totale (paziente \geq 0%), 2 assistenza intensa (paziente \geq 25%); la non autosufficienza parziale corrisponde ai punteggi di 3=assistenza moderata (paziente \geq 50%), 4=assistenza minima (paziente \geq 75%), 5=supervisione-predisposizioni/adattamenti; infine l'autosufficienza, o meglio il livello senza assistenza, corrisponde ai punteggi di 6 autosufficienza con adattamenti, 7 autosufficienza completa. Tutte le voci della scala sono indicatori omogenei di un'unica dimensione, quella dell'autosufficienza. La scala FIM è, inoltre, una sorta di "indicatore" del percorso riabilitativo. La somministrazione della scala FIM permette, infatti, di evidenziare attraverso la valutazione di 18 attività di base della vita quotidiana, di cui 13 motorie e 5 attività cognitive, quali aree risultano maggiormente deficitarie e quali presentano invece punteggi maggiori. La figura seguente riporta i risultati ottenuti per i singoli item della scala FIM al termine del periodo di somministrazione della RE. Tutte le variazioni (Δ FIM) nelle varie aree sono risultate statisticamente significative.

Trattamento RE ($p < 0,01$ * test t di Student per dati appaiati, confronto pre-post; $n=28$)			
AREE FIM	INGRESSO (M \pm SD)	DIMISSIONE (M \pm SD)	Δ FIM
1. Cura della persona	25.8 \pm 9.2	27.8 \pm 9.3	2.0 *
2. Controllo sfinterico	10.5 \pm 3.1	10.6 \pm 3.1	0.1 *
3. Mobilità	15.3 \pm 4.2	16.0 \pm 3.9	0.7 *
4. Locomozione	10.6 \pm 3.4	11.1 \pm 3.1	0.5 *
5. Comunicazione	8.1 \pm 3.0	9.8 \pm 2.2	1.7 *
6. Capacità relazionali/ cognitive	11.8 \pm 4.3	14.8 \pm 3.6	3.0 *
Punteggio totale FIM	82.1 \pm 21.6	90.2 \pm 21.0	8.1 *

L'utilizzo della scala FIM ha confermato l'ipotesi che un ciclo di 8 mesi di R.E. induca sostanziali miglioramenti del grado di autosufficienza di soggetti affetti da diverse patologie motorie e mentali. Inoltre, la sua applicazione è stata agevole anche per una pratica riabilitativa così peculiare come la RE. Questa terapia, pur nella sua dimensione apparentemente ludica e "non-medica", è da ritenersi quindi un trattamento riabilitativo a tutti gli effetti. L'estensione della valutazione di efficacia di tale trattamento con scale validate è pertanto auspicabile e costituisce il primo passo per una riconsiderazione delle indicazioni a questa terapia, nelle varie patologie dell'adulto e del bambino.

2° Studio. L'alleanza terapeutica

Le nuove acquisizioni fornite al disabile dalla RE, oltre ad arricchire la persona di nuove conoscenze ed esperienze, modificano a volte profondamente il suo stesso atteggiamento verso la vita, aprendo nuove prospettive di indipendenza e di contatti umani.

Perché tali aspettative possano tradursi in risultati concreti nella vita quotidiana è tuttavia necessario che i familiari del disabile siano resi consapevoli dei progressi da lui ottenuti e siano disposti a modificare eventuali atteggiamenti iperprotettivi, che assai spesso vengono assunti per necessità all'inizio e poi mantenuti costantemente, per dare spazio alle sue nuove aspirazioni.

Ha quindi importanza determinante all'interno del progetto riabilitativo il ruolo dei genitori, o chi per essi, in quanto stabilizzatori e continuatori delle acquisizioni ottenute: loro, che vivono con la persona disabile, sono gli unici che possono consentirgli di trasformare concretamente le acquisizioni in nuove

autonomie nella vita quotidiana.

Questo loro ruolo deve essere quindi favorito e stimolato da tutti gli Operatori che lavorano in ambito riabilitativo.

In questo studio abbiamo valutato un campione di 50 soggetti (22 femmine, 28 maschi, età $21,4 \pm 10,6$ anni [$m \pm DS$]) con disabilità neuro-motoria, psico-motoria, psichiatrica e danni misti. Tutti i soggetti facevano parte di un programma di riabilitazione equestre della durata di 8 mesi, due sedute di terapia settimanali, 45 minuti/sessione).

Il *setting* terapeutico “maneggio” è un tipico *close setting*, in cui l’attività di riabilitazione è stata strutturata sulla tipica triade riabilitatore-paziente-cavallo. Tale impostazione è stata aperta solo in occasione del “controllo del progetto riabilitativo”, un evento con un calendario programmato, dove la figura di un alleato terapeutico è stata ammessa e ha permesso di osservare l’intera sessione di riabilitazione direttamente nel *setting*.

Sono state adottate misure con la scala FIM in due diverse fasi del programma riabilitativo: all’inizio e dopo 8 mesi di riabilitazione.

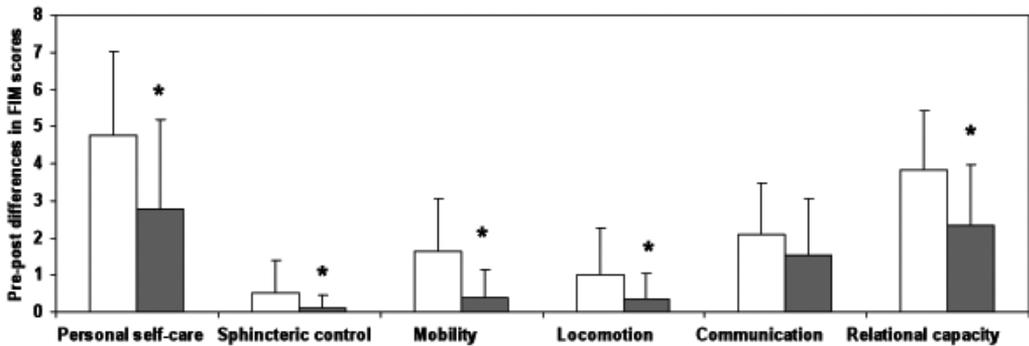
Il campione è stato diviso in due sottogruppi di 25 soggetti con pari età, sesso e distribuzione patologia, in base alla presenza di un alleato terapeutico.

Nel primo sottogruppo durante l’intero periodo di riabilitazione, gli alleati terapeutici (genitori, familiari, educatori, insegnanti) sono stati coinvolti attivamente con un calendario predefinito (chiamato “verifica attiva dell’intervento riabilitativo”, alla 10°, 20°, 30°, 40° sessione di RE).

I criteri di inclusione per la definizione di un alleato terapeutico sono stati i seguenti: a) la sua presenza sul *setting* terapeutico è stata inserita nella cartella clinica del paziente in occasione della prima visita; b) lui/lei ha espressamente accettato di partecipare al progetto riabilitativo; c) lui/ lei era sempre presente in occasione di ogni controllo del progetto riabilitativo (ogni sessione di 10 RE). Per il secondo gruppo di pazienti (Gruppo B) gli alleati terapeutici non sono stati coinvolti attivamente, a causa di problemi pratici e/o oggettivi.

Alla fine del programma di RE, tutti i pazienti hanno mostrato un miglioramento significativo dei punteggi totali FIM e nei punteggi FIM relativi alle diverse aree riabilitative considerate (cura personale, controllo sfinterico, mobilità, locomozione, comunicazione, capacità relazionale/cognitiva) ($p < 0.05$) (cfr. figura seguente).

Tuttavia, tali progressi sono risultati significativamente maggiori in tutte le aree nel gruppo di soggetti (colonne bianche) con alleati terapeutici rispetto a quello in cui tale figure erano assenti (colonne grigie).



Il totale e i punteggi individuali della FIM significativamente migliorati al termine dell'intero programma di RE in tutti i pazienti conferma che tale terapia può essere considerata come una vera strategia promettente nel recupero di auto-efficienza nei pazienti con disabilità neuro-motoria e psico-motoria (Riesser, 1975).

Inoltre, l'evoluzione dei singoli punteggi FIM in ogni paziente può aiutare il riabilitatore ad ottimizzare le strategie terapeutiche, concentrandosi su quelle aree che hanno bisogno di essere stimolate.

Tuttavia, solo quando il beneficio ottenuto in ambito clinico è trasferito negli ambienti domestici dei pazienti, la RE può essere definita efficace.

Questo studio ha dimostrato che il lavoro terapeutico è molto più efficace quando le figure di accompagnamento del disabile sono attivamente coinvolte come alleati terapeutici nel processo riabilitativo.

Tutti i progressi osservati nei singoli punteggi FIM mostrano infatti una differenza significativa tra i gruppi di pazienti con o senza alleati terapeutici.

Contenuti e trasferimenti nella vita quotidiana delle attività svolte attraverso la RE



Scala F.I.M.	Riabilitazione equestre	Trasferimento dei risultati
Area cura della persona: Nutrirsi	Preparazione del cibo, scelta degli alimenti e somministrazione	Spezzo, scelgo, mangio
Area cura della persona: vestirsi dalla vita in giù / su	Giusta sequenzialità nella bardatura del cavallo, scelta del sottosella adatto, posizionamento della sella, fissaggio attraverso il sottopancia (fibbia). Manualità fine	Scelgo la sequenzialità degli indumenti seconda la funzione: prima la maglietta, poi la camicia e i pantaloni, infine allaccio la cintura. Manualità fine
Area della mobilità: trasferimenti (letto - sedia - carrozzina, WC, vasca o doccia)	Trasferimento dalla carrozzina o dalla posizione eretta sul cavallo, scavalcando lo stesso o attraverso l'utilizzo di tecniche d'aiuto. Esercizi in assetto leggero con la finalità di stimolare la muscolatura preposta al sollevamento del bacino da un punto di appoggio.	Salire / scendere dal letto, sedersi / alzarsi dalla sedia e / o dalla carrozzina, scavalcare la vasca da bagno.
Area della locomozione: cammino, carrozzina scale	Usufruire degli stimoli forniti dalle andature del cavallo, dalla frequenza e dal ritmo per stimolare le reazioni di equilibrio e di coordinazioni indispensabili al cammino. Verificare in situazione dinamica (cammina il cavallo) le reali possibilità del paziente e il lavoro da svolgere . Superamento di barrire, cambiamenti di direzione, utilizzo di differenti terreni di lavoro.	Trasferimento delle acquisizioni inerenti l'equilibrio e la coordinazione durante la locomozione. Verifica delle reazioni di equilibrio durante i cambi di direzione ed i differenti terreni (es. gradini, ostacoli improvvisi, sabbia, terra, etc.)
Area delle capacità relazionali e cognitive: rapporto con gli altri	Instaurare differenti rapporti, indispensabili per la corretta esecuzione dell'attività a cavallo, con gli operatori, con lo strumento (cavallo) con gli altri utenti (es. volteggio).	Ristabilire differenti rapporti indispensabili alla vita sociale quotidiana con i familiari, i coetanei, le figure adulte di riferimento (insegnanti, terapisti, etc.).

Area delle capacità relazionali e cognitive: soluzione dei problemi	Progettazione di situazioni nelle quali l'utente è obbligato ad attuare delle scelte: es. direzione del cavallo, andatura, fermata e partenza del cavallo. Presa d'iniziativa personale nella scelta della soluzione, verifica della validità della scelta, condivisione del successo / insuccesso con il cavallo e con il terapeuta.	Capacità di sostenere scelte autonome e relativo successo e insuccesso. Presa d'iniziativa personale all'interno della famiglia, della scuola e della società.
Area delle capacità relazionali e cognitive: memoria	Memorizzazione di azioni sequenziali finalizzate all'ottimizzazione dello svolgimento della terapia. Es. ingresso in maneggio, lavoro a terra, salita sul cavallo, verifica del maneggio (cartelli, barriere, etc.). Svolgimento di sequenze e di figure di maneggio.	Trasferimento delle competenze acquisite: sequenzialità, corretta ripetizione nelle attività quotidiane.

3° Studio. Effetti cardiovascolari della riabilitazione equestre

Ad oggi, sono scarse le informazioni relative agli adattamenti fisiologici indotti dalla RE in soggetti in età evolutiva affetti da patologie gravemente invalidanti (paralisi cerebrale infantile, sindrome di Down, encefalopatie, ritardi dello sviluppo psicomotorio e cognitivo).

Uno dei metodi che può essere utilizzato a tale fine è costituito dallo studio della variabilità della frequenza cardiaca. Scopo di questo lavoro è stato di valutare le condizioni di base pre-trattamento dei soggetti sottoposti ad una seduta riabilitativa e la loro variazione durante la seduta stessa.

Un gruppo di 11 bambini, 8 femmine 3 maschi, di età [m±DS] 11±2 anni, affetti da diverse patologie è stato sottoposto a registrazione della frequenza cardiaca con cardiofrequenzimetro S810i (Polar, Finland), in modalità R-R (battito per battito), prima a riposo e successivamente durante una seduta di RE. Sono stati successivamente analizzati i dati relativi alla variabilità della frequenza cardiaca (*Heart Rate Variability*, HRV) rilevati in condizione di riposo seduti (10 min), e durante la conduzione del cavallo al passo (10 min), per verificare l'entità dell'attivazione cardiaca in risposta alla terapia. Tale attivazione sarebbe indice di un coinvolgimento sia sul piano fisico che emotivo del soggetto durante il trattamento riabilitativo. La HRV descrive la naturale fluttuazione della frequenza cardiaca in risposta a diversi fattori quali gli stati emozionali e gli stress di diversa origine, tra cui naturalmente l'esercizio fisico o la riabilitazione. L'analisi della HRV consente quindi di valutare l'attività dei meccanismi di controllo nervoso sul cuore, studiando in particolare i contributi relativi del sistema autonomo simpatico e parasimpatico sul ritmo cardiaco.

I metodi di analisi della variabilità cardiaca comprendono misure nel dominio del tempo e nel dominio delle frequenze. L'analisi nel dominio del tempo consiste in misure della distribuzione statistica degli intervalli RR (cioè tra due onde R successive all'ECG). I parametri più comunemente utilizzati, oltre alle misure e alle relative medie, sono la radice quadrata degli scarti quadratici medi tra intervalli RR successivi (RMSSD) e la percentuale delle differenze tra intervalli R-R successivi maggiori di 50 ms (pNN50, %), che possono essere considerati degli indici di attività vagale. L'analisi spettrale nel dominio delle frequenze, attraverso differenti modelli matematici come i modelli auto-regressivi, consente di individuare i singoli contributi in frequenza alla variabilità totale, perchè ciascuna banda spettrale risente dell'influenza di specifici meccanismi neurali di controllo sull'attività cardiaca. L'attività parasimpatica è considerata responsabile di un'oscillazione più rapida, detta ritmo HF (*High Frequency*), con frequenza compresa tra 0.15 e 0.45 Hz, e questa banda riflette anche le oscillazioni conseguenti all'attività respiratoria. La variabilità a basse frequenze, detta ritmo LF (*Low Frequency*), con frequenza compresa tra 0.04 e 0.15, è dovuta sia all'azione simpatica che a quella parasimpatica, e inoltre rispecchia l'attività di altri meccanismi regolatori come il sistema renina-angiotensina e il baroriflesso arterioso. Il rapporto LF/HF appare infine un buono stimatore della bilancia simpatovagale. La potenza di LF e di HF viene solitamente espressa in unità normalizzate (nu), cioè come rapporto tra la potenza assoluta di LF o HF e la potenza totale, sottratta del valore di VLF, moltiplicato per 100.

Valutando anzitutto i valori di HRV a riposo nei diversi soggetti, solo in un caso si è verificata un'attivazione significativa del sistema ortosimpatico (LF/HF circa = 7), che potrebbe risultare collegata a uno stato di ansia anticipatoria indotta dalla terapia.

Tra la condizione basale (soggetti a riposo seduti) e quella di attività (in sella) si è verificato un modesto ma significativo aumento (test *t* di Student per campioni appaiati $p < 0.05$) della frequenza cardiaca media del periodo (96 ± 13 a riposo vs 113 ± 12 bpm in sella). Tale aumento è parso collegato a una riduzione significativa del valore di RMSSD, di pNN50, % e di SD1 (a riposo 26.1 ± 11.6 vs 15.7 ± 6.9 ms in sella). Inoltre, si è verificato un concomitante aumento del valore del rapporto LF/HF (3.6 ± 1.5 vs 5.5 ± 2.1), associato a un *trend* in diminuzione del valore delle HFnu e a un aumento delle LFnu.

Nel complesso, è possibile asserire che i valori di riposo della variabilità cardiaca testimoniano una ridotta tensione emotiva in tutti i soggetti esaminati, probabilmente indotta dalla presenza "confortante" del cavallo e dalla tranquillità infusa dell'ambiente circostante (maneggio, terapisti, etc.), che rappresenta

un ambito terapeutico assolutamente demedicalizzato. La terapia per mezzo del cavallo non sembra quindi indurre un'apprezzabile stato di ansia emotiva anticipatoria nei pazienti testati, sia pure con gravi turbe psichiche.

I dati ottenuti indicano inoltre un quadro complessivo di transizione da una situazione di controllo a predominanza del parasimpatico, quella di riposo, ad una situazione di attivazione, testimoniata dalla riduzione dell'attività vagale. Questo indica che i soggetti, nonostante le patologie in alcuni casi gravemente invalidanti da cui sono colpiti, partecipano attivamente alla terapia, ciascuno secondo le proprie possibilità, e ne sono comunque coinvolti sia emotivamente sia fisicamente. Infine, il fatto che la variazione di frequenza cardiaca ottenuta nella transizione riposo-attività con il cavallo sia stata ottenuta principalmente mediante una disattivazione del parasimpatico vagale piuttosto che mediante un'attivazione del sistema ortosimpatico, potrebbe essere considerata un fattore di protezione, poiché un minor tasso circolante di ormoni adrenergici espone meno il sistema cardiovascolare dei pazienti a un'iper-stimolazione che potrebbe produrre effetti, per esempio pressori o aritmici, inappropriati.

4° Studio. La relazione di aiuto

Partecipare attivamente alla nascita e alla crescita di una creatura come un puledro può essere considerato un percorso che, se opportunamente progettato, monitorizzato e verificato concorre sinergicamente al raggiungimento di obiettivi riabilitativi cognitivi, comportamentali e relazionali.

In questo studio abbiamo arruolato 19 bambini amboessesi di età media 9 anni (*range* 5-13) con diagnosi quali autismo infantile, ritardo psicomotorio, paralisi cerebrale infantile, deficit cognitivo-comunicativo-relazionale, inseriti in RE con terapie a cadenza bisettimanale per un periodo minimo di 12 mesi. Il *setting* terapeutico era costituito dal maneggio, dall'inizio del progetto (identificato con l'inizio della gravidanza di una cavalla operante all'interno del Servizio di Riabilitazione Equestre da 15 anni), al parto avvenuto in maneggio e alla crescita della puledra nata. L'identificazione del maneggio quale *setting* terapeutico ha permesso di poter costruire un programma riabilitativo che potesse essere concretamente svolto e verificato in tutti i suoi aspetti. La presenza contemporanea dei bambini, degli alleati terapeutici (genitori, familiari, accompagnatori, educatori, insegnanti ecc.) degli operatori (medico, terapisti, ausiliari) della fattrice e della puledra ha costituito la forza sinergica del programma stesso.

Lo studio ha previsto il coinvolgimento da parte degli Operatori Sanitari, rispetto all'inizio della gestazione della cavalla, degli alleati terapeutici al fine di trasferire ai piccoli pazienti concetti quali l'attesa della nascita di una

creatura, la gravidanza, la comparazione anatomo-topografica uomo-animale, la composizione di un percorso fotografico delle mamme in attesa dei loro bambini e l'osservazione guidata degli appuntamenti con il Medico Veterinario.

I bambini sono inoltre stati coinvolti subito dopo il parto al fine di accogliere, osservare e registrare le emozioni e le reazioni all'avvenimento.

E' stata inoltre attivata l'iniziativa personale dei piccoli pazienti attraverso richieste da parte dei terapeuti concordate nel programma: comperare e portare carote, mele alla fattrice (partecipazione attiva del bambino nel effettuare la spesa con i genitori), occuparsi personalmente (con assistenza degli operatori) di accompagnare la fattrice e la puledra nel prato per le uscite quotidiane e riportarle nel loro box.

Infine, è stata promossa l'osservazione guidata dei giochi della puledra in maneggio, utilizzando sia gli attrezzi psicomotori abitualmente utilizzati dai bambini durante la terapia: palle, cerchi, nastri colorati che i pazienti hanno deciso di "prestare".

In 3 momenti differenti (inizio- prima del parto- cavalla-puledra) è stata richiesta l'effettuazione di disegni effettuati in maneggio dai bambini, assistiti dai loro terapeuti, valutati dal medico del servizio e dagli operatori in *équipe*, e successivamente inclusi in cartella clinica.

L'interpretazione della batteria di disegni eseguiti ha permesso di evidenziare una variazione della consapevolezza del sé nei bambini.

Inoltre, si è evidenziato come si è evoluta la rappresentazione del rapporto cavallo-bambino.

Infine ripercorrere la gravidanza da parte delle mamme dei piccoli pazienti insieme agli operatori e ai loro bambini ha permesso di stringere un forte legame emotivo e fiducioso tra tutti i partecipanti.

Comparare la gravidanza umana a quella animale ha permesso un esame concreto della realtà: mamma in attesa-cavalla in attesa.

Un importante risultato ottenuto dall'inizio del percorso è stata la strutturazione della relazione d'aiuto bambino-cavalla gravida (impossibilità ad essere utilizzata in terapia, necessità di portarla alla lunghina a passeggiare ecc.) e successivamente con la puledra: accudimento, senso di responsabilità, ricerca di competenze latenti che opportunamente stimolate si evidenziano e consolidano.

Il progetto si è concluso in concomitanza dello svezzamento della puledra.

5. Conclusioni

La RE rappresenta un valido metodo rieducativo in grado di offrire molteplici modalità di applicazione, in sinergia o in alternanza con altri interventi riabilitativi (soprattutto in età evolutiva), oppure come unico programma riabilitativo, per le sue particolari caratteristiche.

Inoltre, la riabilitazione equestre non deve essere proposta come novità o come “magica” terapia, ma come percorso riabilitativo concreto e specifico, che può rappresentare a seconda della patologia, del momento evolutivo dell’utente e degli obiettivi da raggiungere, forza primaria di intervento, o anche concorrere insieme ad altre tecniche al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La riabilitazione equestre si svolge in maneggio, e quindi in un ambiente demedicalizzato che da un lato favorisce l’utente che deve sottoporsi a lunghe terapie (Capponi, 1981) e dall’altro richiede agli Operatori molta competenza, serietà e rigore nel progettare, verificare e monitorizzare l’atto riabilitativo.

La testimonianza della valenza del Cavallo come “strumento riabilitativo” effettuata attraverso dati scientifici rinforza ulteriormente l’oggettivazione che avviene quotidianamente da parte di tutti gli Operatori che hanno la fortuna e il privilegio di lavorare con “collegli” così speciali.

Bibliografia

- Artuso, A. (2008), La riabilitazione equestre: il cavallo come strumento riabilitativo nell'alleanza terapeutica tecnici-familiari. In A.G. Bedin (a cura di), *I linguaggi per la disabilità. Strumenti per l'uso dell'intelligenza emotiva e sociale*. Firenze: GiuntiO.S.
- Bain, A.M. (1965), Pony riding for the disabled. *Physical Therapy*, 51, 263-265.
- Baroli, G.S., Samborski, R. (1991), The horse as an aid in therapy. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 141 (20), 476-81.
- Bass, M.M., Duchowny, C.A., Llabre, M.M. (2009), The Effect of Therapeutic Horseback Riding on Social Functioning in Children with Autism. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 39, 1261-1267.
- Bravi, A., Longtin, A., Seely, A.J. (2011), Review and classification of variability analysis techniques with clinical applications. *Biomed Eng Online*, 10:90.
- Capponi, A. (1979), *Riabilitazione equestre: Aspetti neurologici dell'età evolutiva*. Milano:ANIRE.
- Cerulli, C., Minganti, C., De Santis, C., Tranchita, E., Quaranta, F., Parisi, A. (2014), Therapeutic Horseback Riding in Breast Cancer Survivors: A Pilot Study. *J Altern Complement Med.*, 20(8), 623-9.
- Davies, J.A. (1967), *The Reins of Life: An Instructional and Informative Manual on Riding for DSA*. London: J. A. Allen & Co.
- Del Rosario-Montejo, O., Molina-Rueda, F., Muñoz-Lasa, S., Alguacil-Diego, I.M. (2014), Effectiveness of equine therapy in children with psychomotor impairment. *Neurologia* (in press).
- Encheff, J.L., Armstrong, C., Masterson, M., Fox, C., Gribble, P. (2012), Hippotherapy effects on trunk, pelvic, and hip motion during ambulation in children with neurological impairments. *Pediatr Phys. Ther.*, 24(3), 242-50.
- Exner, G., Engelmann, A., Lange, K., Wenck, B. (1994), Basic principles and effects of hippotherapy within the comprehensive treatment of paraplegic patients. *Rehabilitation*, 33 (1), 39-43.
- Fleck, C.A. (1992), Hippotherapy: Mechanics of human walking and horseback riding (155-176). In B.T. Engel (ed.), *Rehabilitation with the help of a horse: a collection of studies*. Durango (CO): Barbara Engel Therapy Services.
- Frascarelli, M., Citterio, D. N. (2001), *Trattato di riabilitazione equestre*. Roma: Il Minotauro.
- Freeman, G. (1983), Therapeutic horseback riding. *Clinical Management*, 4, 21-24.
- Freeman, J.A., Langdon, D.W., Hobarth, J.C., Thompson, A.J. (1997), The impact of inpatient rehabilitation on progressive multiple sclerosis. *Annals of Neurology* 42 (2), 236-44.

- Gottwald, A., Biewald, N. (1981), New aspects in the treatment of Scheumann's disease with hippotherapy. *Zeitschrift für Orthopädie und Ihre Grenzgebiete*, 119 (4), 351-5.
- Granger, C.V., Cotter, A.C., Hamilton, B.B., Fiedler, R.C., Hens, M.M. (1990), Functional assessment scales: a study of persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71(11), 870-5.
- Harpoth, U. (1970), Horseback riding for the disabled. *Physical Therapy* 50, 235-236.
- Haskin, M. R., Erdman, W. J. 2nd, Bream, J., Mac Avoy, C.G. (1974), Therapeutic horseback riding for the handicapped. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 55(10), 473-474.
- Riesser, H. (1975), Therapy with the help of a horse; attempt at a situational analysis. *Rehabilitation*, 14 (3), 145-149.
- Saywell, S.Y. (1975), Riding and ataxia. *Physiotherapy*, 61(11), 334-5.
- Shurtleff, T.L., Standeven, J.W., Engsberg, J.R., (2009), Changes in dynamic trunk/head stability and functional reach after hippotherapy. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(7), 1185-95.
- Silva-Borges, M.B., Werneck, M.J., Da-Silva, M. L., Gandolfi, L., Pratesi, R. (2011), Therapeutic effects of a horse riding simulator in children with cerebral palsy. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 69(5), 799-804.
- Tauffkirchen, E., (1978), Hippotherapy: a supplementary treatment for motion disturbance caused by cerebral palsy. *Padiatrie und Padologie*, 13 (4), 405-411.
- Tesio, L. (1993) (a cura di), FIM: Functional Independence (Versione italiana, Manuale d'uso) *Ricerca in Riabilitazione (suppl.)*, 2, 1-44
- Woods, D., (1979), Horseriding catching on as a therapy for the disabled. *Can. Med. Assoc. J.*, 121(5), 631-650.
- Yung, A., Wong, V., Yeung, R., Yeun, S.M., Ng, S.L., Tse, S.F., Wong, E., Chan, A. (1999), Outcome measure for paediatric rehabilitation: use of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM). A pilot study in Chinese children with neurodevelopmental disabilities. *Pediatric Rehabilitation*, 3 (1), 21-28.

TRAINING MUSICALE PER BAMBINI CON DISTURBO DA DEFICIT DI ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ (ADHD): L'EFFICACIA DI UN INTERVENTO IN PICCOLO GRUPPO

SILVIA BERTONI*
ALICE CANCER*
ELISA ZUGNO*
CARLOTTA ZANABONI°
MASSIMO ALLEVI^
ALESSANDRO ANTONIETTI□

Riassunto. *Viene descritta una metodologia riabilitativa cognitivo-musicale applicata ad un gruppo di bambini con Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, ADHD). Un training sonoro-musicale realizzato ad hoc è stato sviluppato e applicato a due gruppi di bambini con ADHD. I dati raccolti mettono in luce le potenzialità delle tecniche musicali per il trattamento dell'ADHD in età scolastica attraverso il potenziamento di specifiche abilità connesse con il disturbo.*

Parole-chiave: *musica, disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), regolazione del comportamento.*

1. Introduzione

Oggi si è perlopiù concordi nel considerare la *musicoterapia* come una modalità di approccio alla persona che utilizza il suono e la musica come strumento di comunicazione non-verbale per intervenire a livello educativo, riabilitativo o terapeutico in una varietà di condizioni patologiche e para-fisiologiche. L'ascolto e la produzione musicale attivano contemporaneamente aree corticali e sottocorticali, stimolando in maniera diretta e indiretta diverse funzioni cognitive tra cui l'attenzione, la memoria, la pianificazione del movimento e la cognizione spaziale. Inoltre l'atto musicale attiva il sistema limbico e il sistema neurovegetativo.

* Psicologa, Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione SPAEE, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

° Psicologa, Centro Tourette IRCCS Galeazzi, Milano

^ Psicologo, Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione SPAEE, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

□ Professore ordinario di Psicologia Generale presso la Facoltà di Psicologia e direttore del Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

tativo provocando reazioni fisiologiche corrispondenti a specifiche emozioni. Le stimolazioni prodotte dalla musica sono multisensoriali e ciò offre l'opportunità di compiere scelte musicali ponderate in base al disturbo che si ha intenzione di trattare. Poiché gli stimoli pervengono attraverso diversi canali tra cui quello visivo, tattile e cinestesico, anche le relative risposte interessano più di una modalità sensoriale. Stimoli e risposte possono essere definite in cinque diversi modalità, corrispondenti a diversi livelli di esperienza musicale (Bruscia, 1989):

- Stimoli e risposte pre-musicali: hanno la caratteristica di essere poco consapevoli e intenzionali.
- Stimoli e risposte musicali: sono intenzionali, controllati e organizzati in maniera significativa.
- Stimoli e risposte extra-musicali: provengono dalla musica o sono influenzati da essa.
- Stimoli e risposte para-musicali: pur essendo presenti nell'ambiente musicale, risultano indipendenti dalla musica.
- Stimoli e risposte non-musicali: sono presenti nell'ambiente, ma sono indipendenti dal setting in generale.

Considerate le peculiarità del codice musicale, si è reputato interessante indagare gli effetti del suo utilizzo con bambini con ADHD. Gli studi condotti in quest'ambito di ricerca non sono numerosi. Tali ricerche hanno riguardato l'impiego della musica in relazione a:

1. Regolazione del comportamento. In questo filone di ricerche il primo a condurre degli studi fu Wilson il quale, nel 1976, al fine di ridurre i comportamenti distruttivi e le condotte inadeguate, ha usato la musica rock accostandola alla tecnica del time-out come rinforzo negativo. Circa vent'anni più tardi Pratt et al. (1995) hanno raggiunto i medesimi risultati utilizzando però la musica come sottofondo. Nel 1986 Cripe ha valutato in maniera sistematica l'efficacia del trattamento musicale con soggetti con ADHD. Egli confidava nel fatto che tali interventi potessero essere una valida alternativa ai tradizionali trattamenti proposti per il trattamento dell'ADHD poiché avevano il vantaggio di non essere intrusivi.

2. Incremento dell'attenzione. Morton et al. (1990) hanno mostrato che il trattamento musicale apporta dei benefici nell'ascolto dicotico (ascolto contemporaneo di due stimoli uditivi) insieme ad altri vantaggi, tra cui il potenziamento della memoria a breve termine, l'ottimizzazione dell'elaborazione delle informazioni e la sensibile riduzione di distraibilità. In un recente studio Pelham, Waschbusch e Hoza (2011) si sono chiesti se la musica sia un fattore distraente per i bambini con ADHD o se invece funga da facilitatore per la concentrazione. I risultati hanno mostrato che la presenza della musica non provoca effetti di di-

strazione. Da altri studi è risultato che alcuni bambini con ADHD necessitano di un ambiente più stimolante per massimizzare le loro prestazioni (Zentall, 1979) mentre altri non ne traggono particolari benefici, pur non venendone penalizzati.

3. *Controllo dell'impulsività.* Rickson (2006) ha condotto uno studio con l'obiettivo di confrontare gli effetti sull'impulsività da parte di un'attività musicale direttiva e una basata sull'improvvisazione. È emerso che entrambe le modalità producono esiti positivi per quanto concerne il miglioramento della capacità di ascoltare gli altri ed un incremento del livello di partecipazione ai lavori di gruppo.

4. *Gestione delle emozioni.* È stato mostrato che la musica è uno strumento dalle grandi potenzialità in quanto efficace per favorire l'espressione e la regolazione delle emozioni (Juslin e Sloboda, 2001; Saarikallio e Erikkiila, 2007; Thoma et al., 2006) e dei sentimenti. Ciascun individuo ha una personale disposizione a regolare le emozioni (Wirtz et al., 2006) ed è stato riportato che la gestione delle emozioni è strettamente connessa al benessere psicologico (Lam et al., 2009).

Nel panorama italiano, studi specifici riguardanti l'utilizzo della musicoterapia come trattamento dell'ADHD sono molto pochi ma nonostante ciò è stato possibile mettere in luce la potenzialità di questo approccio. In particolare Borghesi (1995) ha trattato un bambino ipercinetico cercando di favorire il rilassamento attraverso una strategia di delimitazione del campo della relazione. Finalità principali di questo intervento riguardano l'apprendimento delle competenze rafforzate nel setting terapeutico e il loro conseguente trasferimento in un contesto esterno (casa e scuola). Un altro contributo è stato fornito da (2010), la quale ha sottoposto due bambini in età scolastica con ADHD ad un trattamento a base musicale con lo scopo generale di facilitare il recupero di alcune competenze cognitivo-comportamentali compromesse. Anche questo intervento mostra come la musica consenta, a differenza di altri trattamenti, la possibilità di offrire un setting ludico, all'interno del quale il bambino abbia la percezione di giocare con i suoni.

Uno dei motivi principali per cui la musicoterapia rappresenta un intervento opportuno per il trattamento dell'ADHD risiede nel fatto che essa offre un contesto privilegiato in cui il soggetto è posto nelle condizioni adeguate per poter instaurare una relazione significativa con il terapeuta sentendosi riconosciuto, rispecchiato ed accettato. Il sentimento di accettazione deriva dall'atteggiamento imparziale da parte dell'esperto, il quale si astiene dall'esprimere giudizi nei confronti del paziente. Il principale punto di forza è dato dalla possibilità di sperimentare le problematiche del soggetto al fine di ampliare la conoscenza dei disagi manifestati e di incrementare la consapevolezza delle condotte disfunzionali. Grazie alla relazione paziente-terapeuta, i bambini con ADHD si riscattano

dalle frustrazioni ricevute dalle relazioni con i pari e con gli adulti a causa della propria condotta inadeguata. Un altro bisogno tipico di questi pazienti, oltre a quello relazionale, consiste nell'essere costantemente stimolati e la musicoterapia risulta adeguata anche per questo aspetto: essa propone diverse attività multisensoriali in cui vengono coinvolti udito, tatto e vista.

2. Obiettivi di ricerca

E' stato ideato e realizzato un intervento a base musicale rivolto i bambini con ADHD. L'obiettivo principale dell'intervento concerne il miglioramento delle competenze cognitive e comportamentali compromesse. Il progetto ha previsto lo svolgimento di specifiche attività finalizzate al potenziamento di tali abilità.

Gli obiettivi generali sono i seguenti:

1. *Promuovere il potenziamento di abilità connesse all'ADHD.* Esso viene raggiunto attraverso obiettivi specifici quali: incrementare la capacità di regolazione dell'attenzione, di concentrazione e di ascolto e migliorare la capacità di rispettare le regole e le istruzioni.

2. *Promuovere la capacità di autocontrollo psicomotorio.* Tale obiettivo è scandito in obiettivi specifici, tra cui: migliorare la consapevolezza del proprio corpo, potenziare il senso di controllo della propria attività motoria, regolare in maniera controllata i movimenti che compie il proprio corpo, affinare la funzionalità ritmica del proprio corpo.

3. *Promuovere la sincronizzazione tra tempo interno e tempo esterno.* A questo sono connessi obiettivi quali: accrescere la consapevolezza della propria impulsività, acquisire la capacità di regolare la tendenza a compiere azioni impulsive, imparare a modulare la forza dei movimenti, imparare a rispettare i turni.

4. *Promuovere il miglioramento della capacità introspettiva.* A ciò fanno riferimento i seguenti obiettivi specifici: favorire l'autoriflessione, accrescere la consapevolezza dei propri sentimenti ed emozioni, aumentare la capacità di riconoscere le emozioni, incrementare la capacità di gestire le emozioni, migliorare la capacità di associare le emozioni alle sensazioni provate.

5. *Promuovere l'incremento del livello di autostima.* A tal fine è necessario accrescere la consapevolezza di essere capaci di fare, accrescere il senso di autoefficacia, favorire il modo di percepirsi in maniera positiva, incrementare il sentimento di soddisfazione verso sé stessi, diminuire il senso di impotenza appresa, aumentare la resilienza.

3. Metodologia

L'intervento ha previsto un totale di 10 incontri a cadenza bisettimanale (per 5 settimane continuative). Vi ha preso parte un campione di 6 bambini di età com-

presa tra gli 8 e i 12 anni con diagnosi di ADHD.

Il primo e l'ultimo incontro sono stati dedicati alla valutazione cognitiva e comportamentale di ciascun bambino. In questi momenti si è ricorsi a strumenti di assessment attentivo, scale di valutazione per l'ADHD, strumenti per l'assessment della discriminazione musicale e strumenti per l'assessment della capacità ritmica.

In particolare, gli strumenti sono stati applicati con lo scopo di indagare le seguenti aree:

- attenzione sostenuta e attenzione selettiva;
- iperattività;
- autostima;
- qualità della vita;
- capacità di discriminazione musicale;
- capacità ritmica.

Di seguito viene riportato l'elenco degli strumenti utilizzati per l'assessment:

- *Test delle Ranette*, tratto dalla Batteria Italiana per l'ADHD - BIA (2010): valuta l'attenzione selettiva, quella mantenuta e l'inibizione motoria.
- TAU (*Test di Attenzione Sostenuta Uditiva*), tratto dalla Batteria Italiana per l'ADHD (BIA);
- questionario SDAG (Marzocchi et al., 2010): scala di valutazione per l'ADHD che mira ad indagare le due aree maggiormente interessate (disattenzione e iperattività/impulsività).
- Questionari costruiti ad hoc: sono stati predisposti due questionari volti ad indagare l'autostima e la qualità della vita dei bambini con ADHD, rispettivamente costruiti per la compilazione da parte dei genitori e da parte del bambino stesso.
- Test di Seashore (1939): prevede una serie di prove finalizzate alla misurazione delle attitudini musicali; viene infatti valutata la capacità di discriminare l'altezza, l'intensità, il ritmo, la durata, il timbro. Per la ricerca sono stati in particolare indagati tre parametri: melodia, volume e intensità.
- Tre prove di ritmo di Stamback (1980): viene indagata la capacità di riproduzione di strutture ritmiche.
- Griglia di osservazione comportamentale: costruita appositamente per registrare, a ogni incontro e a ogni attività, i comportamenti di disattenzione, iperattività ed impulsività.

Il secondo ed il nono incontro del percorso sono stati dedicati rispettivamente alla fase introduttiva e conclusiva del trattamento, mentre nei sei incontri centrali si è svolto il training musicale. Ogni incontro è stato caratterizzato da un tema principale, in particolare: allenamento ritmico, capacità di inibizione e autore-

golazione, attenzione, autoefficacia, sintonizzazione con l'altro e gestione delle emozioni. I bambini sono stati assegnati casualmente ad uno tra due piccoli gruppi di intervento. Ciascuna seduta sperimentale si è svolta mantenendo un alto livello di strutturazione e prevedibilità. Gli incontri hanno avuto luogo in uno spazio protetto, ampio e luminoso presso la *Fabbrica del Talento* (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, sede di piazza Buonarroti), dove si è cercato di limitare la presenza di stimoli distrattori. Gli appuntamenti hanno mantenuto sempre i medesimi orari rispettando il giorno della settimana prestabilito per l'incontro e ciascun gruppo è sempre stato seguito dagli stessi operatori. La marcata strutturazione temporale degli incontri e del setting forniscono infatti ai bambini con ADHD un contenimento dei loro comportamenti espressivi nonché assume una funzione organizzativa (Borghesi, 1995). Per quanto concerne i singoli incontri (ognuno della durata di circa un'ora), hanno sempre rispettato una strutturazione standard delle attività:

- momento di accoglienza (10 minuti circa);
- rilassamento attivo (5 minuti circa);
- prima attività (dai 10 ai 15 minuti);
- seconda attività (dai 10 ai 15 minuti);
- lettura di una storia (5 minuti circa);
- rilassamento passivo (5 minuti circa).

Nel momento iniziale i bambini seduti in cerchio insieme agli operatori erano motivati a condividere con il gruppo un'esperienza vissuta nel corso della settimana, con l'obiettivo di favorire un clima di accoglienza e scambio reciproco.

Per quanto riguarda il rilassamento, questo è stato proposto all'inizio e alla fine di ogni incontro con lo scopo di ridurre il livello di attivazione psicofisiologica e lo stato di tensione dei bambini. Alcuni autori sostengono che il rilassamento mobilita le risorse del bambino, migliorando le attività legate alle funzioni fisiche, ma anche comunicative e pragmatiche (Caffo e Camerini, 1991). Per queste ragioni si pensa che la tecnica del rilassamento sia particolarmente utile quando proposta preliminarmente a un'attività riabilitativa o terapeutica per facilitarne l'avvio, oppure parallelamente al trattamento. In particolare la tecnica di rilassamento "attivo" utilizzata era di tipo immaginativo (*body scan*), mentre quella passiva sfruttava le caratteristiche di tracce audio selezionate *ad hoc*.

Per quanto concerne le attività riabilitative proposte, esse sono state messe a punto da un gruppo di psicologi collaboratori del Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione in Età Evolutiva (SPAEE) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, esperti nelle tematiche in oggetto. Le attività sono state ideate rielaborando tecniche classiche del trattamento musicoterapico e tecniche di tipo cognitivo-comportamentale coinvolgendo la stimolazione musicale e la

manipolazione di strumenti musicale. A entrambi i gruppi sono state proposte le medesime attività.

Sebbene una rigorosa strutturazione e pianificazione delle attività sia funzionale a garantire una struttura di riferimento, questa deve essere dinamicamente adattata alle situazioni specifiche e alle caratteristiche dei soggetti coinvolti, che spesso richiedono un lavoro personalizzato. Pertanto, nonostante si sia cercato di proporre il medesimo trattamento a entrambi i gruppi, alcune differenze nella conduzione del laboratorio si sono verificate in risposta ai bisogni specifici dei bambini coinvolti, e quindi per le analisi dei risultati ottenuti è stata mantenuta la suddivisione tra i gruppi (ossia sono state considerate separatamente le prestazioni medie del gruppo A e del gruppo B).

4. Risultati

Confrontando i risultati ottenuti durante la fase di valutazione iniziale (pre-test) con quelli ricavati dalle prove della valutazione finale (post-test) si può affermare che i due gruppi abbiano risposto positivamente all'intervento musicale proposto. Le abilità connesse all'ADHD sono risultate in parte migliorate a seguito dell'intervento, in particolare per quanto riguarda l'attenzione selettiva e sostenuta, le capacità ritmiche e il livello di iperattività (v. figure da 1 a 4), mentre i costrutti dell'autostima e della qualità della vita non risultano significativamente modificati.

Fig. 1 - Miglioramento dell'attenzione selettiva in seguito al trattamento

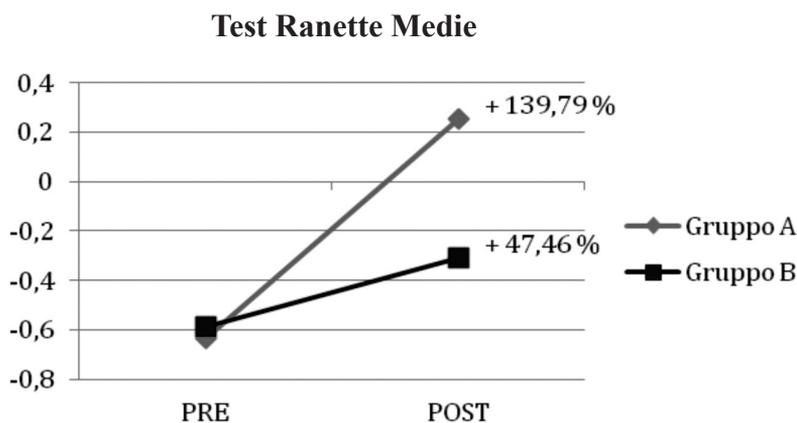


Fig. 2 - Miglioramento dell'attenzione sostenuta in seguito al trattamento

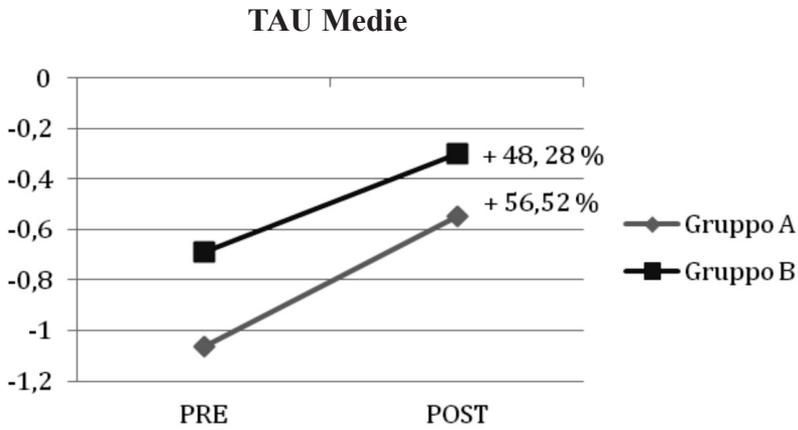


Fig. 3 - Miglioramento della capacità di discriminazione ritmica in seguito al trattamento

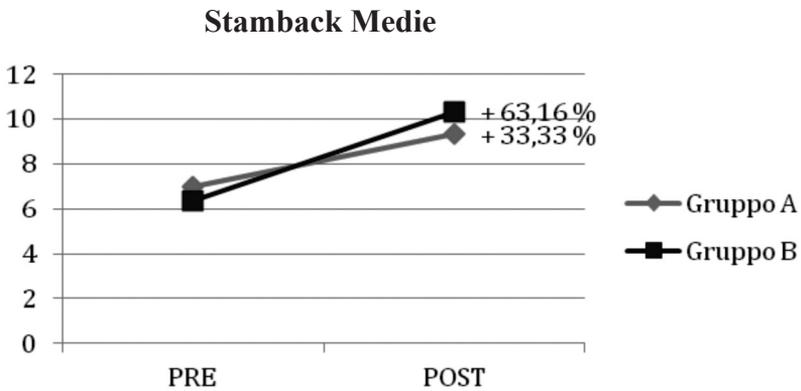
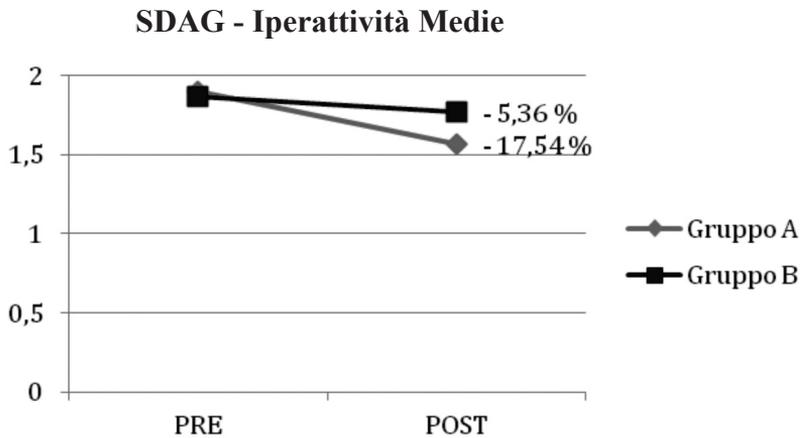


Fig. 4 - Diminuzione dell'iperattività riferita dai genitori in seguito al trattamento



5. Conclusioni

Dai risultati emerge che i due gruppi abbiamo tratto beneficio dall'intervento e abbiamo potenziato alcune delle abilità compromesse nell'ADHD, in particolare attenzione selettiva e sostenuta e controllo dell'iperattività. Gli obiettivi di miglioramento della capacità di attenzione, autocontrollo psicomotorio e sincronizzazione tra tempo esterno e tempo interno risultano perseguiti. Gli obiettivi inerenti alle capacità introspettive e all'aumento dell'autostima risultano invece soltanto in parte raggiunti. La breve durata dell'intervento è uno dei fattori che ha determinato gli scarsi effetti della metodologia nelle predette aree (autostima, capacità introspettive, qualità della vita), le quali generalmente richiedono tempistiche più lunghe affinché si verifichino delle modificazioni.

La ricerca presentata fornisce una prova a favore dell'efficacia dei trattamenti musicali per i disturbi cognitivi e comportamentali dello sviluppo. Tuttavia, sulla base di quanto rilevato, tale tecnica non è da considerarsi quale unico trattamento efficace per l'ADHD, ma può rappresentare un intervento efficace se combinato ad altre terapie specifiche. Per raccogliere ulteriori dati a favore di tale ipotesi, sarebbe utile confrontare i risultati sinora ottenuti con quelli derivati dall'applicazione della metodologia musicale combinata ad un intervento più tradizionale.

Bibliografia

- Borghesi, M. (1995), Linee generali del trattamento musicoterapico di un caso di "Sindrome del Bambino Ipercinetico". *Musica & Terapia*, 3 (1), 27-30.
- Bruscia, K. (1989), *Defining music therapy*. Spring Lake (PA): Spring House Books.
- Caffo, E., Camerini, G. B. (1991), *Il significato del corpo nella terapia grafomotora*. Milano: Guerini.
- Cripe, F. F. (1986), Rock music as therapy for children with attention deficit disorder: An exploratory study. *Journal of Music Therapy*, 23, 30-37.
- Juslin, P. N., Sloboda, J. A. (2001), *Music and emotion*. New York: Oxford University Press.
- Lam, S., Dickerson, S. S., Zoccola, P. M. et al. (2009), Emotion regulation and cortisol reactivity to a social - evaluative speech task. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1355-1362.
- Marzocchi, G. M., Re, A. M., Cornoldi, C. (2010), *BIA. Batteria italiana per l'ADHD per la valutazione dei bambini con deficit di attenzione-iperattività*. Trento: Edizioni Erickson.
- Morton, L. L., Kershner, J. R., Siegel, L. S. (1990), The potential for therapeutic applications of music on problems related to memory and attention. *Journal of Music Therapy*, 27, 195-206.
- Pelham, W. E. jr, Waschbusch, D. A., Hoza, B. et al. (2011), Music and video as distractors for boys with ADHD in the classroom: Comparison with controls, individual differences, and medication effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1085-1098.
- Pratt, R. R., Abel, H. H., Skidmore, J. (1995), The effects of neurofeedback training with background music on EEG patterns of ADD and ADHD children. *International Journal of Arts Medicine*, 4, 24-31.
- Rickson, D. J. (2006), Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A comparison of the effects on motor impulsivity. *Journal of Music Therapy*, 43, 39-62.
- Saarikallio, S., Erikkila, J. (2007), The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of Music*, 35, 88-109.
- Seashore, C. E., Lewis, D., Saetveit, J.G. (1939), *Seashore measures of musical talents*. Camden (NJ): RCA Victor.
- Stambak, M. (1980). *Tre prove di ritmo*. Firenze: O.S.
- Thoma, M. V., Ryf, S., Ehler, U. et al. (2006), Regulation of emotions by listening to music in emotional situations. In M. Baroni, A.R. Addressi, R. Caterina et al. (eds.), *Proceedings of the 9th International Conference on Music Perception*

and Cognition. University of Bologna.

Wilson, C. V. (1976), The use of rock music as a reward in behavior therapy with children. *Journal of Music Therapy*, 13, 39-48.

Wirtz, P., Von Kanel, R., Mohiyeddini, C. et al. (2006), Low social support and poor emotion regulation are associated with increased stress hormone reactivity to mental stress in systemic hypertension. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 91, 3857-3865.

Zentall, S. S. (1979), Effects of environmental stimulation on behavior as a function of type of behavior disorder. *Behavioral Disorders*, 5, 19-29.

Zugno, E. (2010), La musica nel Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (DDAI). In A. Antonietti, B. Colombo (a cura di), *Musica che educa musica che cura* (pp. 193-217). Roma: Aracne.

Zugno, E. (2010), Musicoterapia e disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD): Un incontro possibile? *Disturbi di Attenzione e Iperattività*, 5, 199-212.

UNO STUDIO CLINICO DI VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO MENTALE NEI BAMBINI CON ANORESSIA NERVOSA

ALESSIA MARCASSA*
DANIELE PARADISO°
MARIA GALLI DELLA MANTICA*
MARINA GANDIONE*
ELENA LONGO*
ELAINE ZANIN*
CRISTINA CARBONARA*
CESARE ALBASI°

Riassunto. *A fronte di una prevalenza simile di malattia, si assiste negli ultimi anni ad un aumento d'incidenza di disturbo alimentare tra la popolazione preadolescenziale. Obiettivo dello studio è quello di valutare l'assetto psicologico e il funzionamento mentale di bambini in età preadolescenziale affetti da anoressia nervosa e delle rispettive coppie genitoriali. Seppur in una prospettiva multifattoriale, per i bambini affetti da anoressia nervosa in età scolare si è ipotizzato un maggiore peso dell'ambiente psichico, costituito principalmente dal funzionamento mentale dei genitori e l'esistenza di correlazioni tra i problemi in aree specifiche del funzionamento mentale dei genitori e quello dei figli. Sono risultate essere statisticamente significative numerose correlazioni tra i punteggi ottenuti nelle nove aree del funzionamento mentale PDM dei bambini e quelle dei loro genitori, questi risultati suggeriscono l'importanza di indagare ulteriormente l'influenza del funzionamento genitoriale su pazienti affetti da disturbi alimentari in età pediatrica.*

Abstract. *We have observed in the last years an increasing growth of eating disorders among the preteens. Object of the study is to evaluate psychological structure and mental functioning of preadolescent children who suffer from anorexia nervosa and of their respective parents. Even in a multifactorial perspective for children who suffer from anorexia nervosa in this particular age group we hypothesized a major weight of psychological development*

° Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino

* Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Infantile "Regina Margherita" di Torino

environment - which is composed principally by parent's mental functioning – and the existence of correlation between problems in specific areas of mental functioning of children and their parents, referring to the Axis M of PDM. Numerous correlation between scores obtained in the nine areas of mental functioning of children and their parents were founded statistically relevant. These results suggest the importance of further examining the influence of parental functioning in patients affected by eating disorders in pediatric age.

Parole-chiave: *anoressia infantile, funzionamento mentale, PDM, parenting nei disturbi alimentari.*

1. Introduzione

Negli ultimi anni si è verificato uno spostamento di incidenza del disturbo tale che l'età di esordio risulta essere anticipata rispetto a quella adolescenziale (Overas, Winje, e Lask, 2008).

La letteratura a riguardo lamenta una forte mancanza di dati empirici per questa specifica fascia di età e una carenza di criteri di classificazione universali e mirati (Lask e Bryant-Waugh, 2000). Viene sottolineata in maniera molto marcata l'importanza del supporto psicologico, che deve sempre accompagnare la cura medica, in modo da far emergere eventuali problemi sottostanti e nascosti che non si rendono manifesti ad una prima analisi (Lebovici, 1989), ma l'analisi di queste dimensioni sottostanti con metodi standardizzati risulta carente.

Secondo diversi autori (Cooper 2005, Woolston, 1991, Pike e Rodin, 1991) è imprescindibile per una cura efficace dell'anoressia nervosa infantile che si coinvolgano i genitori, in quanto, è necessario comprendere se e in quale misura sono parte del problema, ma soprattutto per indicare loro il modo più corretto per gestire il rapporto con il proprio figlio ed aiutarlo nell'affrontare il percorso di cura indicato dai terapeuti.

Viene suggerito un approccio multi settoriale e multi disciplinare che fornisca la diagnosi più completa ed accurata possibile. In alcuni dati in letteratura viene evidenziato come i figli di genitori affetti da disturbi alimentari siano più a rischio degli altri nell'insorgenza di anoressia nervosa in età precoce.

Per facilitare la diagnosi si segnala l'utilità di condurre dei test sulla personalità del bambino che facciano emergere eventuali disturbi della personalità sottostanti e legati ai sintomi mostrati (Westen e Harnden-Fischer, 2001).

I bambini, rispetto agli adolescenti e agli adulti, manifestano una maggior difficoltà nell'esprimere le loro emozioni così, spesso capita, che manifestino attraverso il corpo i loro vissuti di sofferenza psichica e attraverso esso portino alla luce sentimenti ed emozioni celate e dolorose. Il corpo, in questa accezione,

diventa per il bambino il mezzo di comunicazione attraverso cui comunicare all'esterno ed in primis ai propri genitori determinati aspetti di sofferenza che altrimenti rimarrebbero interne (Lebovici, 1989; Grams et al., 2003).

Le cause che possono comportare l'insorgenza di questa grave patologia possono essere molteplici ma vengono ricondotte ad una volontà del bambino di "essere visto", di avere la possibilità di essere ascoltato in un contesto in cui molto spesso non vi è un'attenzione sufficiente o uno spazio proprio. Diventa quindi evidente quanto l'assetto e l'ambiente familiare influenzino lo sviluppo intellettuale ed emotivo del bambino (Chatoor ed Egan, 1983).

L'obiettivo di questo studio clinico di tipo correlazionale è stato quello di approfondire le dimensioni cliniche psico-sociali, dei disturbi dell'alimentazione manifestati da bambini in età scolare. Si è indagato il funzionamento mentale dei bambini di questa particolare fascia di età e dei loro genitori con l'intento di individuare un eventuale profilo psicologico prototipico materno e paterno con le rispettive correlazione sul profilo del funzionamento mentale del bambino, valutando la sussistenza di eventuali diversità o somiglianze rispetto alla maggiormente studiata età adolescenziale.

2. Diagnosi PDM

Lo strumento utilizzato in questo lavoro di ricerca è il QFM-27 (Albasi e Lasorsa 2012c, Lasorsa e Albasi 2012), un questionario *clinician-report* composto da ventisette item che si prefigge di facilitare la valutazione del paziente sull'Asse M del PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico (Psychodynamic Diagnostic Manual - PDM, PDM Task Force, 2006) e di formulare ipotesi cliniche sui livelli di organizzazione di personalità prevalenti nel paziente (Albasi e Lasorsa, 2007, 2009, 2012a, 2012b). Il PDM legge la soggettività del paziente su tre dimensioni: quella del funzionamento mentale (Asse M), quella della personalità (Asse P) e quella dei pattern sintomatici (Asse S).

I tre livelli di funzionamento proposti dal PDM, sottolineano come ad un livello sano si possa osservare un'integrazione dei vari Modelli Operativi Interni (MOI); a livello nevrotico si possano cogliere dei conflitti tra i diversi MOI che desiderano ottenere il primato di attribuzione di significato all'esperienza e infine al livello borderline scorgiamo dei deficit di funzionamento e di connessione dei MOI (Albasi, 2008b).

Nell'asse S del PDM, la sezione dedicata ai pattern sintomatici dell'esperienza soggettiva del paziente, i disturbi dell'alimentazione si basano sulle descrizioni dei sintomi presenti nel DSM-IV-TR -Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th Edition, 2000). Secondo il DSM-IV-TR i disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati

da “grossolane alterazioni del comportamento alimentare” e includono al loro interno due specifiche diagnosi, l’anoressia nervosa e la bulimia nervosa. Per quanto riguarda l’anoressia nervosa tali soggetti registrano una significativa perdita di peso dovuta ad una eccessiva riduzione dell’assunzione di cibo, sentita come una grande forma di autocontrollo.

Gli *stati affettivi* di tali pazienti possono includere sintomi depressivi come umore depresso, ritiro sociale e bassa autostima. Oltre a questi problemi di tipo depressivo, anche i sintomi ansiosi sono comuni.

I *pattern cognitivi* possono includere:

. La preoccupazione di essere inadeguati, incompetenti e non amati, e lo sviluppo di strategie tese a far fronte a queste preoccupazioni.

. Una certa importanza attribuita all’essere e voler rimanere “piccoli” non cresciuti ed innocenti: il desiderio di rimanere bambini.

Gli *stati somatici* possono includere un senso di torpore dove vi può essere confusione rispetto alle sensazioni corporee, inclusa l’incapacità di sentire se si è sazi o no dopo aver mangiato. La sensazione del vuoto nello stomaco può essere associata alla sensazione di un sé vuoto e sminuito. I *pattern relazionali* possono essere caratterizzati da problematiche di controllo e perfezionismo mettendosi in relazione alle altre persone in modo superficiale e apparentemente immaturo.

L’Asse M nel PDM, e quindi il QFM, si prefigge di orientare il clinico nella valutazione del profilo del funzionamento mentale del paziente sulla base di nove funzioni di base (funzioni mentali o capacità di base):

1. Capacità di Regolazione, Attenzione e Apprendimento
2. Capacità di Relazioni e Intimità (Profondità, Range e Coerenza)
3. Qualità dell’Esperienza Interna (Livello di Sicurezza e Rispetto di Sé)
4. Esperienza, Espressione e Comunicazione degli Affetti
5. Pattern e Capacità Difensive
6. Capacità di Formare Rappresentazioni Interne
7. Capacità di Differenziazione e Integrazione
8. Capacità di Auto-osservazione (Mentalità Psicologica)
9. Capacità di Costruire o Ricorrere a Standard e Ideali Interni (Senso Morale).

Per valutare il paziente tramite il QFM-27 vengono utilizzati tre livelli distinti concettualmente:

Livello sano: la funzione (capacità) è una Risorsa

Livello nevrotico: la funzione è disturbata da Conflitti

Livello borderline: la funzione è deficitaria, non si è sviluppata compiutamente

Ogni categoria dell’Asse M è, quindi, intesa come una dimensione del funzionamento mentale che può esprimersi ed articolarsi a vari livelli.

Il QFM-27 permette di tenere in considerazione anche aspetti secondari del funzionamento mentale del paziente che, però, possono avere un ruolo nel condizionarne l'esperienza e nel determinarne la sofferenza.

Esiste una sezione del PDM dedicata esclusivamente ai bambini e agli adolescenti che si apre con l'Asse MCA: Profilo del funzionamento mentale di bambini e adolescenti. Questo Asse è inserito per primo, diversamente per la sezione dedicata agli adulti, in quanto i bambini e gli adolescenti non hanno ancora strutturato una configurazione stabile di personalità, per cui il funzionamento mentale di questi soggetti, che vivono costanti cambiamenti fisiologici e psichici, orienta maggiormente nella comprensione del loro funzionamento globale.

Pertanto la psicopatologia del bambino e dell'adolescente risulta diversa da quella adulta proprio a motivo di questa dimensione evolutiva, in quanto l'espressione del disagio può variare, o assumere significati differenti, a seconda delle varie fasi di sviluppo; la diagnosi viene ad essere così influenzata da alcune variabili come l'età e il genere sessuale. Anche in questa seconda parte la diagnosi si articola sulla base dei tre assi:

- Asse MCA, per la comprensione del profilo del funzionamento mentale del soggetto;
- Asse PCA, per la valutazione dei pattern e dei disturbi di personalità;
- Asse SCA, per la valutazione dei pattern sintomatici a partire dall'esperienza soggettiva del paziente.

3. Materiali e metodi

Presso il Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino sono stati reclutati dieci pazienti di età preadolescenziale con diagnosi di Anoressia Nervosa con un'età media di 8 anni con rapporto femmine-maschi di 9 a 1 nel periodo compreso da novembre 2011 e maggio 2012.

Parallelamente sono state prese in considerazione le rispettive coppie genitoriali escludendo famiglie monoparentali.

Criteri di inclusione sono stati: età compresa tra 5 e 10 anni, diagnosi di anoressia nervosa, necessità di ospedalizzazione. Criteri di esclusione sono stati: età inferiore ai 5 anni e superiore ai 10, la presenza di disturbi psicotici, disturbi dello spettro autistico e ritardi mentali.

Per ogni paziente è stata redatta con l'ausilio parentale, un'accurata raccolta anamnestica, seguita dal consenso informato.

Durante l'iter ospedaliero i bambini a cadenza bisettimanale, hanno seguito un percorso psicologico mentre i genitori hanno seguito un percorso di sostegno psicologico settimanale a cura della psicologa di riferimento del reparto.

Alla dimissione è stato compilato dai terapeuti il questionario QFM-27 relativo sia ai bambini sia ai genitori.

Per valutare il paziente tramite il QFM-27 vengono utilizzati tre livelli distinti, così da strutturare l'idea di "gravità" attraverso i livelli di organizzazione di personalità adottati dal PDM: il livello sano dove c'è una prevalenza di punteggi relativi alla risorsa, il livello nevrotico dove si riscontra una prevalenza di conflittualità e il livello borderline dove si ha una maggioranza di punteggi riguardanti i deficit.

3.1. Elaborazione statistica

I dati ottenuti dai QFM somministrati sono stati elaborati statisticamente mediante il software SPSS

variabili qualitative nominali il *test di correlazione R di Pearson*. Un valore di $p < .05$ è stato considerato statisticamente significativo.

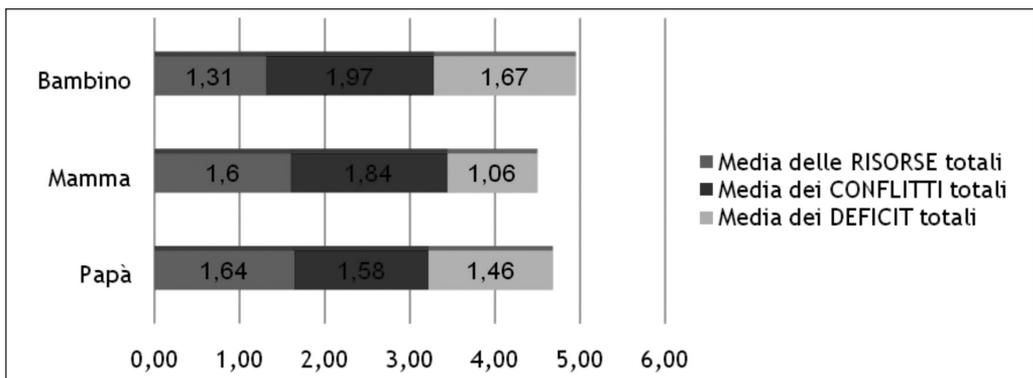
4. Risultati

L'età media dei bambini risulta essere di 8 anni ($\pm 1,63$). Il campione genitoriale si compone di 20 genitori. Le 10 madri con un'età media di 38,4 anni ($\pm 3,72$), mentre i padri di 44,7 ($\pm 6,70$).

La degenza media è stata di 2 mesi ($\pm 1-2$ mesi).

Dall'analisi dei profili QFM dei genitori, i padri risultano avere il più alto livello di risorse, le madri il più alto livello di conflitti e i bambini il maggior livello di deficit (1,67) (cfr. fig.1).

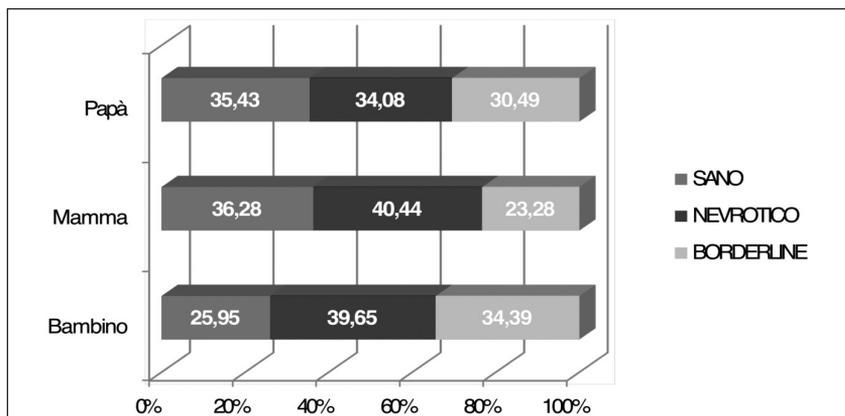
Fig.1 - Medie totali dei punteggi



Per quanto riguarda i funzionamenti prevalenti delle tre popolazioni si evidenzia la prevalenza dell'assetto nevrotico nella popolazione materna e in quella dei

bambini ($p < .05$), mentre un funzionamento prevalentemente sano nel gruppo dei papà (cfr. fig.2).

Fig.2 - Funzionamento mentale prevalente



I genitori risultano avere tra loro simili risorse delle proprie capacità-funzioni ($p = 0.73$) che tuttavia si attestano su valori medi non sufficienti (madre 1,60; padre 1,64).

Le risorse delle capacità-funzioni del bambino risultano differenti da quelle genitoriali e nello specifico inferiori. I bambini mostrano una organizzazione nevrotica simile alla madre ($p = 0,32$), ma diversa dal padre ($p = 0,005$) e una organizzazione borderline simile a quella del padre ($p = 0,14$), ma differente dalla madre ($p = 0,000$), (cfr. tab.1).

Tab. 1 - Confronto risorse, conflitti, deficit

	Mamma	Papà
Risorse		
Papà	$p=0,73$	
Bambino	$p=0,02$	$p=0,008$
Conflitti		
Papà	$p=0,056$	
Bambino	$p=0,32$	$p=0,005$
Deficit		
Papà	$p=0,007$	
Bambino	$p=0$	$p=0,14$

Tra il bambino e il padre si è rilevata una correlazione positiva significativa per i deficit di capacità di attenzione, regolazione e apprendimento ($p= 0,032$) e rispettivo punteggio di patologia ($p = 0,008$). Altre correlazioni significative di segno positivo tra il funzionamento mentale paterno e quello dei figli sono quelle risultate per la conflittualità alla capacità di relazioni e intimità ($p = 0,033$) e per i punteggi di patologia di auto osservazione ($p = 0,003$); mentre è stata rilevata una correlazione negativa per le risorse di esperienza interna. ($p = 0,001$).

Il bambino e la madre hanno una correlazione positiva per risorsa di auto osservazione ($p = 0,036$) e per deficit di capacità di differenziazione e integrazione ($p= 0,037$) e relativo punteggio di patologia ($p= 0,024$). Inoltre è stata evidenziata una correlazione positiva per il conflitto della capacità di attenzione, regolazione e apprendimento ($p= 0,023$).

5. Conclusioni

Il 90% della popolazione in esame è rappresentato da bambine e questo è un dato presente in letteratura quale fenomeno di prevalenza nel genere femminile.

Dall'analisi dei punteggi medi di risorse, conflitti e deficit totali dei pazienti del nostro campione, si è potuto osservare che il gruppo dei bambini presentava un alto punteggio medio di conflittualità interna, in accordo con l'ipotesi secondo cui questi bambini difficilmente esternano i loro sentimenti, avendo un mondo interno molto travagliato e sofferente, pieno di conflitti interiori. Inoltre è possibile notare uno scarso punteggio medio di risorse, inferiore a quello genitoriale, mentre si evidenzia un punteggio medio alto della componente deficitaria. Nell'insieme, scarse risorse, alta conflittualità interna e rilevanti deficit nel funzionamento mentale possono confermare il dato di sofferenza sia fisica che psichica di questi bambini sperimentano, sottolineando quanto questa patologia comporti da un lato delle conseguenze fisiche più evidenti, ma dall'altro dei risvolti psichici ed emotivi molto rilevanti per lo sviluppo, in quanto questi bambini sono ripiegati in loro stessi, permettendo difficilmente l'introspezione, non solo di cibo ma anche di pensieri e affetti.

Per quanto riguarda il gruppo delle madri è stato rilevato un punteggio molto alto di conflittualità e questo dato può essere spiegato dal fatto che molte di esse anche nel nostro campione, come già noto in letteratura, hanno sofferto in passato o soffrono tuttora di disturbi alimentari. L'alto punteggio medio di risorse e il modesto punteggio deficitario nelle madri sembrerebbe confermare che le loro difficoltà sono più ad un livello conflittuale nevrotico. Le loro difficoltà sembrerebbero cioè derivare maggiormente dalla difficile gestione di pensieri, impulsi e emozioni connessi a temi specifici rispetto ai quali mostrano un atteggiamento rigido o di rifiuto.

I padri invece presentano un punteggio mediamente più alto per l'utilizzo delle funzioni mentali come risorse, ma laddove queste risorse siano inferiori o scarsamente disponibili per minore capacità di attenzione, regolazione e apprendimento, ovvero per un deficit di vigilanza e interesse, il punteggio di risorsa nel bambino cala in modo significativo.

Per quanto riguarda gli indicatori di patologia, il gruppo dei bambini è quello che mostra valori più alti, con più alto punteggio grezzo di deficit. Dei tre gruppi presi in considerazione il campione che manifesta il più alto livello all'indice globale di patologia è proprio quello dei bambini. L'anoressia è una delle patologie psichiche più evidenti perché interessa il corpo, che rappresenta il nostro substrato esterno e che è un veicolo comunicativo immediato. Tale patologia è spesso accompagnata da altri gravi disturbi psichici e psicosomatici quali stati di ansia e di depressione, fobie e comportamenti ossessivo-compulsivi.

I bambini e le loro madri risultano significativamente correlati per deficit di capacità di differenziazione e integrazione e il relativo punteggio di patologia.

La madre e il bambino correlano inoltre per la capacità di auto-osservazione, e tale capacità correla anche in modo statisticamente significativo come punteggio di patologia tra il bambino e il padre. Il bambino impara a conoscere prima gli altri e poi se stesso infatti impara a rivolgere lo sguardo verso se stesso in quanto si vede osservato dagli altri. Egli introietta dentro di sé lo sguardo altrui imparando a vedersi attraverso gli occhi degli altri. L'auto-osservazione è resa possibile dall'introiezione del supervisore che genera una divisione del Sé. Poiché il bambino, come citato sopra, non attua una differenziazione con la madre riceverà da lei una visione totalizzante non offrendo il giusto spazio per la visione paterna che risulta essere appunto patologica in quanto poco sviluppata o addirittura assente.

I padri registrano un più alto punteggio a livello di risorse rispetto a quelle materne in particolare il padre e il bambino correlano per deficit di regolazione, attenzione e apprendimento e il relativo punteggio di patologia. Su questa stessa capacità i bambini e le madri correlano a livello conflittuale.

In sintesi, le capacità di fare esperienza e di apprendere del bambino sono probabilmente dominati da conflitti generati in linea materna che provocano decadimenti a livello esperienziale, ma il livello di salute o psicopatologia appare anche correlato all'incapacità o dal deficit che acquisiscono in linea paterna. Supponiamo che il ruolo del funzionamento mentale paterno sia quello di modulatore-mediatore, ma questa ipotesi non è indagabile nel presente studio. Le risorse paterne, quando presenti, risulterebbero correlate con una maggiore salute del bambino, la conflittualità materna correla con quadri complessivamente più gravi solo in assenza di queste risorse. Il bambino e il padre correlano anche

significativamente per quanto riguarda la risorsa dell'esperienza interna, in quanto il padre nella coppia è colui che aiuta a guardare il futuro dando una spinta verso l'autonomia e per la conflittualità della capacità di relazioni e intimità. La funzione del padre nel momento della separazione con l'oggetto materno è fondamentale in quanto è colui che insinuandosi nel rapporto permette l'individuazione del bambino potendosi confrontare con un oggetto terzo. Le relazioni di attaccamento hanno, all'inizio dello sviluppo una funzione prioritaria di regolare gli stati affettivi (Sroufe, 1996) e se questa funzione fallisce possono crearsi dei traumi evolutivi. Si tratta quindi di attaccamenti traumatici che l'individuo sperimenta come qualcosa che si può metaforicamente pensare come dei vuoti, dei buchi, degli aspetti di sé mancanti e quando vive queste esperienze l'individuo è soggettivamente assente, incapace di generare un significato personale dell'esperienza mentale. L'individuo è "caduto" nei Modelli Operativi Interni Dissociati (MOID) Albasì, 2006., e nell'impossibilità di regolare i suoi affetti. Per MOID si intende le molteplici strutture evolutive della memoria relazionale che funzionano ad un livello procedurale implicito e a quello intersoggettivo esplicito, che è elaborabile anche attraverso la funzione autoriflessiva.

6. Limiti

Il campione presenta numerosità ridotta poiché, seppur con trend in crescita, l'incidenza complessiva di ospedalizzazione di tale popolazione annua è bassa. Trattasi comunque di risultati preliminari e seppur conclusivi il reclutamento nel mese di maggio 2012, la sperimentazione sta attualmente continuando al fine di aumentare la numerosità campionaria, ulteriori ricerche saranno necessarie per ampliare la validità esterna dei risultati.

Un limite di questa compilazione risiede nel fatto che i pazienti presi in carico sono i bambini ospedalizzati e non i genitori, i quali vengono seguiti parallelamente dall'equipe ospedaliera per avere una visione quanto più possibile globale dei figli ma non direttamente per scopi diagnostici. Questa presa in carico formalmente individuale sul figlio e non estesa al nucleo familiare, nei casi di disturbi del comportamento alimentare infantile come in quelli dell'adolescente e giovane adulto, può essere vista come un limite clinico oltre che metodologico, anche in considerazione dei risultati della nostra ricerca. Inoltre il questionario QFM-27 indaga il funzionamento mentale della mamma e del papà in maniera individuale e non incentra la sua analisi nel funzionamento genitoriale globale e di coppia, anche se i nostri dati sembrerebbero indicare che si formino coppie con caratteristiche simili, le capacità genitoriali non sono state prese in esame direttamente. Inoltre, i genitori possono mostrare in relazione tra di loro un

miglioramento o un peggioramento del loro funzionamento mentale individuale osservato dallo psicologo. Perciò nei contesti naturalistici e in assenza dello psicologo, le funzioni genitoriali di coppia potrebbero essere differenti, per esempio le coppie in cui i partner si sostengono reciprocamente potrebbero mostrare un funzionamento maggiore anche a livello individuale, mentre nelle coppie in conflitto il funzionamento individuale che in presenza dello psicologo risultava di buon livello potrebbe non riuscire ad emergere. Il funzionamento mentale di coppia dovrà perciò ulteriormente essere valutato, magari con lo stesso strumento ma con un'altra metodologia, ovvero lasciando i genitori liberi di interagire tra loro.

Il QFM è uno strumento relativamente nuovo, anche se fondato su un manuale diagnostico largamente condiviso, sono iniziate recentemente le sue applicazioni in ricerche di questo tipo sui bambini e le loro famiglie, pertanto non sono per ora possibili dei confronti sui dati puntuali provenienti da questo strumento.

Bibliografia

- Albasi, C. (2001), Psicoanalisi ed eziologia dei disturbi psichici. Alcune considerazioni teoriche sui perché della sofferenza patologica. *Abilitazione e Riabilitazione*, 10, 2, 7-34.
- Albasi, C. (2006), *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. Torino: Utet.
- Albasi, C., Lasorsa, C., Porcellini, E. (2007), *QFM-27. Questionario sui livelli di funzionamento mentale*. <http://www.pdm-qfm.com>
- Albasi, C. (2008a), Modelli Operativi Interni Dissociati, funzionamento mentale e psicopatologia. *Abilitazione e Riabilitazione*, 17, 1.
- Albasi, C. (2008b), *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Albasi, C., Lasorsa, C. (2008), *L'integrazione clinica di psicopatologia, diagnosi e psicoterapia: il nuovo Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. www.psychomedia.it/pm/modpsy/psydiag/albiasi-lasorsa-PDM.htm
- Albasi, C., Lasorsa, C., Porcellini, E. (2008). Il QFM-27: una proposta di facilitazione della diagnosi secondo il PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico). *AeR-Abilitazione e Riabilitazione*, 17, 2, 9-24.
- Albasi, C. (2009), Il PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico e il sistema di valutazione QFM. *Psicologi a confronto*, 3, 1, 23-43.
- Albasi, C. (2010), La diagnosi dimensionale proposta dal PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico e il sistema di valutazione QFM sul funzionamento mentale e i livelli di organizzazione della personalità. In R. Bortoli (a cura di)

Personalità paranoide e psicopatica. Contributi alla patologia di personalità tra psichiatria e psicoanalisi (86-111). Roma: Borla.

Albasi, C. (2012a), Funzioni mentali e organizzazioni di personalità: la diagnosi con il PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico attraverso il sistema QFM. *Berggasse*, 19, 1-15.

Albasi, C. (2012b), *Introduzione al sistema di valutazione QFM per la diagnosi con il PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico* (Forecoming).

Albasi, C., Cristofanelli, S., Ferro, L., Lasorsa, C., Panato, M., Pignolo, C., Zennaro, A. (2012) The mental functioning profile: some operational proposals. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 265, 11-30.

Birch, L.L. (1980), The relationship between children's food preferences and those of their parents. *J. Nutr. Educ.*, 12, 14-19.

Bryant-Waugh, R.G., Lask, B.D. (2000), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Psychology Press Ltd.

Cacciari, E., Cao, A., Cavazzuti, G. B. (2005), *Principi e pratica di pediatria* (4^a ed.). Bologna: Monduzzi Editore.

Chatoor, I. (2003), Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In A. Tasman, J. Kay, J.A. Lieberman (eds.). *Psychiatry* (2nd ed.) (799-818). New York: John Wiley & Sons.

Chatoor, I., Egan, J. (1983), Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: a separation disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 22 (3), 294-301.

Cooper, M. J. (2005), Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress, development and future direction. *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.

Nicholls, D., Chater, R., Lask, B. (2000), Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 3, 317-324.

Westen, D., Harnden-Fischer, J. (2001) "Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II". *The American Journal of Psychiatry*, 158, 4.

Eisler, I., Dare, C., Hodes, M. (2000), Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 41, 727-736.

Fischer, J.O., Mitchell, D.C., Smiciklas-Wright, H., et al. (2002), Parental influences on young girl's fruit and vegetable, micronutrient and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 102, 58-64.

Freud, A. (1965) *Normalità e patologia del bambino*. Trad. it., In *Opere* (1979), Torino: Boringhieri

- Garms, V., Gilarska, J.M., Lanza, A. M. (2003), "A me piace mangiare solo l'acqua". Riflessioni sui disturbi alimentari nella prima e seconda infanzia. *Richard & Piggle*, 2, 204-222.
- Greenberg, J., Mitchell, S.A. (1983), *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Tr. it. (1986), Bologn: Il Mulino.
- Gull, W.W., (1868), Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica), *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 29-35.
- Kagan, D. M., Squires, R. L. (1985), Family cohesion, family adaptability, and eating behaviors among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 267-279.
- ICDL-DMIC (Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood. Mental health, Developmental, Regulatory-Sensory Processing and Learning Disorders) (2005). Bethesda (MD): Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders.
- Jaffe, A., Singer, L. (1989), Atypical eating disorders in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 575-582.
- Lask, B., Bryant-Waugh, R. (eds) (2000), *Anorexia Nervosa and Related Eating disorders in Childhood and Adolescence* (2nd ed.). Hove (UK): Psychology Press.
- Lasorsa, C., Albasi, C. (2012), IL sistema di valutazione QFM, strumento clinician report sul funzionamento mentale, Asse M del PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico, e sui livelli di organizzazione della personalità. Aspetti psicometrici e studio sulla validazione. *Psichiatria e Psicoterapia*, 31, 1, 3-32.
- Weaver, L., Sit, L., Liebman, R. (2012), *Treatment of Anorexia Nervosa in Children and Adolescents*. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Children's Hospital of Philadelphia.
- Lebovici, S., Weil-Halpern, F. (a cura di) (1994), *Psicopatologia della prima infanzia*. Tr. it. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lingiardi, V., Del Corno, F. (2008), Presentazione all'edizione italiana. PDM Task Force (2006), *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lock, J. (2011), Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24 (4), 274-279.
- Lock, J., Le Grange, D., Forsberg, S., Hewell, K. (2006), Is family therapy effective for children with anorexia nervosa? *Am J Child Adolesc Psychiatry*, 45, 1323-1328.
- McDermott, B.M., Mamun, A.A., Najman, J.M. et al. (2010), Longitudinal

- correlates of the persistence of irregular eating form age 5 to 14 years. *Acta Paediatrica*, 99 (1), 68-71.
- Micali, N., Simonoff, E., Treasure, J. (2009), *Infant Feeding and Weight in the First Year of Life in Babies of Women with Eating Disorders*. *Journal of Pediatrics*, 154 (1), 55-60.
- Minuchin, S., Rosman, B., Baker, I. (1978), *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Morton R., (1694). *Phthisiologia: or, a treatise of consumptions. Wherein the difference, nature, causes, signs, and cure of all sorts of consumptions are explained*. London: Samuel Smith and Benjamin Walford.
- Nichols, J.F., Rauh, M.J., Lawson, M.J. et al. (2006), Prevalence of the female athlete triad syndrome among high school athletes. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 160, 137-142.
- Overas, M., Winje, E., Lask, B. (2008), Eating disorders in children and adolescents. *Annual review of eating disorders*. Part 2.
- Orrell-Valente, J.K., Hill, L.G., Brechwald, W.A. et al. (2007), "Just three more bites": An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite*, 48 (1) 37-45.
- PDM Task Force, (2006), *Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Tr. it., V. Lingiardi, F. Del Corno (a cura di) (2008), Milano: Raffaello Cortina.
- Pike, K., Rodin, J. (1991), Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E. et al. (2010), Feeding and eating disorders in childhood, *Eat Disord*, 43, 98-111.
- Sroufe, L.A. (1996), *Lo sviluppo delle emozioni: I primi anni di vita*. Tr.it., Milano (2000): Raffaello Cortina.
- Thornton, C., Russell, J. (1997), Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 21,83-87.
- WCEDCA (2007), Classification of child and adolescents eating disturbances. Workgroup for classification of eating disorders in children and adolescents. *Int J Eat Disord*, 40 Suppl., 117-22.
- Winnicott, D. W. (1958), La preoccupazione materna primaria. In D. W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Tr. it., Firenze: Martinelli, 1975.
- Woolston, J.L. (1991), Eating and growth disorders in infant and children. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series*, 24, 1-95.

Per corrispondenza:

Prof. Cesare Albasi, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, cesare.albasi@unito.it

RITMO E MOVIMENTO NELLA PRASSI RIABILITATIVA

FERRUCCIO DEMAESTRI*

Riassunto: *il presente contributo prende in esame le potenzialità del parametro ritmico all'interno della prassi riabilitativa, con particolare riferimento al campo arteterapeutico. Nel corso della disamina sono trattati gli spunti psicopedagogici e psicodinamici più importanti legati all'utilizzo del ritmo e del movimento nell'approccio alla persona malata intesa nella sua globalità.*

Parole-chiave: *ritmo, movimento, riabilitazione, arteterapia.*

1. Premessa: il ritmo come elemento biopsichico

Al fine d'introdurre il presente lavoro, ritengo sia importante focalizzare l'attenzione su alcuni concetti relativi alla definizione del fenomeno ritmico inteso nella sua inscindibile dimensione biopsichica. Il termine "ritmo" fonda la propria radice etimologica nel verbo "scorrere", all'interno di un approccio filosofico che nell'antica Grecia concepiva la realtà naturalistica come continuo ed incessante movimento. La definizione di ritmo fu molto presto collegata ad esperienze tipicamente umane e in particolare all'organizzazione del movimento, da qui la nota definizione di "ordine del movimento" enunciata da Platone. Percorrendo velocemente i sentieri della storia, giungiamo alla definizione di ritmo sintetizzata da Wundt a fine '800, dalla quale emergono le implicazioni emotive connesse all'esperienza ritmica al momento della percezione di fasi generanti un'aspettativa e fasi di soddisfazione di quell'aspettativa. E' importante sottolineare che, in quest'ottica, la percezione ritmica appare influenzata da cambiamenti qualitativi di ordine intensivo e melodico, quindi l'esperienza ritmica assume la connotazione di esperienza musicale globale. Sempre nel corso del suddetto periodo storico, furono definiti tre grandi aspetti del ritmo: quello percettivo, quello motorio e quello affettivo.

All'interno di questo percorso di definizione non possono essere ignorati i cosiddetti "ritmi biologici" cioè quei "sistemi oscillanti in cui eventi identici si producono ad intervalli di tempo sensibilmente simili" (Fraisie, 1977). Alcuni di essi, come sottolinea l'autore sono vicini all'attività umana, ad esempio nel caso della respirazione e del battito cardiaco; altri, anche se non sono percepiti

* Musicista; musicoterapista, Centro "Paolo VI" di Casalnoceto; formatore e supervisore AIM

direttamente, sono concordanti con alcune attività umane; altri ancora manifestano una grandissima ripercussione sulle attività dell'uomo. Interessante e pertinente al nostro indirizzo lavorativo sembra essere la classificazione distintiva dei ritmi biologici, proposta dall'autore, suddivisi in:

- a) ritmi spontanei: quelli con periodicità autonoma e inizio spontaneo (battito cardiaco ad esempio);
- b) ritmi da eccitazione: quelli che sono attivati da un'eccitazione non periodica (variazione delle risposte d'orientamento di una pianta se vengono variate le condizioni di luminosità per una sola volta, ad esempio);
- c) ritmi indotti: quelli con periodicità autonoma ma influenzabili da un'altra periodicità attraverso una forma di sincronizzazione (ad esempio in alcune forme d'imitazione gestuale e motoria).
- d) ritmi acquisiti: quelli che vengono generati da un ritmo esterno (dove si presentano aspetti culturali e sociali).

Altri aspetti interessanti relativi al fenomeno ritmico inteso nella sua essenzialità psicobiologica primordiale sono rilevati dagli studiosi della vita fetale. Il feto, definito come soggetto multi- recettoriale, perché in grado di utilizzare tutti gli organi di senso man mano che si sviluppano (Tafari, 1999), durante il periodo di gestazione vive un'esperienza sensoriale ed affettiva scandita dalla ritmicità del pulsare cardiaco proprio e della madre, dalla percezione dei ritmi di respirazione materni, dalla percezione della voce nelle sue sfumature ritmico-intonative filtrate dal liquido amniotico. Alle modificazioni di tali percezioni, che caratterizzano l'esperienza intrauterina, il feto risponde principalmente attraverso interazioni (Milani Comparetti, 1984) e sintonizzazioni mediate dal canale espressivo motorio talmente intense e talvolta coordinate nella loro creatività, da spingere alcuni autori a parlare di "danza del feto" (Lorenzetti, 1984). Nelle fasi di sviluppo successive alla nascita, l'elemento ritmico assume un ruolo fondamentale come regolatore del processo comunicativo e relazionale madre-bambino. Daniel Stern (1987) nella sua analisi delle dinamiche affettive definisce il fenomeno di sintonizzazione evidenziandone le componenti "musicali". Ritmi, durate, velocità ed altri parametri di natura non verbale caratterizzano il rapporto tra la madre ed il bambino che si trova in una fase preverbale, definiscono un tempo ed uno spazio peculiari per lo sviluppo dell'esperienza affettiva e di un iniziale senso del Sé. Questi autori sottolineano l'esistenza di un dialogo sonoro-ritmico-motorio alimentato dal piacere che esso genera nella coppia madre-feto e madre-bambino evidenziandone le componenti creative, per certi aspetti ludiche.

Da queste considerazioni si evince come, all'interno della prassi riabilitativa, l'utilizzo di tecniche d'approccio al disabile, modulate sull'espressività motoria, sul suo recupero e/o attivazione, ricoprano un ruolo importante per lo sviluppo armonico della persona, proprio sulla base della precocità e della gravidanza

caratteristiche dell'esperienza ritmico-sonora per ogni individuo. Il concetto di riabilitazione in questi ultimi cinquant'anni si è modificato ed arricchito di nuovi e più ampi significati passando da approcci finalizzati al recupero di una determinata componente motoria deficitaria a livello settoriale, ad una concezione del movimento come espressione di una corporeità globale integrata, non più analizzata e trattata esclusivamente sulla base delle sue componenti meccaniche e dinamico-cinetiche. La presa in carico riabilitativa dell'essere umano nella sua globalità ha determinato la nascita, dagli anni '50 e '60 del secolo scorso, di discipline ad indirizzo artistico-terapeutico, tra le quali la musicoterapica, che valorizza la storia sonoro-musicale della persona trattata ed individua opportune strategie e tecniche d'intervento prevalentemente di tipo non-verbale, finalizzate all'armonizzazione e all'integrazione delle diverse funzioni cognitive e relazionali (Postacchini, 1991) e la danza-movimento-terapia che si connota come approccio centrato sul recupero dell'unità biopsichica corporea, dove l'espressione del soggetto nel ruolo di "enunciatore" diviene spunto per la progettazione del piano d'intervento abilitativo e/o riabilitativo (Puxeddu, 1994). In questa sede, come già evidenziato nell'introduzione ci soffermeremo principalmente ad analizzare le potenzialità insite nell'esperienza sonoro-ritmica.

2. Musica e movimento

Sulla base degli studi e delle riflessioni effettuate da vari autori in ambito internazionale (Boxill, 1991), per quanto concerne il movimento appaiono fondamentali e comuni all'esperienza musicale i fattori di *energia*, *spazio* e *tempo*. Tali parametri si correlano in maniera diretta agli elementi costitutivi del suono e della musica: *ritmo*, *melodia*, *altezza*, *intensità*, *tempo*, *vocalità*.

a) L'elemento ritmico già analizzato in precedenza fornisce attraverso le più svariate combinazioni di schemi di durate lunghe e brevi una regolazione implicita ed una stabilizzazione degli schemi motori. Seguire una traccia ritmica può generare un feed-back immediato che dà alla persona o al gruppo di persone la possibilità di adattare le risposte motorie in modo da mantenere l'attività percettivo-motoria e coordinare i movimenti grossolani e fini. Gli stessi tratti anatomici del corpo possono suscitare andamenti e figurazioni diverse: i movimenti di articolazione della mano e delle dita sono naturalmente più rapidi dei movimenti prodotti con le gambe. Inoltre il ritmo prodotto in gruppo favorisce la condivisione di esperienze di coordinazione-sincronizzazione e la possibile genesi di azioni poliritmiche grazie all'espressione di minime variazioni individuali.

- b) L'elemento melodico è caratterizzato dalla disposizione dei suoni secondo la loro differente altezza in modo da esprimere un'idea o "pensiero musicale" definito. La melodia è strettamente connessa al ritmo e il movimento legato ad una melodia può indurre un'attivazione sia sul piano emotivo sia sul piano motorio globale sperimentando ad esempio la successione di schemi di tensione e distensione. Tali schemi costitutivi della melodia suggeriscono l'attivazione del movimento secondo i seguenti parametri: pausa e ripresa, slancio ed arresto, staccato e legato, cambiamenti di direzione, flessioni, salti, slanci (Martinet, 1992).
- c) Il parametro altezza è determinato dal numero di vibrazioni compiute da un corpo elastico nell'arco di un secondo. L'altezza caratterizza i suoni acuti e quelli gravi. Tale parametro è strettamente connesso alla componente melodica; all'interno di forti contrasti tra suoni acuti e gravi si possono strutturare attività finalizzate al riconoscimento ed all'associazione di movimenti modulati sui diversi piani dello spazio (l'alto e il basso, ad esempio).
- d) L'intensità indica il variare dell'energia necessaria per produrre un suono. Il movimento più o meno intenso sostenuto ad esempio da adeguate proposte d'ascolto musicale può favorire la presa di coscienza della forza necessaria per sostenere l'azione.
- e) Il parametro temporale è legato alla velocità di un brano musicale e può variare all'interno di una gamma che va dall'*adagio* al *prestissimo*. L'adeguamento del movimento alle dinamiche agogiche della musica può favorire il raggiungimento di una maggiore flessibilità nell'espressione motoria.
- f) La voce come espressione non-verbale nasce dal corpo ed al corpo è intimamente connessa. Attraverso la produzione vocale la persona si rivela nella sua identità musicale più autentica. L'utilizzo in campo riabilitativo del mezzo vocale garantisce un'attivazione globale della persona sia sotto un profilo strettamente fisiologico (pensiamo all'esercizio del processo di respirazione) sia dal punto di vista di un coinvolgimento emotivo-affettivo diretto.

Un importante contributo relativo all'impiego del movimento associato alla musica ci viene dato da Emile Jaques Dalcroze il quale intuisce già a partire dagli inizi del '900 l'importanza dei fondamenti biologici e fisiologici del ritmo. Per Dalcroze il parametro ritmico è "l'elemento del linguaggio sonoro più vicino alla vita e dunque quello che più facilmente può portare ad amare, a capire ed apprezzare la musica" (Dalcroze, 1921). L'importanza della metodologia

dalcroziana risiede nel fatto di concepire una fruizione, una comprensione ed un'espressione dell'esperienza musicale attraverso la diretta sperimentazione dei suoi differenti parametri costitutivi. Tutte le sfumature di tempo: allegro, andante, accelerando, ritenendo; di energia: forte, piano, crescendo, diminuendo; e tutti i parametri che definiscono il "discorso musicale": suoni legati, staccati, elementi imitativi, domande e risposte melodiche, scansioni di accenti, possono essere "realizzati" dal nostro corpo. Attraverso quest'esperienza l'essere umano può esercitare una "memoria fisico-corporea" modulata sulle diverse caratteristiche dell'evento acustico musicale. Oltre a questo la lettura corporea del fenomeno musica può contribuire allo sviluppo di attività integrative e socializzanti per i componenti di un gruppo, per esempio realizzando coreografie finalizzate alla visualizzazione della struttura e della forma di un brano musicale. L'interesse per la ritmica ed il movimento fu condiviso anche da un altro importante autore appartenente al campo della pedagogia e della didattica musicale: Carl Orff. Questi concepisce l'attività sonora proposta al bambino come unione di gesti, musica e parola, considerando quest'ultima soprattutto nelle sue valenze ritmiche ed articolatorie, tralasciando il significato letterale. La caratteristica fondamentale della metodologia orffiana è da ritrovare nella strutturazione di percorsi adatti a fornire al bambino la possibilità di creare un evento musicale completo, sviluppando la capacità di composizione melodica, armonica e formale sfruttando le potenzialità degli strumenti musicali ideati appositamente dal compositore e didatta austriaco. Tali strumenti grazie alla loro facilità di manipolazione (lo strumentario Orff è composto in prevalenza da strumenti a percussione) consentono di elaborare prodotti musicali "elementari" basati sulla costruzione di forme semplici e ripetitive: ostinati ritmico-melodici, forme A-B-A, e di rondò, utilizzo di filastrocche, canzoni infantili e rime non-sense. L'associazione del movimento ai materiali musicali ricopre un ruolo primario nella genesi del metodo Orff, "che nei suoi intendimenti tende a valorizzarlo al massimo come elemento intrinseco ed insopprimibile della prassi musicale elementare" (Piazza, 1979). La ricchezza e la precisione delle indicazioni fornite all'operatore musicale, relative alla scelta e all'impiego dei materiali, costituisce senza dubbio un importante riferimento per chi opera in campo educativo e riabilitativo per la strutturazione di attività calibrate a seconda dei contesti.

3. La danza-movimento-terapia

Sulla base di queste premesse relative alla dimensione ancestrale biopsicologica e ritmico-sonora dell'essere umano riteniamo utile focalizzare l'attenzione sulla

natura universale ed istintiva della danza (nella sua più ampia accezione) al fine d'introdurre la specificità dell'approccio riabilitativo a mediazione corporea definito come danza-movimento-terapia. La danza, nata prima della parola e forse della musica come naturale mezzo d'espressione mediante il gesto e come stilizzazione del gesto espressivo mediante il ritmo, si manifesta ed appartiene a tutte le civiltà esistenti sul pianeta dalle più civilizzate alle più primitive. Nelle sue manifestazioni più antiche essa fonda le radici nell'espressività direttamente correlata alla ritmicità biologica (il ritmo di deambulazione per esempio) e nell'esigenza di condivisione sociale degli eventi più significativi della vita dell'uomo. Danze per invocare la pioggia, per propiziare la caccia, per assicurare la fecondità della terra, per proteggere i vivi ed i morti dagli spiriti del male, ecc..., consentono di trascendere la fisicità dell'evento motorio per accedere attraverso l'evocazione corporea al simbolo. A proposito di queste dimensioni della danza non si può parlare di organizzazione e poi d'arte se non quando i movimenti dettati dall'istinto naturale di fronte ad emozioni del singolo e della collettività prendono una forma rituale trasmissibile e codificata. La danza come espressione artistica strutturata e regolata diviene nel corso dei secoli espressione dell'uomo nel movimento e attraverso l'analogia e la metafora sintetizza la dimensione bio-psichico-sociale dell'individuo. L'impiego della danza e del movimento in ambito sanitario viene giustificato quindi dalla possibile attivazione delle suddette tre dimensioni in un'ottica di progettazione sistematica sui livelli preventivo, riabilitativo e terapeutico.

L' "American Dance Therapy Association" definisce la danza-movimento-terapia come "l'utilizzazione terapeutica del movimento in quanto processo per aiutare un individuo a ritrovare la propria unità psico-corporea". Sulla base delle considerazioni esposte da Puxeddu (Puxeddu 1994) riportiamo direttamente di seguito le aree maggiormente implicate nella prassi terapeutico-riabilitativa di questa disciplina:

- a) Il piacere funzionale. La Danza-movimento-terapia è un'attività fisica che favorisce l'attivazione del corpo sia a livello segmentario sia globale agendo su una "pulsione al movimento" intesa come modalità arcaica e geneticamente programmata che coinvolge il movimento in rapporto all'ambiente e il movimento come elemento comunicativo.
- b) Affinamento delle funzioni psicomotorie. L'attività di Danza-movimento-terapia promuove l'attivazione dei vari gruppi muscolari ed è orientata all'utilizzazione ottimale delle varie articolazioni. L'autore specifica che all'interno di quest'area attraverso l'impiego del gioco e di stimoli musicali è possibile lavorare sui problemi d'equilibrio, sulla precisione e

sincronizzazione del gesto, sull'utilizzo e la presa di coscienza dello spazio e delle sue diverse dimensioni.

- c) L'unità psico-corporea. Obiettivo specifico della Danza-movimento-terapia è anche quello di giungere all'integrazione dello schema corporeo inteso come "risultato delle sensazioni provenienti dal corpo". La dimensione propriocettiva generata dalla danza può arricchire la consapevolezza del proprio corpo suscitando altresì nel paziente reazioni di carattere emotivo-affettivo rappresentate attraverso il movimento. All'interno di quest'ambito il corpo diviene un mezzo per "significare" attraverso varie sfumature espressive.
- d) La simbolizzazione corporea. All'interno di quest'area l'autore individua le potenzialità insite nella Danza-movimento-terapia a livello d'attivazione di una dimensione ludica che permette l'espressione di elementi conflittuali ed emozionali. La danza ed il movimento rappresentano allora all'interno di uno spazio transizionale una forma di comunicazione non-verbale molto importante per approcciare patologie quali Psicosi, Autismo, e disturbi della sfera comunicativo-relazionale.
- e) L'immagine corporea e la stima di sé. Puxeddu sottolinea come il lavoro di Danza-movimento-terapia si svolga in una "dinamica dialogica" tra il paziente o i pazienti ed il terapeuta o i terapeuti. Il lavoro di restituzione, di rimando attuato dal gruppo può svolgere una funzione di rinforzo, strutturazione e ricostruzione dell'immagine corporea del soggetto.

Le applicazioni cliniche di quest'approccio terapeutico-riabilitativo possono riguardare prevalentemente i seguenti quadri patologici:

- disturbi della motricità (spasticità infantile ed adolescenziale, artrite reumatoide del bambino e dell'adulto);
- sindromi neurologiche dell'adulto (morbo di Parkinson, ad esempio);
- disturbi della percezione uditiva;
- disturbi della percezione visiva;
- sindromi disgenetiche (sindrome di Down, ad esempio);
- autismo;
- deficit cognitivi;
- patologie psichiatriche.

4. Conclusioni

L'impiego di un approccio al disabile centrato sulla valorizzazione della dimensione ritmico-motoria ci pone di fronte alle problematiche connesse alla presa in carico della persona malata in senso globale nella sua irripetibile

originalità. Il linguaggio delle Arti che in campo socio-sanitario si sta sempre più codificando nell'impiego di specifiche tecniche d'intervento caratterizzanti il settore delle artiterapie, può portare un ormai indubbio arricchimento della visione d'insieme della possibile interazione-integrazione del rispetto al suo ambiente di vita ed alla società. In conclusione sottolineo come ognuno degli approcci arteterapeutici stia ottenendo importanti riconoscimenti anche da parte del mondo scientifico internazionale con la progettazione di specifici protocolli di ricerca mirati ad individuare le effettive ricadute riabilitative dei vari trattamenti a livello quali-quantitativo.

Bibliografia

- Dalcroze, E. (1919), *Ritmo, musica, educazione*. Tr.it., Milano: Hoepli.
- Fraisse, P. (1979), *Psicologia del ritmo*. Tr. it., Roma: Armando.
- Gilardone, M. (2004), *Musicoterapia e disturbi della comunicazione*. Torino: Omega.
- Lorenzetti, L. M. (1992), *Dall'educazione musicale alla musicoterapia*. Milano: Zanibon.
- Manarolo, G. (2006), *Manuale di musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- Martinet, S. (1992), *La musica del corpo*. Trento: Erickson.
- Orff, G. (1982), *Musicoterapia Orff*. Assisi: Cittadella.
- Payne, H. (1998), *Danzaterapia e movimento creativo*. Tr.it., Trento: Erickson.
- Piazza, G. (1979), *Orff-Schulwerk*. Milano: Suvini Zerboni.
- Postacchini, P., Ricciotti, A., Borghesi, M. (2001), *Musicoterapia*. Roma: Carocci.
- Puxeddu, V. (1994), *Danzaterapia e riabilitazione*. In R. Bianconi, A. De Gregorio, G. Manarolo, V. Puxeddu (a cura di), *Le Arti Terapie in Italia*. Roma: Tecnostampa Trullo.
- Raglio, A. (2008), *Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca*. Milano: Franco Angeli.
- Siegel, D. J. (2013), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Tr.it., Milano: Cortina.
- Stern, D. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr.it., Torino: Boringhieri.
- Tajani, E. (1999), *Lo sviluppo sensoriale del feto*. Relazione presentata al IV Congresso Nazionale di Musicoterapia, Firenze.

ESPERIENZE DI LAVORO

“DOVE C’È AMORE C’È DIO”

(Dalla lettura di un racconto di Lev Tolstòj, alcune riflessioni sul Natale)

ORietta Melone*

1. Premessa

“Dove c’è amore c’è Dio” è un’opera di Lev Tolstòj, scritta nel 1885. Il racconto “Il Natale di Martyn” ne fa parte e la sua lettura è stata da me proposta a un piccolo gruppo di ragazzi del laboratorio da me seguito, quale spunto per sviluppare alcune riflessioni sulla nascita di Gesù e sulla sua presenza costante nella nostra vita quotidiana.

Il racconto infatti mette in risalto significati e valori quali la fratellanza e la solidarietà, che sono particolarmente avvertiti nel periodo natalizio, ma anche i principi fondamentali della religione cristiana che vertono sull’incontro con il divino attraverso l’aiuto disinteressato ed amorevole verso il nostro prossimo.

Il mio lavoro con i ragazzi ha seguito i seguenti passaggi principali:

- la lettura del racconto;
- la sua successiva semplificazione;
- l’acquisizione del significato di vocaboli incontrati durante la lettura e sconosciuti ai ragazzi;
- la ricerca nel contesto quotidiano di azioni e atteggiamenti che ricalcano quelli di Martin, il protagonista del racconto, e che permettono di offrire aiuto e conforto a chi ci sta accanto ogni giorno;
- la formulazione di un questionario e la sua presentazione al gruppo di lavoro.

Data la complessità del contenuto, ho ritenuto opportuno presentarne un riassunto, semplificato nei termini e nella struttura morfosintattica.

2. Riassunto del racconto

Martin è un calzolaio che ha avuto una vita familiare infelice. Dopo avere perso la moglie ed il figlio, cadde nella disperazione ed arrivò a ribellarsi a Dio. Un vecchio del suo paese, molto religioso, lo convinse ad avere nuovamente fede e così Martin cambiò il suo modo di vivere e, terminato il lavoro, ogni sera si dedicava alla lettura e allo studio del Vangelo. Una notte ebbe l’impressione che una voce gli dicesse che il giorno seguente avrebbe ricevuto la visita del

* Educatrice professionale, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto

Signore. L'indomani Martin si mise a guardare fuori della porta del suo negozio, per poter accoglierlo, qualora fosse giunto. Mentre era in attesa, Martin vide dapprima un povero vecchio infreddolito, che spalava a fatica la neve; lo invitò a entrare nella propria casa e a rifocillarsi con del tè caldo. Più tardi vide una povera donna sconosciuta, vestita con abiti estivi, con un bambino in braccio che piangeva e che lei cercava invano di calmare; Martin invitò anche loro nella sua abitazione, diede alla donna un mantello per coprirsi e del danaro per comprare qualche indumento per sé e per il bambino. In seguito vide una vecchia venditrice di frutta acciuffare un ragazzo che le aveva appena rubato una mela; la vecchia avrebbe voluto chiamare la polizia, ma Martin si offrì di pagare lui stesso la frutta rubata, se avesse lasciato libero il ragazzo. Scesa la sera, Martin, un po' deluso per la mancata visita del Signore, si accinse a leggere nuovamente il Vangelo, quando sentì dei passi e vide il vecchio che al mattino spalava la neve, la donna col bambino, la vecchia fruttivendola col ragazzo che aveva rubato la mela; contemporaneamente una voce gli disse: "Sono Io". Poi il Vangelo si aprì su una pagina dove era scritto: « Avevo fame, e voi mi avete dato da mangiare, avevo sete, e mi avete dato da bere, ero un pellegrino e voi mi avete accolto. Quello che avete fatto a uno di questi fratelli miei, l'avete fatto a me ». Solo allora Martin comprese che ciò che aveva visto non era stato un sogno e capì che il Signore era davvero venuto da lui attraverso le persone che aveva beneficiato.

3. Il lavoro condotto sul racconto

3.1. Prima parte

Ho ritenuto opportuno, ai fini di una comprensione piena del racconto, chiarire al gruppo il significato di alcuni termini poco frequenti e/o poco usati dai ragazzi. Ho quindi svolto un lavoro di ricerca sul vocabolario della lingua italiana, a cui è seguita una spiegazione del significato delle seguenti parole:

Seminterrato: piano di un edificio posto sotto terra.

Fariseo: persona appartenente a un gruppo religioso molto importante all'interno del popolo ebraico dei tempi di Gesù.

Acquaiolo: colui che vendeva o portava nelle case acqua da bere.

Soglia: entrata, ingresso.

Liso: consumato.

Paniere: cesto di vimini con grande manico per infilarvi il braccio.

Forestiero: persona che non è nata nel luogo in cui abita.

Boccale: bicchiere grosso e spesso, con manico.

3.2. Seconda parte

Successivamente ho messo a punto un breve questionario, formato dalle seguenti quattro domande:

1. Perché Martin ha perso la fede?
2. Quali suggerimenti ha dato il vecchio a Martin?
3. Martin ha incontrato Dio?
4. Che conclusione possiamo ricavare dal racconto?

Riferirò ora le risposte sono state dai ragazzi.

Partecipante 1

1. Martin ha perso la fede perché gli erano morti la moglie e il figlio.
2. Il vecchio dice a Martin di leggere il Vangelo e lui tutte le sere lo ha letto.
3. Martin è come se avesse incontrato Dio perché ha aiutato tante persone che avevano bisogno.
4. Questo racconto mi ha insegnato che non devo pensare solo a me ma anche agli altri.

Partecipante 2

1. Martin non credeva più in Dio perché sua moglie e suo figlio erano morti.
2. Il vecchio del suo paese gli aveva detto di leggere con attenzione il Vangelo e di fare come faceva Gesù e cioè fare del bene agli altri.
3. Martin aspettava di vedere Dio per strada e per questo guardava dalla finestra per vederlo passare, ma Dio non è una persona che passa come noi. E’ nascosto nelle persone; infatti era nell’uomo che spalava, nella donna col bambino in braccio, nella donna che vendeva le mele. Si nasconde nelle persone povere e che hanno fame e freddo.
4. Questo racconto ci dice che Martin ha fatto come dice il Vangelo e anche noi dobbiamo fare come ha fatto lui

Partecipante 3

1. Martin non aveva più fede perché sia moglie che figlio erano morti.
2. Il vecchio gli disse di leggere il Vangelo.
3. Martin non incontra Dio, ma un uomo che spala la neve, una donna con un bambino piccolo in braccio, una fruttivendola e un ragazzo che le ruba una mela.
4. Dobbiamo aiutare chi ha bisogno , chi ha fame e freddo.

Partecipante 4

1. Martin non ha più fede perché gli sono morti moglie e figlio.
2. Il vecchio gli dice di leggere il Vangelo
3. Martin sentì una voce che gli disse che Dio sarebbe andato da lui il giorno dopo e lui lo aspetta. Mentre lavora, guarda fuori e vede un uomo che spala la neve, lo chiama e gli offre del tè caldo. Poi vede una donna col

bambino in braccio e le dà dei soldi e un mantello per scaldarsi. Vede una donna che vende le mele e un ragazzo che gliene ruba una. Lei vorrebbe denunciarlo, ma Martin la convince a lasciarlo andare perché bisogna perdonare. Alla sera, Martin sente una voce che dice “Sono Io” e rivede tutte queste persone. Allora Martin capisce di avere visto Dio in loro.

4. Questo racconto insegna che incontriamo Dio ogni volta che aiutiamo qualcuno che ha bisogno.

A mio parere, la parte del lavoro più interessante è stata quella di trovare nel quotidiano azioni simili a ciò di cui Martin si è reso protagonista nel racconto.

3.3. Terza parte

Partendo da piccole esperienze personali, ciascun componente il gruppo ha elaborato un semplice racconto orale di un avvenimento che gli è accaduto, racconto che ha offerto l'opportunità di comprendere il valore dei gesti d'aiuto, di apprezzare quelli altrui e di provare gioia e soddisfazione ogni volta che si riesce a tendere la mano a coloro che hanno bisogno.

Ecco di seguito la trascrizione dei racconti.

Racconto 1

Ogni mattina vado in paese a fare delle commissioni per i miei educatori.

Ieri ho incontrato una persona anziana che andava a comperare il pane.

Uscendo dal negozio è successo che la borsa della spesa si è rotta e quello che aveva comperato è caduto sul marciapiede.

Quel signore era anziano e faceva fatica a piegarsi per raccogliere le cose che gli erano cadute a terra.

Allora gliel'ho raccolte tutte io. Lui voleva darmi i soldi per andarmi a comperare un caffè al bar ma io l'ho ringraziato e non li ho presi perché mi sono sentita io di farlo e non è giusto che quell'uomo mi offra qualcosa, perché è una persona anziana e faceva fatica.

Racconto 2

Uno dei miei compagni non cammina ed è seduto sulla carrozzina. Siamo molto amici e quando usciamo io gli spingo la carrozzina, lo lascio passare davanti a me nei corridoi delle camere, chiamo gli educatori quando vedo che ha bisogno.

Mi sento contenta quando riesco a fare qualcosa per lui perché lui non cammina e io invece posso muovermi.

Racconto 3

Una volta, alla fine della settimana, mentre ero a casa, sono uscito con mia mamma. Vicino a casa mia, all'entrata di un palazzo ho visto un povero che chiedeva i soldi a quelli che passavano. Io ho frugato nelle tasche, ma non

avevo neppure una moneta.

Quando sono andato a casa per cena ho trovato un portamonete in camera mia e dentro c’era un euro.

Sono uscito senza dire niente a mia mamma e siccome quel mendicante era vicino, sono andato a portargli l’euro. Mi ha molto ringraziato e io mi sono sentito contento.

La domenica, a Messa, il mio parroco ha detto che si incontra Gesù quando si vuole bene agli altri e ho pensato a quel povero. Io avrei tenuto volentieri quella moneta per andare al bar con mio padre a bere il caffè, ma sono stato contento di averlo dato a lui perché è povero, mentre io ho i miei genitori.

Racconto 4

Qualche anno fa avevo un compagno di gruppo che non sapeva usare il coltello. A tavola era seduto vicino a me e mentre mangiavo lui mi guardava. Erano gli educatori che gli tagliavano la carne.

Un giorno gliel’ho tagliata io e così il mio compagno è stato contento. Io sono capace di usare il coltello ma lui non è capace e deve aspettare che qualcuno lo aiuti.

Racconto 5

Un pomeriggio, al bar del Centro, ho visto un ragazzo che mangiava un gelato e vicino c’era un suo compagno che voleva comperarsi le patatine, ma i soldi non gli bastavano.

Io mi volevo prendere il cappuccio e una brioche che costavano due euro. Mi spiaceva che quel ragazzo non potesse comperarsi le patatine, perché io prendevo due cose e lui neppure una.

Allora ho preso io solo il cappuccio e i soldi della brioche li ho dati a quel mio compagno che mi ha ringraziato ed è riuscito a comperarsi le patatine. Voleva regalarmi la sorpresa che ha trovato dentro al sacchetto ma io non l’ho voluta. Sono stato contento di dargli i soldi e la brioche la mangerò la prossima volta. Io vado a casa e lui, invece, no.

4. Conclusioni

Il messaggio che dalla lettura di questo racconto di Tolstoj sono riuscita a trasmettere è che la presenza di Gesù è costante nella nostra esistenza e non solo a Natale. Gli insegnamenti del Vangelo vanno visti e vissuti non solo limitandosi alla recita di preghiere o recandosi alla Messa, ma soprattutto restando accanto al nostro prossimo anche quando siamo stanchi, affaticati e delusi. Accogliere Gesù significa fare come Martin e cioè mostrare concretamente il proprio amore a Gesù e ai nostri fratelli. Solo in tal modo avremo veramente colto il significato autentico della ricorrenza della nascita di Cristo.

Riferimento bibliografico

AA.VV. (2014), *Il giorno più crudele. Il Natale raccontato da dodici grandi scrittori*. Milano: ISBN Editori.

ISSN 1827-5842

*Finito di stampare nel mese di dicembre 2014
da Guardamagna Editori in Varzi (PV)*