

Abilitazione e Riabilitazione

ARE

Anno XXIV N. 2 2015

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

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 psicosociologia* (59-139). Milano: F. Angeli.

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

N.B.

- 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 XXIV - N. 2 - 2015

INDICE

STUDI E RICERCHE

SERENA GERMAGNOLI, CAROLINA ZORZI, ALICE CANCER,
LUCIA ANGELINI, ALESSANDRO ANTONIETTI

Applicazione di un training a base ritmico-sonora
per bambini con dislessia..... pag. 7

FERRUCCIO DEMAESTRI

Musicoterapia e adolescenti problematici:
alla ricerca di un modello d'intervento..... pag. 27

PATRIZIA MASINO

La "cura" del bambino maltrattato pag. 39

PIER LUIGI BALDI

Il paradigma dei supporti e la "Support Intensity Scale" pag. 49

ESPERIENZE DI LAVORO

ORIETTA MELONE

Cioccolato e dintorni pag. 63

STUDI E RICERCHE

APPLICAZIONE DI UN TRAINING A BASE RITMICO-SONORA PER BAMBINI CON DISLESSIA

SERENA GERMAGNOLI*
CAROLINA ZORZI°
ALICE CANCER*
LUCIA ANGELINI°
ALESSANDRO ANTONIETTI^

Riassunto. *Il presente lavoro descrive i risultati di una ricerca condotta per valutare l'efficacia di un training in cui centrale è l'utilizzo del software "Training Lettura Ritmica" (Cancer e Antonietti, 2011), ideato specificatamente per interventi indirizzati a soggetti con dislessia. Il software include esercizi volti al potenziamento della lettura che stimolano, nel contempo, anche le abilità legate al riconoscimento e produzione di ritmi. I risultati evidenziano che l'approccio che unisce la stimolazione della componente fonologica a quella ritmico-musicale può produrre effetti positivi per quanto concerne l'incremento delle capacità di lettura.*

Parole-chiave: *dislessia, riabilitazione, efficacia, training lettura ritmica, musica, ritmo.*

Abstract. *The present job describes the results of a search conducted for appraising the effectiveness of a training in which the use of the software "Rhythmic Reading Training" is central (Cancer and Antonietti 2011), specifically conceived for interventions addressed to subjects with dyslexia. The software includes exercises turned to the expansion of the reading that stimulate, at the same time, also the abilities of recognition and production of rhythms. The results underline that the approach that unites the stimulation of the phonological component to that rhythmic-musical can produce positive effects as it regards the increase of the ability of reading.*

Key-words: *dyslexia, rehabilitation, efficacy, rhythmic reading training, music, rhythm*

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

° Centro IRCCS "S. Maria Nascente", Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano

^ Professore ordinario di Psicologia Generale presso la Facoltà di Psicologia e responsabile del Servizio di Psicologia dell'Apprendimento e dell'Educazione SPAEE, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

1. Linguaggio e musica

Scherer e Zentner (2001) hanno fornito prove a favore della sincronizzazione dei processi cognitivi, motori, fisiologici ed esperienziali durante l'ascolto di stimoli musicali, sostenendo che la musica porti ad un coinvolgimento globale della persona favorendo un'attivazione di differenti piani di elaborazione non solo a livello emotivo, ma anche cognitivo. Negli ultimi anni, grazie all'impegno di diversi autori, si è affermato sempre più il convincimento che la musica rappresenti un valido strumento multi-sensoriale in grado di stimolare differenti aree del cervello connesse a specifiche abilità cognitive, tra cui quelle linguistiche (Overy, 2000, 2003; Anvari, Trainor, Woodside e Levy, 2002).

Tradizionalmente le funzioni linguistiche e musicali erano considerate come due facoltà psicologiche distinte ed indipendenti l'una dall'altra, localizzate la prima nell'emisfero sinistro e la seconda nell'emisfero destro (Bever e Chiarello, 1974). Recentemente è emerso non soltanto che le funzioni del linguaggio sono ampiamente distribuite nell'emisfero sinistro, ma che l'emisfero destro risulta essere fondamentale per la comprensione del linguaggio in quanto supporterebbe la percezione e l'invio di input alle aree uditive-concettuali dell'emisfero sinistro (Federmeier et al., 2008). Inoltre, gli studi di *neuroimaging* sull'elaborazione della musica hanno permesso di rilevare l'attivazione di aree considerate linguaggio-specifiche (Maess et al., 2001; Levitin e Menon, 2003; Vuust et al., 2006; Abrams et al., 2010). Koelsch e Siebel (2005) ritengono che la musica e il linguaggio condividano le medesime basi neurologiche già a partire dai primi anni dello sviluppo, grazie alla particolare tipologia di interazione che i genitori instaurano con i neonati, comprendente stimoli verbali unitamente a quelli musicali (come per esempio le nenie).

Sulla base di tali evidenze diversi autori hanno indagato le potenzialità della musica nello stimolare le competenze linguistiche, ed in particolare quelle legate alla lettura. Tra le numerose ricerche si può citare lo studio condotto da Degè e Schwarzer (2011), da cui emerse che un trattamento musicale rivolto a bambini di scuola dell'infanzia apportò dei benefici allo sviluppo della consapevolezza fonologica, rilevando miglioramenti nella segmentazione fonemica e nella fluency, rispetto al gruppo di bambini che non fu sottoposto ad alcun trattamento. Degè e Schwarzer assegnarono casualmente i soggetti (bambini di 5-6 anni) a tre diverse condizioni sperimentali che prevedevano la partecipazione ad uno dei tre programmi di intervento: il primo a base musicale (gruppo sperimentale), il secondo finalizzato all'acquisizione di competenze fonologiche (gruppo sperimentale) ed il terzo a carattere sportivo (gruppo di controllo). I dati raccolti,

in accordo con i risultati rilevati da Lamb e Gregory (1993) e da Gromko (2005), indicarono la presenza di un effetto positivo sui livelli di consapevolezza fonologica in entrambi i gruppi sperimentali; il miglioramento non si verificò nel caso dei soggetti appartenenti al gruppo di controllo. Più precisamente, gli effetti positivi furono rilevati soprattutto in relazione alle competenze di analisi e manipolazione delle unità fonologiche più ampie. Gli autori ritennero che le attività ritmiche e il gioco svolto sui testi delle canzoni favorirono l'incremento di abilità quali la segmentazione e la fusione, competenze che si rivelano necessarie al corretto apprendimento della lettura.

Ulteriori studi misero in evidenza la stretta relazione esistente tra l'abilità di discriminare le variazioni nelle frequenze dei suoni e la consapevolezza fonemica nei bambini di 4-5 anni, suggerendo una connessione tra le abilità musicali e la capacità di riconoscere e manipolare i fonemi e, di conseguenza, distinguere le parole incontrate durante la lettura. Secondo Lamb e Gregory (1993), la consapevolezza fonemica è riconducibile all'abilità di analisi del linguaggio su due livelli distinti: il livello delle parole denoterebbe la capacità di manipolare unità fonologiche più grandi (fusione di parole), mentre il livello fonemico farebbe riferimento alla capacità di gestire le singole unità sonore contenute nelle parole (fonemi). Gaab e coll. (2005) sostengono che l'esercizio musicale porti a modificare l'anatomia funzionale delle aree deputate all'analisi temporale degli stimoli uditivi, competenza che si rivela fondamentale anche durante i compiti di lettura e scrittura. Ne deriva che l'esperienza musicale favorisce il miglioramento dell'abilità di percepire le variazioni tonali dei suoni e la segmentazione in sillabe e parole, con un conseguente aumento della capacità di elaborare le strutture fonologiche e prosodiche del linguaggio (Overy, 2003; Francois e Schön, 2011).

Alla luce di quanto documentato dalla letteratura attualmente esistente, è possibile affermare che gli esercizi musicali stimolano aree cerebrali deputate a funzioni cognitive generali, quali l'attenzione (Moreno et al., 2009), la memoria verbale (Ho, 2003), l'articolazione fine e la discriminazione uditiva (Schlaug, 2005), le quali si rivelano di fondamentale importanza anche durante l'esecuzione di attività extra-musicali, come la lettura.

Gli studi volti ad indagare gli effetti positivi della musica sul linguaggio sono stati condotti anche su soggetti con dislessia, al fine di valutare le potenzialità di un *training* musicale sullo sviluppo delle competenze di lettura. Diverse sono le ipotesi formulate per spiegare le difficoltà che i soggetti con dislessia incontrano nei compiti che richiedono competenze fonologiche e tra queste vi

è l'idea che alla base del disturbo vi sia un *deficit* di elaborazione temporale degli stimoli presentati, sia visivi che uditivi (Gaab et al., 2005; Goswami, 2011). Tallal, Miller e Ficht (1993) sostengono che vi sia un *deficit* a livello del processamento temporale rapido delle informazioni sensoriali, specialmente per quanto riguarda le informazioni che giungono agli apparati visivo ed uditivo. La discriminazione dei fonemi richiede che vi sia una precisa analisi di suoni e segni grafici spazialmente vicini, competenza che risulta essere compromessa nei soggetti con un disturbo della lettura, con conseguente difficoltà a mantenere efficiente il sistema attentivo. Infatti, nei compiti di discriminazione di suoni presentati in rapida successione, nei soggetti con dislessia si rileva, rispetto ai gruppi di controllo, una minor attivazione della corteccia pre-frontale sinistra, area cerebrale deputata alla focalizzazione dell'attenzione.

L'elaborazione temporale consente il riconoscimento delle caratteristiche acustiche degli stimoli percepiti. Tale meccanismo, se considerato in relazione alle abilità linguistiche, permette il riconoscimento delle componenti prosodiche del discorso, quali il ritmo e le altezze sonore che determinano l'accento e l'intonazione, agevolando la comprensione di frasi sintatticamente ambigue. Per quanto concerne la lettura, un *deficit* si manifesta in particolare in relazione alla consapevolezza fonemica, che richiede al soggetto di rappresentarsi i fonemi, di processarne efficacemente i costituenti fonemici e di mantenerli in memoria (Habib, 2000). Ne risulta che i soggetti con dislessia faticano maggiormente a distinguere fonemi diversi costituiti da rapide variazioni nelle formanti, ossia nelle frequenze sonore (per esempio "t" – "d" o sillabe quali "va" – "ga" – "ba"). Questa ipotesi può essere considerata come l'anello di congiunzione tra la tesi di un deficit del sistema magnocellulare (Stein e Talcott, 1999), che impedirebbe un adeguato controllo dell'apparato visivo e della relazione spaziale tra gli oggetti, e la teoria del *deficit* di automatizzazione (Nicolson, Fawcett e Dean, 1995), secondo cui la mancanza di competenze automatizzate, temporali e motorie, limiterebbe il corretto sviluppo delle abilità connesse alla lettura, tra cui la consapevolezza fonologica. Quest'ultima consente non solo un'adeguata rappresentazione dei fonemi ma anche la comprensione delle modalità secondo cui essi andrebbero uniti tra loro per comporre le parole; la consapevolezza fonologica si basa, pertanto, su una rapida decodifica dei fonemi visualizzati nei suoni corrispondenti, richiedendo l'utilizzo sia di competenze visive, sia di analisi sonora.

Ne deriva una difficoltà da parte dei soggetti con dislessia ad elaborare caratteristiche del suono quali il ritmo e la durata, utili per una corretta lettura

delle sillabe e delle parole. Goswami (2011) ha messo a confronto un gruppo di bambini con disturbo della lettura e un gruppo costituito da loro coetanei normodotati, individuando nei primi una minor sensibilità al ritmo, con una conseguente incapacità di percepire e segmentare il tempo. In questo studio la ricercatrice ha chiesto ai bambini di prestare attenzione a due brevi melodie: la prima era molto ritmata, mentre la seconda presentava delle variazioni graduali di intensità sonora. Ai soggetti è stato successivamente chiesto di ascoltare ulteriori brani e di riconoscere a quale delle due melodie ascoltate in precedenza assomigliasse. I soggetti con dislessia hanno mostrato una prestazione peggiore rispetto al gruppo di controllo, fornendo un numero maggiore di risposte sbagliate: secondo l'autrice i soggetti con dislessia manifestano una difficoltà nel riconoscere le sequenze sonore e la loro organizzazione, rendendo più complessa l'associazione tra stimoli simili. Ulteriori studi condotti su soggetti con dislessia mostrano che tale difficoltà emerge anche durante l'esecuzione di compiti che richiedono di suddividere e raggruppare non solo suoni ma anche parole (Petkov et al. 2005).

Considerando i dati precedentemente esposti, si osserva che un *training* a base ritmico-musicale può rivelarsi un buon strumento per migliorare le abilità linguistiche, attentive e mnestiche dei soggetti con dislessia (Germagnoli, Bonacina, Cancer e Antonietti, in corso di pubblicazione). Tuttavia, emerge anche l'esigenza che il *training*, per risultare efficace, debba essere metodologicamente strutturato, intensivo e che si prolunghi nel tempo. A tal riguardo, Patel (2011) ha proposto un'ipotesi denominata OPERA, secondo cui un *training* a base musicale che si prefigge di sviluppare le competenze linguistiche deve rispettare cinque specifiche condizioni affinché vi sia un cambiamento adattivo delle reti neurali deputate all'elaborazione del linguaggio:

- *Overlap*: occorre che l'attenzione sia posta sulla sovrapposizione delle reti anatomiche deputate al processamento delle caratteristiche del suono attive durante l'elaborazione musicale e linguistica;
- *Precision*: tale termine si riferisce alla richiesta di una maggiore accuratezza e precisione durante processo di elaborazione della musica;
- *Emotion*: risulta di fondamentale importanza fornire la possibilità di sperimentare forti emozioni positive durante l'esecuzione di attività musicali; vi sono, infatti, evidenze circa la stretta relazione esistente tra l'elaborazione di stimoli musicali e l'attivazione del sistema deputato alla regolazione delle emozioni (Koelsch, 2010); l'emozione positiva rappresenta, quindi, una ricompensa per un'elaborazione accurata dei suoni;

- *Repetition*: l'autore considera la ripetizione delle attività musicali proposte necessaria per la corretta stimolazione della rete neurale interessata, determinando un rafforzamento delle abilità uditive;
- *Attention*: è necessario che vi siano alti livelli di attenzione focalizzata durante le attività musicali.

Il sistema linguistico e il sistema musicale condividono i medesimi meccanismi cognitivi e sensoriali e, poiché l'elaborazione musicale richiede uno sforzo cognitivo maggiore rispetto al linguaggio, Patel individua nei *training* musicali lo strumento più idoneo per aiutare il soggetto a sviluppare le competenze linguistiche. L'autore ritiene che la ripetizione sistematica di attività musicali, in grado di generare intense emozioni e connessa al mantenimento di alti livelli di attenzione focalizzata, porti all'attivazione di meccanismi di plasticità neurale che inducono modificazioni a livello delle aree cerebrali deputate all'elaborazione del linguaggio, con conseguenti effetti positivi anche a lungo termine. Inoltre, le ricerche neuro-scientifiche hanno mostrato che i *training* musicali di tipo senso-motorio, rispetto ai *training* puramente uditivi, costituiscono un potente strumento in grado di attivare i meccanismi di plasticità cerebrale della corteccia uditiva (Lappe et al., 2008).

2. Il software “Training lettura ritmica”

Sulla base delle ipotesi e delle evidenze sperimentali presenti in letteratura è stato realizzato un programma informatizzato per la riabilitazione della dislessia in cui gioca un ruolo importante la componente musicale. Il *software*, intitolato “Training lettura ritmica” (Cancer e Antonietti, 2011), è costituito da esercizi per l'allenamento della lettura che si rifanno al trattamento sublessicale di Tressoldi e collaboratori (2005), cui è stato aggiunto il compito di elaborazione di stimoli ritmici e melodici.

Più specificatamente, al soggetto viene chiesto di portare a termine gli esercizi di lettura prestando attenzione, contemporaneamente, al ritmo presente in sottofondo con lo scopo di scandire la lettura stessa. Il *software* consente di regolare tale stimolazione ritmica per meglio adattarsi alla velocità di lettura del soggetto (misurata in numero di sillabe lette al secondo). L'aumento progressivo della velocità con cui il soggetto legge gli stimoli verbali dovrebbe portare ad acquisire una maggior automatizzazione del processo di lettura.

Gli esercizi presenti nel *software* sono suddivisi in tre sezioni: “Sillabe”, tramite la quale il soggetto si esercita nella lettura di sillabe semplici e complesse, “Fusione”, nella quale sono proposte attività per allenare l'unione di più sillabe

con il fine di formare una parola e “Parole e non parole” con la quale si esercita la lettura sia di parole esistenti nella lingua italiana sia di stringhe di lettere senza alcun significato.

Il *training* è stato applicato in contesto di ricerca-intervento in più occasioni, portando a rilevare miglioramenti nell’accuratezza e nella velocità di lettura nei bambini e ragazzi che lo hanno seguito (Bonacina, Cancer e Antonietti, 2013; Bonacina et al. 2013; Cancer e Antonietti, 2015; Bonacina et al., in corso di pubblicazione).

3. Obiettivi di ricerca

Il presente studio si propone di indagare gli effetti prodotti dall’utilizzo del *software* “Training lettura ritmica” nell’ambito di un intervento rivolto a soggetti con dislessia svolto presso un centro di riabilitazione.

Gli obiettivi che ci si è proposti di perseguire sono i seguenti:

1. Analizzare gli effetti del *training* in relazione ai parametri “velocità” e “correttezza” di lettura;
2. Valutare gli effetti che l’applicazione del training ritmico produce su specifiche funzioni cognitive interessate dal disturbo della lettura: memoria a breve termine verbale, attenzione sostenuta uditiva e visiva, attenzione uditiva selettiva, abilità di discriminazione ritmica;
3. Analizzare come varia l’effetto ottenuto dall’applicazione del training ritmico in relazione all’età ed alla gravità del disturbo della lettura.

Sulla base delle evidenze sperimentali esaminate nel paragrafo precedente circa la relazione esistente tra l’applicazione di *training* ritmico-musicali e lo sviluppo delle abilità fonologiche nei bambini con dislessia (Overy, 2003; Forgeard et al., 2008; Degé e Schwarzer, 2011), ci si aspettava di verificare, oltre ad un miglioramento della componente ritmica, un aumento dei livelli di automatizzazione della lettura in seguito all’applicazione del *training* ritmico-musicale su soggetti con dislessia.

4. Metodologia

Allo studio ha preso parte un campione composto da 4 bambini di nazionalità italiana, 2 maschi e 2 femmine, aventi un’età compresa tra i 9 e gli 11 anni e frequentanti classi comprese tra la IV della scuola primaria elementare e la I della scuola secondaria di primo grado.

I 4 bambini sono stati individuati tra i soggetti che stavano già seguendo un percorso riabilitativo di tipo logopedico presso l’Unità di Neuropsichiatria

dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Centro I.R.C.C.S. "S. Maria Nascente" – Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus a Milano. Più specificatamente, per la selezione dei soggetti che avrebbero fatto parte del campione, sono stati adottati i seguenti criteri di inclusione:

- Presenza di dislessia evolutiva (diagnosticata sulla base delle indicazioni fornite nell'ICD-10);
- Progetto riabilitativo stilato dall'istituto che raccomanda un ciclo di incontri a cadenza bisettimanale, svolti presso il reparto di logopedia.

Tutti i soggetti presi in esame presentavano un disturbo della lettura in comorbilità con altri disturbi dell'apprendimento (disgrafia, disortografia, discalculia); un solo caso ha ricevuto, durante il periodo di allenamento con il *software* "Training lettura ritmica", anche una diagnosi di Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD).

Lo studio ha previsto 3 fasi: una di valutazione *pre-training* con l'obiettivo di ottenere una valutazione iniziale (t_0) per ricavare una *base-line* cui fare riferimento nella fase di elaborazione dei dati (soprattutto nel caso in cui i soggetti stavano già seguendo un trattamento per la riabilitazione della dislessia); la seconda di attuazione del *training* e di monitoraggio del percorso riabilitativo svolto dai soggetti; la terza fase per la rivalutazione *post-training* (t_1). In entrambe le fasi di valutazione sono stati somministrati i medesimi test con il fine di valutare gli effetti prodotti dall'intervento sulle competenze cognitive prese in esame (lettura, memoria, attenzione, elaborazione ritmica). Più specificatamente sono stati applicati i seguenti strumenti:

- *Nuove Prove di Lettura MT* (Cornoldi e Colpo, 1995; 2011): consentono di raccogliere informazioni circa le abilità di comprensione e i livelli di correttezza e rapidità dei soggetti esaminati durante la lettura di un brano (per la presente ricerca si è deciso di tenere in considerazione solamente i parametri di rapidità e correttezza);
- *Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutive DDE-2* (Sartori, Job e Tressoldi, 1995; 2007): nell'ambito della presente ricerca si è fatto uso delle prove n° 2 e n° 3, volte ad analizzare i parametri di velocità (sillabe lette al secondo) e di correttezza (errori commessi) nella lettura di liste di parole e di non-parole (stringhe di lettere inesistenti nella lingua italiana);
- Prova di MBT verbale contenuta all'interno della *Batteria di Valutazione Neuropsicologica-BVN 5-11 anni e 12-18 anni* (Bisiacchi et al., 2009): si tratta di una batteria neuropsicologica globale, volta a valutare diverse

funzioni cognitive e meta-cognitive quali linguaggio, lettura, scrittura, calcolo, memoria, percezione visiva e attenzione. In particolare, nella presente ricerca, si è fatto ricorso alla prova “Memoria di cifre” (diretta e inversa) per la valutazione della memoria a breve termine;

- *Test CP (Continuos Performance)* contenuto nella *Batteria Italiana per l’ADHD - BIA* (Marzocchi et al., 2010): la prova utilizzata per la presente ricerca è volta a misurare i livelli di attenzione visiva sostenuta e consiste in un compito di *barrage*;
- *Test delle Campanelle* (Biancardi e Stoppa, 1997): la prova è di tipo *barrage* e valuta l’attenzione visuo-spaziale sostenuta e selettiva;
- Prova di attenzione uditiva selettiva contenuta nella *Batteria di Valutazione Neuropsicologica-BVN 5-11 anni e 12-18 anni* (Bisiacchi et al., 2009):
- Prova di ritmo contenuta nella *Batteria QI VATA* (De Beni et al., 2005): la batteria raccoglie diverse prove per la valutazione di competenze trasversali all’apprendimento. Più specificatamente, si è utilizzata la prova volta alla misurazione delle competenze di percezione ritmica;
- *Prove di ritmo* (Stamback, 1980): il test si prefigge di indagare le capacità di strutturazione spazio-temporale; tra le prove presenti si è deciso di utilizzare la prova che si propone di valutare la riproduzione delle strutture ritmiche.

Per rendere maggiormente completo il profilo iniziale di ciascun bambino, sono stati raccolti anche dati relativi al Quoziente Intellettivo (QI) al fine di indagare le competenze cognitive e ottenere informazioni circa le abilità legate all’apprendimento (tramite somministrazione della III o IV versione della scala WISC).

Una volta compiuta la valutazione iniziale è stato possibile avviare la fase sperimentale in cui il *training* ritmico è stato applicato per 20 incontri (per due mesi e mezzo circa). Per quanto concerne la durata dei singoli incontri, ci si è attenuti alle norme vigenti presso il Centro, le quali prevedono che siano svolti circa 45 minuti di terapia. Più specificatamente, i primi 20 minuti sono stati dedicati all’allenamento della lettura tramite l’utilizzo del *software* “Training lettura ritmica”, mentre nei restanti 25 minuti i bambini sono stati invitati ad eseguire compiti volti al potenziamento di abilità diverse dalla lettura.

Le modalità di svolgimento dell’allenamento (quali esercizi svolgere e quale velocità di lettura impostare) erano a discrezione dell’operatore che aveva il compito di supervisionare l’applicazione del *training*.

Ai soggetti non è stato dato alcun compito specifico da svolgere a casa per potenziare ulteriormente la lettura.

5. Risultati

Il campione esaminato, oltre ad essere di limitate dimensioni, non risulta essere omogeneo al suo interno. Pertanto i dati sono stati esaminati ricorrendo all'analisi statistica per caso singolo. Tale scelta ha permesso di analizzare in modo più approfondito il percorso svolto dai singoli bambini che hanno partecipato alla ricerca, facendo riferimento alle informazioni di contesto che hanno reso maggiormente agevole lo svolgimento degli esercizi di lettura.

Per quanto concerne i dati relativi alla lettura, i risultati maggiormente positivi si rilevano in relazione alla velocità di lettura: i miglioramenti sono visibili in particolare in relazione ai test di lettura del brano e non parole (Figure 1, 2, 3, 4).



Figura 1 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 1 in relazione alla velocità di lettura.

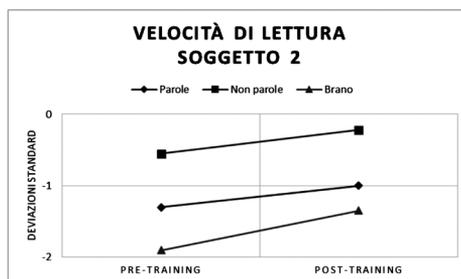


Figura 2 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 2 in relazione alla velocità di lettura.



Figura 3 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 3 in relazione alla velocità di lettura.

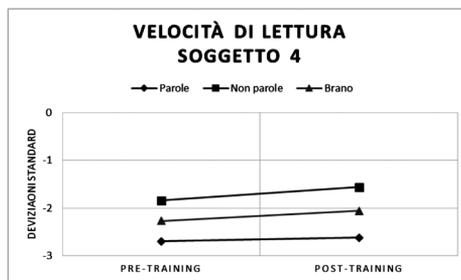


Figura 4 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 4 in relazione alla velocità di lettura.

I risultati ottenuti in relazione alla correttezza della lettura mostrano dei lievi miglioramenti per quanto concerne la lettura di parole (Figure 5, 6, 7).

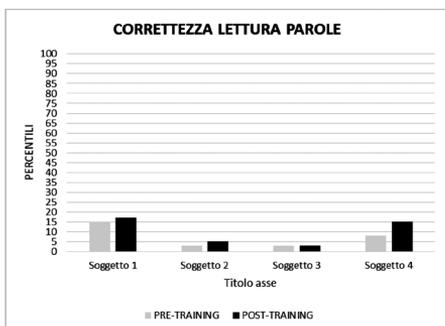


Figura 5 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione alla correttezza di lettura delle parole.

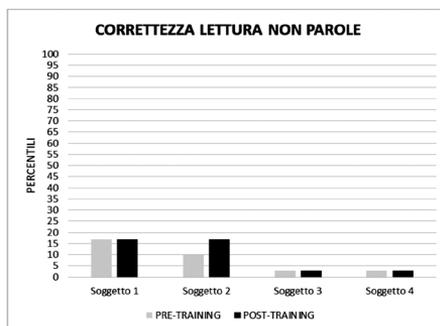


Figura 6 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione alla correttezza di lettura delle non parole.

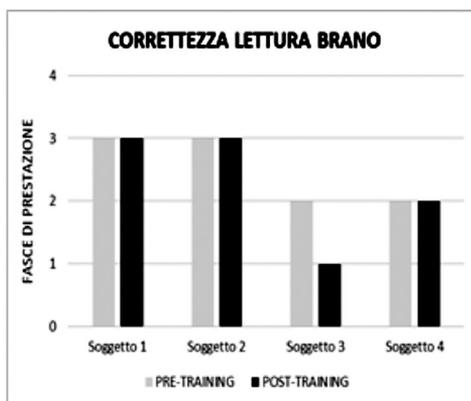


Figura 7 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione alla correttezza di lettura del brano.

I dati relativi ai test per valutazione della memoria rivelano un miglioramento nelle prove volte a misurare le competenze legate alla memoria diretta (Figure 8, 9, 10, 11).

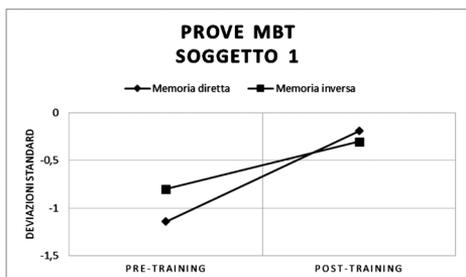


Figura 8 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 1 in relazione alla memoria a breve termine verbale.

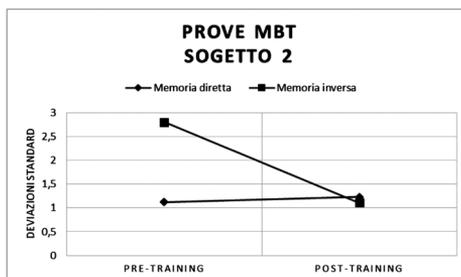


Figura 9 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 2 in relazione alla memoria a breve termine verbale.

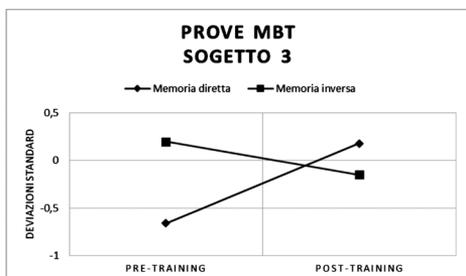


Figura 10 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 3 in relazione alla memoria a breve termine verbale.

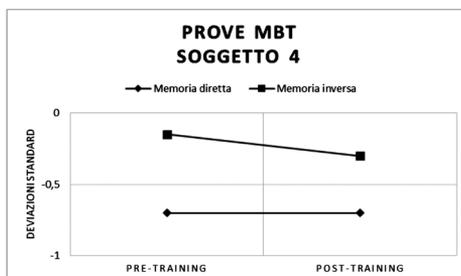


Figura 11 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 4 in relazione alla memoria a breve termine verbale.

I test aventi lo scopo di indagare la variazione nei livelli attentivi a seguito del *training* mostrano dei miglioramenti per quanto concerne l'attenzione visiva sia sostenuta che attentiva. Al contrario non si evidenzia una variazione significativa in relazione all'attenzione uditiva (Figure 12, 13, 14, 15, 16).



Figura 12 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione all'attenzione visiva sostenuta.



Figura 13 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione all'attenzione visiva sostenuta.



Figura 14 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione all'attenzione visiva sostenuta e selettiva.

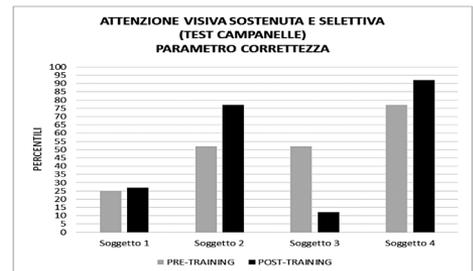


Figura 15 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione all'attenzione visiva sostenuta e selettiva.

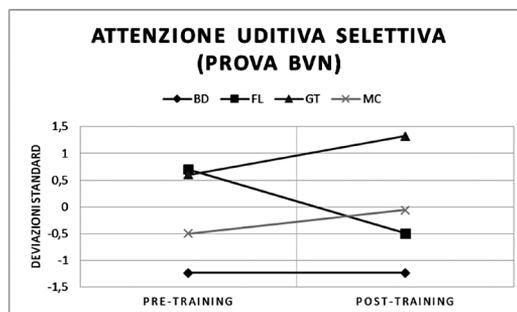


Figura 16 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione all'attenzione uditiva.

I risultati derivanti dalla somministrazione dei test volti a valutare l'elaborazione ritmica mettono in luce un lieve cambiamento in positivo per quanto concerne la percezione e la riproduzione di strutture ritmiche (Figure 17, 18, 19, 20, 21).

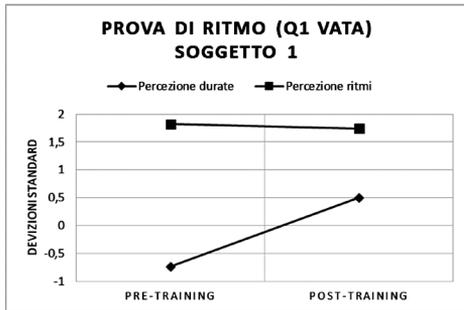


Figura 17 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 1 in relazione alla percezione di ritmi e durate.

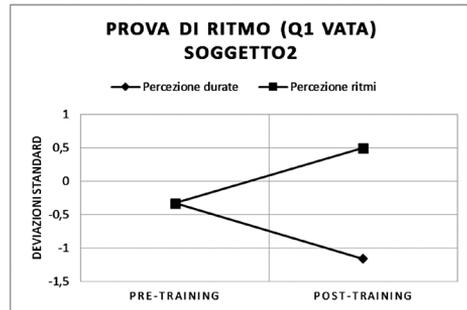


Figura 18 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 2 in relazione alla percezione di ritmi e durate.

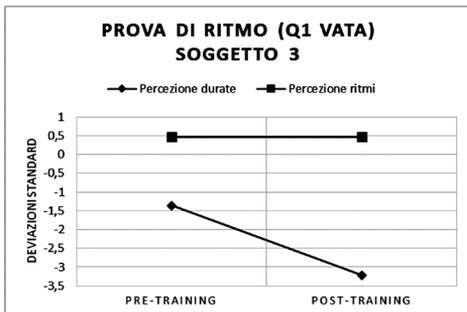


Figura 19 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 3 in relazione alla percezione di ritmi e durate.

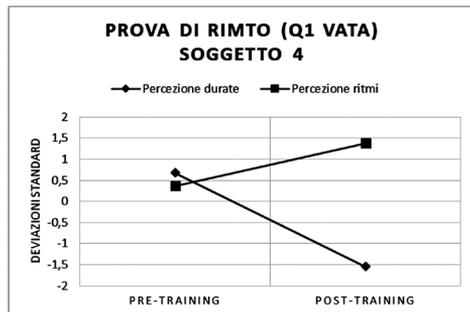


Figura 20 Valutazione pre-training e post-training del soggetto 4 in relazione alla percezione di ritmi e durate.

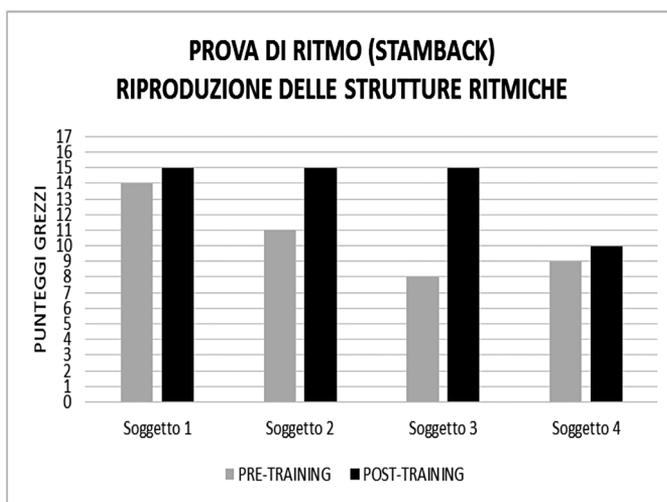


Figura 21 Valutazione pre-training e post-training dei quattro soggetti in relazione alla riproduzione di ritmi.

6. Conclusioni

L'analisi dei risultati raccolti consente di apprezzare alcuni effetti positivi del *training*. Nonostante alcuni bambini abbiano mostrato molte difficoltà durante l'intero percorso riabilitativo, è stato possibile individuare alcuni cambiamenti confortanti. Più specificatamente si rileva, complessivamente, un aumento della rapidità di lettura del brano e delle non-parole; dal punto di vista della correttezza le variazioni sono meno evidenti, anche se si nota in alcuni soggetti un effetto positivo soprattutto per quanto concerne la lettura delle parole.

In relazione agli effetti del *training* sulle funzioni cognitive si possono mettere in luce i seguenti risultati positivi. Le abilità relative all'attenzione visiva, sia sostenuta che selettiva, sembrano avere beneficiato dell'allenamento ritmico, in quanto si rilevano delle variazioni significative in tale variabile nella maggior parte dei soggetti considerati. I dati post-*training* relativi all'attenzione uditiva selettiva non risultano essere, al contrario, significativi. La valutazione condotta circa l'elaborazione ritmica evidenzia dei risultati incoraggianti: il *software* "Training lettura ritmica" sembra avere generato degli effetti positivi soprattutto in relazione alla riproduzione di strutture ritmiche, mentre non in tutti i bambini

si è rilevato un aumento nei livelli di percezione delle variazioni ritmiche e delle durate.

È possibile osservare, in relazione all'ultimo degli obiettivi che ci si era posti, che i casi analizzati hanno riportato dei miglioramenti nella lettura, anche se per alcuni di loro la variazione rilevata risulta essere lieve. È possibile sicuramente ipotizzare che la gravità del disturbo influisca sulla qualità dei risultati che è possibile ottenere dall'applicazione del *training* di lettura ritmica. Inoltre, riflettendo sul percorso logopedico svolto dai singoli bambini, risulta di fondamentale importanza l'individuazione di strategie in grado di motivare il soggetto ad impegnarsi nell'esecuzione degli esercizi: coloro che hanno presentato un impegno costante sono coloro che hanno riportato punteggi migliori. È possibile anche ipotizzare che un allenamento maggiormente intensivo in termini di tempo, possa portare a risultati maggiormente efficaci, soprattutto nei soggetti che presentano gravi *deficit* nella lettura.

Occorre comunque considerare che, se da un lato l'analisi per casi singoli consente di integrare dati prettamente quantitativi con informazioni qualitative circa il percorso logopedico effettuato, dall'altro lato si deve tenere in considerazione i limiti imposti da un campione di ridotte dimensioni che non consente di ottenere una visione complessiva circa l'effettiva efficacia del *training*.

Le emozioni esperite dai bambini nell'eseguire gli esercizi contenuti nel *software* sono risultate essere nel complesso positive: i soggetti hanno apprezzato l'inserimento della componente ritmica nei compiti che implicano la lettura ed alcuni bambini hanno presentato una lettura maggiormente fluente durante l'esecuzione di esercizi che richiedono di leggere intonando una melodia.

Un'ultima considerazione può essere fatta per quanto concerne la compresenza di una diagnosi di ADHD: nonostante l'allenamento si sia dimostrato maggiormente difficoltoso per via delle peculiarità del disturbo, un percorso personalizzato in cui si combina l'allenamento alla lettura con l'adozione di strategie adeguate a ridurre i comportamenti impulsivi nel soggetto potrebbe portare al raggiungimento di risultati soddisfacenti.

Bibliografia

- Abrams, D. A., Bhatara, A., Ryali, S. *et al.* (2010), Decoding temporal structure in music and speech relies on shared brain resources but elicits different fine-scale spatial patterns. *Cerebral Cortex*, 21(7), 1507-1518.
- Antonietti, A. (2006), *Significati musicali. Come la mente pensa i suoni*. Milano: EDUCatt.
- Anvari, S. H., Trainor, L. J., Woodside, J. *et al.* (2002), Relations among musical skills, phonological processing, and early reading ability in preschool children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 83, 111-130.
- Bever, T.G., Chiarello, R.J. (1974), Cerebral dominance in musicians and nonmusicians. *Science*, 185, 537-539.
- Bonacina, S., Cancer, A., Antonietti, A. (2013), Rhythmic-melodic training for reading: an application with dyslexic children. Contributo presentato al convegno "New perspective for stimulating cognitive and sensory processes", Pavia, 20-22 settembre 2013.
- Bonacina, S., Cancer, A., Lanzi, P.L. *et al.* (2013), Training di lettura ritmico-melodica: un'applicazione con ragazzi dislessici. Contributo presentato al XXII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per la Ricerca e Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA) "I disturbi dell'apprendimento", Pordenone, 25-26 Ottobre 2013, p. 136.
- Bonacina, S., Cancer, A., Lanzi, P. L. *et al.* (in corso di pubblicazione), Improving reading skills in students with dyslexia: The efficacy of sublexical training with rhythmic background. *Frontiers in Psychology*.
- Cancer, A., Antonietti, A. (2011), Integrazione del metodo sublessicale per la dislessia con attività ritmico-musicali. Contributo presentato al XX Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per la Ricerca e Intervento nella Psicopatologia dell'Apprendimento (AIRIPA) "I disturbi dell'apprendimento", Prato, 21-22 Ottobre 2011, p. 107.
- Cancer, A., Antonietti, A. (2015), Rhythmic Reading Training (RRT): A computer-assisted intervention program for dyslexia. Contributo presentato al 5th European Alliance for Innovation (EAI). *International Symposium on Pervasive Computing Paradigms for Mental Health*, Milano, 24-25 settembre 2015.
- Cazzaniga, S., Re, A. M., Cornoldi, C. *et al.* (2005), *Dislessia e trattamento sublessicale*. Trento: Edizioni Erickson.
- Degé, F., & Schwarzer, G. (2011), The effect of a music program on phonological awareness in preschoolers. *Frontiers in Psychology*, 2 (124), 1-7.

- Federmeier, K. D., Wlotko, E. W., Meyer, A. M. (2008), What's "right" in language comprehension: event related potentials reveal right hemisphere language capabilities. *Language and Linguistic Compass*, 2, 1–17.
- Forgeard, M., Schlaug, G., Norton, A. *et al.* (2008), The relation between music and phonological processing in normal-reading children and children with dyslexia. *Music Perception*, 25, 383-390.
- François, C., Schön, D. (2011), Musical expertise boosts implicit learning of both musical and linguistic structures. *Cerebral Cortex*, 2, 167.
- Gaab, N., Tallal, P., Kim, H. *et al.* (2005), Neural correlates of rapid spectro-temporal processing in musicians and nonmusicians. *Annals of the New York Academy of Science*, 1060, 82-88.
- Germagnoli, S., Bonacina, S., Cancer, A. *et al.* (in corso di pubblicazione), Dislessia e musica: dai meccanismi comuni ai trattamenti. *Dislessia*.
- Goswami, U., Fosker, T., Huss, M. (2011), Rise time and formant transition duration in the discrimination of speech sounds: The ba-wa distinction in developmental dyslexia. *Developmental Science*, 14, 34-43.
- Gromko, J. E. (2005), The effect of music instruction on phonemic awareness in beginning readers. *Journal of Research in Music Education*, 53, 199-209.
- Habib, M. (2000), The neurological basis of developmental dyslexia. An overview and working hypothesis. *Brain*, 123, 2372-2399
- Ho, Y. C., Cheung, M. C., Chan, A. S. (2003), Music training improves verbal but not visual memory: cross-sectional and longitudinal explorations in children. *Neuropsychology*, 17, 439-50
- Koelsch, S., Siebel, W. A. (2005), Towards a neural basis of music perception. *Trends in Cognitive Science*, 9, 578-584.
- Koelsch, S. (2010), Towards a neural basis of music-evoked emotions. *Trends in Cognitive Science*, 14, 131-137.
- Lamb, S. J., Gregory, A. H. (1993), The relationship between music and reading in beginning readers. *Educational Psychology*, 13, 19-27.
- Lappe, C., Herholz, S.C., Trainor, L.J. *et al.* (2008), Cortical plasticity induced by short-term unimodal and multimodal musical training. *Journal of Neuroscience*, 28(39), 9632-9639.
- Levitin, D.J., Menon, V. (2003), Musical structure is processed in "language" areas of the brain: a possible role for Brodmann Area 47 in temporal coherence. *NeuroImage*, 20 (4), 2142-2152.
- Maess, B., Koelsch, S., Gunter, T.C. *et al.* (2001), Musical syntax is processed in Broca's area: an MEG study. *Nature Neuroscience*, 4, 540–545.

- Moreno, S., Marques, C., Santos, A. *et al.* (2009), Musical training influences linguistic abilities in 8-year-old children: more evidence for brain plasticity. *Cerebral Cortex*, 19, 712-723.
- Nicolson, R. I., Fawcett, A. J., Dean, P. (1995), Time estimation in developmental dyslexia: Evidence of cerebellar involvement. *Proceedings of the Royal Society*, 259, 43-47.
- Overy, K. (2000), Dyslexia, temporal processing and music: the potential of music as an early learning aid for dyslexic children. *Psychology of Music*, 28, 218-229.
- Overy, K. (2003), Dyslexia and music: From timing deficits to music intervention. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060, 210-218.
- Overy, K., Nicolson, R. I., Fawcett, A. *et al.* (2003), Dyslexia and music: Measuring musical timing skills. *Dyslexia*, 9, 497-505.
- Patel, A.D. (2011), Why would musical training benefit the neural encoding of speech? The OPERA hypothesis. *Frontiers in Psychology*, 2, 1-14.
- Petkov, C. I., O'Connor, K. N., Benmoshe, G. (2005), Auditory perceptual grouping and attention in dyslexia. *Cognitive Brain Research*, 24, 343-354.
- Scherer, K.R., Zentner, M.R. (2001), Emotional effects of music: production rules. In P.N. Juslin, J.A. Sloboda (eds), *Music and emotion* (361-392). New York: Oxford University Press.
- Schlaug, G., Norton, A., Overy, K. *et al.* (2005), Effects of music training on brain and cognitive development. *Annals of the New York Academy of Science*, 1060, 219-230.
- Stein, J. F., Talcott, J. B. (1999), Impaired neuronal timing in developmental dyslexia-The Magnocellular hypothesis. *Dyslexia*, 5, 59-78.
- Tallal, P., Miller, S., Fitch, R. H. (1993), Neurobiological basis of speech: A case for the preeminence of temporal processing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 682, 27-47.
- Vuust, P., Roepstorff, A., Wallentin, M. *et al.* (2006), It don't mean a thing. Keeping the rhythm during polyrhythmic tension, activates language areas (BA47). *Neuroimage*, 31, 832-841.

MUSICOTERAPIA E ADOLESCENTI PROBLEMATICI: ALLA RICERCA DI UN MODELLO D'INTERVENTO

FERRUCCIO DEMAESTRI*

Riassunto. *L'articolo propone una riflessione relativa all'esigenza di trovare linee metodologiche specifiche per l'applicazione delle tecniche musicoterapiche nel trattamento di adolescenti che presentano diagnosi di disturbo di personalità. L'autore esamina differenti modalità d'appropriazione dell'esperienza musicale ed elabora possibili percorsi di contestualizzazione teorico-applicativa in ambito musicoterapico.*

Parole-chiave: *adolescenza, musica, musicoterapia, pedagogia musicale, didattica musicale.*

*“...quando suono è come se prendessi
un foglio bianco e ad un certo punto
escono dei tratti, però li sento
come vibrazioni dentro di me...”*

Paolo, 15 anni

1. Premessa

Il presente contributo è stato presentato alla giornata di studi “Musicoterapia per l’infanzia e l’adolescenza”, tenutasi a Bordighera il 26 ottobre 2015. Le tematiche trattate sono frutto di una mia personale riflessione relativa alla necessità d’individuare linee metodologiche sufficientemente coerenti per l’attuazione del trattamento musicoterapico nel campo dei disturbi di personalità dell’adolescenza. Durante il lavoro quotidiano con questa casistica ho individuato cinque differenti tipologie di fruizione e produzione musicale caratteristiche degli

* Musicoterapista, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto (AL); musicista, specializzato in didattica della musica, formatore e supervisore AIM, docente corsi di formazione in musicoterapica APIM di Torino e Genova.

adolescenti ospiti delle comunità terapeutiche interne al “Centro Paolo VI”. Tali tipologie sono state elencate nel numero 1 del 2012 di questa rivista. Al fine di offrire al lettore un quadro chiaro sui contenuti di questo mio articolo, ritengo opportuno riproporre le suddette tipologie per fornire un punto di partenza per le considerazioni che seguiranno.

2. Tipologie di fruizione e produzione sonoro-musicale, espresse dai ragazzi trattati in un contesto musicoterapico

A) Al primo raggruppamento appartengono gli adolescenti che aderiscono alla proposta musicoterapica in forma emulativa. Il progetto esposto dai ragazzi è prevalentemente orientato all’acquisizione di competenze specifiche, relative all’utilizzo di uno strumento musicale: la chitarra, la tastiera, la batteria sono tra i più richiesti, ma anche la pratica vocale. Sono assenti competenze di base e talvolta il livello cognitivo risulta ai limiti della norma. Le motivazioni molto spesso non dette che spingono questi ragazzi a cercare nell’esperienza musicale elementi di realizzazione sono da ricercare in un bisogno di appartenenza al gruppo dei pari. I ragazzi che costituiscono questa prima tipologia spesso rivelano intensi bisogni di accoglienza. Le competenze espressive e le possibilità di apprendimento sono limitate, ma le intenzioni degli adolescenti rivelano profonde esigenze emotive e relazionali. Talvolta le idee di espressione musicale appaiono estremamente lontane da ogni possibilità concreta di realizzazione e si caratterizzano per la massiccia presenza di meccanismi di negazione e idealizzazione del contesto, che si contrappongono ad una possibile analisi critica delle *performance* musicali. L’approccio musicoterapico in questi casi rischia di essere controindicato in quanto può sostenere componenti psicopatologiche del ragazzo, senza offrire aree di realizzazione utili allo svilupparsi di un processo di integrazione personale e ad un rafforzamento del senso di identità, oppure può rivelarsi estremamente ripetitivo e privo di reali spunti evolutivi.

B) Il secondo raggruppamento di casi riguarda un numero di adolescenti orientati verso la fruizione dello stile e del repertorio “rap”. Il progetto esposto da questi ragazzi prevede spesso di realizzare canzoni e testi con la finalità di giungere alla creazione di un repertorio personale, attingendo allo stile di rapper famosi, da presentare su alcuni siti web oppure da incidere su cd. Le intenzioni ed il progetto sono sostenuti da alcune competenze di base. Lo stile relazionale adottato da questi ragazzi oscilla tra due poli principali, il primo dei quali caratterizzato da una fruizione superficiale della musica, che si traduce in un ascolto continuo e disattento, poco differenziato in termini qualitativi ma contraddistinto da

un'imponente quantità di materiale musicale raccolto; il musicoterapista è spesso considerato come una fonte per questa raccolta e le richieste iniziali dei ragazzi si rivolgono appunto ad una sorta di "approvvigionamento" musicale volto ad ampliare il repertorio di basi ritmiche (i *beat*), di canzoni, biografie, immagini di rapper famosi. La relazione che si instaura è di carattere funzionale ed univoco, lascia poco spazio al confronto e allo scambio, satura i possibili silenzi con il continuo ascolto e con la lettura di testi scritti dai ragazzi, tradotti o raccolti da varie fonti. La capacità di giudizio sulle proprie *performance* musicali è estremamente ridotto, l'atteggiamento di disponibilità da parte del terapeuta sembra essere l'unica possibilità di incontro. Il secondo polo risulta caratterizzato da ragazzi in possesso di una maggiore capacità di mediazione comunicativo-relazionale e offre la possibilità di instaurare un rapporto basato su elementi di scambio biunivoco. I ragazzi a questo livello consentono al musicoterapista di intervenire modulando sulle loro scelte, manifestano competenze di ascolto capacità di giudizio più integrate. I loro progetti musicali appaiono realizzabili e sono connotati da elementi di ricerca estetica. Spesso i testi riflettono aspetti della loro emotività soprattutto in momenti particolari della vita di comunità. Le emozioni che prevalentemente emergono dai contenuti testuali e dai materiali musicali scelti sono correlate alla rabbia oppure a tematiche affettive rivolte a compagni di sesso opposto.

C) Il terzo raggruppamento riunisce ragazzi in possesso di specifiche competenze musicali, preesistenti al momento del ricovero e dell'accoglienza in comunità. In alcuni casi i ragazzi hanno seguito lezioni di musica e hanno interrotto i percorsi didattici a causa dell'insorgere della malattia. Le richieste ed i progetti avanzati da questa tipologia di adolescenti sono orientati al recupero di specifiche competenze musicali. La relazione che si instaura e la struttura della seduta di musicoterapia hanno un'impostazione di tipo didattico. Anche per questa tipologia si tratta di raccogliere ed eseguire brani musicali appartenenti ai gusti e all'identità musicale dei ragazzi; si tratta altresì di offrire un contesto di sostegno ad abilità e competenze espressive specificamente musicali, che durante il periodo di permanenza in comunità andrebbero perse. Appare chiaro che il lavoro di carattere "didattico" si rivolge a due aspetti principali, il primo orientato a rafforzare il senso di identità dei ragazzi, il secondo a mantenere e sviluppare competenze cognitive legate alla musica. Per questa tipologia si rivela utile strutturare accordi e convenzioni con realtà formative musicali presenti sul territorio. Accademie e scuole di musica possono offrire contesti di normalizzazione e socializzazione tra pari, esterni all'ambiente comunitario. In questo caso, il musicoterapista avrà

un duplice ruolo: all'interno della struttura, quello di facilitare la ripresa del percorso musicale ai ragazzi, ponendo particolare attenzione anche alla dimensione della relazione e dell'improvvisazione musicale; all'esterno della struttura avrà la funzione di mediazione e raccordo per le proposte che le diverse istituzioni formuleranno ai ragazzi integrati nei progetti didattici ed espressivi.

D) Un'ulteriore tipologia di fruizione riguarda gli adolescenti che si rapportano all'esperienza musicale associandola ad immagini visive. In questo caso la musica è ricordata e fruita nell'ambito di colonne sonore di film. I ragazzi che presentano queste caratteristiche di fruizione/produzione tendono ad evocare attraverso il racconto verbale scene per loro significative e a ricordare i profili melodici ed il clima evidenziato attraverso la musica. Le immagini ricordate e riproposte sono correlate al vissuto esperienziale ed emotivo del ragazzo e la richiesta dell'ospite è spesso orientata ad un bisogno di acquisizione dei brani attraverso l'esecuzione musicale. Si delinea in questo modo un percorso di apprendimento di competenze musicali favorito dall'esigenza di rievocare scene peculiari ritenute significative dal ragazzo. Incontrando gli ospiti all'interno di questa tipologia di fruizione/produzione musicale, è possibile fornire elementi di modulazione relativi a tematiche che spesso si presentano come eccessivamente ripetitive e sterili dal punto di vista di una possibile elaborazione. L'approccio musicoterapico strutturato in questo modo sembra consentire una modulazione rispetto a pensieri ricorrenti, legati ad immagini e musiche, in quanto offre al ragazzo la possibilità di esperire i brani musicali all'interno di un contesto differente da quello abituale. Questo cambio di prospettiva in alcuni casi facilita l'ampliamento del repertorio conosciuto e favorisce l'interesse per stili musicali e brani appartenenti a paesaggi musicali diversi da quello abituale.

E) Nel quinto e ultimo raggruppamento si situano i ragazzi che si rapportano all'esperienza musicale attraverso condotte d'ascolto ed esecuzione vocale. E' possibile incontrare adolescenti in possesso di un notevole e diversificato bagaglio musicale. Questi ragazzi e ragazze amano raccogliere brani musicali di generi e stili vari, motivando le scelte con precise indicazioni orientate prevalentemente a tematiche di ordine affettivo ed emotivo. Le *playlist* contengono sia canzoni sia brani di musica strumentale raggruppabili secondo categorie di pregnanza emotiva. Alcune musiche sono connesse ad esperienze relazionali ed affettive tra pari, altre richiamano le caratteristiche sonoro/musicali e il clima emotivo dell'ambiente familiare, altre ancora sono legate a situazioni contingenti vissute dall'adolescente in ambito istituzionale: il momento dell'accoglienza in struttura, quello della dimissione, momenti di particolare benessere o malessere

sono spesso sostenuti dal desiderio di ascoltare brani che per i contenuti verbali (testi delle canzoni) o per le caratteristiche strutturali (ritmiche, melodiche, ecc..) rispecchiano il sentire dell'ospite, relativo alle specifiche situazioni descritte. All'interno di questa tipologia di fruizione è possibile articolare incontri mirati ad avviare un processo di consapevolizzazione dell'esperienza musicale rispetto al vissuto emotivo. Le scelte musicali effettuate offrono lo spunto per *parlare* di particolarità e caratteristiche del brano musicale ascoltato e delle modalità di un'eventuale ri-produzione da parte del ragazzo. I tratti caratteristici dei brani scelti possono entrare in questo modo in risonanza con aspetti tipici dell'espressività dell'adolescente, consentendo di avviare ed articolare il suddetto processo.

3. Quale musicoterapia per l'adolescente in comunità terapeutica?

Ho svolto per molti anni la professione di musicoterapista con bambini e adolescenti, trattando i disturbi della comunicazione e della relazione (autismo, disabilità psicotelluttiva, ecc) e ho trovato sufficientemente coerenti i modelli internazionali di musicoterapia riconosciuti dalla federazione mondiale: il modello Benenzon come riferimento principale, la teoria dell'ISO (Identità Sonoro-Musicale) (Benenzon, 1984) e le riflessioni metodologiche proposte da Pierluigi Postacchini, per quanto riguarda la realtà italiana, in particolare per quanto concerne il piano di presa in carico e le opportunità di lettura ed interpretazione delle dinamiche relazionali presenti all'interno del setting musicoterapico, secondo il modello dell'armonizzazione e dell'integrazione (Postacchini, 1993). Questi riferimenti teorici e operativi si sono rivelati parzialmente indicati per il trattamento degli adolescenti, ovvero, per l'approccio ad una casistica cognitivamente più evoluta nella quale il canale verbale di comunicazione è presente in modo significativo. Il fatto di considerare la musicoterapia come "disciplina del non-verbale", con questa casistica ha posto dei limiti importanti per l'attuazione del trattamento. E' stato necessario rivedere il modo d'intendere il setting, dalla proposta degli strumenti ai materiali da utilizzare, alle tecniche. Per questo, ho sentito e sento tuttora la necessità di definire modalità operative specifiche per tale casistica. Modalità che consentano al musicoterapista di operare ad ampio spettro (integrando diversi linguaggi espressivi), ma con una sufficiente consapevolezza della peculiarità dell'approccio musicoterapico. Per costruire un modello complesso è necessario procedere seguendo un'ottica multidisciplinare e dinamica, come evidenzia Lorenzetti nei suoi scritti (Lorenzetti, 1989), modulata costantemente sulle inclinazioni e sulle motivazioni dell'utente. Partendo dai bisogni espressi dai

ragazzi, si delineano percorsi che integrano la dimensione didattico-musicale con l'impostazione relazionale e l'atteggiamento d'ascolto tipico dell'ambito terapeutico ad orientamento psicodinamico. L'ascolto ed il sostegno offerto da parte del musicoterapista anche su un piano tecnico-esecutivo, sia esso legato alla necessità di suonare uno strumento, di utilizzare la voce oppure di apprendere nozioni per l'utilizzo di software musicali, costituiscono la cornice del lavoro espressivo e consentono di equilibrare la dimensione di accoglienza, ascolto e disponibilità con l'insegnamento di competenze specifiche in campo musicale. L'adolescente può in questo modo trovare un setting modulato sulla propria identità sonora, che propone, integrandoli, aspetti di carattere affettivo, aspetti di carattere cognitivo ed elementi culturali e sociali.

4. Alcuni riferimenti teorici su un possibile modello

Nel 2010 Daniel Stern (autore fondamentale per la disciplina musicoterapica) ha pubblicato il libro "Forme vitali, l'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo". All'interno di questo testo, che considero importante per l'ottica che ho delineato in precedenza, l'autore riprende da differenti punti di vista il concetto di "forma vitale". Stern integra i contributi offerti dalle neuroscienze con la psicologia dello sviluppo, giungendo a offrire una riflessione sui linguaggi artistici della musica, della danza, del cinema e del teatro. Le "forme vitali" costituiscono un elemento imprescindibile per l'instaurazione delle prime relazioni tra madre e bambino e consentono di integrare, attraverso un processo di sintonizzazione affettiva, gli stimoli sensoriali e l'espressività tipica della fase di crescita preverbale. Secondo Stern, cinque sono i parametri sui quali si modulano tali relazioni affettive: movimento, spazio, tempo, forza e intenzione. Questa pentade dinamica costituisce secondo l'autore una *gestalt* naturale e fondamentale, che si applica alle relazioni interpersonali ed ai prodotti culturali (artistici) di cui facciamo esperienza. Il concetto di forma vitale contribuisce quindi a spiegare la capacità umana di cogliere la realtà, costruendo sequenze dinamiche dotate di significato, come fossero storie o quadri. Perché la nostra mente tragga un significato dalle esperienze umane, secondo Stern, occorre che tali esperienze siano dotate di vitalità, ovvero di una struttura narrativa, che si sviluppa in modo dinamico, in uno spazio e in un tempo, con una propria intenzionalità e un adeguato livello di tensione. La forma vitale ci aiuterebbe pertanto a cogliere il senso di un atto, che può essere immaginato come se fosse compreso all'interno di una musica, di una sequenza di movimenti di danza, oppure di una scena di un filmato. Si tratta ovviamente di una musica, danza,

immagine che riguarda la dimensione del preverbale, perché la linea di tensione che delinea e configura la forma vitale di un'esperienza è qualcosa che non si afferra verbalmente, ma attraverso la sintonizzazione della nostra mente con il movimento e con la salienza dell'evento a cui si sta assistendo o partecipando. Se non ci fosse questa proprietà emergente della vitalità, la percezione del mondo diventerebbe robotica, fredda, arida. Il riferimento alle concettualizzazioni sterniane è importante per sostenere da un punto di vista teorico l'approccio musicoterapico. Gli aspetti non verbali, che caratterizzano l'attivazione delle dinamiche affettive e relazionali presenti nel rapporto madre-bambino nei primi mesi di vita, si mantengono nelle fasi successive dello sviluppo e si ripresentano nei linguaggi dell'arte. I parametri delle forme vitali sono presenti nei linguaggi artistici ed in particolare nella musica. Nel trattamento musicoterapico dell'adolescente questi elementi si integrano con le competenze narrative di carattere verbale e consentono di strutturare momenti di dialogo, confronto, improvvisazione calibrati sulle scelte del ragazzo/a e sulle potenzialità affettive ed emotive dei repertori musicali raccolti. Ponendo attenzione alla pregnanza emotiva ed affettiva dei repertori musicali raccolti insieme all'adolescente, è possibile accedere alla ricostruzione dell'identità sonora (Benenzon, 1984) rendendola condivisa e vitale in modo consapevole.

5. Quale musica?

Per entrare nello specifico del linguaggio musicale, trovo particolarmente stimolante la prospettiva antropologica descritta da Maurizio Spaccazocchi (2010). L'autore partendo dall'analisi dei "bisogni" che spingono l'essere umano a fruire dell'esperienza musicale, descrive differenti peculiarità umane di appropriazione di tale esperienza. Nella pratica clinica musicoterapica con gli adolescenti i seguenti livelli di appropriazione del linguaggio musicale si presentano con maggiore frequenza:

- *Homo audiens*. L'uomo dell'ascolto e della memoria musicale. I ragazzi che si presentano alle prime sedute di musicoterapia "portano" un bagaglio di brani da ascoltare, ri-ascoltare insieme al musicoterapista. Brani correlati ad esperienze precedenti al ricovero, spesso carichi di elementi affettivi. A questo livello l'ascolto musicale coinvolge ed attiva globalmente il ragazzo/a sul piano emotivo, psicomotorio, espressivo, spesso in un turbine di sensazioni inizialmente difficili da "dire" e con le quali confrontarsi.
- *Homo videns*. Uno degli aspetti principali che caratterizzano l'avvicinamento dei ragazzi al contesto musicoterapico è quello legato alla possibilità di vedere/

ascoltare videoclip su internet. Attraverso questo canale le mode, gli stili, i repertori si rivelano con estrema immediatezza grazie alla capacità di sintesi e pregnanza presenti all'interno di questi canali audiovisivi. Dai contributi audiovisivi spesso nasce il desiderio di movimento, di espressione vocale, di ascolto e riflessione sui contenuti testuali delle canzoni. Il livello di fruizione visiva talvolta è correlato ad immagini cinematografiche e alle colonne sonore. Le scene descritte attraverso l'integrazione visivo-musicale sono spesso legate a vissuti dei ragazzi e sono solo parzialmente decodificabili attraverso il confronto con il terapeuta, perlomeno nella fase iniziale del trattamento.

- *Homo loquens*. Un altro elemento che caratterizza la scelta del contesto musicoterapico da parte dei ragazzi è correlato ai contenuti testuali delle varie canzoni: testi che rispecchiano direttamente le storie vissute dai ragazzi; parole che evidenziano contenuti di nostalgia, di speranza, di affetto ed amore, indirizzate a familiari talvolta lontani, ad amici o riferite ad esperienze vissute in momenti precedenti ma anche durante il ricovero; testi che riflettono i sentimenti di rabbia, i vissuti di abbandono, la disperazione ed il senso di vuoto che si affaccia alla mente di questi ragazzi. Questi testi vengono espressi attraverso la voce ed il canto nel livello di fruizione successivo.
- *Homo cantans*. Esprimersi con la voce gridando e/o cantando per canalizzare energie, per imitare il o la cantante preferita in una sorta di movimento d'identificazione talvolta idealizzato. Utilizzare il canto per esprimere se stessi. Spesso dopo un periodo di lavoro sulla voce il ragazzo/a verbalizza la percezione di un cambiamento. Cambiamento che si rispecchia nelle caratteristiche timbriche della voce, nella maggiore rilassatezza raggiunta nelle *performance*, nel desiderio di registrare i brani cantati e di riascoltarli o farli ascoltare per il semplice piacere di farlo oppure per dimostrare le proprie abilità.
- *Homo movens*. Vivere il corpo in senso creativo. La dimensione corporea per i ragazzi trattati in musicoterapia spesso si esprime secondo due polarità principali. La prima è di carattere inibito, rallentato, statico. Pensiamo ad un corpo spesso segnato concretamente dalla sofferenza o da atti dimostrativi autolesionistici. Forse un corpo che spaventa e che non riesce ancora a trovare nella musica un ambito di espressione. La seconda polarità invece è correlata ad un corpo da esibire. Un corpo che danza imitando gli artisti, protagonisti dei videoclip. Un corpo che gradualmente riprende la propria agilità ed il proprio ritmo vitale e che attraverso la musica riscopre il piacere di muoversi, la gratificazione di "sentirsi" e percepirsi come entità ritmico-motoria.
- *Homo sonans*. L'utilizzo di oggetti musicali, di strumenti per provare, per

sperimentare per scegliere. Come ho evidenziato in precedenza, ci si può orientare alla ripresa di percorsi didattici interrotti oppure all'acquisizione di competenze nuove. E' possibile arrivare all'improvvisazione sonoro-musicale utilizzando gli strumenti e gli oggetti sonori in forma dialogica e/o su relativamente semplici strutture ritmico-melodico-armoniche. Attraverso l'acquisizione di competenze tecniche, con questa casistica è possibile strutturare vere e proprie *performance* musicali, alimentando e fornendo elementi tecnico-musicali per giungere al livello successivo, quello del gioco musicale.

- *Homo ludens*. Il livello del gioco musicale compare spesso dopo molti mesi di trattamento musicoterapico. Credo si tratti del momento culminante del lavoro svolto in musicoterapia. Sia che si tratti di gioco sensomotorio, di gioco simbolico o di gioco di regole, in esso emergono tutte le potenzialità del linguaggio sonoro nelle sue implicazioni affettivo-relazionali e in quelle percettivo-cognitive. Nel gioco musicale la creatività del paziente incontra quella del terapeuta e l'apertura relazionale si caratterizza per un grande movimento emotivo. Le condotte musicali si incontrano e si generano all'interno della circolarità del processo creativo, caricandosi di elementi espressivi che nascono nel qui ed ora dell'incontro.

Gli spunti di Spaccazocchi consentono di mantenere una visione ampia nei confronti del linguaggio musicale e del rapporto uomo-suono. Personalmente credo costituiscano la visione più adeguata per codificare e decodificare gli accadimenti sonoro-musicali all'interno del processo musicoterapico con l'adolescente.

6. Quale musicoterapia?

Considero l'approccio musicoterapico come inevitabile integrazione di discipline talvolta molto lontane tra loro. I riferimenti agli studi di Stern e alle proposte di Spaccazocchi costituiscono una possibile fonte interpretativa per attribuire un significato alle dinamiche espressivo-relazionali osservate durante le sedute con gli adolescenti. Ho scelto questi autori perché vicini in termini di descrizione lessicale e di contenuti a quella che Bruscia (2005) definisce un utilizzo della musica come terapia ovvero una scelta operativa che ponga al centro la dimensione musicale intesa come linguaggio portatore di valori comunicativi e di possibili aree di "senso". In questa accezione la musica diviene lo stimolo primario o il mezzo di risposta ai fini del cambiamento terapeutico del paziente. Il linguaggio musicale è utilizzato per attivare la fruizione e rispondere ai bisogni dell'adolescente. In questo contesto l'enfasi è posta sul paziente che si pone in

diretto rapporto con la musica, con la propria identità musicale, esternandola in modo diretto sotto forma di prodotto musicale (canzone, brano, tecnica esecutiva). Il musicoterapista facilita questo processo sia in termini espressivi sia in termini relazionali quando il contesto lo richiede. Nel lavoro con la casistica costituita da adolescenti, la dimensione dell'ascolto e del silenzio divengono fondamentali insieme alla disponibilità a condividere i momenti dell'incontro. In questo modo la relazione intermusicale e interpersonale che si sviluppa tra terapeuta e paziente sostiene il processo di consapevolezza ed elaborazione dei contenuti intramusicali e intrapersonali del ragazzo trattato. Questo processo si dispiega attraverso un consapevole lavoro d'improvvisazione. Improvvisazione intesa come la capacità del musicoterapista di cogliere le modulazioni, di leggere le dinamiche difensive del paziente, di regolarsi nel qui ed ora, a seconda delle esigenze relazionali del ragazzo trattato. Improvvisazione intesa come raggiungimento di una consapevolezza professionale solida relativa all'utilizzo del linguaggio sonoro/musicale in tutte le sue implicazioni. Ancora improvvisazione come consapevolezza delle risonanze interiori al musicoterapista, portate dalla dinamica relazionale attivatasi durante gli incontri. Improvvisazione nell'utilizzo del linguaggio verbale e delle sue funzioni all'interno della seduta. L'utilizzo del verbale deve essere inteso come mezzo per chiarire al paziente i contenuti emotivi delle varie *performance* musicali, siano esse legate all'ascolto sia alla produzione. Per quanto riguarda invece il concetto d'improvvisazione sonoro-musicale in senso stretto, il musicoterapista dovrà possedere competenze di base per l'utilizzo di più strumenti (chitarra, tastiere, voce, batteria e software musicali), nonché la capacità di "vedere" ad ampio spettro le potenzialità delle produzioni e degli ascolti proposti dal paziente. Assumendo una posizione aperta e non giudicante, i vari livelli di competenza intesa come un sapere, saper fare, saper esprimere e comunicare (Spaccazocchi, 2010; Stefani, 1985) legati all'esperienza musicale potranno manifestarsi all'interno del rapporto musicoterapico e in via potenziale potranno essere elaborati. Credo sia importante sottolineare questa posizione d'apertura nei confronti del musicale soprattutto in un periodo storico come quello che stiamo vivendo, dove le componenti etniche e culturali si stanno sempre più fondendo per generare possibili e probabili nuove aree di avvicinamento e integrazione.

7. Conclusioni

Con queste considerazioni ho delineato alcune aree di riferimento per l'approccio musicoterapico alla casistica illustrata. I presupposti sterniani sulle

forme vitali aiutano il musicoterapista ad individuare, all'interno della dinamica intersoggettiva, le "intenzioni" che sottendono le varie *performance* musicali proposte dai ragazzi. Scoprire ad esempio la voce nelle sue modulazioni, slanci, tensioni e distensioni, correlandola al corpo ed ai suoi movimenti, per poi trovare riferimenti ai contenuti verbali delle canzoni, conferisce armonia e alimenta la fruizione integrata e consapevole dell'esperienza musicale. All'interno di questo processo ritengo fondamentale considerare anche l'approccio rieducativo e cognitivo all'interno della concezione relazionale psicodinamica sulla quale si fonda la musicoterapia. Nel periodo di transizione dall'infanzia all'età adulta nei contesti di cura presi in esame, credo sia importante porre attenzione, oltre che agli aspetti legati alla regolazione emotiva dei ragazzi, anche alla possibilità di offrire loro elementi di evoluzione calibrati sulle competenze cognitive. In questo, l'approccio musicale sembra essere un terreno fertile in quanto propone una duplice opportunità. L'esperienza musicale da un lato attiva l'esperienza emotiva, dall'altro offre la possibilità di acquisire abilità e competenze tecniche gratificanti per i ragazzi. La ricaduta in chiave prognostica di questo tipo di approccio può contribuire alla riduzione dei momenti d'isolamento, può influire su scelte socializzanti, può contenere nei casi più gravi il decadimento cognitivo generato dalla patologia psichiatrica.

Bibliografia

- Benenzon, R. (1984), *Manuale di musicoterapica*. Roma: Borla.
- Benenzon, R. (2007), Presentazione del modello Benenzon. In AA.VV., *Musicoterapia tra neuroscienze, arte e terapia*. Torino: Ed. Musica Pratica.
- Bruscia, K. (2005), *Modelli d'improvvisazione in musicoterapia*. Roma: ISMEZ.
- Delalande, F. (2001), *La musica è un gioco da bambini*. Milano: Franco Angeli.
- Demaestri, F. (2012), Riflessioni e possibili orientamenti metodologici per il trattamento musicoterapico dei disturbi personologici dell'adolescenza. *Abilitazione e Riabilitazione*, XXI, 1, 27-36.
- Gaita, D. (2000), *Il pensiero del cuore*. Milano: Bompiani.
- Lorenzetti, L.M. (1989), *Dall'educazione musicale alla musicoterapia*. Padova: Zanibon.
- Manarolo, G. (2006), *Manuale di Musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- Marcelli, D., Braconier, A. (2006), *Adolescenza e psicopatologia*. Milano: Masson.
- Pavlicevic, M. (1997), *Musicoterapia applicata al contesto*. Napoli: ISMEZ.
- Postacchini, P.L. (2006), *In viaggio attraverso la musicoterapia*. Torino: Cosmopolis.
- Postacchini, P.L., Ricciotti, A., Borghesi, M. (1997), *La musicoterapia*. Roma: Carocci.
- Spaccazocchi, M. (2000), *Musica, umana esperienza*. Urbino: Quattroventi.
- Stefani, G. (1985), *Capire la musica*. Milano: Bompiani.
- Stern, D. (2011), *Le forme vitali, l'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Wigram, T. (2004), *Improvvisazione*. Napoli: ISMEZ.

LA “CURA” DEL BAMBINO MALTRATTATO

PATRIZIA MASINO*

Riassunto. *La presente rassegna intende evidenziare i recenti sviluppi terapeutici nel trattamento dei minori vittime di maltrattamento, nell’ottica di tutela e protezione del bambino. L’approccio della psicologia giuridica al fenomeno del maltrattamento fornisce elementi di individuazione della sintomatologia, dei meccanismi difensivi interessati e delle strategie di intervento terapeutico.*

Parole-chiave: *maltrattamento, bambino, interventi psicoterapeutici.*

1. Premessa

Negli ultimi decenni, le pubblicazioni italiane e internazionali hanno evidenziato gli effetti negativi che i comportamenti violenti a danno di minori esercitano non solo sullo sviluppo psicologico, ma sulla stessa evoluzione della personalità e sulla costruzione dell’identità individuale.

Le diverse forme di maltrattamento, quali la trascuratezza grave, il maltrattamento fisico e/o psicologico, l’abuso sessuale sono particolarmente dannose per lo sviluppo del bambino poiché lo colpiscono in modo ripetuto e non accidentale nella sfera dei rapporti e delle relazioni basilari e indispensabili per una crescita sana ed emotivamente equilibrata.

Nella maggioranza dei casi di maltrattamento non sono presenti inadempienze, errori educativi o difficoltà temporanee dei genitori, ma modalità relazionali distruttive, patologiche e deformate da parte delle persone che dovrebbero garantire amore, cura e protezione. Una delle ipotesi prevalenti in letteratura affermava che la violenza sui minori avesse cause intergenerazionali, ossia un adulto maltrattante sarebbe stato con significativa probabilità un bambino maltrattato. Tuttavia studi recenti hanno rilevato che solo un 30% degli adulti maltrattanti sarebbe stato a sua volta un bambino vittima di maltrattamento, ad indicare che la violenza subita sarebbe uno dei fattori di rischio, ma non l’unico. Il modello multifattoriale proposto da Ann Buchanan identifica nei seguenti aspetti i fattori di rischio per il maltrattamento: giovane età dei genitori, problemi e difficoltà di natura psicologica dei genitori, difficoltà matrimoniali, abuso di

*Neuropsicologa, criminologa, consulente familiare

sostanze psicoattive, cattivo stato di salute dei genitori o del bambino, isolamento sociale della famiglia, bambino nato non voluto. *Di fatto il bambino maltrattato è il portatore e il testimone di problematiche complesse che coinvolgono il nucleo familiare o le strutture deputate ad accogliere l'infanzia abbandonata in un determinato momento storico-economico-giuridico-culturale che lo determinano come il veicolo di una sofferenza che va ben oltre la sua persona* (Fornari, 1997).

2. Gli abusi all'infanzia

In seguito al significativo aumento di denunce di maltrattamento e di abusi su minori negli ultimi anni, è necessario ed opportuno precisare che le definizioni di maltrattamento tendono a variare a seconda della prospettiva giuridica, medica o psicologica che si assume, ciascuna dotata di scopi propri. Con tale termine si fa riferimento a un quadro di violenza generalizzata che può assumere molteplici forme: fisica, psichica, sessuale, abbandono, trascuratezza. Rientrano infatti in tale categoria gli atti, ma anche le carenze di cura, che nuocciono gravemente al bambino, che minano la sua integrità corporea e il suo sviluppo fisico, intellettuale e morale, ad opera di un familiare o di altri che si prendono cura del minore. L'abuso è un fenomeno di per sé caratterizzato da una duplice natura: da un lato, un agito commesso oppure omissivo, dall'altro, un vissuto soggettivo del bambino che lo subisce. Per esempio, un bambino vittima di abuso da parte di un vicino di casa conosciuto tenderà a vivere il nefasto evento come un incesto, evento che si caratterizza obiettivamente come pedofilia; così come un bambino che subisce un abuso da parte di uno zio mai conosciuto e frequentato si sentirà vittima di un pedofilo, ma per la giurisprudenza tale abuso si configura come incesto. Con il termine "maltrattamento" si indica pertanto il commettere o l'omettere, il tollerare o il creare condizioni che mettano in pericolo la salute e/o il benessere del bambino, o che ne inibiscano o precludano il naturale corso dello sviluppo. Già nel 1962 Kempe descrive la "Sindrome del Bambino Percosso" (*Battered Child Syndrome*) e successivamente, nel 1978, conia l'espressione "*child abuse e neglect*" con lo scopo di inserirvi i molteplici aspetti del problema, superando i limiti di una definizione strettamente clinico-medica e includendovi contenuti socio-psicologici. Comprende gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale; le cui manifestazioni sono la *trascuratezza*, *lesioni di ordine fisico, psichico, o sessuale* da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino. In letteratura si cerca di definire ulteriormente il concetto di "abuso all'infanzia" attraverso l'individuazione di tre categorie riconducibili agli aspetti

caratterizzanti, da non considerarsi come forme separate ed autonome, bensì spesso compresenti nelle diverse forme di abuso:

a) *Maltrattamento fisico – maltrattamento psicologico – maltrattamento emozionale*

Il primo può essere provocato con pugni, calci, bruciate, graffi, sbattimento contro pareti o pavimenti, con l’uso di cinghie, di bastoni o con altre forme di tortura e coercizione. Il secondo è la forma più diffusa, e nel contempo più complessa da riconoscere, di violenza di un adulto contro un bambino. È fatto di ricatti, di minacce, di punizioni, di indifferenza, di squalifiche, di mancanza di rispetto, di eccesso di pretese, di richieste sproporzionate all’età e alle caratteristiche del bambino. Tali comportamenti, ripetuti nel tempo, diventano parte della relazione dell’adulto nei confronti del bambino o dell’adolescente. Il maltrattamento psicologico può essere persino più distruttivo di quello fisico e spesso sottendere e colludere con altre forme di abuso. Il maltrattamento emozionale si caratterizza con la privazione di contatto fisico, di sguardi diretti, di comunicazione verbale in una prospettiva di rifiuto nel riconoscere esigenze e difficoltà del bambino.

b) *Patologia delle cure*

Comprende l’incuria o trascuratezza, definibile come l’intenzionale negazione di cure inerenti alla nutrizione, all’igiene, all’abbigliamento, all’abitazione, alla protezione dai pericoli, alla profilassi, all’assistenza medica; la discuria si osserva quando i genitori non sono in grado di riconoscere i bisogni del bambino e di rispondere adeguatamente alle sue richieste (ad esempio, offerta di oggetti non richiesti, fraintendimento del pianto interpretato esclusivamente come richiesta di cibo); l’ipercuria ovvero l’invenzione da parte del genitore o l’induzione, più frequente nella madre, di sintomatologie fisiche (come l’avvelenamento), o malattie del bambino tali da giustificare sue cure e/o ospedalizzazioni (*Chemical Abuse, Münchhausen Syndrome, Medical Shopping*, variante, questa, della sindrome di *Münchhausen* per procura, in quanto si verifica un abuso di esami clinici, anche invasivi, in contraddizione con il normale aspetto o sviluppo del minore, il quale a sua volta si definisce ammalato e tende a confermare la sintomatologia riferita dalla madre).

c) *Abuso sessuale*

Nello specifico, il “Codice Penale” recita “*il delitto di violenza sessuale è consumato da chi costringe un’altra persona a compiere o subire atti sessuali di qualsiasi tipo usando violenza, minaccia o anche abusando di autorità, in tutti i casi in cui non vi sia consenso o la persona sia in condizioni di inferiorità fisica*”

o *psichica*". Con l'inserimento del termine "qualsiasi" in tale definizione, il legislatore ha voluto ricomprendere nel reato sia gli atti veri e propri del rapporto di natura sessuale, sia tutte i comportamenti erotici che non prevedono il contatto diretto tra un adulto e un bambino, come l'esposizione del minore alla vista di atti sessuali compiuti da altri, la pornografia e la prostituzione dei minori. Nello specifico, i minori di 13 anni non vengono ritenuti in grado di prestare alcun consenso consapevole al rapporto sessuale, per cui esso è, nell'eventualità, equiparato a violenza sessuale. Tale limite viene elevato a 16 anni quando la persona maggiorenne coinvolta riveste un ruolo pedagogico, protettivo e/o in qualche misura autorevole per il minore. Inoltre, per tutti i comportamenti dannosi, che rientrano nella categoria dell'abuso sessuale, quali incesto (all'interno del nucleo familiare allargato), pedofilia (contesto extrafamiliare), pornografia, prostituzione, molestie, pratiche libidinose, al fine di porre a maggior tutela il minore, il legislatore ha previsto addirittura la perseguibilità d'ufficio: un procedimento penale può avere inizio allorché giunge una notizia di reato a qualsiasi autorità competente.

3. Chi sono i bambini maltrattati

Identificare e analizzare eventuali aspetti caratterizzanti i bambini vittime di maltrattamento da un lato e i genitori maltrattanti dall'altro è significativamente un valido aiuto al fine di operare in un'ottica di protezione e cura del bambino. A tale scopo sono state individuate alcune categorie di *bambini bersaglio* o *bambini a rischio*: prematuri; portatori di handicap cognitivi o di malformazioni congenite; affetti da deficit sensoriali o motori; bambini adottati, contesi, figliastri; rientrati in famiglia dopo periodi più o meno lunghi di assenza. I minori, vittime di maltrattamento, sono bambini "incompiuti", caratterizzati da disarmonie nello sviluppo psicologico ed emotivo più o meno gravi. In bambini introversi, ipercinetici, iperattivi, disforici il maltrattamento consiste per lo più nell'intenso coinvolgimento finalizzato a modificare comportamenti ritenuti inadeguati. Inoltre si segnalano due principali fasce di età a massimo rischio: da 0 a 3 anni e dai 10-11 anni fino ai 17 (Fornari, op.cit.), spiegabili con la maggiore esigenza di attenzione e cura fisiologica, nella prima fascia, e con i cambiamenti fisici, emotivi e psicologici propri dell'inizio dell'adolescenza, nella seconda. È possibile anche individuare un "identikit" dei genitori: appartenenza a tutte le classi sociali, soprattutto alle classi meno abbienti; solitamente è uno solo il genitore che maltratta, la madre negli abusi psichici e/o fisici, il padre (talvolta i fratelli) negli abusi sessuali, entrambi i genitori nei casi di abbandono e trascuratezza; l'età è compresa dai 20 ai 40 anni; la caratteristica psicologica più

ricorrente è l'instabilità emotiva unitamente alla confusiva e distorta immagine del proprio Sé e alla contraddittorietà educativo-pedagogica; in caso di presenza di disturbi psichici, questi sono significativamente rappresentati da quadri depressivi maggiori e psicosi.

4. Gli indicatori

Per avviare un intervento di aiuto, cura e protezione, è indispensabile saper percepire e riconoscere comportamenti che possono avere origine da un maltrattamento. Essendo il maltrattamento un fenomeno multidimensionale, gli indicatori si distinguono in: indicatori fisici, indicatori psicologici, indicatori comportamentali. Tuttavia è importante precisare che tali indicatori, considerati singolarmente, non sono sufficienti a sostanziare un abuso; ciò significa che qualunque segnale proveniente dal bambino, se considerato da solo, isolato dal contesto in cui è emerso e da una valutazione globale del minore, non è sufficiente a determinare con certezza l'ipotesi di maltrattamento o abuso. Risulta pertanto necessario raccogliere quanti più elementi ed informazioni possibili, sforzandosi di pensare tutta la storia del bambino, accertando la durata temporale durante la quale sono state consumate le violenze e facendo particolare attenzione al funzionamento familiare e genitoriale, per una valutazione, la più possibile puntuale, dell'evento.

Tra i *segni fisici del maltrattamento fisico* rientrano: lesioni cutanee da lividi, morsi, contusioni, ferite, cicatrici, graffi in parti del corpo difficilmente esposte accidentalmente, bruciature o ustioni, escoriazioni o graffi di forme particolari (segni da legame per la segregazione e la contenzione); lesioni scheletriche da fratture delle ossa lunghe (gambe, braccia) o della mascella; lussazioni (sospette sotto i due anni d'età, quando la mobilità del bambino è limitata); traumi cranici (talvolta evidenziati da uno stato soporoso o da convulsioni); emorragie derivanti da distacco del cuoio capelluto in seguito a tirate di capelli, ciocche di capelli strappate; lesioni di organi interni dovute a calci, schiaffi, colpi con oggetti, spinte violente, stratonamenti (rottura della milza, lesioni intestinali, renali, epatiche). Tra i *segni comportamentali del maltrattamento fisico* troviamo: ostilità verso l'autorità o estrema reattività, aggressività, iperattività, agiti violenti verso compagni, estrema passività (i cosiddetti bambini "ritirati", sottomessi, scarsamente presenti, che non piangono mai o mostrano un lamento continuo, socialmente isolati in classe e/ o durante i momenti ricreativi), bambini "assenti" che mostrano elevata difficoltà di concentrazione e richiedono la costante attenzione dell'adulto; bambini che sembrano adulti e assumono un ruolo "genitoriale" o di pari nei confronti dei propri genitori (*parental-child role*

reversal); bambini che mostrano consistenti ritardi nello sviluppo psicomotorio, nel controllo sfinterico, nelle capacità logiche e di pensiero; con atteggiamenti autolesivi e distruttivi, per cui si fanno spesso male accidentalmente e sembrano incapaci di evitare i pericoli; comportamento disturbato nei confronti del cibo (anoressia, bulimia); bambini che si lamentano o si rifiutano di fare attività fisica perché essa provoca dolore e disagio.

Tra i *segni fisici della trascuratezza* sono presenti: assenza o carenza di cure igieniche (bambini vestiti in modo del tutto inappropriato alla stagione, regolarmente sporchi, che puzzano, che si lavano raramente fino al punto da avere problemi nei rapporti con i compagni, con infiammazioni cutanee da pannolino e mancanza di igiene, con distensione addominale, chiazze di calvizie in bambini piccoli lasciati sempre sdraiati nella stessa posizione); assenza o carenza di cure sanitarie (pidocchi o altri parassiti che non vengono trattati con opportune sostanze repellenti, problemi dentali, acustici o visivi ignorati, bambini che non vengono vaccinati regolarmente o sottoposti ai controlli medici necessari; scottature o malattie bronchiali e polmonari dovute a eccessiva esposizione al caldo o al freddo, carenza del sistema immunitario, disidratazione e/ o malnutrizione, deficit nella crescita, ritardo cognitivo dovuto a carenza di stimoli).

Tra i *segni comportamentali della trascuratezza* si segnalano: bambini spesso stanchi o che si addormentano in classe perché vanno a letto molto tardi o non dormono di notte (stanchezza permanente e disattenzione), svogliatezza, incapacità o difficoltà nel fare o terminare i compiti; bambini che distruggono materiale scolastico e rubano ai compagni; bambini che mostrano di avere sempre fame, che elemosinano il cibo o rubano le merende ad altri bambini.

Tra i *segni fisici dell'abuso sessuale* rientrano: ferite, contusioni, graffi (anche lievi) non accidentali nelle parti intime, ferite anali, insufficiente tono sfinterico, perdite vaginali, dolori e infiammazioni della zona genitale, presenza di malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze molto precoci (di cui viene tenuta nascosta la paternità), difficoltà nel camminare, nel fare attività fisica o nel sedersi.

Tra i *segni comportamentali dell'abuso sessuale*: problemi emozionali come improvvisi cambi di umore, sensi di colpa e di ansia, di vergogna, di impotenza, passività, pianti improvvisi, alterazioni delle abitudini alimentari (anoressia, bulimia), inadempienza scolastica e assenze scolastiche ingiustificate, crollo nel rendimento scolastico, tentativi di suicidio, fughe da casa, abuso di sostanze stupefacenti e alcool, fobie, malesseri psicosomatici, atteggiamenti isterici, disturbi del sonno, paura degli adulti o atteggiamenti seduttivi, spesso sessualizzati, nei loro confronti, incapacità di stabilire relazioni positive con

i compagni, isolamento sociale, atteggiamenti ribelli, provocatori, enuresi, depressione, malinconia, angoscia, incubi, ossessioni, autolesionismo, rifiuto delle visite mediche di screening o di spogliarsi per la partecipazione ad attività sportive; negli adolescenti si possono osservare promiscuità sessuale, prostituzione, gravidanze precoci.

Tra i *segni comportamentali del maltrattamento psicologico* rientrano: scarsissima stima di sé oppure, all'opposto, enorme e non realistica stima di sé, apparente maturità (il bambino vuole assumere ad ogni costo il ruolo di adulto), segni di infelicità, produzione verbale scarsa, autoripiegamento, comportamenti rigidi e controllati, mancanza di fantasia nei discorsi e nei giochi, ipercinesia finalizzata ad attirare l'attenzione su di sé; passaggio da richieste troppo esigenti ad atteggiamenti di sottomissione per compiacere l'adulto, agitazione, terrori notturni, enuresi notturna, comportamenti distruttivi, crudeli, impulsivi con atteggiamenti di sfida, dondoli ripetuti, tic, stereotipie.

5. La cura e i meccanismi difensivi sottostanti

Per quanto sia importante e necessario affrontare il fenomeno in una prospettiva di protezione e prevenzione, è opportuno constatare che le esperienze traumatiche e/o il danneggiamento dell'integrità psicofisica del bambino non sono e, probabilmente, non saranno mai prevenibili. L'intervento tempestivo e competente di valutazione e cura è una prassi raccomandata per tutti i bambini vittime di maltrattamento/abuso, non solo come risposta al bisogno di aiuto e di sostegno in quanto vittime, ma anche per prevenire la potenziale patologia adulta. La complessità dei fattori coinvolti (età del bambino, il suo livello di adattamento precedente il fatto, le caratteristiche dell'abuso, il contesto in cui si è svolto (intrafamiliare o extrafamiliare), il sostegno o meno dei familiari e dell'ambiente dopo l'evento, nonché il comportamento degli operatori delle istituzioni durante la denuncia, la procedura di validazione e l'iter processuale intervengono significativamente sull'impatto traumatico dell'abuso sul minore. Tra gli aspetti comuni riscontrabili in letteratura sulle vittime di abuso troviamo: incapacità, sentimenti di impotenza, colpa, vergogna, impossibilità di provare fiducia, depressione, rabbia repressa, confusione emotiva, rancore, paura, lutto per il danno ricevuto. Alla luce di tali vissuti è importante domandarsi quali possono essere le possibilità evolutive dei bambini abusati e quale terapia risulta essere più indicata per aiutarli. Inoltre, non essendo le capacità di elaborazione in età evolutiva completamente sviluppate, manca al bambino la disponibilità di schemi di riferimento cognitivi ed emozionali adeguati a comprendere e superare l'evento traumatico. Di fatto, il trauma è tale in quanto supera le competenze e

le possibilità di adattamento del bambino, il quale non ha strumenti adeguati, né cognitivi né emotivi, per affrontarlo.

La cura, nelle situazioni di trauma infantile, si muove su due aspetti sinergici, che hanno l'obiettivo di destrutturare quanto fissato dal trauma e di accompagnare il bambino verso esperienze di attaccamento positive. Compito centrale della psicoterapia del bambino vittima di maltrattamento è sicuramente agire sul sistema di significati dell'evento traumatico, cambiando il modo di interpretare l'esperienza passata, ossia ripresentare l'evento traumatico attraverso una trasformazione narrativa da memoria semantica a memoria episodica, in modo che le emozioni ad esso collegate possano essere "sentite" e quindi rese consapevoli, in una sorta di esperienza emozionale correttiva. Il trauma legato all'abuso interferisce negli schemi interpretativi del mondo e di sé che il bambino si è costruito prima dell'evento, spezza le credenze positive, mettendo il bambino nella condizione di dover assimilare l'esperienza traumatica ad altre esperienze o, più sovente, al contrario, nella condizione di cambiare le sue conoscenze passate affinché possano adattarsi all'esperienza traumatica. L'abuso attiva una sorta di effetto-paradosso per cui tutto ciò che è stato appreso è sbagliato, la fiducia non esiste; da qui il senso di diversità, di colpa, di tradimento e di impotenza, con la proiezione nel futuro dell'impossibilità di fidarsi e confidarsi. La psicoterapia deve confrontarsi con tutti questi aspetti e affrontare il più complesso dei processi cognitivi: i meccanismi difensivi (*Self Serving Biases*) che il bambino attiva, più o meno consapevolmente, per la sua "sopravvivenza" psicologica. Con tale termine clinico si intende un'operazione psichica, in parte inconscia, talvolta coatta, messa in atto per ridurre o annullare ogni turbativa che possa mettere in pericolo l'integrità dell'Io ed il suo equilibrio. È quindi ragionevole ipotizzare che l'individuare la prevalente modalità difensiva attivata dal bambino vittima di abuso può facilitare l'intervento del terapeuta e la sua riuscita. Per essere efficaci, i meccanismi difensivi devono rispettare una sorta di "verosimiglianza"; ecco quindi che quando il bambino arriva ad affermare "è colpa mia" opera un'operazione "parziale" e solo in apparenza plausibile degli eventi; attraverso un'attribuzione a se stesso di difetto e di responsabilità, egli si costruisce la "giusta punizione".

Senza volersi soffermare troppo su un argomento così ampio, è importante ricordare come, nelle vittime di maltrattamento, i meccanismi difensivi più riscontrabili siano l'*ipervigilanza*, ossia il cercare di analizzare nei minimi dettagli gli errori che si possono commettere al fine di prevenire un successivo atto di abuso; la *negazione* attraverso formule di pensiero quali "non c'è niente di cui preoccuparsi...non provo niente.....è tutto normale...." o la rimozione,

ossia l’allontanamento dalla memoria dell’evento. Inoltre il loro valore adattivo, in quanto fronteggiamento dell’ansia e difesa dell’Io, deve essere gradualmente compensato dall’acquisizione di strumenti di *coping* predisposti e verificati durante il percorso psicoterapeutico. Ecco quindi che il senso di colpa, per quanto apparentemente inspiegabile ed incomprensibile per l’osservatore inesperto, rappresenta il bisogno del bambino di controllo del mondo: il pensiero “*se non ero cattivo non mi capitava*” sottende e dà al bambino una speranza. Il bambino deve essere aiutato attraverso il sostegno e la cura dello psicoterapeuta, della famiglia, degli insegnanti, degli operatori e dell’ambiente di cui fa parte, ad operare un “salto” qualitativo di sviluppo per raggiungere un nuovo adattamento cognitivo più ampio e flessibile.

6. Conclusioni

Il maltrattamento di minori non è certamente un fenomeno circoscritto ai nostri giorni; è tuttavia recente la consapevolezza, da parte del mondo degli adulti, della vastità e della complessità del fenomeno, nonché della sua gravità delle relative conseguenze. Svariati studi hanno recentemente evidenziato quanto le condizioni di carente e/o distorto accudimento possano produrre danni incalcolabili nella costruzione della personalità dei bambini, con effetti che si allargano a tutto l’arco della vita. È ormai accertato che i soggetti traumatizzati nell’infanzia acquisiscono una maggiore vulnerabilità al ripetersi di esperienze analoghe a quelle che li hanno danneggiati; così come mostrano una potenziale tendenza ad interpretare in modo allarmato circostanze di per sé non traumatiche. Al fine di prevenire, per quanto possibile, e, soprattutto, per contrastare il fenomeno, non basta individuarlo: è necessario adottare precise misure. È necessario, ad esempio, che il bambino vittima di maltrattamento sia e si percepisca come soggetto attivo di un processo di “riabilitazione” con gli accorgimenti che la sua età, il suo sviluppo cognitivo ed emotivo, e il trauma necessitano. Occorre che sia “guidato” nella cura, che sia consapevole di esserlo e si metta nella condizione di sentirsi libero di esprimere le proprie opinioni, di condividere le proprie difficoltà, di proporre alternative nel gioco, nel dialogo e nel modo di comunicare i propri sentimenti. Ciò comporta una risposta flessibile nell’uso e nell’applicazione delle strategie di intervento terapeutico, in modo da incentivare quanto possibile la relazione con il bambino che impara gradualmente ad abbassare le difese cognitive ed a fidarsi dell’adulto-terapeuta e di conseguenza, per generalizzazione, degli altri adulti. Nell’abuso viene negata al bambino ogni forma di condivisione, essendo egli ridotto a puro oggetto; nella cura occorre favorire la con-divisione di tutto di un significato, di un gesto, di una parola.

Bibliografia

Dettore, D., Fuligni, C. (1999), *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill.

Di Blasio, P., Barletta, S. (2000), Violenza contro i bambini: la valutazione psicologica della famiglia e del minore. In M.E. Magrin (a cura di), *Guida al lavoro peritale* (241-273). Milano: Giuffrè.

Fornari, U. (1997), *Trattato di psichiatria forense* (203-217). Torino: Utet.

Gulotta G. et al. (2002), *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*. Milano: Giuffrè.

Mastronardi, V. (2001), *Manuale per operatori criminologi e psicopatologi forensi* (IV ed.). Milano: Giuffrè

Salvini, A., Ravasio, A., Faccio, E. (2008), Lo psicologo clinico nei casi di violenza o di abuso sessuale sui minori. In A. Salvini, A. Ravasio, T. Da Ros, *Psicologia Clinica Giuridica* (57-101). Firenze: Giunti.

IL PARADIGMA DEI SUPPORTI E LA “SUPPORTS INTENSITY SCALE”

PIER LUIGI BALDI*

Riassunto. *Questo studio, dopo aver introdotto il concetto di “supporto”, che costituisce una importante tappa nel processo di valutazione, terapia e inserimento del disabile intellettivo, si sofferma sulla versione italiana della Supports Intensity Scale e ne esamina la struttura e la valenza applicativa; lo studio evidenzia inoltre l’interesse dei dati che si ricavano dall’utilizzo di tale strumento.*

Parole-chiave: *supporti, paradigma, Supports Intensity Scale.*

1. Premessa

Il concetto di supporto costituisce l’aspetto innovativo della nona edizione del manuale *Mental retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports*, edizione pubblicata dall’autorevole *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD).

In tale edizione, i supporti sono riferiti a “Risorse e strategie finalizzate a promuovere l’educazione, gli interessi e il benessere della persona, tali da migliorare il funzionamento individuale”.

Sul sito-web dell’AAIDD¹ si legge: “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”.

Il concetto è stato ripreso nell’undicesima edizione dello stesso manuale, pubblicata nel 2010 dalla AAIDD, dal titolo *Intellectual Disability: Definition, Classification and Systems of Supports*, che, si noti, utilizza il costrutto “disabilità intellettiva” invece del tradizionale “ritardo mentale”.

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

¹ www.aaid.org

L'edizione del 2010, scritta da un comitato di 18 esperti, nel corso di 7 anni di lavoro:

- dà particolare rilievo al concetto di “supporto”;
- enfatizza l'utilità di sviluppare un profilo di supporti necessari alle singole persone.

Si tratta di supporti per:

- rendere più efficiente il funzionamento dell'individuo;
- migliorarne i risultati;
- aiutarne le scelte;
- garantire i diritti umani.

Da sottolineare che la succitata edizione del 2010, è la prima, tra quelle edite dall'AAIDD, che fa riferimento al costrutto di disabilità intellettiva, di cui è riportata la seguente definizione:

“La disabilità intellettiva è caratterizzata da significative limitazioni sia nel funzionamento intellettivo che nel comportamento adattivo, espresso in abilità concettuali, sociali e pratico-adattive. Tale disabilità ha origine prima dei 18 anni”.

2. La “Supports Intensity Scale” (SIS)

Da alcuni anni è disponibile in lingua italiana la taratura italiana, curata da Leoni e Croce (2008) della *Supports Intensity Scale* di J.R. Thompson *et al.* (2004).

I dati del campione normativo italiano (1052 persone, con disabilità intellettiva, di età variante dai 16 agli 81 anni) sono sostanzialmente coerenti con quelli del campione americano (1306 persone, fra i 16 e i 70 anni, di 33 Stati degli Usa e due province del Canada).

La SIS esamina 87 aree di funzionamento della persona e l'esaminatore è guidato nella valutazione secondo una metodologia centrata sul comportamento positivo. Essa fornisce informazioni su:

1. livello individuale, con i dati sui bisogni specifici relativi al funzionamento della persona;
2. livello globale, dei servizi, con i dati su intensità, frequenza e tipologia dei sostegni.

“In sintesi, la SIS è una scala di valutazione dei bisogni di sostegno e non una scala per misurare le competenze personali. Laddove i test sull'intelligenza e le scale del comportamento adattivo tentano di misurare direttamente gli aspetti della competenza personale, la SIS tenta di misurare direttamente i bisogni di sostegno. Una scala dei bisogni di sostegno fu creata sull'assunto che una diretta

misurazione dei bisogni di sostegno può fornire informazioni più specifiche e dirette e, quindi, è molto più utile per le équipes di progettazione e per coloro che operano nella gestione del livello dei sistemi di sostegno e che tentano di determinare il modo migliore per sostenere un soggetto negli ambienti comunitari" (Leoni e Croce, op.cit., p.25).

Un successivo contributo di Thompson *et al.*, non ancora pubblicato in lingua italiana, è la *Supports Intensity Scale-Children's Version* (2015), standardizzata su un campione d'età variante tra i 5 e i 16 anni.

La prima traduzione dell'edizione italiana della *Supports Intensity Scale* è stata discussa in un *consensus group* e successivamente è stata sottoposta alla verifica degli autori americani.

La possibilità di realizzare il progetto italiano è venuta dalla collaborazione offerta da ANFFAS Onlus, che ha messo a disposizione la sua rete di servizi, composta da 200 centri, in contatto con ca. 8000 famiglie italiane.

Seguendo i tre livelli di utilizzo, definiti dall'originale americano, si prevede l'applicazione della SIS nei modi seguenti:

Livello 1 - Individuale

Questo livello è servito per definire le norme statistiche su oltre 1000 persone disabili, residenti in tutte le regioni italiane.

Livello 2 - Servizi

Il caso specifico di un ente di grandi dimensioni, quale la "Fondazione Sospiro" di Cremona, composto al suo interno da vari servizi residenziali, offre un esempio di come la SIS possa essere utilizzata per la comprensione delle caratteristiche complessive del servizio stesso.

Livello 3 - Sistema

Utilizzo della SIS per lo studio di politiche sociali di un Paese come l'Italia.

La scala è suddivisa in tre sezioni.

Sezione 1: Scala dei bisogni di sostegno, comprendente 49 attività di vita, raggruppate in 6 subscale di sostegno.

Sezione 2: Sottosezione supplementare, comprendente 8 item relativi ad attività di protezione e tutela.

Sezione 3: Bisogni di sostegno non ordinari, di tipo medico e comportamentale, comprendente 15 condizioni mediche e 12 problemi comportamentali, che in genere richiedono livelli di sostegno consistenti, indipendenti dai bisogni di sostegno del soggetto in altri ambiti di attività.

3. Reti di sostegno, che forniscono servizi individualizzati

Si è recentemente compreso che anche le persone con disabilità hanno bisogno di reti di sostegno, composte da diversi soggetti che forniscono sostegni differenziati, a diversi livelli.

Il nuovo “paradigma dei sostegni” sposta l’attenzione dal “prendersi cura di” a investire tempo nella creazione e promozione di reti di sostegno, al cui interno sono ridefiniti i diversi ruoli degli operatori.

Le reti di sostegno offrono diverse opportunità, tra cui:

1. maggiore opportunità per la persona disabile di provare un senso di appartenenza sociale, dovuto a un aumento delle possibilità di stabilire rapporti significativi con gli altri;
2. maggior numero di persone impegnate nella riuscita di una soggetto con sviluppo atipico;
3. maggiori capacità inclusive da parte della comunità.

Due implicazioni-chiave del paradigma dei sostegni sono:

- a) individuare, descrivere e comprendere le persone, in merito alla tipologia e all’intensità dei loro bisogni di sostegno;
- b) concentrare l’attenzione sulla progettazione e l’erogazione dei servizi, fornendo dei sostegni che riducano il divario tra il livello della competenza personale di una persona e le richieste degli ambienti in cui questa vive.

4. Visione d’insieme della SIS

La versione originale USA della scala si è sviluppata negli anni attraverso un processo che includeva:

- a) la revisione critica di una vasta letteratura scientifica, che permettesse di identificare gli indicatori dei bisogni di sostegno;
- b) un’indagine condotta attraverso un metodologia Q-sort² con 50

² Agli esperti è stato chiesto di classificare gli indicatori, in modo da stabilirne il grado di appartenenza a 12 aree di sostegno. Ad es., “sostegni nel riassetto e pulire la casa” dovrebbe influire logicamente di più sull’area della “vita nell’ambiente domestico”. Le consegne sono state le seguenti: “Per favore, completate la vostra valutazione, basandovi sulle seguenti indicazioni: 1. Per ciascuno degli indicatori ponete il numero 1 nella colonna dell’area di sostegno su cui l’indicatore avrebbe il suo impatto massimo e/o più logico. 2. Se ritenete che l’indicatore possa avere un effetto secondario su un’altra area di sostegno, mettete il numero 2 nella colonna corrispondente. 3. Se un indicatore non ha alcuna relazione con nessuna delle aree, lasciate la riga in bianco. 4. Siete pregati di aggiungere alla nostra lista ulteriori indicatori, indicando con

professionisti che lavoravano nel campo delle disabilità intellettive, al fine di determinare la validità di contenuto e il raggruppamento iniziale degli item.

- c) quattro ricerche sul campo, in cui si sono raccolti dati su più di 1.800 persone con disabilità intellettiva.

Sezioni 1 e 2: Scala dei bisogni di sostegno e scala supplementare di protezione e tutela legale

Le sei subscale della sezione 1 riguardano, rispettivamente, attività nell'ambiente domestico, attività di vita di comunità, apprendimenti nel corso della vita, attività relative all'occupazione, alla salute e sicurezza, attività sociali.

La sezione 2, con le due subscale supplementari, rispettivamente di protezione e di tutela legale, non è usata per determinare l'indice dei bisogni di sostegno della SIS; i bisogni delle due subscale sono analizzati in base a tre misurazioni: a) frequenza, b) durata quotidiana, c) tipo di sostegno.

a) Frequenza

Riguarda quanto spesso è richiesto un "sostegno non ordinario" (oltre a quello di cui necessitano le persone senza disabilità). Essa viene valutata su una scala 0-4, in cui i numeri più alti indicano i maggiori bisogni. Ad es., "La persona ha quotidianamente bisogno di aiuto per preparare i pasti?" In caso affermativo, la frequenza avrebbe valore 3, vale a dire "per almeno una volta al giorno, ma meno di una volta all'ora".

b) Durata quotidiana del sostegno (DQS)

Viene anch'essa valutata su scala 0-4 e indica la quantità di tempo dedicata al sostegno. Ad es., quando la persona ha quotidianamente bisogno di recarsi in luoghi e ambienti nuovi, il DQS = 3 indica una durata da 2 a 4 ore.

c) Tipo di sostegno

Anch'esso valutato su scala 0-4, riflette la natura del bisogno di cui un soggetto potrebbe avere bisogno per intraprendere una determinata attività. I tipi di

1 o con 2 il grado di appartenenza di tali indicatori alle diverse aree di sostegno. È stato stabilito un valore inferiore o pari a 1,1 come criterio per mantenere l'indicatore; gli item risultanti hanno permesso di mantenere 8 dei 12 domini iniziali di sostegno. "Cura personale", "tecnologia", "famiglia", "finanze" sono state cancellate come domini distinti di sostegno. Inoltre due domini hanno ricevuto una nuova denominazione (il dominio "autotutela" è diventato "protezione e tutela", "scuola e istruzione" è stato sostituito da "istruzione e addestramento"). Gli 8 domini e i corrispondenti indicatori hanno fatto parte della versione-pilota della "scala di valutazione dei bisogni di sostegno" (la scala-pilota che è stata alla base della SIS).

sostegno variano da nessun sostegno (0) a sostegno piuttosto modesto (es., monitoraggio: 1) fino a intenso (es., assistenza fisica totale: 4).

Sezione 3: Bisogni di sostegno non ordinari di tipo medico e comportamentale

Sono elencate 15 condizioni mediche e 12 problemi comportamentali.

Ad es., i soggetti con alto bisogno di sostegno per l'assistenza alla respirazione necessitano del massimo sostegno nella vita quotidiana; allo stesso modo, un soggetto che si rende responsabile di aggressioni fisiche avrà bisogno di ulteriore sostegno, indipendentemente dal suo livello di autonomia in altri settori della vita. In questa sezione viene utilizzata una scala 0-2:

0 = bisogno assente;

1 = bisogno di sostegno parziale;

2 = bisogno di sostegno estensivo.

5. Somministrazione della SIS

Un intervistatore qualificato compila la SIS, ottenendo informazioni sui bisogni di un soggetto attraverso un'intervista semistrutturata con una o più persone che lo conoscono bene. Se l'intervistatore ha un'ottima conoscenza del soggetto, può svolgere anche il ruolo di intervistato. Per ottenere informazioni accurate, l'intervistatore deve consultare tutte le persone necessarie (almeno due).

- Devono essere compilati tutti gli item, anche se il soggetto non è o non può essere coinvolto in determinate attività.
- Gli intervistati devono valutare il soggetto in funzione di un livello massimo di potenziale attività, anche se questa è del tutto ipotetica.
- La valutazione deve essere condotta pensando ai sostegni necessari, anche se questi non sono forniti.
- Si devono valutare anche gli item che per un soggetto sembrano ridondanti.

6. Requisiti dell'intervistatore

La SIS deve essere somministrata da un professionista, che abbia completato almeno un corso di laurea di 4 anni e che lavori nel campo dei servizi alla persona (uno psicologo, un educatore, un operatore sociale). Tuttavia possono essere accettate altre persone che hanno esperienza nell'*assessment* e ampia conoscenza della valutazione del comportamento. L'intervistatore deve possedere una buona esperienza di lavoro con soggetti disabili.

7. Requisiti dell'intervistato

Gli intervistati devono conoscere il soggetto da almeno 3 mesi e devono aver avuto modo di osservarlo di recente in uno o più ambienti (almeno diverse ore per ambiente). L'intervistato può essere un genitore, un parente, un tutore, un operatore, un responsabile di servizio, un insegnante o qualsiasi altra persona che lavora o che vive con il soggetto che si sta valutando e che comprende i suoi bisogni di sostegno.

8. Attribuzione dei punteggi e interpretazione dei risultati della SIS

Visione d'insieme

Sulla base delle informazioni raccolte con l'applicazione della SIS, è possibile determinare due tipi di risultati, relativi ai bisogni di sostegno:

- I punteggi standard, ricavati da ciascuna delle sei subscale di attività della sezione 1.
- Un indice SIS dei bisogni di sostegno, che viene calcolato sommando i punteggi standard delle sei subscale; esso fornisce un'indicazione globale dell'intensità dei bisogni di un soggetto.

Punteggi grezzi di ciascuna subscale

- Sommare i punteggi da 0 a 4 di ciascuna delle tre dimensioni (frequenza, durata, tipo) per ogni item (totale di riga).
- Sommare i totali di riga per ottenere il punteggio grezzo totale (totale dell'ultima colonna a destra).

Punteggi standard e ranghi percentili di ogni subscale

Per ciascuna subscale, attraverso un'apposita tabella, si converte il punteggio grezzo totale sia in punteggio standard che in rango percentile. Questi punteggi definiscono la posizione della persona esaminata rispetto al campione di standardizzazione. Sia per i punti standard che per i percentili, più un valore è alto, più i bisogni di sostegno sono elevati.

Sia i punti standard che i ranghi percentili vanno riportati nell'apposito riquadro del foglio di notazione.

Indice e profilo dei bisogni di sostegno

Un'apposita tabella permette di trovare l'indice dei bisogni di sostegno e il suo rango percentile, entrambi in corrispondenza della somma dei punti standard

delle subscale.

Quanto al profilo, esso si ricava unendo con un tratto di penna i punti standard di ciascuna subscale nell'apposito riquadro, in cui sono riportati, nella penultima colonna a destra, gli indici dei bisogni di sostegno corrispondenti ai totali dei punti standard delle subscale e, sia nella prima che nell'ultima colonna, i punteggi percentili relativi ai punti standard delle singole subscale.

Sezione 2: Scala di protezione e tutela legale

Si calcoli il punteggio grezzo per ciascuno degli otto item della scala., sommando i valori di frequenza, durata, tipo. Le somme vanno riportate negli spazi della colonna, corrispondenti a ciascun item. In questo caso tali somme non vanno a loro volta sommate, ma ordinate nella colonna successiva, dalla più alta alla più bassa, attribuendo il valore 1 alla somma più alta, e così via. Quindi vanno registrate le quattro attività con i punteggi più alti nell'apposito riquadro.

Sezione 3: Bisogni di sostegno non ordinari di tipo medico e comportamentale

Per ogni item si utilizza una scala 0-2:

0 = bisogno assente; 1 = bisogno parziale (monitoraggio e/o assistenza occasionale; 2 = bisogno estensivo (assistenza regolare, per gestire la condizione medica o il comportamento).

Sezione 3 A (*Bisogni di tipo medico*): sommare il punteggio degli item a cui è stato attribuito il valore 1 (ad es., $1+1+1+1 = 4$); sommare il punteggio degli item a cui è stato attribuito il valore 2 (ad es., $2+2+2+2+2 = 10$; aggiungere i due totali (in questo caso, $4+10 = 14$) e riportare il totale generale nell'apposito riquadro.

- Il totale è maggiore di 5?
- È stato cerchiato almeno un valore 2?

La stessa procedura vale per la sezione 3 B (*Bisogni di sostegno di tipo comportamentale*).

Se la risposta è affermativa per ciascuna delle domande, è altamente probabile che la persona abbia bisogni di sostegno maggiori di altri soggetti con analogo "indice dei bisogni di sostegno" SIS.

9. Schemi potenziali di classificazione, utilizzando i punteggi SIS della sezione 1

Modalità basate sull' "indice dei bisogni di sostegno"

La distribuzione dei punteggi dell'*indice dei bisogni di sostegno* è di tipo normale, con media pari a 100 e deviazione standard pari a 15. Pertanto potrebbe essere applicato il seguente sistema di classificazione, utilizzando l' *indice dei bisogni di sostegno* (più elevato è il punteggio, più alti sono i livelli dei bisogni di sostegno):

- livello I = 84 o meno
- livello II = 85-99
- livello III = 100-115
- livello IV = 116 o più

Classificazione basata sui modelli di finanziamento

Essa rapporta i punteggi SIS all'ammontare dei finanziamenti.

Nell'ambito della standardizzazione a livello nazionale (standardizzazione USA), i dati relativi alla copertura dei costi sono stati ricavati per gran parte della popolazione dai dati SIS.

La classificazione prevede la seguente distribuzione dei punteggi grezzi:

- livello I = 1-60
- livello II = 61-84
- livello III = 85-116
- livello IV = > 116

(finanziamenti annuali da 0 a 100.000 dollari)

10. Analisi con l'uso di dati aggregati

Sebbene la *Supports Intensity Scale* sia stata ideata per la misura dei bisogni di sostegno di singoli individui, essa può essere utilizzata su gruppi di soggetti da enti che abbiano determinati obiettivi, tra cui:

- a) il confronto tra i livelli ottenuti dall'applicazione della SIS, e i livelli di sostegno realmente forniti;
- b) l'individuazione di sperequazioni tra i finanziamenti effettivamente ricevuti e quelli che sarebbero richiesti sulla base dei punteggi della SIS;
- c) analisi delle variazioni dei bisogni di finanziamento (ad es., su base annuale).

11. Dati normativi

I punteggi grezzi di ciascuna *subscala dei bisogni di sostegno* sono stati trasformati sia in punti standard con media = 10 e deviazione standard = 3, sia in ranghi percentili.

È stato calcolato un punteggio standard composito o *indice dei bisogni di sostegno*, espresso in un scala come media = 100 e deviazione standard = 15, partendo dalla somma dei punteggi standard delle sei scale succitate. La somma di tali punteggi è stata inoltre convertita in ranghi percentili.

12. Sezioni 2 e 3

La standardizzazione italiana, come quella americana, ha interessato unicamente le subscale della sezione 1. Tuttavia vengono riportati alcuni dati di riferimento per l'interpretazione dei punteggi di queste due sezioni. Vengono inoltre riportate delle soglie limite, relative al 93° e al 97° percentile, al di sopra delle quali i valori indicano un bisogno di sostegno particolarmente elevato.

13. “Attendibilità” della SIS

Definizione: l'attendibilità di uno strumento consiste nella stabilità delle sue misure nel tempo.

Sono stati calcolati i seguenti indici:

1. la consistenza interna;
2. l'errore standard di misura.

La consistenza interna

Innanzitutto è stata verificata la normalità delle distribuzioni dei dati grezzi.

Le distribuzioni non sono normali, bensì asimmetriche a destra, il che indica una maggioranza di bisogni di sostegno elevati.

Dopo aver esaminato l'andamento delle sei subscale, si è proceduto a verificare quali variabili potessero essere considerate ai fini dell'analisi della consistenza interna. Coerentemente con la taratura USA, si è considerato il fattore “età”, poiché esso ha messo in luce un'elevata correlazione con i punteggi di ciascuna delle sei subscale. In un'apposita tabella sono riportati i coefficienti di correlazione di Kendall del fattore età con i punteggi delle sei subscale.

Si è quindi analizzata l'omogeneità degli item, stratificata per fasce d'età, attraverso il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach e il calcolo del coefficiente di correlazione interitem. Con questa procedura si è potuto appurare che ciascun gruppo di item misura lo stesso fattore.

L'errore standard di misura

Per tutti i livelli d'età è stato determinato l'errore standard di misura, in modo da evidenziare l'*intervallo di fiducia* entro il quale, a partire dal punteggio ottenuto, si situa il punteggio "vero" di un soggetto, per un determinato livello di probabilità d'errore.

14. Validità della SIS

Definizione: uno strumento di misura è valido se valuta ciò che con esso ci si propone di valutare.

Si sono stimate le relazioni, rispettivamente, tra punteggi-SIS e livelli di disabilità intellettiva, e tra punteggi-SIS ed età.

Per quanto riguarda la disabilità intellettiva, si conferma, come da ipotesi, la relazione diretta tra essa e i punteggi della scala SIS.

Le differenze tra medie sono risultate altamente significative per tutte le subscale. Relativamente all'età, si osserva una relazione significativa inversa tra i punteggi della scala SIS e i livelli d'età. La relazione inversa con l'età è probabilmente spiegabile con la progressiva riduzione delle aspettative degli esaminatori nei confronti dei bisogni di integrazione sociale e di autonomia all'aumentare dell'età delle persone intellettivamente disabili.

Bibliografia

Leoni, M., Croce, L. (a cura di) (2008), *Supports Intensity Scale*. Gussago (BS): Vannini Editrice.

Luckasson *et al.* (eds) (1992), *Mental retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports* (9th ed.). Washington (DC): American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Schalock *et al.* (eds) (2010), *Intellectual Disability: Definition, Classification and Systems of Supports* (11th ed.). Washington (DC): American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Thompson, J.R. *et al.* (2004), *Supports Intensity Scale – Users Manual*. Washington (DC): American Association on Mental Retardation.

Thompson, J.R. *et al.* (2015), *Supports Intensity Scale – Children’s Version*. Washington (DC): American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

ESPERIENZE DI LAVORO

CIOCCOLATO E DINTORNI

ORIETTA MELONE*

1. Premessa

Con l'avvicinarsi della stagione fredda, parlare di cioccolato non coinvolge solo dal punto di vista del gusto ma trasmette una forma di calore e di partecipazione che ha interessato da subito quattro giovani adulti, tutti di genere maschile, di cui mi occupo nella mia attività di educatrice, ai quali ho presentato la proposta che mi accingo a descrivere.

Il mio lavoro con questo piccolo gruppo è partito dalla lettura del romanzo per ragazzi intitolato “La fabbrica di cioccolato” di Roald Dahl da cui è stato tratto anche un famoso film, uscito nelle sale cinematografiche nel 2005. L'esperienza si è poi articolata in alcune tappe: un breve riassunto del romanzo, l'individuazione dei personaggi e delle loro principali caratteristiche, ed infine la verifica della comprensione della vicenda.

2. La trama del racconto

Charlie Bucket vive insieme ai quattro nonni e ai suoi genitori in una piccola casa di legno. A causa della loro grande povertà, i Bucket si nutrono prevalentemente di zuppa di cavoli. Solo per il suo compleanno Charlie riceve in regalo una tavoletta di cioccolato, dolce che ama molto. Willy Wonka, proprietario di una fabbrica di dolcetti, decide di indire un concorso: in cinque delle sue tavolette di cioccolato, sparse per il mondo, sono stati inseriti cinque biglietti d'oro; chi troverà i biglietti d'oro potrà trascorrere un giorno nella fabbrica di cioccolato, ammirare tutte le meraviglie e potrà vincere un premio a sorpresa. I fortunati che trovano il biglietto sono Augustus Gloop, un bambino corpulento e goloso, Veruca Salt, una ragazzina molto viziata da suo padre, Violetta Beauregarde, la campionessa mondiale di masticazione di gomme, Mike Tivù, un ragazzo molto attratto dalla televisione e dai videogiochi, e infine Charlie Bucket, che trova con un colpo di fortuna l'ultimo biglietto d'oro. All'entrata della fabbrica, i cinque bambini e i loro accompagnatori vengono accolti da Willy Wonka, uomo decisamente stravagante. Qui sono subito attratti dalle meraviglie che si presentano loro, a partire dagli Umpa Lumpa, un popolo che il signor Wonka

* Educatrice professionale, “Centro Paolo VI”

incontrò in un viaggio nella giungla e i cui membri decisero di diventare suoi operai a patto che Willy Wonka avesse permesso loro di cibarsi dei semi di cacao, di cui andavano pazzi.

Mentre i visitatori sono guidati attraverso i settori della fabbrica, accadono quattro fatti:

Augustus Gloop vuole bere da un condotto di cioccolato fuso che scorre come un fiume, cade e viene risucchiato in un tubo. Willy Wonka non pare affatto preoccupato dalla situazione, ma chiede comunque agli Umpa-Lumpa di tirarlo fuori.

Incurante degli avvertimenti di Wonka, Violetta Beauregarde collauda una gomma da masticare ancora sperimentale che sfama come un intero pranzo, diventando tutta viola e gonfiandosi come un palloncino. Wonka rimane impassibile, ma chiede agli Umpa Lumpa di sgonfiarla, centrifugandola.

Veruca Salt, insistendo capricciosamente per avere uno degli scoiattoli ammaestrati che lavorano con gli Umpa Lumpa, decide di prenderne uno da sola, che però la butta nella spazzatura. Wonka, incurante, chiede agli Umpa Lumpa di accompagnare il padre della bambina nella discarica in cui è finita, ma anche il signor Salt cade nei rifiuti.

Mike Tivù viene *teletrasmesso* negli spot televisivi delle tavolette Wonka, permettendo agli spettatori di prenderle dal televisore e mangiarle; nell'operazione, il bambino viene rimpicciolito quanto una tavoletta di cioccolato e il direttore chiede agli Umpa Lumpa di rimediare alla situazione; tuttavia qualcosa va storto, poiché il bambino diventa alto 3 metri.

Charlie, l'unico a non avere i difetti degli altri quattro bambini, poiché la sua povertà gli ha insegnato ad accontentarsi di poche cose, è il solo concorrente a uscire vittorioso dalla visita e perciò Wonka lo nomina erede della sua fabbrica, dove Charlie si trasferisce con l'intera famiglia e aiuta il sig. Wonka a inventare nuovi dolci.

3. Descrizione dei personaggi

CHARLIE BUCKET: è il quinto vincitore del biglietto d'oro e protagonista del racconto; è un bambino povero che vive in una casetta malandata con i suoi genitori e i quattro nonni. È un bambino con una grandissima passione per la cioccolata ma la sua famiglia, data la povertà in cui vive, può concedergli una sola tavoletta per il suo compleanno.

WILLY WONKA: figlio del dentista Wilbur Wonka, che non gli permetteva di mangiare neppure il più piccolo dolcime. Un giorno riuscì di nascosto a

mangiare un cioccolatino; da allora la passione per il cioccolato cambiò la sua vita, al punto da motivarlo a costruire una grandissima fabbrica di cioccolato, la più famosa del mondo. Willy è un uomo “lunatico” ed enigmatico.

UMPA LUMPA: omini che lavorano nella fabbrica di cioccolato di Willy Wonka. Vengono da un paese lontano che si chiama Umpalandia. Adorano i chicchi di cacao ed è per questo che si trovano nella fabbrica Wonka.

NONNO JOE: è il nonno di Charlie, un uomo anziano che ha lavorato per tanti anni nella fabbrica di cioccolato. Accompanya Charlie a visitare la fabbrica di cioccolato.

AUGUSTUS GLOOP: è il primo vincitore del biglietto d'oro, un bambino grasso e goloso di cioccolata “Wonka”, che mangia praticamente tutto il giorno. Quando fa visita alla fabbrica, cerca di bere dal fiume di cioccolata, ma ci finisce dentro e viene risucchiato dai tubi.

VERUCA SALT: è la seconda vincitrice del biglietto d'oro; bambina viziata e antipatica, ottiene qualsiasi cosa chieda ai genitori, perché mamma e papà non vogliono vedere la loro bambina infelice.

VIOLETTA BEAUREGARDE: è la terza vincitrice del biglietto d'oro; è una bambina vanitosa e scorretta e mastica la stessa gomma da tre mesi, anche durante i pasti, perché, se non lo facesse, non sarebbe una campionessa, ma una perdente. È convinta di vincere il premio della fabbrica di cioccolato.

MIKE TV: quarto vincitore del biglietto d'oro, bulletto devoto alla televisione, ai videogiochi e alla tecnologia in generale.

4. Il lavoro di verifica

Per la prima volta, data la diversità delle caratteristiche personologiche e attitudinali, nonché dei gusti personali dei giovani adulti da me seguiti, ho ritenuto opportuno proporre a ciascuno di loro, che identificherò con le iniziali dei loro nomi e cognomi, una differente verifica.

D.G. (diagnosi di disabilità mentale di media gravità, schizofrenia e aplasia midollare) è stato invitato a fare un riassunto di quanto letto; a M.S. (diagnosi di schizofrenia paranoide) ho chiesto rispondere ad alcune domande sul racconto; F.B. (diagnosi di disabilità mentale di media gravità e sindrome schizotipica) è stato chiamato a rispondere ad un semplice questionario con risposte a scelta multipla, mentre T.G. (diagnosi di sindrome epilettica farmacoresistente con crisi parziali complesse, disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e sindrome psicorganica) doveva formulare un pensiero scritto sulle proprie impressioni relative alla lettura del racconto; inoltre ho invitato questo giovane a risolvere

alcuni semplici problemi, date le sue buone capacità di risolvere operazioni aritmetiche.

4.1.

Lavoro con D.G.

Consegna: “Ora che abbiamo letto il racconto, scrivi un breve riassunto di quello che hai ascoltato”.

Questo è il suo riassunto: “C’era una volta un ragazzo che si chiamava Charlie e che viveva con i nonni e con sua mamma e suo papà. Era povero e mangiava sempre minestra con i cavoli. Gli piaceva molto il cioccolato ma non aveva i soldi per comperarselo e solo il giorno del suo compleanno ne mangia un quadretto. Nella città dove abitava c’era una grande fabbrica di cioccolato e lui tante volte si fermava a guardarla da fuori e gli sarebbe piaciuto entrare dentro per visitarla. Un giorno suo nonno sente per radio che il padrone della fabbrica ha messo dentro alla carta di cinque tavolette di cioccolato, cinque biglietti. Chi troverà i biglietti scartando il cioccolato, potrà visitare la fabbrica. Charlie vorrebbe comperare una tavoletta, ma non può perché non ha i soldi. Un giorno però mentre torna a casa trova dei soldi per terra e va subito tutto contento a comperarsi una tavoletta di cioccolato. Con grande gioia Charlie trova il biglietto d’oro dentro alla tavoletta di cioccolato e insieme ad altri quattro ragazzi può entrare nella fabbrica accompagnato da suo nonno. Vede degli operai che lavorano, che sono uomini piccoli e che vengono dalla giungla dove il padrone li ha incontrati e portati a lavorare nella sua fabbrica. Mentre i suoi quattro compagni non obbediscono e non possono stare fermi combinando dei guai nella fabbrica, Charlie è il più educato e arriva a visitare tutta la fabbrica. Alla fine il padrone gli dice che la fabbrica sarà sua e che lì potrà andare ad abitare con tutta la sua famiglia.”

4.2.

Lavoro con M.S.

Consegna “ Ora che abbiamo letto il racconto, cerca di rispondere esattamente ad alcune domande”.

Le domande:

1. Chi sono i personaggi principali del racconto?
2. Cosa sono i biglietti d’oro?
3. Qual è il cibo preferito dagli Umpa-Lumpa?
4. Cosa accade ai cinque bambini?

Risposte:

1. I personaggi principali sono: Charlie, Willy Wonka, i nonni di Charlie, Augustus, Veruca, Violetta, Mike e gli Umpa Lumpa.
2. I biglietti d'oro sono nascosti in cinque tavolette di cioccolato "Wonka" e danno la possibilità ai cinque bambini di visitare la fabbrica di cioccolato.
3. Il cibo preferito dagli Umpa Lumpa sono i chicchi di cacao.
4. Augustus cade in una cascata di cioccolata, Violetta, masticando una gomma che non deve, si trasforma in un grosso mirtillo, Veruca viene buttata nello scarico dei rifiuti perché vuole prendere uno scoiattolo, Mike entra nel televisore e diventa piccolo ma poi con un rullo diventa piatto come una sogliola e altissimo. Charlie è il vincitore e il padrone gli regala la sua fabbrica.

4.3.

Lavoro con F.B.

Consegna: "Ora che hai ascoltato il racconto, rispondi alle seguenti domande, scegliendo la risposta esatta, tra quelle riportate".

Le domande:

1. Dove abita Charlie ?
 - in un appartamento grande
 - in una piccola casa di legno
 - in una villa
2. Come si chiamano gli aiutanti di Willy Wonka?
 - umpa
 - umpa lumpa
 - umpa umpa
3. Come si chiama il nonno di Charlie?
 - Wilbur Wonka
 - Weilbur Wonga
 - Joe
4. Cosa mangia sempre Charlie?
 - cioccolato
 - panino con salame
 - minestra di cavolo
5. Chi è il bambino che entra nel televisore?
 - Charlie
 - Mike tv
 - Augustus

6. La famiglia di Charlie é?

- povera
- ricca
- né povera né ricca

7. Chi vince la fabbrica?

- Charlie
- Veruca
- Mike tv

Risposte: il giovane ha risposto in modo errato alla domanda n.2, contrassegnando l'alternativa "umpa".

4.4.

Lavoro con T.G.

Consegna: "Scrivi, dopo questa lettura, alcuni ricordi, pensieri, impressioni che ti vengono in mente a proposito del racconto. Al termine, se vuoi, puoi cercare di risolvere alcuni problemi di aritmetica che ti ho preparato".

Problemi:

1. Willy Wonka ha prodotto 90 cioccolatini alle mandorle e ne ha venduti 47. Quanti cioccolatini gli restano ancora da vendere?
2. Tra i 90 cioccolatini alle mandorle, 24 sono fondenti, mentre gli altri sono al latte. Quanti sono quelli al latte?
3. Visitando la fabbrica di cioccolato, Charlie vede 13 file formate da 9 Umpa-Lumpa ciascuna. Quanti Umpa-Lumpa ci sono in tutto?

Risposte:

"Leggendo del nonno di Charlie, penso che per questo ragazzo sia stata una figura importante proprio come è stato mio nonno per me. Mio nonno, quando era vivo, tutti i pomeriggi mi portava a fare un giro per la città. Con lui mi divertivo molto perché era un uomo simpatico e dalla battuta pronta. Alla domenica andavo con lui allo stadio e in estate in piscina a vedere le partite di pallanuoto. Al bar bevevamo il cappuccino con la brioche, e il gelato in estate. Quando i miei genitori erano impegnati, era sempre il nonno ad accompagnarmi in gita scolastica, dove potevo incontrarmi con i miei compagni e stare con loro. Questo racconto mi ha ricordato il nonno, ma anche le persone povere che non si possono comperare niente. Sono contento che sia stato Charlie a vincere il primo premio e cioè la fabbrica di cioccolato sia perché è povero sia perché si

accontenta sempre di quello che ha. Inoltre è stato il più educato durante la visita alla fabbrica, mentre gli altri quattro ragazzi hanno fatto dei guai.”

Quanto ai problemi, T.G. ha sempre risposto esattamente.

5. Riflessioni conclusive

Questo mio lavoro ha presentato degli elementi di novità rispetto ai precedenti, in quanto ho dovuto differenziare il lavoro di verifica e modularlo in rapporto alle diverse competenze dei quattro giovani adulti che ho in carico. Devo dire con franchezza che la personalizzazione dei quesiti ha comportato per me qualche difficoltà; allo stesso tempo mi ha offerto l'opportunità di inquadrare meglio i casi clinici e di studiarli più attentamente, per coglierne non solo le capacità che nel tempo sono state apprese e mantenute, ma anche per avere la conferma che il passare degli anni e la lunga permanenza in istituzione, comune ai quattro casi considerati, non hanno cancellato acquisizioni di base, interessi, emozioni. E di questo sono molto soddisfatta.

Nota bibliografica

Roald Dahl (1988), *La fabbrica di cioccolato*. Trad. it., Milano: Salani

ISSN 1827-5842

*Finito di stampare nel mese di dicembre 2015
da Guardamagna Editori in Varzi (PV)*