

Abilitazione e Riabilitazione

ARE

Anno XXV N. 1 2016

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 XXV - N. 1 - 2016

INDICE

STUDI E RICERCHE

PIER LUIGI BALDI

Un nuovo strumento di comunicazione per persone ipoudenti pag. 7

SUSANNA FOLEGATTI

La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare
nell'adolescenza e l'influenza dei media pag. 17

SAVERIO BERGONZI

La valutazione del trattamento in "unità adolescenti" pag. 39

ANNA MOTTINI

L'utilizzo della narrazione con l'anziano ricoverato pag. 59

ESPERIENZE DI LAVORO

ORietta MELONE

L'amicizia tra l'uomo e gli animali..... pag. 71

STUDI E RICERCHE

UN NUOVO STRUMENTO DI COMUNICAZIONE PER PERSONE IPOUDENTI

PIER LUIGI BALDI*

Riassunto. *Il software qui presentato utilizza la “Lingua dei Segni Italiana” (LIS) per la comunicazione con le (e tra le) persone non udenti e ipoudenti, non solo perché la LIS è ritenuta uno strumento fondamentale ai fini dello sviluppo psicologico e comunicativo del bambino, ma anche per le sue potenziali funzioni di lingua-ponte ai fini dell’apprendimento del linguaggio verbale. Questo lavoro segue e completa, a distanza di alcuni anni, un software che si è proposto di favorire l’acquisizione, tramite la LIS, di parole singole, ad alta frequenza e immaginabilità; il presente strumento ha per obiettivo l’apprendimento di frasi semplici, costituite da un predicato e da uno, due o tre argomenti.*

Parole-chiave: *ipoudenti, comunicazione, software.*

1. Presentazione

Questo software è stato da noi intitolato *CAPIAMOCI 2*, in quanto costituisce la continuazione, per così dire necessaria, del precedente *CAPIAMOCI* (Baldi, Giorgetti, Pelizzari, 2008), il cui obiettivo era innanzi tutto quello di ampliare il lessico del bambino sordo e di rafforzarne alcune conoscenze morfosintattiche di base, relative a nomi, verbi e articoli.

I nomi e i verbi, utilizzati in *CAPIAMOCI*, sono stati selezionati dal database *PVB-VARLESS*, realizzato da ricercatori dell’Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del CNR di Roma (Rinaldi, Barca, Burani, 2004), a partire dal *Primo Vocabolario del Bambino (PVB)* di Caselli e Casadio (1995).

Utilizzando i lemmi del precedente software, per le loro caratteristiche di facile immaginabilità e alta frequenza d’uso, con *CAPIAMOCI 2* ci siamo posti, in primo luogo, l’obiettivo di facilitare l’approccio del bambino sordo a semplici strutture frasali dell’italiano scritto, intendendo per “frase” una combinazione di parole ben formata sintatticamente e di senso compiuto. L’ossatura delle

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

frasi da noi presentate è costituita da verbi monovalenti (ad es.: *il bambino salta*), bivalenti (ad es.: *il papà legge il giornale*) e trivalenti (ad es.: *il bambino nuota nell'acqua con il salvagente*). In alcuni casi, le frasi “di base”, di cui abbiamo ora presentato tre esempi, sono costituite, oltre che dal predicato con uno, due o tre argomenti, da un circostanziale (ad es.: *di sera il nonno legge il giornale*). Attraverso le frasi da noi proposte, intendiamo favorire lo sviluppo morfosintattico dei bambini, poiché nella lingua italiana lo sviluppo sintattico e quello morfologico sono strettamente collegati. Infatti, in italiano <<...come in altre lingue romanze, alcune informazioni sintattiche sono trasmesse tramite le alterazioni morfologiche delle parole: per esempio un nome può assumere la funzione grammaticale di soggetto sia per la posizione preverbale nell'ordine delle parole detto “canonico” (soggetto-verbo-oggetto, SVO) sia per l'accordo morfologico col verbo (ad esempio, “I gatti inseguono il cane”) >> (Devescovi, Marano, 2013). Sulla base di queste considerazioni, il termine “morfosintattico” appare appropriato allorché si descrive lo sviluppo della competenza verbale dei bambini.

Accanto a quelle che abbiamo definito le “frasi di base”, *CAPIAMOCI 2* contiene altre frasi che non si attengono strettamente ai criteri costruttivi delle precedenti; esse dovrebbero servire a fornire, secondo i nostri propositi, un panorama più ampio e differenziato della struttura grammaticale della lingua italiana.

2. Cenni sullo sviluppo della comunicazione e del linguaggio nei bambini sordi

Nel testo che accompagna il precedente software, dal titolo *CAPIAMOCI*, abbiamo fatto ampi riferimenti alla *lingua dei segni* e alle differenze che intercorrono tra essa, gli *alfabeti manuali* e i *sistemi di segni (linguaggio segnato)*, così come abbiamo sottolineato le divergenze che intercorrono, nell'educazione comunicativa e linguistica del bambino sordo, tra i fautori del *metodo orale*, che prescindono totalmente dall'uso dei *segni* e coloro che invece rilevano l'utilità di questi ultimi, evidenziandone, quanto meno, la loro funzione di supporto per l'acquisizione del linguaggio verbale.

Ad esempio, i metodi che si avvalgono del *Cued Speech* (parlato suggerito), codice segnico che si accompagna alla lingua vocale, ideato nel 1967, negli USA, da R. Orin Cornett, comportano l'utilizzo di un numero limitato di forme della mano e delle dita, che toccano punti convenzionali fra la fronte e il collo e che rappresentano una serie di fonemi che possono essere confusi fra loro nella

lettura labiale. Anche il *metodo bimodale, l'italiano esatto segnato (ISE)* e il *metodo bilingue* mostrano piena consapevolezza dell'importanza della mimica e della gestualità ai fini dello sviluppo psicologico e linguistico del bambino sordo. Riallacciandoci ancora al *file* di testo di CAPIAMOCI, ricordiamo inoltre che un discorso a sé merita la *lingua dei segni*, una vera e propria lingua a tutti gli effetti, con una sua grammatica, che si declina diversamente da Paese a Paese, per cui si annoverano l'*American Sign Language*, la *Langue des Signes Française*, la *Lingua dei Segni Italiana (LIS)* e le lingue dei segni di altre nazioni. Le *lingue dei segni* hanno una grammatica e una sintassi, che, anche se non corrispondono a quelle del linguaggio verbale, adempiono alle stesse funzioni. La *lingua dei segni*, che altrove è relegata alla sola comunicazione tra sordi, in Italia è considerata importante anche nell'interazione quotidiana dell'audioleso con familiari e amici normoudenti. Attraverso la LIS, il bambino potrà comunicare subito e in modo completo con la madre, la famiglia e con coloro che sono in grado di comprenderla. Si eviterà così che al deficit uditivo si possano aggiungere un ritardo dell'apprendimento e altri problemi di natura psicologica. Nei bambini sordi, figli di genitori sordi, la LIS viene utilizzata come supporto all'apprendimento della lingua parlata; ciò pone le premesse per il bilinguismo, costituito da *lingua dei segni* e *lingua parlata*, che viene acquisito in una fase successiva. Quindi i segni non inibiscono lo sviluppo verbale, anzi, lo favoriscono, rendendo l'acquisizione della lingua vocale meno faticosa e meccanica. I due software, *CAPIAMOCI* e *CAPIAMOCI 2*, muovono dai suddetti presupposti e considerano la LIS, non solo fondamentale ai fini dello sviluppo psicologico e comunicativo del bambino, ma anche come lingua-ponte, per l'apprendimento del linguaggio verbale.

Le ricerche condotte sullo sviluppo della comunicazione del bambino sordo evidenziano una capacità di discriminazione fonologica strettamente collegata sia con il grado e il tipo di perdita uditiva che con il tipo di protesizzazione, sempre più spesso consistente, nel nostro Paese, in un impianto cocleare (IC), protesi elettronica inserita chirurgicamente nell'orecchio interno, in grado di stimolare elettricamente le fibre del nervo acustico; inoltre gli studi compiuti rilevano, tra l'altro, una forma di comunicazione simile a quella dei bambini udenti nelle prime fasi, un repertorio più ampio di gesti rappresentativi e un uso più frequente di tale repertorio rispetto ai coetanei senza difficoltà uditive, oltre a un significativo ritardo nella comprensione e nella produzione delle prime parole e a chiari *deficit* morfosintattici sia sul versante della comprensione che della produzione (Capirci, Onofrio, Caselli, 2013). Alcune ricerche rimarcano

l'importanza di un'esposizione dei bambini sordi, la più precoce possibile, a una *lingua dei segni*, esperienza che permetterebbe loro di apprendere facilmente una lingua vocale (Emmorey, 2002; Caselli, Maragna, Volterra, 2006; Schick, Marschark, Spencer, 2006).

Recenti indagini su bambini con IC in ambienti bilingui (*lingua dei segni* e lingua parlata) hanno permesso di osservare maggiori capacità linguistiche, oltre a maggiore velocità e a un migliore focus attentivo in compiti di riconoscimento di parole, rispetto a coetanei con IC, esposti al solo linguaggio orale. Inoltre, bambini con IC, cresciuti in contesti bilingui, mostrano una fluenza verbale superiore a quella di coetanei con IC, educati con il solo metodo oralista: si ipotizza che il bilinguismo favorirebbe l'accesso al lessico mentale.

Sulla base dei dati disponibili è fondato presumere che l'utilizzo della *lingua dei segni* possa favorire lo sviluppo comunicativo e linguistico dei bambini sordi, compresi quelli con IC. Secondo Pinto e Volterra (2008), come accade per i bambini esposti a due lingue vocali, anche i coetanei sordi educati al bilinguismo (*lingua dei segni* e lingua orale) si abituerebbero precocemente a "giocare" con e sulle due lingue e a svolgere un'analisi metalinguistica, con una conseguente positiva ricaduta sulla loro competenza comunicativa.

Il software *CAPIAMOCI 2*, come il precedente *CAPIAMOCI*, con la contemporanea presentazione dei messaggi in *lingua dei segni italiana* e in lingua italiana verbale, si colloca appieno nell'ottica bilingue; il nostro auspicio è che i due strumenti possano favorire quei processi di analisi e di confronto linguistico, utili sia allo sviluppo comunicativo che cognitivo dei bambini con difficoltà uditive.

3. Obiettivi di CAPIAMOCI 2

La lingua verbale permette ai normoudenti di accedere a conoscenze veicolate attraverso messaggi che coprono una varietà estremamente ampia di saperi, e di raccontarsi, esprimendo i propri vissuti attraverso modalità non assoggettate a particolari costrizioni. Tutto ciò vale ovviamente anche per la cultura sorda.

Se la *lingua dei segni* consente alla persona con difficoltà uditive di comunicare con gli altri, sordi o normoudenti, tuttavia molte informazioni e conoscenze, che si apprendono soprattutto a scuola, sono trasmesse tramite la scrittura; inoltre l'essere competenti in una lingua vocale significa anche saper comprendere e generare frasi riconosciute tali dai membri di una comunità linguistica alfabetizzata, che condivide l'uso di tale lingua.

Il software che qui presentiamo si pone l'obiettivo di favorire l'acquisizione del

linguaggio scritto attraverso percorsi che utilizzano un codice visivo; all'interno di tale software, la *lingua dei segni italiana* si costituisce come tramite di mediazione tra immagini e codice testuale. Questo passaggio richiede però che vi sia l'acquisizione delle convenzioni della lingua italiana scritta, dal lessico alle regole grammaticali.

La struttura multimediale di *Capiamoci 2*, con la sua veste ludica, intende rendere il più possibile piacevole tale passaggio: attraverso essa, il bambino sordo può vedere, per i diversi contenuti, le rappresentazioni verbali scritte, iconiche e i corrispondenti messaggi nella *lingua dei segni italiana*. Tale impostazione fa di questo CD un *prodotto dedicato* all'utenza sorda. *Capiamoci 2* vuole dunque essere uno strumento finalizzato a favorire l'acquisizione della competenza morfosintattica della lingua italiana da parte del bambino sordo, attraverso la presentazione di semplici frasi. Consapevoli della complessità del processo di apprendimento di una lingua scritta, riteniamo indispensabile la presenza di un educatore, con funzioni di tutor, per alcune sezioni del nostro CD. Tale presenza potrà, ad esempio, dare conto di espressioni verbali che presentano una complessità leggermente maggiore rispetto a quella che abbiamo definito l'“ossatura” grammaticale di questo software e che, ripetiamo, è formata da frasi con verbi monovalenti, bivalenti e trivalenti.

4. La struttura di CAPIAMOCI 2

La *home page* del CD presenta una scena costituita da sette *quadri*, pretesti narrativi per introdurre testi scritti, che descrivono i contenuti figurativi e animati di ciascun quadro. Ogni quadro rappresenta una scena della vita quotidiana, vicina a situazioni vissute e (riteniamo) motivanti per il bambino, tali da favorire l'apprendimento o la rievocazione di parole e azioni coerenti con la struttura della scena stessa.

I quadri sono i seguenti:

- ✓ Il parco
- ✓ I giardini
- ✓ La scuola
- ✓ La casa con alcune stanze (cucina, bagno, soggiorno, camera)
- ✓ La città con strade e negozi
- ✓ Il mercato
- ✓ La spiaggia

Il “quadro”, e quanto in esso è raffigurato e animato graficamente, si offre quindi attraverso il canale visivo come pre-testo per arrivare al testo, ovvero

per descrivere e comprendere semplici trame narrative attraverso frasi in lingua italiana scritta.

Il percorso per arrivare alla comprensione delle strutture linguistiche da parte del bambino prevede alcuni *step*, da noi ritenuti funzionali a favorire il passaggio dal pensiero al testo scritto. Le fasi sono le seguenti:

1. **ideazione:** il bambino osserva una scena che si anima, intuisce e anticipa in silenzio il significato di quanto osserva;
2. **comprensione:** la decodifica degli eventi presenti nella scena avviene attraverso un filmato in LIS. La descrizione e il racconto nella *lingua dei segni italiana* consente al bambino di confrontare con essa quanto inizialmente è stato da lui anticipato;
3. **ricodifica scritta:** la presentazione della trascrizione in italiano scritto della scena offre la possibilità al bambino di scoprire la struttura delle relative frasi e le regole che le governano, eventualmente con l'aiuto di una persona adulta.

L'animazione di ogni quadro è arricchita da elementi grafici "pulsanti". Al passaggio del *mouse* su tali elementi, si visualizza la frase associata. Queste *integrazioni* hanno lo scopo di fornire all'utente altre strutture frasali relative al contesto rappresentato. L'utente, tenendo conto anche di esse, avrà un ulteriore stimolo a integrare i semplici testi proposti e a costruire in modo autonomo delle varianti testuali di tipo descrittivo o narrativo.

Il testo che descrive le animazioni di ogni quadro è formato da frasi organizzate in modo da fornire un esempio della lingua scritta non troppo semplificato e il più possibile vicino alle caratteristiche di un qualsiasi testo. Ciascun insieme di frasi può contenere elementi linguistici funzionali alla produzione di un racconto; tuttavia per questi elementi non sono previsti dagli apprendimenti specifici nel CD-Rom. Ad esempio, il testo potrà riportare frasi con aggettivi e avverbi che non saranno oggetto d'apprendimento.

Le parti delle frasi scritte in rosso suggeriscono all'utente la possibilità di approfondire le informazioni linguistiche ad esse collegate. Queste parti introducono un percorso di apprendimento attraverso cui sono richiamate la concordanza soggetto-verbo e le preposizioni semplici e articolate che reggono i complementi.

Ad esempio, ai fini della comprensione del tipo di complemento di una frase, l'utente può accedere alla tabella delle preposizioni articolate in cui, di volta in volta, è resa attiva solamente la preposizione pertinente, accompagnata da parole che essa regge.

A titolo esemplificativo:

La bambina parla col cane

La bambina parla col maestro

La bambina parla col papà

Come si può osservare, in questo caso la preposizione “con + art” consente all’utente di disporre di una serie di esempi.

Lo scopo che ci si prefigge con la reiterata esposizione a strutture linguistiche simili (ma diverse per contenuto) è di favorire una comprensione di base della lingua italiana scritta da parte del bambino. Tale comprensione sarà valutata attraverso giochi morfosintattici, che costituiscono la parte esercitativa di questo software.

La struttura di *Capiamoci 2* prevede, oltre alla sezione di apprendimento, una sezione di grammatica, che ha l’obiettivo di fornire delle tabelle di sintesi relative agli articoli, alle preposizioni e ai verbi, questi ultimi suddivisi secondo le tre coniugazioni. Il percorso-verbi propone domande-guida che stimolano la produzione di complementi funzionali a ciascun tipo di verbo. Questa specifica sezione può quindi essere opportunamente utilizzata per creare nuove frasi o arricchire quelle già incontrate nel percorso d’apprendimento.

Infine è prevista una sezione di giochi, finalizzata al consolidamento delle competenze lessicali e morfosintattiche. Più precisamente, la tipologia delle proposte esercitative si situa su tre livelli di difficoltà:



- *primo livello di proposte*: l’attività comporta la scelta, tra due alternative, della voce verbale esatta per completare una semplice frase. I prerequisiti necessari per tali proposte sono la capacità di decodificare la frase scritta e conoscere la coniugazione della voce verbale.

ES:

MANGIA

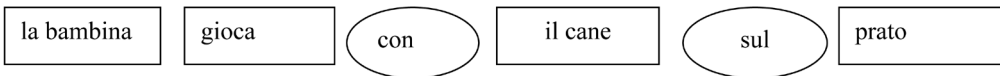
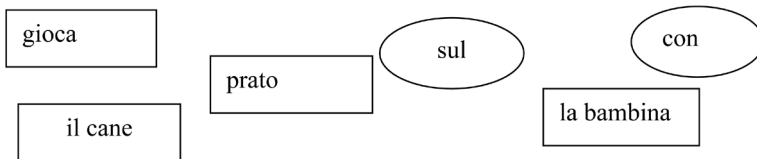
La scimmia

la banana

MANGIANO

- *secondo livello di proposte*: si richiede di cogliere l'ordine corretto degli elementi linguistici che formano la frase, rilevando, attraverso l'intervento di un educatore, la plausibilità e legittimità delle molteplici combinazioni frasali che la lingua italiana consente.

ES:



- *terzo livello di proposte*: a questo livello, l'attenzione è rivolta principalmente alle preposizioni semplici e articolate che hanno il ruolo di "legare" gli elementi costitutivi della frase. Infatti si deve scegliere, tra tre alternative, la preposizione (semplice o articolata) corretta che introduce il complemento.

Es. Il bambino gioca per la palla
 Il bambino gioca con la palla
 Il bambino gioca della palla

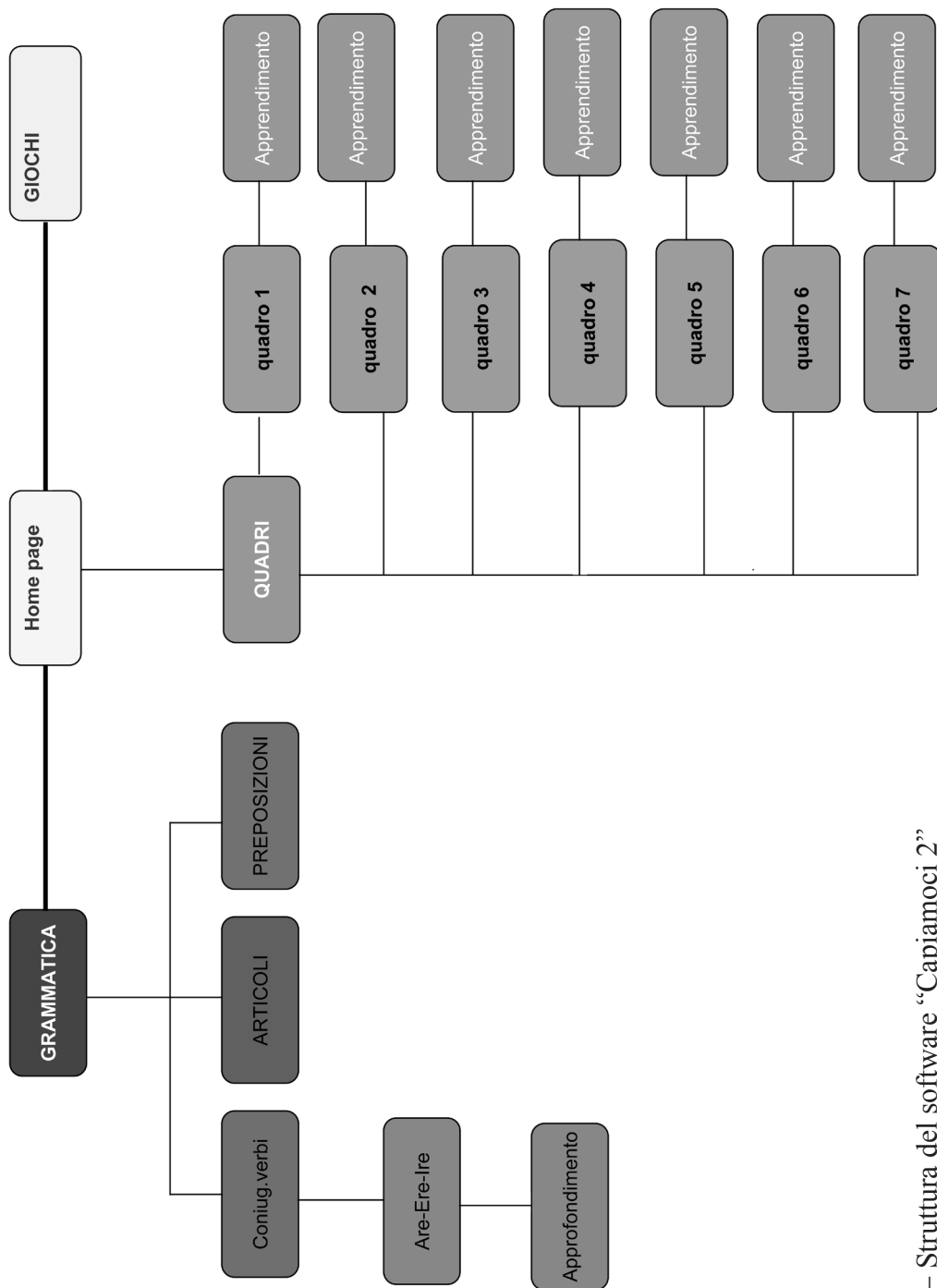


Fig.1 – Struttura del software “Capiamoci 2”

Bibliografia

- Baldi, P.L., Giorgetti, M., Pelizzari, M. (2008), *Dalla "Lingua dei Segni Italiana" (LIS) alla lingua italiana scritta*. Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano (saggio e CD-ROM).
- Capirci, O., Onofrio, D., Caselli, M.C. (2013), Sviluppo della comunicazione e del linguaggio in popolazioni atipiche (277-298). In S. D'Amico, A. Devescovi, *Psicologia dello sviluppo del linguaggio*. Bologna: Il Mulino.
- Caselli, M.C., Casadio, P. (1995), *Il Primo Vocabolario del Bambino: Guida all'uso del questionario Mac Arthur per la valutazione della comunicazione e del linguaggio nei primi anni di vita*. Milano: Franco Angeli.
- Caselli, M.C., Maragna, S., Volterra, V. (2006), *Linguaggio e sordità. Gesti, segni e parole nello sviluppo e nell'educazione*. Bologna: Il Mulino.
- Devescovi, A., Marano, A. (2013), Lo sviluppo della grammatica (173-205). In S. D'Amico, A. Devescovi, *Psicologia dello sviluppo del linguaggio*. Bologna: Il Mulino.
- Emmorey, K. (2002), *Language, cognition, and the brain: Insights from sign language research*. Mahwah (NJ): Erlbaum.
- Pinto, M.A., Volterra, V. (2008), Editoriale. *Rivista di Psicolinguistica Applicata*, 8, 3, 9-19.
- Rinaldi, P., Barca, L., Burani, C. (2004), Caratteristiche semantiche, grammaticali e di frequenza del "Primo Vocabolario del Bambino". *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 8, 119-143.
- Schick, B., Marschark, M., Spencer, P. (2006), *Advances in the sign language development of deaf children*. New York: Oxford University Press.

LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELL'ADOLESCENZA E L'INFLUENZA DEI MEDIA

SUSANNA FOLEGATTI*

Riassunto. *I disturbi del comportamento alimentare, come l'anoressia e la bulimia, sono sempre più diffusi e presenti nella nostra società e sono espressione di una profonda sofferenza psicologica. Appartenenti al vasto gruppo delle manifestazioni di disagio espresse dall'adolescente, in particolare di genere femminile, essi appaiono attribuibili ad una identità fragile e precaria, per la quale la prevenzione può essere molto utile per far uscire l'adolescente dalla solitudine, spingendolo al confronto e al dialogo. I messaggi mass-mediali, responsabili nell'imporre i modelli estetici imperanti, propongono ideali di bellezza particolarmente pericolosi per le adolescenti più vulnerabili e fragili.*

Parole chiave: *adolescenza, disturbi alimentari, prevenzione, mass-media.*

1. L'adolescenza e i suoi disturbi

L'adolescenza, come è messo bene in luce nell'esauriente ed approfondito manuale di Atkinson & Hilgard (2011, pp.99-104), è la fase della nostra crescita fisica e interiore che scandisce il passaggio dall'infanzia all'età adulta, attraverso l'acquisizione della maturità sessuale, nel periodo della pubertà, e mediante la costruzione di un'identità individuale, indipendente dalla famiglia. Nella pubertà, che trasforma il bambino in un adulto biologicamente maturo, vengono vissute importanti modificazioni fisiche che, nel volgere di tre o quattro anni, imprimono rapida crescita fisica, graduale sviluppo degli organi riproduttivi e comparsa di evidenti e prima sconosciuti caratteri sessuali secondari: una tale rivoluzionaria modificazione di tutto il corpo, che generalmente avviene in media intorno ai 12/14 anni, non può non avere importanti effetti psicologici, non solo per l'impatto fisico ed esteriore, ma soprattutto per le profonde trasformazioni personali e sociali, che essa genera nella vita dell'adolescente. E' molto importante sottolineare anche il momento in cui questo cambiamento avviene, perché il tempo gioca un ruolo significativo: se, infatti, per i ragazzi raggiungere preco-

* Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

cemente la pubertà può avere effetti positivi e gratificanti a livello di autostima, in virtù dell'importanza che la nostra società attribuisce alla forza, alla prestanza e all'abilità fisica maschili, per una ragazza la maturazione precoce può avere l'effetto opposto, portandola a sperimentare maggiore depressione ed ansia, in relazione al calo di autostima. Tale effetto è generato dall'insoddisfazione per il peso e l'aspetto assunti dal suo corpo e tutto ciò la spinge a sentire la femminilità come un castigo, una metamorfosi non voluta, in qualche modo aliena. E' qui che, con più evidenza, si gioca il ruolo assunto dai modelli sociali e dagli standard attualmente imperanti nella società occidentale, che esalta la linea sottile e la magrezza come valori irrinunciabili della bellezza femminile (Atkinson & Hilgard, op. cit., p.100). Le trasformazioni profonde provocate dalla pubertà non possono non avere forti conseguenze sulla costruzione dell'identità individuale, nelle sue diverse articolazioni di identità sessuale, identità di genere e identità sociale. E' il momento in cui incominciamo a riflettere sulla nostra esistenza, chiedendoci: "Chi sono io?". Questa è la domanda sulla identità individuale, a cui ciascun adolescente giunge, partendo da un vissuto personale e in un momento critico della propria vita (Atkinson & Hilgard, op. cit. p.101). L'identità individuale può essere definita come la percezione di sé in quanto essere distinto e separato dagli altri e insieme dotato di propria coerenza e continuità (Maurizio, 1999, p.155). Molti sono, dunque, i fattori che condizionano il processo di auto-identificazione. Tra i principali ricordiamo, oltre all'età adolescenziale, che come abbiamo detto è il periodo in cui con maggiore urgenza sentiamo il bisogno di interrogarci su noi stessi, anche il contesto culturale in cui nasciamo e viviamo e che veicola le esperienze e riflessioni di una società ed elabora un linguaggio in cui sono resi espliciti i concetti, i ragionamenti e le comunicazioni interpersonali, oltretutto, come abbiamo visto, il sesso, in quanto percezione di sé legata al fatto di essere uomo o donna e di vivere in una società che penalizza o avvantaggia un genere rispetto all'altro (Maurizio, 1999, op. cit., pp.154-155). L'adolescente attraversa, senza dubbio, una fase di vera e propria crisi di identità, per esprimerci con la terminologia coniata dallo psicanalista Erik Erikson nel 1968 (Atkinson & Hilgard, op.cit., p.101): si tratta di un processo attivo di auto-definizione nel quale, non riuscendo a vedere con chiarezza chi è, l'adolescente tenta di sperimentare varie identità, cambiando anche stile di vita, modalità di rapporto con cose e persone, comportamento, ideologia. La teoria di Erikson sullo sviluppo dell'identità degli adolescenti è stata analizzata ed approfondita da altri ricercatori. In particolare, Marcia nei suoi studi del 1966 e 1980 ha individuato quattro stati o posizioni all'interno del processo di costruzione dell'identi-

tà, in relazione al raggiungimento più o meno completo di questa meta. L'ultimo di questi quattro stati è chiamato da Erikson "confusione di identità" e da Marcia "diffusione di identità" ed indica la crisi di identità non risolta, il permanere di un non adeguato senso di sé, che rende incerte, superficiali, inessenziali o puramente velleitarie le posizioni e le convinzioni espresse dal giovane che si trova in questo stato e che non possiede ancora standard interni per valutarsi nelle principali aree della vita.

Come afferma la maggior parte degli psicologi dello sviluppo, e come leggiamo nel testo di Maurizio (op. cit., pp.159-164), sul giovane nella società complessa e postmoderna, il ragazzo dovrebbe affrontare l'adolescenza come un periodo di "sperimentazione di ruolo" in cui esplorare comportamenti, ideologie e interessi alternativi, diversi da quelli sperimentati all'interno della propria famiglia, adottati, provati e magari scartati nel tentativo di plasmare un concetto di sé integrato. Se in una società semplice, in cui i modelli di identificazione sono pochi e i ruoli sociali sono limitati, l'impegno a formarsi un'identità è relativamente agevole, in una società complessa, multiforme e dinamica, come la nostra, si tratta invece di un compito obiettivamente difficile per molti adolescenti, dato il numero quasi infinito di possibilità circa il modo di comportarsi e il cosa fare nella vita e data quella "parificazione degli opposti" che sembra rendere tutte le opzioni uguali tra loro, senza una gerarchia di valori che evidenzii e renda preferibile e più pregevole l'una rispetto all'altra. Anche i rapporti interpersonali autentici sono resi più difficili e nel gruppo dei pari, che è molto importante per l'adolescente, spesso il soggetto può sentirsi non accettato, incompreso e isolato, scivolando verso una situazione di malessere. Se il disagio evolutivo può essere considerato una condizione normale nell'età della crescita, può anche, in alcuni casi, trasformarsi in disadattamento, devianza e marginalità sociale, oppure, a livello interiore, può determinare forme di disagio psichico profondo. Sono queste le situazioni che vengono considerate, dal punto di vista educativo, a rischio e portano l'individuo a sviluppare un atteggiamento negativo verso se stesso e verso gli altri.

I comportamenti adolescenziali a rischio sono tanti e diversi. Si va dall'opposizione alle norme sociali e/o familiari, alla guida pericolosa, dai disturbi dell'alimentazione ai comportamenti sessuali a rischio, dall'assunzione di droghe all'abuso di alcol e fumo. Essi, come afferma lo psichiatra francese Jeammet (2006), possono svolgere spesso funzioni ben precise, come favorire la sfida e la sperimentazione di sé, permettere di esplorare le proprie capacità e i propri limiti per raggiungere indipendenza e autonomia, per conquistare un'identità stabile,

fornendo all'adolescente una via di uscita alle insicurezze sperimentate in questa fase della vita. Jeammet sottolinea come la stessa fase adolescenziale potrebbe costituire di per sé un rischio, mettendone in evidenza la dimensione di crisi evolutiva corrispondente ad un'esigenza di cambiamento puberale, psichico e psicosociale. Come l'abuso d'alcol e di droghe o i comportamenti socialmente devianti del vandalismo e delle condotte delinquenziali, anche il digiuno, cui si sottopone l'adolescente anoressica, può rappresentare il tentativo disperato di dare forza e autonomia a un'identità fragile e precaria, attraverso la specifica scelta del controllo estremo dell'immagine corporea.

2. I disturbi del comportamento alimentare nell'adolescenza

Come afferma Jeammet (op. cit.), i disturbi del comportamento alimentare presentano un carattere provocatorio e al contempo paradossale, perché si sviluppano e si diffondono in società come la nostra, ricche sul piano economico e insieme apparentemente in grado di offrire agli adolescenti strumenti e condizioni per il loro sviluppo. Ragazze che esternamente "hanno tutto", buon livello sociale, aspetto piacevole, buone capacità intellettive, volontà ferrea e un futuro promettente davanti a sé, si buttano a precipizio in una gabbia distruttiva e pericolosa che può condurle sino alla morte. *«Ci si trova di fronte al paradosso tipico dell'adolescenza che si potrebbe formulare così: "Ciò di cui ho bisogno è ciò che mi minaccia". Più le anoressiche hanno bisogno degli altri, meno se ne possono nutrire»*. Con questa frase assai significativa Jeammet (op. cit., p.43) sintetizza il paradosso caratteristico dell'adolescenza e fondamentale nei disturbi del comportamento alimentare: si tratta infatti sempre di conflitti centrati sul desiderio, che viene pervicacemente contrastato nel suo soddisfacimento, per cui la soddisfazione è proprio restare insoddisfatti. Più le anoressiche hanno bisogno degli altri, meno se ne possono nutrire, meno possono avvalersi della relazione che permetterebbe loro di assumere la forza altrui, soprattutto di avvalersi di quella forza che attribuiscono ai genitori. Meno se ne nutrono, però, più restano dipendenti. In altre parole, non si può fare a meno dei genitori né lasciarli, e neppure si può nutrirsi e accettare ciò che ci possono donare: l'insoddisfazione è, dunque, al centro della relazione. Ogni adolescente, come abbiamo ricordato nel precedente capitolo, è alla ricerca della propria identità e di una immagine che la rappresenti: tutti i disturbi del comportamento alimentare, però, quando persistono, possono costituire una nuova identità, dolorosa e malata, soprattutto laddove, per difficoltà legate alla prima infanzia, siano presenti problematiche di dipendenza irrisolte e autostima inesistente. Anoressia e bulimia sono, perciò, legate

ad alcuni aspetti fondamentali dell'adolescenza e in particolare dell'adolescenza femminile, data la rarità della sua comparsa in soggetti maschi, rarità invero oggi meno totale di un decennio fa. Come possiamo spiegare il fatto che l'anoressia è più frequente nelle ragazze e più rara nei maschi? Come chiaramente espresso da Mara Selvini Palazzoli (1998), nel suo manifestarsi, soprattutto nelle ragazze, l'anoressia rivela il suo carattere specifico. *“Il carattere culturale dell'anoressia è dimostrato anche dal suo manifestarsi nelle ragazze con una frequenza dieci volte maggiore che nei maschi....Di fatto, la nostra cultura spinge però più le ragazze che i maschi a preoccuparsi del loro corpo come immagine, che deve avere determinate caratteristiche: capelli, forme, vestiti, decorazioni ecc.”* (Selvini Palazzoli, op. cit., p.203). E' un fatto inoppugnabile: la nostra è una cultura che spinge le ragazze a preoccuparsi del loro corpo più come immagine, dotata di certe caratteristiche fisse e ben definite, che come macchina capace di certe prestazioni, di muscoli, volumi e potenza desiderabili. La nostra cultura afferma, con tutta la sua invasività e ripetitività, che “magro è bello”, mentre “grasso” è tutto ciò che è brutto, indegno, svalorizzante. Apre, così, alle adolescenti un possibile accesso alla porta infernale delle patologie alimentari.

Anche l'importante testo di Hilde Bruch (1977) dedica spazio, un intero capitolo, all'immagine corporea e al suo rapporto con l'autoconsapevolezza: la vasta esperienza sul campo, maturata dalla Bruch in decenni di studio dell'anoressia, la porta ad affermare che nel concetto di percezione e identità corporea entrano in gioco non solo fattori individuali, come l'interpretazione esatta o errata degli stimoli enterocettivi e il senso di dominio del proprio corpo, ma anche fattori esterni. Leggiamo infatti: *“Lo studio di pazienti obesi e anoressici ha messo in evidenza in modo lampante la misura in cui gli atteggiamenti della società verso il corpo, i concetti di bellezza validi nel nostro ambiente e l'importanza che usiamo attribuire all'aspetto esteriore entrano nel quadro. Possiamo benissimo giudicare distorsioni del concetto corporeo da parte della società l'accento ossessivo che il mondo occidentale pone sull'aspetto snello e la sua condanna di qualunque grado di eccedenza ponderale come brutto e indesiderabile, ma ciò non toglie che tali giudizi dominano la vita odierna”.* (op. cit., 1977, p.120). L'accento ossessivo che il mondo occidentale pone sull'aspetto snello e sulla condanna di ogni eccesso di peso domina la vita odierna ed agisce in particolar modo sulla personalità dell'adolescente in via di definizione. Su di lei, soprattutto sulla ragazza adolescente, agiscono pressioni enormi, con continua interazione tra forze biologiche, psichiche e sociali. Resta associato tuttavia, secondo Bruch, che un concetto realistico di immagine corporea, che deve essere conqui-

stato mediante la terapia, è fondamentale per favorire la guarigione dai disturbi alimentari.

Anoressia e bulimia sono disturbi che hanno in comune il fatto di presentarsi prevalentemente nell'infanzia e nell'adolescenza e di focalizzarsi sul cibo, oggetto di vera e propria ossessione: se l'anoressia è caratterizzata dal controllo minuzioso del cibo, con forte restrizione di esso e del peso, tramite mezzi "purgativi" come vomito, lassativi e iperattività fisica, la bulimia è dominata dalla compulsione, cioè dall'impossibilità di sottrarsi al desiderio di sovralimentarsi, in preda ad una fame eccessiva. Si tratta, come ci fa capire Jeammet nel già citato studio, di due comportamenti opposti, ma in realtà profondamente simili: siamo, infatti, di fronte a patologie speculari e collegate, che hanno come teatro l'alimentazione e che influiscono profondamente sia sul corpo che sullo stato psichico della persona, cronicizzandosi ed aggravandosi pericolosamente. Insorgono in adolescenti contrassegnate da grande insicurezza interiore e profonda mancanza di autostima; Selvini parla infatti di "*nucleo di sofferenza di base di queste ragazze: un profondo senso di inadeguatezza (sentire un difetto in se stessa)*" (op. cit., p.196): caratteristiche, queste, che, pur presenti anche negli altri adolescenti, si manifestano in questi casi come quantitativamente e qualitativamente diverse, rendendo i soggetti estremamente dipendenti dal loro ambiente e ipersensibili alla delusione. Il comportamento distruttivo serve loro per affermare attivamente il controllo, nell'illusione di sottrarsi a quella dipendenza dagli altri, in particolare dai genitori, dipendenza in cui paradossalmente ricadono proprio nel momento in cui le giovani diventano debolissime e incapaci di badare a se stesse. La sfida, la singolar tenzone delle ragazze anoressiche è infatti proprio rivolta ai genitori: come scrive efficacemente Jeammet "*La loro capacità di sottomettersi e di rendersi dipendenti da qualcuno è pari solo alla testardaggine con cui rifiutano tutto ciò che si propone loro e con la quale si oppongono soprattutto a coloro ai quali sono più vicine affettivamente, in primo luogo ai loro genitori*" (op. cit., p.14). In ciò si coglie un ulteriore macroscopico paradosso del disturbo anoressico-bulimico, il cui assioma di base è il seguente: fare il contrario di ciò che si desidera e organizzare attorno a questo principio le relazioni con se stessi e con gli altri. E' questa, come mette bene in luce anche la Bruch, un'altra caratteristica dell'anoressia: il negativismo assoluto. "*La natura indiscriminata del rifiuto lo rivela quale disperato tentativo di nascondere un senso indifferenziato di impotenza, corrispettivo generalizzato del timore di mangiare un solo boccone per paura di perdere completamente il dominio di sé*" (op. cit., p. 333). Concludiamo questa parte sulle caratteristiche della personalità

della ragazza anoressica, ricordando che i genitori hanno visto, durante l'infanzia della ragazza, solo la figlia-modello, che non ha dato mai nessun pensiero, che si è sempre adeguata docilmente ai loro desideri: continuano a vederla così anche quando la sveglia della realtà continua a suonare, accettano le spiegazioni della figlia e credono alle promesse di cambiamento. Nella personalità dell'anoressica, come sottolinea Jeammet, vi è uno sdoppiamento tra la ragazza-modello, che vuole piacere ad ogni costo, e la ribelle, che ha delle faccende in sospeso con il passato e che deve prenderne coscienza per uscire dal vicolo cieco e buio in cui si trova la sua vita. Per ragazze come lei è difficile sapere chi si è e che cosa si vuole: l'interrogativo classico e inevitabile dell'adolescenza, "Chi sono io?", per l'anoressica diventa talmente doloroso e pericoloso da poter mettere in forse e minacciare la sua stessa sopravvivenza fisica e psicologica. La risposta al disagio provato è il comportamento alimentare malato, ma questa risposta, insediatasi e diventata tirannica, si trasforma nel contempo in una boa di salvataggio, l'unico mezzo per mantenere un controllo, altrimenti assente in qualsiasi altro aspetto della propria vita.

Questa gabbia, pericolosa e sempre più robusta via via che la malattia si insedia e si ramifica in ogni aspetto della vita della persona anoressica, coinvolge e chiama potentemente in causa l'ambiente familiare e soprattutto i genitori. Già nel testo di Selvini Palazzoli (1963) vengono segnalati tratti che accomunano le famiglie colpite dall'anoressia della figlia: entrambi i genitori nascondono profonde insoddisfazioni, ma si considerano interamente dediti alla famiglia, attribuendo al coniuge la responsabilità di ciò che non va e cercando di avere il sostegno della figlia anoressica, le cui energie sono tutte dirette ad accontentare le pretese dei genitori, che all'emergere della malattia l'attribuiscono a fattori esterni, non collegati a loro o alla vita della famiglia. Bruch sottolinea la classe medio-elevata, cui appartengono le famiglie delle ragazze anoressiche, con buona cura per l'istruzione e il decoro dei figli, ma con scarso incoraggiamento verso lo sviluppo delle loro risorse e l'espressione delle loro attitudini; le madri risultano per lo più frustrate, perché hanno dovuto subordinare le loro aspirazioni a mariti comunque insoddisfatti e portati a valorizzare soprattutto le apparenze, aspettandosi dai figli prestazioni di successo; le figlie, future anoressiche, si comportano in modo conformista, assoggettandosi docilmente alle pretese dei genitori e per questo venendo riconosciute figlie "modello".

Anche il testo di Selvini Palazzoli e collaboratori (1998), aggiornato alla situazione della malattia anoressica alla fine degli anni Novanta, ci parla della famiglia delle pazienti, soffermandosi anzitutto sulla figura materna, perché nel

rapporto con la madre sta il luogo primigenio di formazione del sé: si tratta spesso di madri inappagate affettivamente, incapaci di ricoprire serenamente il ruolo di “colei che nutre” e quindi causa del fatto che il cibo, da simbolo di nutrimento, diventi simbolo del fallimento della relazione affettiva basilare e luogo di conflitto. I padri, dal canto loro, sono spesso sofferenti, infantili al di sotto del loro maschilismo e incapaci, perciò, di sostenere le loro mogli, perché egoisticamente chiusi nel loro bisogno di attenzioni. In questo studio degli anni Novanta, la Selvini riconosce: «*La sensazione di noi dell'équipe di essere in grado di “capire di più” nei trattamenti in generale e, in particolare, di quelli dell'anoressia-bulimia, ci pare dunque collegata anche alla caduta dei nostri “occhiali maschilisti”. E' infatti molto probabile che storicamente la psicoterapia della anoressia sia stata molto danneggiata dall'assenza di empatia dei terapeuti nei confronti di queste madri*» (op. cit., p.160). In altre parole, si fa qui riferimento ad una tradizione anti-madre, tendenzialmente assolutoria verso i padri e sintetizzata dall'affermazione: “*La femmina diviene assai più facilmente succube della madre, bambina modello di una madre invadente, intollerante e ipercritica.*” Queste parole sono tratte dal testo “L'anoressia mentale” (Selvini Palazzoli, 1963) che la stessa autrice cita nell'opera pubblicata nel 1998, a riprova dell'atteggiamento ostile alla madre della ragazza anoressica da parte dei terapeuti, che ora affrontano diversamente il tema. L'équipe della Selvini, infatti, a partire dal 1990 passa ad un approccio familiare trigenerazionale, che contribuisce al cambiamento degli “occhiali”: è necessario prendere in considerazione nonni, genitori e paziente per poter comprendere e curare i disturbi del comportamento alimentare, scaturiti da difficoltà e carenze, verificatisi già nella vita dei genitori all'interno della loro famiglia. Questo ci fa capire come nel testo della Selvini Palazzoli sia dato ampio spazio all'analisi delle carenze affettive, soprattutto dei padri, e della bassa stima di sé e della presenza di traumi mai elaborati nelle madri. Sulla base della constatazione che la posizione della madre nella famiglia della ragazza anoressica è sempre basilare, la Selvini approda alla conclusione che è necessario, in base alla sua esperienza di osservazione e di cura, fare grande assegnamento sulle madri, perché spesso sono la migliore risorsa tramite cui, con un'opportuna terapia familiare, il lavoro sulle loro figlie anoressiche può essere portato a buon fine, giacché molto spesso il padre si sottrae o si dimostra completamente avverso ad ogni esplorazione profonda e successivo cambiamento: “*non è facile capire quanto tale fenomeno di maggior resistenza da parte degli uomini sia connotato con un diverso ruolo sociale del padre, a tutt'oggi meno disposto a mettersi in discussione nell'interesse della*

prole, che vive ancora come un successo o un fallimento prevalentemente della moglie” (op. cit., p. 141).

Siamo ora giunti alle considerazioni di Jeammet in merito al tema dei genitori delle pazienti anoressiche-bulimiche. Anzitutto egli afferma che il fatto che i genitori siano implicati nei disturbi del comportamento non vuol affatto dire che ne siano la causa, che risiede piuttosto nelle difficoltà insite nell'adolescenza e non risolte, nel paradosso fondamentale di questa età, in cui il desiderio degli adolescenti di ricevere dagli adulti la forza che manca loro cozza fragorosamente contro il bisogno di autonomia e di affermazione, mentre gli intensi appetiti e le grandi ambizioni, prima infantilmente nutriti, disperano improvvisamente di potersi mai realizzare a causa di un'immagine assai negativa di sé. Alcuni contesti familiari sembrano, però, favorire lo sviluppo dell'anoressia, in particolare quando uno dei genitori è molto ansioso, in tal modo comunicando al figlio il timore di un pericolo oscuro, che porterà il bambino a reprimere i suoi desideri, considerati potenzialmente pericolosi e quindi tali da fargli perdere l'amore dei genitori: questo bambino andrà verso un'eccessiva sottomissione alle aspettative degli altri, fallendo il compito dell'affermazione di sé e avviandosi sulla strada di un possibile disturbo del comportamento alimentare. L'ansia dei genitori può provocare anche comportamenti eccessivi di controllo, che spingono il bambino a ritenere che la prestazione e la costrizione siano l'unico modo per farsi amare, finendo così ancora nei lacci di una possibile patologia alimentare. Ancora di nuovo l'ansia è chiamata in causa: essa porta a volte i genitori a non fidarsi delle loro emozioni, a volerle, così, sempre controllare, al punto da limitare le loro manifestazioni di affetto e tenerezza e da portare specularmente il loro bambino a fare altrettanto: reprimere il suo bisogno di vicinanza fisica e restarne contemporaneamente affamato, sentendosi abbandonato se non lo si guarda, ma anche invaso e minacciato se ci si avvicina troppo a lui. In bambini come questo *“Si nota una forte analogia fra le loro relazioni affettive e quella che sarà la loro relazione con il cibo durante l'anoressia. In entrambi i casi sono relazioni che oscillano tra il tutto e il niente, tra la relazione fusionale e l'autosufficienza, come fra l'anoressia e la bulimia”* (op. cit., p. 69). In ogni caso, la partecipazione attiva dei genitori, anche per Jeammet, è necessaria in tutte le fasi del trattamento e del percorso terapeutico perché essi devono da un lato permettere il corretto svolgimento del trattamento e farne parte attivamente, dall'altro modificare se stessi per adattarsi ai cambiamenti della figlia e favorirli, in modo da permettere quella autonomizzazione e separazione, che è il compito principale della crescita dell'adolescente. Sarà molto difficile per i genitori comprendere

l'evoluzione della figlia nel corso della terapia se non avranno fatto nessun percorso psicologico. A questo scopo Jeammet parla dei benefici effetti del gruppo di genitori, che si riuniscono periodicamente con la conduzione di medici e psicologi dell'équipe. Questi gruppi insegnano molto sulla fascinazione esercitata a volte sui genitori dalle figlie anoressiche, considerate con ammirazione quasi titaniche per il controllo che sono in grado di esercitare sui loro bisogni fisici, psicologici ed affettivi. I gruppi insegnano molto anche sui forti ed evidentissimi sensi di colpa che i genitori provano: *“Come potrebbero non sentirsi feriti ed interrogati nel più profondo da un tale attacco al legame più primario alla vita e dal degrado fisico della figlia? Quali errori hanno potuto commettere?”* (op. cit., pp.73-74). Questo senso di colpa, fomentato dai commenti e dalle critiche di familiari ed amici (ad es.: “Bisogna fare così! Bisogna fare il contrario di così!”), suscita nei genitori anche un senso di collera verso la figlia che ha tutto per essere felice e invece si rovina e si distrugge. Insomma, il testo di Jeammet ci dipinge un vivissimo e toccante quadro familiare in cui l'impotenza dei genitori si intreccia con la rabbia, la depressione, lo sconforto, portando a disorientamento e generando litigi e rimproveri reciproci. L'abbandono del senso di colpa vuol dire rinunciare ad essere genitori perfetti che possono controllare tutto: è un passo fondamentale, perché permette una migliore accettazione dell'autonomia dell'adolescente, liberandola dal peso delle precedenti attese e pretese dei genitori. Questa conquista fondamentale viene facilitata dalla dinamica del gruppo in cui i genitori possono confrontarsi uscendo dalla solitudine e condividendo sofferenze e dubbi. Nel gruppo, i genitori possono elaborare la colpa e prendere coscienza delle proprie responsabilità nel rapporto con la figlia. Questo processo di elaborazione, tuttavia, è molto difficoltoso e si scontra con la ricerca, sempre ricorrente nei momenti di crisi, di un capro espiatorio: è sempre colpa di qualcuno o di qualcosa, un trauma, la dieta dimagrante, la moda, il medico curante, se la figlia si è ridotta in quello stato. E' significativo il fatto che mano a mano che il processo terapeutico progredisce, il capro espiatorio si fa meno lontano, avvicinandosi sempre più alla fonte del conflitto: si incolpano i trattamenti in corso, i genitori e i loro metodi educativi, il terapeuta ed infine la paziente stessa, prima iperprotetta ed ammirata, ora caricata, non senza pericolose conseguenze, di tutte le peggiori perversioni e rifiutata. La ricerca del capro espiatorio ha sempre la funzione di evitare lo scontro all'interno della famiglia e di fare in modo che non si riattivino i conflitti interni. Il rifiuto del conflitto è profondamente legato al senso di colpa, ma soltanto tollerando conflitti e disaccordo è possibile avvicinarsi al tema della colpa stessa e affrontarne la risoluzione. Jeammet, nella

sua accurata analisi del ruolo dei genitori, prende in considerazione anche la confusione di generazioni, che molto spesso vige nella famiglia dell'anoressica: si passa dalle madri che ammirano il comportamento volitivo della figlia, che è inflessibile e dura come loro avrebbero voluto essere, alle madri che attribuiscono alla figlia la stessa inettitudine che rimproverano a sé, oppure ancora a madri che proiettano sulla figlia la figura volitiva e schiacciante della propria madre, diventando dipendenti dall'adolescente, che comanda e decide tutta la vita familiare, ma non vede nessuno dei suoi veri bisogni e desideri di persona in crescita presi veramente in considerazione. E torniamo, dunque, anche per Jeammet, alla centralità della madre nella formazione e nella cura dei disturbi del comportamento alimentare: *“Molto spesso, e tipicamente, la relazione delle madri con la propria madre è ambivalente e conflittuale. Tuttavia ambivalenza e conflitto sono mascherati da un'idealizzazione che ha impedito una soddisfacente identificazione con la madre Le madri si vivono come fragili, svalutate in confronto a questa immagine materna idealizzata Quando queste donne ricordano il loro padre, è soprattutto per la sua assenza, il suo carattere distante e deludente che le ha spinte ad avvicinarsi alla loro madre”* (op. cit., p. 79). Paura dei conflitti e confusione generazionale, che come abbiamo visto può spingere le madri a proiettare sulla figlia un'immagine materna o produrre difficoltà all'interno della coppia dei genitori, possono accentuare nelle adolescenti l'idea che i genitori siano troppo vulnerabili e fragili per essere aggrediti: rinunciano, così, alla loro necessaria autonomizzazione per non ferirli. Concludiamo, dunque, ricordando che l'apporto dei genitori è assolutamente necessario nella terapia, perché essi devono rivedere il loro ruolo, rinunciando a considerarsi genitori ideali e devono, anche, riconoscere l'ambivalenza che ha caratterizzato il loro rapporto con i propri genitori, accettare la loro fragilità e fare molte altre scelte coraggiose, anche nel rapporto di coppia, sino al passo fondamentale: facilitare la separazione della figlia adolescente e la sua progressiva autonomizzazione, senza compromissione della qualità della relazione con i genitori.

3. La prevenzione

Uno dei pericoli maggiori che minacciano i più fragili nelle nostre società, dice Jeammet, e in particolare attentano agli adolescenti, è la chiusura in una condotta di rifiuto come ultima difesa di un'identità che rischia di crollare o forse piuttosto di non riuscire neppure a sbocciare. Ecco, quindi, che la questione della prevenzione diventa centrale.

Bruch dedica le pagine finali del suo testo proprio alla prevenzione. Afferma, an-

zitutto, che la prevenzione dei disturbi alimentari deve mirare alle strategie che favoriscono l'autoregolamentazione interiore, giacché è soprattutto nel deficit di controllo interiore che trova spazio l'ossessiva privazione di cibo o l'abuso di esso. Individua, inoltre, un altro spazio dell'azione preventiva nell'atteggiamento della società, che impone tirannicamente un'unica conformazione corporea, snella, magra, sottile, a persone dalle disposizioni più disparate e in particolare agli adolescenti ancora lacunosi sul piano dell'accettazione di sé (op. cit., p.503). Selvini Palazzoli, nel più volte citato testo del 1998, sottolinea il dilagare dell'anoressia: le ragazze colpite dalla malattia non sono diminuite, nonostante il ruolo più attivo delle loro madri nel lavoro fuori casa, auspicato dalla stessa studiosa nei suoi lavori degli anni Sessanta; sono diventate, invece, sempre più numerose e variegata, al punto che le anoressiche permanentemente restrittive dipendenti, descritte da Bruch negli anni Settanta, alla fine degli anni Novanta sono diventate soprattutto anoressiche bulimiche. L'autrice individua quattro disturbi di personalità collegati ai disturbi del comportamento alimentare: tipo dipendente, tipo borderline, tipo ossessivo-compulsivo e tipo narcisistico. Si è sviluppato in molte adolescenti con disturbi alimentari un individualismo duro, un narcisismo che è nato non solo dal bisogno di difendersi da madri che un po' ci sono, un po' non ci sono, generando così nelle figlie la difesa di un disperato "faccio da me", ma anche da una più generale e invasiva cultura del narcisismo che ha permeato la società e la famiglia, come sottolinea Selvini citando lo studio: "La cultura del narcisismo" (C. Lasch, 1975, 1990). Essa è caratterizzata da un distacco profondo da parte dei genitori, dovuto alla consapevolezza di aver ben poco da trasmettere alle generazioni successive e alla pretesa di vedere come prioritario il loro diritto alla realizzazione di sé: questa distanza affettiva, questa sostanziale incuranza, si maschera dietro i tentativi di far sentire i figli amati e al centro della famiglia, in una posizione di privilegio, formando così il quadro ideale per lo sviluppo in loro di una personalità narcisistica. Negli anni Cinquanta e Sessanta, dice ancora la Selvini, questa componente narcisistica profonda non era quasi mai presente nelle pazienti che venivano da lei curate con la terapia psicoanalitica. Dopo aver precisato che l'anoressia e la bulimia sono epidemie sociali e che occorre curare le pazienti affrontando anche le radici sociali della loro sofferenza, Selvini Palazzoli conclude il suo studio con un riferimento all'articolo di Garfinkel e Dorian (1997, pp. 1-16) che avanza alcune proposte sulla prevenzione. Bisogna, anzitutto, agire sull'importanza eccessiva data dall'attuale cultura alla magrezza e cercare di promuovere una nuova donna che abbia salute e muscoli invece che diete e dimagrimenti: in ciò sarà decisivo l'apporto dei media. Occorrono, poi,

cambiamenti nella connessione tra autostima e aspetto, che può farsi terreno fertile per lo sviluppo delle patologie alimentari: madri ed educatori devono fare attenzione alle idee che manifestano sul corpo e il peso, astenendosi da giudizi, apprezzamenti e critiche sull'aspetto delle bambine, a partire dai primi anni della loro vita. Selvini conclude ribadendo che l'identificazione dell'autostima con l'aspetto avviene perché è in atto una gravissima ed estesa crisi socio-culturale, familiare, affettiva e, soprattutto, etica.

Anche Jeammet (2006, op.cit.) affronta il tema della prevenzione: sottolinea l'importanza, nel formarsi dei disturbi alimentari, della pressione crescente che il culto della prestazione e del successo sociale esercita sull'adolescente di oggi e sulla sua famiglia, amplificando l'angoscia di non farcela, di fallire, di non essere all'altezza. Un tempo il divieto proteggeva il giovane, che poteva sempre dire a se stesso: "Se non faccio ciò che voglio, non è perché non ne ho i mezzi, ma perché è vietato". Oggi la società impone al giovane: "Fa' ciò che vuoi, ma sii il migliore". Significativa è questa frase: "... *bisogna sempre fare meglio, andare più lontano, al di là dei propri limiti, come l'anoressica che può sempre perdere cento grammi in più*" (Jeammet, op. cit., p.130). A questo punto Jeammet si pone il problema della prevenzione e segnala l'insufficienza di alcune impostazioni basate sulla sensibilizzazione degli adolescenti rispetto ai pericoli e ai rischi dei disturbi alimentari e rispetto alle condotte da adottare per mantenersi in salute, inserirsi nella società e avere successo. Queste impostazioni non tengono conto del fatto che sono proprio gli adolescenti più bisognosi quelli che si sentono attratti dal rischio, in cui vedono un modo di espressione immediato e riconosciuto dagli adulti: "*Fare ciò che gli adulti considerano pericoloso, o persino proibito, permette di affermarsi sottraendosi al loro potere ed offre, in più, il vantaggio di preoccuparli*" (op. cit., p.133). Dato il contenuto di inutilità e di pericolosità di una prevenzione basata sul divieto e sul "cattivo", Jeammet suggerisce di stimolare bambini ed adolescenti a comprendere che piacere e soddisfazioni non sono necessariamente legati a comportamenti rischiosi, ma sono parti di un capitale che deve essere gestito attivamente, perché appartiene a loro. Lo psicanalista francese, dopo aver ribadito la centralità della scuola nella prevenzione, per il ruolo educativo fondamentale che essa ha, conclude tuttavia le sue considerazioni sull'argomento con queste parole: "*Si può quindi dire che la migliore prevenzione, probabilmente la sola efficace, è la qualità degli scambi fra il bambino ed il suo ambiente circostante, soprattutto i genitori. Prevenire vorrebbe dire, prima di tutto, aiutare i genitori a dare ai loro figli la sicurezza relazionale e l'apertura all'esterno di cui hanno bisogno per svilupparsi*" (op.

cit., p.134). Questa deve diventare per Jeammet la priorità sociale.

Soffermiamoci, ora, sul testo curato da Elena Riva (2007): esso raccoglie riflessioni e risultati scaturiti dal progetto di prevenzione, realizzato in varie scuole medie inferiori e superiori nell'anno scolastico 2005-2006 dall'équipe dell' "Istituto Minotauro", impegnata nella cura e prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza, e dal "Fondo Dove", promotore di attività a sostegno dell'autostima femminile. I concetti-chiave che guidano l'impostazione del progetto sono così sintetizzabili: occorre partire dalla cultura affettiva adolescenziale, cioè da quell'insieme di valori, stili di pensiero e modelli di comportamento che possono orientare le scelte di un individuo o di un gruppo quando si trova, come l'adolescente appunto, ad affrontare un compito fondamentale per la propria esistenza; il gruppo-classe, come gruppo fatto di coetanei che condividono il difficile compito di imparare e di crescere, mettendo in comune le loro esperienze e confrontandosi, è l'ambito privilegiato in cui studiare la cultura affettiva adolescenziale ed in cui indagare le rappresentazioni relative ai comportamenti a rischio. Agire sul gruppo per orientarne le scelte verso valori favorevoli allo sviluppo è quindi l'obiettivo fondamentale dell'intervento preventivo proposto.

La prevenzione deve, secondo Riva, articolarsi in interventi che mirano a far sì che i compiti evolutivi adolescenziali, come la definizione dell'identità di genere, la costruzione di una rappresentazione mentale del sé corporeo, la separazione dagli adulti e il debutto nella società dei coetanei, dialoghino con i valori affettivi all'interno dei quali si collocano i comportamenti alimentari normali o patologici. Per quanto concerne i progetti di prevenzione del disturbo del comportamento alimentare, Riva ci illustra i principali modelli di intervento nelle scuole, per preadolescenti ed adolescenti. Sono stati abbandonati gli interventi di prima generazione, risalenti agli anni Novanta e caratterizzati da un approccio educativo-didattico, finalizzato alla promozione di una corretta alimentazione: essi non raggiungono l'effetto preventivo, perché non affrontano il tema delle motivazioni che spingono i giovani verso tali comportamenti, non si interrogano sui significati che essi hanno per l'adolescente, non coinvolgono attivamente gli studenti, impedendo un'elaborazione personale e una proficua interazione tra adolescenti. Ecco perché la seconda generazione di interventi preventivi punta molto sulla discussione di gruppo e sull'interazione come fattori essenziali per coinvolgere i ragazzi, mira a dare un ruolo rilevante ai messaggi mediatici che li bombardano ed è molto attenta ai temi dell'immagine corporea e dell'autostima, visto che l'insoddisfazione per il corpo è il principale fattore di rischio dei

disturbi della condotta alimentare.

Il primo modello preventivo di seconda generazione è sociocognitivo a caratteri principalmente educativo-didattico, e vuole intervenire sui fattori di rischio, che risiedono nelle influenze ambientali esercitate dai media e dal gruppo dei pari, nei fattori individuali rappresentati da valori e atteggiamenti adottati, nella percezione dell'immagine corporea da parte dell'adolescente. L'intervento preventivo così impostato deve perciò essere finalizzato alla migliore accettazione di sé, al miglioramento dell'autostima e dell'immagine corporea, alla resistenza contro le pressioni esterne che spingono l'adolescente a seguire un regime alimentare restrittivo. Il coinvolgimento degli insegnanti in questo tipo di intervento preventivo è stato molto positivo, perché ha prodotto migliore relazione con gli studenti e maggiore capacità nel docente di riconoscere eventuali segnali di rischio tra gli allievi. Il secondo modello di intervento preventivo, chiamato *Non Specific Vulnerability Stressor*, elimina qualsiasi riferimento ai condizionamenti sociali esterni e vede i disturbi del comportamento alimentare come frutto di un legame infelice tra immagine corporea negativa e scarsa autostima. L'obiettivo di interventi di questo tipo è aumentare nei ragazzi il livello di soddisfazione per il proprio corpo, evitando messaggi angoscianti sulle conseguenze dei comportamenti alimentari restrittivi e portandoli a valorizzare le singole parti di sé con una buona ricaduta sull'autostima personale. Il terzo modello, detto della prospettiva socio-critica, si imposta, invece, su una critica agguerrita della società contemporanea, in modo da suscitare nelle adolescenti un comportamento attivo contro i messaggi provenienti dai media, facendole diventare più assertive, solidali, fiere del proprio corpo.

Il progetto di prevenzione proposto, invece, nel testo della Riva richiama un modello diverso: non mira ad un'elaborazione cognitiva del problema, né si propone l'obiettivo di convincere gli adolescenti ad acquisire comportamenti specifici, necessari per resistere alla tentazione di voler assomigliare a modelle e calciatori. Il disturbo alimentare non viene infatti considerato un disagio riconducibile soltanto alle pressioni dei mass-media o ad una incipiente malattia di matrice psicologica, come fanno i modelli precedentemente considerati, ma viene letto *“come l'espressione di una crisi del percorso di crescita, a cui possono contribuire diversi fattori individuali e sociali”* (op. cit., p.20). L'obiettivo è quindi fornire ai ragazzi tutti quegli strumenti che li rendano più consapevoli e in grado di trovare una via d'uscita dal groviglio di preoccupazioni che la crescita porta con sé. Le trasformazioni legate alla pubertà sono un trauma che l'adolescente deve affrontare e risolvere: poter esprimere e condividere ansie e paure all'interno

del gruppo dei pari permette di renderle pensabili, più governabili, meno aliene. L'adolescente sarà così aiutato a costruire una più accettabile immagine di sé e in questo modo sarà portato a non ricorrere in modo automatico a comportamenti dannosi per risolvere le proprie ansie.

4. Il contributo dei media

E' giunto quindi il momento di affrontare il tema posto al centro dello studio di Silvia Ladogana (2006): il rapporto tra mass-media, immagine corporea e disturbi alimentari. Dopo aver sottolineato che il disturbo alimentare spesso uccide, annulla l'esistenza, sopprime la vita, l'autrice afferma che *"è inaccettabile pensare che vi siano elementi del contesto sociale e culturale che alimentano questo disturbo in modo così esplicito e manifestostupisce la mancanza di responsabilità, di riflessione, in un mondo che sembra davvero aver perso la propria identità, per seguire il sogno dato da un'immagine riflessa"* (op. cit., p.18). Viene subito dopo precisato che i molteplici fattori che predispongono al disturbo del comportamento alimentare sono stati indagati approfonditamente, ma è stato sottostimato ed accantonato il ruolo che i mass-media hanno avuto, ed hanno a maggior ragione ancora oggi, nel divulgare modelli di bellezza, stili di vita e di consumo, significati e valori legati al raggiungimento di un ideale di successo e affermazione. Parliamo di rappresentazioni mediali così martellanti, pervasive e costrittive, da investire soprattutto il pubblico di adolescenti, ancora dotato di insufficiente senso critico e alle prese con una fragile, se non addirittura assente, costruzione dell'identità personale e della indipendenza dal mondo degli adulti, principale obiettivo di questa fase.

I media sono importanti e potenti agenti di socializzazione secondaria, dopo la famiglia, che invece rappresenta il primo stadio delle relazioni sociali dell'individuo, e accanto ad altre rilevanti agenzie di socializzazione secondaria, come la scuola, la Chiesa e il gruppo dei pari. L'ambiente mediale, che è un ambiente sociale esso stesso, si relaziona con vaste porzioni di umanità, ivi compresi gli adolescenti, che sono ad esso particolarmente esposti. Possiamo infatti dire che l'individuo è inserito in un contesto sociale e che nel nostro mondo questo contesto è anche contemporaneamente mediale. L'universo mediale ricopre determinate funzioni che vengono individuate, con particolare riferimento alla televisione, da F. Casetti e F. Di Chio nel 1998 (Ladogana, 2006, op. cit.). Oltre alle funzioni affabulatoria, bardica e ritualizzante, vi è un importante aspetto di questo medium, aspetto che possiamo chiamare "funzione modellizzante": il mezzo televisivo cattura rappresentazioni semplificate e parziali della realtà,

associando ad esse valori, rituali e simboli, e poi li restituisce al pubblico come modelli da imitare. Il mezzo televisivo si appropria degli aspetti del sociale che hanno a che fare con l'attenzione all'immagine corporea: il corpo è sempre più oggetto di costruzione sociale e nella società attuale la sua immagine è strettamente legata all'identità personale, perché il corpo viene considerato espressione piena ed esauriente di ciò che il soggetto è e di ciò che vuol comunicare agli altri. La televisione, però, si appropria solo di alcuni aspetti dell'immagine corporea femminile, cioè di quelli che sono legati alla magrezza, alla perfezione, alla giovinezza, al successo: essi, a partire dagli anni Sessanta, sono diventati uno stereotipo costrittivo per le donne. La televisione li propone con tutto il suo potere pervasivo come modello vincente. Così facendo, si appoggia anche sui contenuti pubblicitari e sul mondo dei consumi, che hanno l'obiettivo di vendere prodotti capaci di far credere che il possesso di quei modelli vincenti è raggiungibile. Il bersaglio privilegiato di tutta questa operazione mediatica è certamente lo spettatore adolescente femmina. In quanto ragazza vive le contraddizioni insite nel ruolo femminile proposto dalla società: l'identità di genere è infatti una costruzione sociale, che riflette le contraddizioni del mondo attuale, in cui il ruolo tradizionale della donna, fatto di cura degli altri, accudimento dei figli, amorevolezza e altruismo, permane accanto a quello innovativo di una personalità femminile che sceglie, si impone, fa carriera, compete con gli altri e si dedica alla propria realizzazione. Le ragazze di oggi vivono questa contraddizione e i media colgono ed amplificano solo un aspetto di essa, proponendo un modello di donna fisso, restrittivo, lontano dalla realtà e invariabilmente basato su magrezza, bellezza, giovinezza, successo. Come osserva Ladogana (op.cit., 2006) citando gli studi di R. A. Gordon (2004), che considerano anoressia e bulimia come epidemia sociale, l'ideale di magrezza, imposto dalla società e amplificato dai media, si allontana radicalmente da quel corpo materno, che per secoli era stato considerato l'essenza della donna, e impone un modello di donna emancipata, ma sempre assoggettata ai meccanismi del controllo sociale.

Le ragazze di oggi, però, in quanto adolescenti, vivono una fase della loro vita in cui il rapporto tra identità personale, non ancora formata, e corporeità, in forte trasformazione, è sempre difficile, ma in cui contemporaneamente il corpo diventa centrale proprio per costruire questa identità (Ladogana, op. cit.), a volte diventando addirittura il luogo su cui si concentra tutta la vita e il valore dell'individuo. La fase in cui avvengono tutte queste trasformazioni inizia dalla preadolescenza, età in cui i giovani, già esposti al bombardamento dei media che impongono modelli di bellezza femminile assolutamente irreali e irraggiungi-

li, possono essere spinti verso una percezione distorta del corpo e una generale insoddisfazione. L'exasperazione dei valori estetici, prodotta dal continuo riproporsi degli stessi modelli, può generare quindi distorsione nella ricerca di sé, insoddisfazione profonda nel constatare che il confronto coi modelli è del tutto sfavorevole per il soggetto, esclusione dal gruppo dei pari a causa dell'inadeguatezza ai canoni estetici imperanti ed isolamento sociale. Tutta questa catena di sofferenze e di disagio profondo può costituire il sostrato su cui si innestano il desiderio di dimagrire, i comportamenti alimentari sempre più restrittivi sino al controllo ossessivo del peso e all'insediarsi di malattie del comportamento alimentare. Possiamo dire, quindi, che i contenuti mediali non solo rispecchiano i comportamenti del disturbo alimentare, come l'ossessione per la magrezza, la divisione tra cibi proibiti e leggeri, che genera senso di colpa e desiderio di purificazione, ma stimolano anche e giustificano questi comportamenti, fornendo attivamente strumenti per il modellamento del corpo e il suo controllo. Come si legge nel testo di Ladogana : *“Nello sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare concorrono infatti differenti fattori predisponenti, di natura biologica, psicologica e sociale, i quali contribuiscono nell'instaurare un substrato di vulnerabilità funzionale all'insorgenza della malattia. Non basta quindi un solo fattore per scatenare il disturbo alimentare, tutti gli elementi influiscono in modo sistemico nel suo sviluppo”* (Ladogana, op. cit., p.158). Questo ci fa capire che, pur non potendo attribuire tutte le responsabilità al mondo mediatico e ai messaggi che esso impone, non è neppure prudente considerare il ruolo dei media come assolutamente marginale e trascurabile. Il mondo dei media ha le sue colpe, che consistono nel fatto che si tratta di un sistema che basa il suo “modello vincente”- bello, magro, giovane, perfetto, di successo - su criteri di produttività vicini al mondo dei consumi, in cui ciò che conta veramente è catturare la massima quantità di pubblico o di lettori (cfr. Wykes e Gunter, 2004). Occorre segnalare con forza che questo sistema produce pesanti effetti collaterali, aggiungendosi al contesto familiare, alla sfera delle amicizie e al gruppo dei pari, al contesto socio-culturale, nel contribuire a scatenare, e poi mantenere e consolidare, disturbi del comportamento alimentare come anoressia e bulimia. Nella famiglia, primo stadio della socializzazione dell'individuo, si sono chiaramente individuati l'origine e luogo di tali devastanti malattie, per il formarsi in essa di una particolare predisposizione ai disturbi alimentari, come la vulnerabilità, l'eccessiva dipendenza, l'assenza di autostima, l'insoddisfazione e il senso di inadeguatezza. Anche il gruppo dei pari è fondamentale, perché gioca un ruolo centrale nel creare relazioni sociali essenziali per la vita dell'adolescente: qui

egli trova modelli di riferimento in cui immedesimarsi, spesso ricavati e rinforzati dal mondo mediale, e a cui paragonarsi, con il rischio di sviluppare insoddisfazione, senso di inadeguatezza, vulnerabilità, aggravate dall'esclusione da parte dei compagni. Tutto ciò, ovviamente, favorisce l'insediarsi di disturbi del comportamento alimentare, che esprimono insoddisfazione profonda e rifiuto del corpo. Per quanto riguarda il contesto socioculturale, abbiamo già visto come soprattutto le ragazze siano vittime di un disagio profondo creato dalla difficoltà di trovare una propria identità di genere non contraddittoria, dall'impossibilità di accettare il loro corpo, così diverso dai modelli imposti e valorizzati nel mondo che sta loro intorno. *“La tesi di fondo è che anoressia e bulimia non facciano altro che esasperare atteggiamenti insiti nel sociale, portandoli all'eccesso; esse si nutrono dei contenuti culturali dominanti, li utilizzano per sopperire al disagio psicologico, cercando in essi la soluzione ai dilemmi della psiche”* (Ladogana, op. cit., p.130). Come dimostrano gli studi di Nasser (1997) e Gordon (2004), citati nel testo di Ladogana (op. cit., pp.130-131), si assiste nel corso degli ultimi decenni ad uno sviluppo globale dei disturbi del comportamento alimentare, grazie anche al contributo dei mass-media che disseminano in tutto il pianeta i valori della società occidentale, soprattutto riguardo ai modelli estetici femminili.

Riguardo al ruolo dei mass-media, proiezione e cassa di risonanza dei valori e dei modelli espressi dalla società, possiamo dire che: *“indagare le influenze dei media non significa delineare un modello di causa-effetto, ma una serie di elementi che vanno a rinforzare comportamenti, atteggiamenti, credenze e bisogni pregressi ... Vi sono molti elementi che indicano come i media giochino un ruolo di primo piano, non direttamente nel “causare” la malattia, ma nel legittimare molti aspetti ad essa legati”* (Ladogana, op. cit., p. 131). I media come fonte di apprendimento per gli individui, soprattutto adolescenti, contribuiscono a far interiorizzare i modelli di bellezza standardizzati, lontanissimi dalla realtà, e forniscono i mezzi per raggiungerli, cioè diete, esercizi, farmaci da consumare in quantità. Il mondo mediale, nella sua pretesa di essere un riflesso della società, dà in realtà un quadro parziale e distorto di essa, focalizzando l'attenzione su corpi magri e perfetti, simulacri di una bellezza che non esiste e fonte di ispirazione per molte donne, in particolare per le ragazze anoressiche e bulimiche. Infine, come costruttori della realtà sociale, i media propongono una visione spettacolarizzata ed edulcorata del mondo, che, essendo vista dagli individui come vera e possibile, non è mai colta nella sua natura di artefatto e diventa anzi causa di insoddisfazione, disagio, rifiuto di sé, desiderio di sottrarsi al confronto

con la realtà, facilitando la caduta negli atteggiamenti e nei comportamenti dei disturbi alimentari. Condivisibile e ricca di prospettive appare la conclusione del lavoro di Ladogana (op.cit., p.159): *“Un sistema così pervasivo e potente ... come il mondo mediale piuttosto che appiattirsi sull’omologazione e la standardizzazione dovrebbe riproporre le molteplici sfaccettature di una società varia e affascinante, dovrebbe favorire l’arricchimento reciproco di pubblico e di emittenti... Questo il vero modello vincente”*.

Bibliografia

- Atkinson, W.W. & Hilgard, E.R. (2011), *Introduzione alla Psicologia*. Padova: Piccin.
- Bruch, H. (1977), *Patologia del comportamento alimentare*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Jeammet, P. (2006), *Anoressia Bulimia*. Milano: Franco Angeli.
- Ladogana, S. (2006), *Lo specchio delle brame: Mass media, immagine corporea e disturbi alimentari*. Milano: Franco Angeli.
- Maurizio, L. (1999), Identità e disagio giovanile. In G. Malizia, L. Maurizio, S. Chistolini *et al.* (a cura di), *Le scienze sociali* (153-157). Torino: SEI.
- Maurizio, L. (1999), Il giovane nella società complessa e post-moderna. In G. Malizia, L. Maurizio, S. Chistolini *et al.* (a cura di), *Le scienze sociali* (159-164). Torino: SEI.
- Riva, E. (2007) (a cura di), *L'autostima allo specchio*. Milano: Franco Angeli.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. *et al.* (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Milano: Raffaello Cortina.

LA VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO IN “UNITÀ ADOLESCENTI”

SAVERIO BERGONZI*

Riassunto. *L'articolo si propone di descrivere i risultati di una ricerca effettuata nel corso di tre anni all'interno dell'Unità che accoglie adolescenti e preadolescenti del Centro di Riabilitazione Extraospedaliera “Paolo VI” di Casalnoceto. Si mostreranno alcuni dati descrittivi del contesto nel quale sono stati somministrati i test. Verranno descritti i test utilizzati. Successivamente si andranno a descrivere i risultati ottenuti verificando eventuali cambiamenti nei pazienti sottoposti a trattamento residenziale e di psicoterapia individuale e di gruppo, cercando infine di porre l'attenzione alle variabili che maggiormente influenzano i miglioramenti.*

Parole-chiave: *adolescenti, trattamento, valutazione.*

1. Introduzione

La ricerca che intendiamo descrivere è nata dall'interesse relativo al tentativo di individuare adeguati indicatori di esito del trattamento in comunità terapeutica in pazienti preadolescenti e adolescenti. Tali indicatori dovrebbero aiutare ad offrire una valutazione dell'intervento attuato, nei diversi momenti della presa in carico terapeutico-riabilitativa. La necessità di verificare la qualità degli interventi e l'efficacia pratica degli stessi sembra, in questo momento, rivestire una importanza significativa da una parte, rispetto alle esigenze del sistema sanitario nazionale di controllo dei costi, dall'altra per contribuire ad affinare tecniche ed interventi sempre più scientificamente chiari e definiti.

I principali problemi metodologici legati alla costruzione di un modello di ricerca sugli esiti dei trattamenti riguardano la scelta del campione, la scelta di strumenti valutativi affidabili ed efficaci, la necessità di un adeguato follow-up, l'indicazione puntuale del modello di trattamento utilizzato e delle variabili ad esso collegate.

Molti sono stati gli studi sull'efficacia dei diversi trattamenti, soprattutto in relazione all'età (Weisz, Weiss e Donnenberg, 1987) e tali indicazioni ci offrono

* Psicologo, psicoterapeuta, “Centro Paolo VI” di Casalnoceto

spunti per tentare di interrogarci ed individuare indicatori di esiti nell'adolescenza (Fonagy, Target, Cottrell *et al.*, 2002).

L'obiettivo principale è quindi quello di individuare e valutare l'efficacia di alcuni strumenti di valutazione dell'intervento terapeutico e riabilitativo, inteso nella sua globalità, nei contesti residenziali.

Il momento della valutazione viene inteso quindi come un importante fase dell'intero percorso terapeutico, che sempre più ha bisogno di stabilire parametri chiari e condivisi attraverso i quali giungere a valutazioni significative e confrontabili.

La necessità di monitorare, anche in ambito comunitario, l'efficacia del percorso di cura e la necessità degli operatori di tali strutture di avere un aggiornamento costante della cartella clinica del paziente ha dato avvio al progetto di assessment quantitativo per adolescenti e preadolescenti ospiti delle strutture residenziali.

Il progetto prevede la valutazione a breve, medio e lungo termine dello status clinico del paziente, attraverso il rilevamento test-retest, delle condizioni cliniche, utilizzando strumenti che misurano la performance cognitiva, i livelli di autonomia e lo stato psicopatologico. Indirettamente le misurazioni condotte consentono una valutazione dell'intervento attuato tramite la rilevazione di "parametri oggettivi" relativi alle condizioni cliniche del paziente nei diversi momenti della presa in carico terapeutico-riabilitativa. Inoltre la batteria di strumenti somministrata ad un dato momento e riproposta nel tempo consentirà la pianificazione del trattamento da attuarsi, supportando i programmi riabilitativi di evidenza empirica quantitativamente rilevata nonché eventualmente correggere e riformulare i progetti terapeutici individuali per meglio adattarli alle singole individualità e peculiarità dell'utente.

2. Obiettivi

Gli obiettivi della ricerca sono i seguenti:

- definizione del trattamento e dei suoi parametri, in modo che siano il più possibile sottoponibili ad analisi e a verifica empirica;
- dimostrare che il monitoraggio dell'andamento dell'utente all'interno del trattamento residenziale può permettere:
 - ✓ la valutazione dell'efficacia del trattamento riguardo al singolo caso;
 - ✓ la valutazione dell'efficacia del trattamento intesa come valutazione complessiva del lavoro in comunità terapeutica;
- evidenziare eventuali miglioramenti nei pazienti sottoposti a trattamento in comunità terapeutica;

- individuare i fattori legati all’eventuale miglioramento;
- individuare eventuali differenze tra pazienti sottoposti a psicoterapia individuale o di gruppo;
- costruire modelli previsionali a partire dalla valutazione iniziale.

3. Il campione

Il nostro lavoro ha preso in esame un campione di 68 pazienti, ospitati all’interno dell’Unità per Minori del Centro di Riabilitazione Extraospedaliera “Paolo VI” di Casalcoceto (AL); successivamente verrà presentata una descrizione della struttura e del suo modello terapeutico.

Il campione analizzato viene spiegato attraverso numerose variabili, con l’obiettivo di comprendere se tra queste vi fossero relazioni statisticamente significative.

Le variabili da noi considerate sono:

- l’età cronologica dei pazienti al momento del loro ingresso presso il “Centro Paolo VI” Onlus”: il 46% dei pazienti che costituivano il campione esaminato aveva un’età inferiore ai 13 anni, mentre il 54% aveva un’età superiore ai 13 anni;
- il genere maschile o femminile: i soggetti di genere maschile costituivano il 77% del campione, mentre il restante 23% era costituito da soggetti di genere femminile;
- il livello socioeconomico, misurato attraverso il *Four Factor Index of Social Status-SES* (Hollingshead, 1975) che permette di ottenere una misura dello status sociale dell’individuo (o, in caso di soggetti minorenni, della famiglia di appartenenza) sulla base di quattro domini: lo stato civile, il livello di istruzione, lo status di occupato o disoccupato e il prestigio occupazionale: il 47% dei soggetti del campione risultava provenire da una famiglia con livello socioeconomico basso; il 23% da una famiglia con livello socioeconomico medio-basso; il 10% da una famiglia con livello medio; il 16% da una famiglia con livello medio-alto e solo il 4% da una famiglia con livello socioeconomico alto;
- la tendenza del paziente a mettere in atto agiti autoaggressivi o eteroaggressivi: il 48% dei soggetti del campione mostrava agiti del primo tipo e l’80% agiti del secondo tipo;
- il fatto di avere subito o meno un abuso sessuale: il 20% dei soggetti del campione in esame risultava avere subito questa forma di violenza;
- l’aver subito o meno maltrattamenti di vario tipo: il 46% dei soggetti risultava avere subito una qualche forma di maltrattamento;

- diagnosi: una percentuale di soggetti, pari al 35% del campione, presentava una diagnosi di “disturbo della condotta”; il 41% dei soggetti presentava un “disturbo di personalità”; il 28% una “psicosi”; il 22% un “disturbo dell’umore”; il 15% un “disturbo post-traumatico da stress”;
- tipo di trattamento psicoterapeutico ricevuto dai pazienti: il 60% dei pazienti del campione è stato sottoposto ad una psicoterapia individuale ad indirizzo psicodinamico, mentre il restante 40% ha partecipato a sedute di psicoterapia di gruppo, che per gli adolescenti seguiva il modello psicodrammatico e per i preadolescenti il modello di gruppo di gioco;
- punteggi dei soggetti ai test utilizzati per facilitare l’inquadramento diagnostico dei pazienti e per rilevare gli eventuali miglioramenti durante il percorso riabilitativo.

4. Metodologia

Somministrati gli strumenti e individuati i parametri, lo studio si è articolato nelle seguenti linee di ricerca esplorativa:

1. Valutare lo status clinico a 6, a 12, 18, 24 e 30 mesi di un gruppo di adolescenti sottoposti ad intervento terapeutico e riabilitativo nei contesti residenziali.
2. Vagliare l’esistenza di una possibile correlazione tra la rilevazione di un significativo grado di psicopatologia e i livelli di autonomia personale e di responsabilità sociale, di aggressività, di necessità di assistenza e di gravità globale dei sintomi.
3. Delineare un sistema predittivo a partire dalla valutazione iniziale.

Utilizzo delle scale cliniche nella ricerca

Le scale cliniche di valutazione sono strumenti capaci di fornire una rappresentazione quantitativa dei fenomeni psichici e del comportamento e che consentono di standardizzare parametri e criteri di valutazione al fine di ridurre al massimo la soggettività dell’osservazione e di ottenere dati confrontabili, riproducibili ed analizzabili con le comuni analisi statistiche. Il presupposto essenziale che sta alla base delle scale cliniche è che, ferma restando la soggettività del vissuto normale e patologico, sia possibile tradurre l’osservazione psicopatologica in forma numerica, quantitativa, in modo tale da poterla analizzare con le tecniche di analisi statistica. Le scale cliniche dovrebbero essere strumenti atti a descrivere in maniera quantitativa i segni e i sintomi della patologia mentale, in modo da accrescere l’obiettività della valutazione clinica e da consentire un’ampia

registrazione di sintomi e tratti comportamentali, così da fornire empiricamente, un modello strutturale che rappresenti le dimensioni di un fenomeno psicopatologico. L'utilizzo degli strumenti di valutazione, in una fase in cui la situazione economica sfavorevole impone un'oculata gestione dei fondi destinati alla cura rappresenta una notevole risorsa in grado di ottimizzare ed accrescere l'efficacia dei trattamenti

Gli strumenti

Children's Global Assessment Scale (CGAS) di Schaffer e collaboratori (1983), che consente di valutare non solo il livello di funzionamento, ma anche la gravità dei disturbi psichici e la compromissione del funzionamento sociale nei bambini e ragazzi di età compresa tra i 4 ed i 16 anni. Si tratta di una scala dimensionale, il cui range va da 1 a 100 e in cui i punteggi superiori a 70 sono indicativi di un funzionamento normale (Dyrborg *et al.*, 2000). Presso il “Centro Paolo VI”, i pazienti ricevono una valutazione semestrale attraverso tale strumento: durante una riunione d'équipe ciascun operatore attribuisce un punteggio al soggetto in questione e il risultato finale viene ottenuto attraverso il calcolo della media di tutti i punteggi assegnati.

Clinical Global Impression Scale (CGI), uno strumento osservativo che consente di valutare tre aspetti, ossia: la gravità della patologia del paziente, il suo andamento nel tempo e la risposta al trattamento (Guy, 1976). Il primo aspetto viene valutato attraverso una scala a 7 punti, in cui il punteggio 1 fa riferimento all'assenza di patologia e il punteggio 7 indica il più alto grado di patologia di cui il clinico abbia esperienza; il secondo aspetto, ossia l'andamento della patologia nel tempo, viene quantificato anch'esso attraverso una scala a 7 punti, in cui il punteggio 1 indica un significativo miglioramento dall'inizio del trattamento, mentre il punteggio 7 è indicativo di un significativo peggioramento (Busner e Targum, 2007); la valutazione della risposta del paziente al trattamento tiene conto sia dell'efficacia terapeutica sia degli effetti collaterali ed avversi del trattamento e si basa su una scala che va da 0 (notevole miglioramento ed assenza di effetti collaterali) a 4 (situazione invariata o peggioramento e presenza di effetti collaterali) (Guy, 1976). Come per il precedente strumento, ogni paziente viene valutato sulla base della CGI ogni sei mesi e i punteggi sono il risultato della media dei valori indicati da ogni operatore dell'équipe.

Overt Aggression Scale (OAS) di Yudofsky *et al.* (1986), che permette di valutare con quale frequenza il soggetto mette in atto comportamenti aggressivi. L'aggressività a cui la scala fa riferimento è di quattro tipi: verbale, fisica rivolta

verso gli oggetti, fisica eterodiretta e fisica autodiretta. L'osservatore deve registrare i comportamenti aggressivi e prendere nota degli interventi attuati in risposta ad ogni eventuale episodio aggressivo (Cohen *et al.*, 2009).

Al "Centro Paolo VI" ogni paziente viene valutato ogni sei mesi sulla base di tale scala e il risultato è dato dalla somma dei punteggi assegnati dagli operatori che compongono l'équipe.

Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow, Balla e Cicchetti, 1984), ossia uno dei più noti e più utilizzati strumenti per la valutazione del comportamento adattivo: questo strumento, infatti, consente di valutare l'autonomia personale e la responsabilità sociale, facendo riferimento alle attività quotidiane necessarie per prendersi cura di sé e per interagire con gli altri. Si tratta di un'intervista semi-strutturata che deve essere compilata insieme ad un genitore o alla persona che si prende cura del soggetto e che consente di valutare le capacità adattive della persona in questione in vari ambiti: comunicazione (ricettiva, espressiva e scritta), abilità di vita quotidiana (in ambito personale, domestico e di comunità), socializzazione (abilità di gestire le relazioni interpersonali, il gioco e il tempo libero e di dimostrare responsabilità e sensibilità verso gli altri), abilità motoria (motricità globale e fine). Tale scala, che può fornire anche un punteggio composito del comportamento adattivo e un indice opzionale del comportamento disadattivo, può essere utilizzata nell'ambito del processo diagnostico, nella fase di verifica dei progressi del paziente e dell'efficacia del trattamento e anche nell'ambito della ricerca (Sparrow, 2011).

Al "Centro Paolo VI" tale scala viene compilata per ogni paziente una volta all'anno; ad essere intervistati sono gli educatori professionali, principali *care-givers* dei ragazzi ospiti della comunità.

Shedler-Westen Assessment Procedure-200-item Q-sort for Adolescents – SWAP-200-A (Westen *et al.*, 2003): tale strumento, che costituisce un adattamento della SWAP-200 per adulti, consente di valutare il livello complessivo di adattamento e la presenza di un disturbo di personalità negli adolescenti.

La SWAP-200 è composta da duecento affermazioni descrittive della personalità, elaborate sulla base dei criteri del DSM-IV e della letteratura sui disturbi di personalità in adolescenza; ciascuna di queste affermazioni può essere o molto rappresentativa delle caratteristiche della persona che viene esaminata, o al contrario per niente rappresentativa: il compito del clinico è quello di assegnare ad ogni item un punteggio da 0 a 7 a seconda del grado di applicabilità di quanto descritto alle caratteristiche del soggetto (Westen, Dutra e Shedler, 2005). Presso il nostro Centro, tale test viene somministrato al momento dell'ingresso del

paziente in comunità e i punteggi vengono assegnati in maniera congiunta dallo psicologo e da un educatore professionale.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID II) di First *et al.* (1984), un'intervista clinica che, attraverso una serie di domande a risposta aperta (o, nella versione abbreviata, attraverso domande a risposta dicotomica sì/no), fornisce indicazioni per formulare una diagnosi categoriale o dimensionale di Disturbo della Personalità secondo l'asse II del DSM-IV.

La prassi adottata presso il “Centro Paolo VI” prevede che tale strumento venga somministrato da uno psicologo al momento dell'ingresso del paziente.

Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1994), strumento *self-report* composto da 90 item, che consentono di valutare la presenza e l'intensità di un disagio psichico in diversi domini sintomatologici che comprendono sia sintomi internalizzanti (quali ansia, depressione, somatizzazione) sia sintomi esternalizzanti (quali ostilità, impulsività e aggressività). Nel rispondere alle domande, il soggetto deve fare riferimento all'ultima settimana (compreso il giorno della valutazione) e deve assegnare ad ogni risposta un punteggio su scala Likert a 5 punti, che va da “per niente” a “moltissimo”. Le risposte del soggetto vengono poi interpretate sulla base di nove dimensioni sintomatologiche: somatizzazione, ossessività-compulsività, ipersensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide e psicoticismo. Lo strumento permette anche di ottenere tre indicatori globali, in grado di fornire indicazioni sull'intensità del disagio sperimentato dal soggetto, sul numero di sintomi riferiti e sulla tendenza dell'individuo ad accentuare o, al contrario, minimizzare il proprio disagio (Preti, Prunas e Sarno, 2006).

Presso il nostro Centro, tale strumento viene utilizzato per valutare l'efficacia dei trattamenti e dei protocolli riabilitativi, per cui viene somministrato dal clinico al momento dell'ingresso in comunità e al momento della dimissione.

5. Struttura e modello terapeutico

Considerando i dati riportati nel precedente paragrafo si rende necessaria una attenta descrizione del modello terapeutico utilizzato nelle comunità nelle quali vengono trattati i soggetti che compongono il campione della ricerca. Il campione è composto da pazienti transitati all'interno dell'unità per minori del “Centro Paolo VI” di Casalcoceto (AL).

Il modello che viene utilizzato è quello di rete, al quale l'Unità per minori fa riferimento; è un modello terapeutico orientato all'integrazione e alla valorizzazione delle connessioni.

Per integrazione si intende il tentativo di rispondere in modo globale e non isolato alle varie dimensioni del bisogno del minore (con la sua cultura, i suoi legami sociali, il suo territorio e la sua famiglia) e per connessione si intende il coordinamento e la collaborazione tra i vari soggetti interessati (rispettando ovviamente i ruoli e le competenze e definendole nel modo più chiaro possibile). La progettualità terapeutica in ambito di trattamento residenziale di un minore non deve realizzarsi come una riduzione della complessità, perciò l'Unità si propone l'obiettivo di definire chiaramente il proprio ruolo all'interno della rete, come una parte determinata nel percorso evolutivo del paziente; il trattamento in comunità si configura quindi come un accompagnamento del minore attraverso una o più fasi di crescita, come un "tratto di strada" con un inizio ed una fine definiti. Per questo, le comunità, ricercano e valorizzano le peculiarità e le competenze specifiche dei servizi territoriali, creando e stimolando l'interazione con la rete dell'associazionismo e con il mondo del volontariato e costruiscono, ove possibile, un percorso parallelo con le famiglie d'origine, sostenendo le risorse delle singole storie ed esperienze. L'Unità viene dunque considerata come struttura "aperta", dove i cambiamenti e i passaggi evolutivi possano essere stimolati, riconosciuti e valutati e dove esistono tappe che segnano un percorso, rispettando l'individualità dei singoli.

Per questi motivi, come si vedrà meglio in seguito, l'Unità è composta da quattro comunità che ospitano i pazienti durante le diverse fasi evolutive, riconoscendo loro i cambiamenti, intesi sia dal punto di vista della crescita che da quello della remissione o stabilizzazione della patologia, senza dimenticare l'evoluzione dei rapporti con la famiglia e il territorio d'origine. In questa prospettiva l'intervento degli operatori (educatori, medici, psicologi, psicoterapeuti, pedagogisti, terapisti, infermieri, assistenti sociali...), l'importanza dell'inquadramento diagnostico ed anche della terapia farmacologica possono generare un significato simbolico di comunicazione, si spera rassicurante, ma certamente riflessiva e contenitiva, finalizzata a stimolare le risorse personali a seconda dei bisogni e dei momenti e a contenere le ansie e le angosce di cui sono carichi i minori in situazione di disagio psicopatologico e gli adolescenti in genere. I vari interventi all'interno dell'Unità (la psicoterapia individuale e di gruppo, le attività ricreative, sportive, i laboratori e le attività scolastiche o lavorative) interagiscono tra loro e si richiamano sinergicamente; anche dal punto di vista teorico è possibile utilizzare più modelli con tecniche e strategie differenti. Nelle comunità il gruppo di pazienti e il gruppo di operatori condividono esperienze e specificità professionali diverse, cercando una continua integra-

zione data dal modello di riferimento che produce uno stile il più possibile unitario degli interventi, rispettando però le singole individualità e considerandole arricchenti da più punti di vista. Questa esperienza permette ai pazienti che ne hanno la possibilità di proiettare e produrre fantasie e rielaborarle affrontando scissioni e disgregazioni, operando un continuo lavoro di integrazione tra parti interne e parti reali. Alcuni pazienti avranno così la possibilità di costruire e strutturare l'identità, altri di esperire movimenti identificatori. All'inizio del progetto vi è il minore con il proprio disagio e soprattutto la fatica di lasciarsi “agganciare” dall'altro, di fidarsi portando vissuti di trascuratezza, di abbandono e di violenza.

I trattamenti terapeutici e gli stili educativi, la quotidianità e il lavoro intrapsichico, le attività pedagogiche e riabilitative, le attività sportive e gli inserimenti scolastici o i tirocini lavorativi si intrecciano e si completano, soprattutto quando le competenze e metodologie degli operatori vengono integrate in un “luogo” comune, inteso come spazio di pensiero.

I principi della progettazione educativa delle comunità sono la quotidianità, la vita di gruppo e la socialità, cioè la capacità di stare con la gente e di interagire con gli altri.

All'interno dell'équipe di ogni singola comunità è presente un neuropsichiatra infantile, uno psicologo e la figura del referente educativo, in genere un educatore anziano, con caratteristiche di leadership e con competenze di coordinamento dell'équipe. Il referente mantiene i contatti con l'esterno, con il servizio sociale, con l'ufficio del personale e con i clinici. E' prevista la supervisione da parte di un tecnico esterno per tutti gli operatori (sia per quanto concerne le dinamiche istituzionali che per i casi clinici).

L'offerta terapeutica-riabilitativa della comunità prevede colloqui, gruppi, momenti di incontro, di formazione o di *counseling* familiare per i singoli pazienti e per le loro famiglie (con lo psicologo o con il neuropsichiatra), coinvolgendo, a seconda del caso, l'intero nucleo familiare o un singolo genitore.

Particolare importanza nel progetto riveste l'ambito dell'istruzione obbligatoria e della formazione. Superata la fase critica, ove le condizioni lo consentano e a seconda delle valutazioni dell'équipe curante, gli ospiti potranno frequentare la scuola vicino alla comunità in modo da garantire il più possibile una situazione di quotidianità normalizzante e regolare. Gli educatori e la pedagogista cureranno i rapporti con i docenti in modo che la frequenza sia un'occasione costruttiva di ripresa di normalità e non una situazione frustrante per l'ospite o per i suoi compagni di classe. Anche la scelta di un corso di formazione professionale co-

stituisce un momento importante nella progettazione del contratto terapeutico ed educativo individuale.

Spazi specifici all'interno della comunità sono dedicati al sostegno scolastico ed alla formazione (con l'ausilio di trattamenti psicopedagogici o lezioni di sostegno e approfondimento).

Parte della letteratura sulla comunità terapeutica, a partire dalle esperienze inglesi con gli adulti psichiatrici, sottolinea l'incisività terapeutica di un ambiente inteso come matrice simbolica, più che attraverso l'interpretazione, attraverso la comunicazione contenuta nella quotidianità; si evidenzia inoltre l'importanza di favorire occasioni di socializzazione e risocializzazione e di incremento delle capacità di autonomia personale e di autodeterminazione.

I riferimenti teorici sono molteplici: ci si riferisce infatti alla cultura di comunità e l'esperienza educativa, alla neuropsichiatria infantile, all'orientamento psicodinamico e alla psicofarmacologia.

Considerando quanto detto finora si considera imprescindibile l'apporto e l'integrazione di differenti professionalità, in particolare educatori, pedagogisti, o.s.s., conduttori di laboratori, assistenti sociali, infermieri, neuropsichiatri infantili, psicologi, psicoterapeuti, fisioterapisti, psicomotricisti, logopedisti e musicoterapeuti, con costante riferimento ai professionisti invianti delle ASL, per garantire agli ospiti una progettazione comunitaria e post comunitaria ben collegata alle risorse sociali, scolastiche e lavorative. Diventa quindi centrale il ruolo delle riunioni d'equipe in tutte le sue forme e organizzazioni. Inoltre la connessione tra i vari Servizi (NPI, Servizi Socio-Assistenziali) ed eventualmente, ove coinvolto, con il Tribunale dei Minori, costituisce momento fondamentale del lavoro di comunità.

I pazienti

L'Unità accoglie adolescenti e preadolescenti di ambo i sessi in età compresa tra i 8 e i 18 anni, inviati dai servizi di Neuropsichiatria Infantile, con disturbi comportamentali in fase subacuta, correlati a patologie della condotta o psichiatriche dell'età evolutiva e dell'adolescenza, che non possono essere trattati a livello ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale.

L'accesso è spesso successivo al ricovero ospedaliero presso strutture complesse di Neuropsichiatria Infantile o presso SPDC o altre strutture di ricovero. In alcuni casi i pazienti provengono dalle famiglie di origine. Ogni comunità ha una capienza massima di 10 ospiti.

L'Unità per minori ospita pazienti adolescenti e preadolescenti ed è composta

dall'UTDN (Unità Terapeutica Disagi Neuropsichici) e dalla CRP "La Crisalide" (Comunità Riabilitativa Psicosociale).

L'UTDN, situata a Casalnoceto, all'interno della struttura "Centro Paolo VI", si compone di tre comunità per un totale di 30 posti letto, mentre la struttura "La Crisalide" si trova nella città di Tortona e ospita 10 pazienti.

Gli ospiti di tale Unità sono adolescenti e preadolescenti con disturbi d'ansia, disturbi post traumatici da stress, disturbi depressivi, disturbi di personalità, disturbi della condotta e della sfera emozionale, sindromi schizotipiche e schizoattentive, schizofrenia, sindromi disintegrative dell'infanzia e dell'adolescenza, psicosi ad esordio precoce.

Tale Unità si compone di tre comunità di dieci posti ciascuna.

Nelle prime due comunità (comunità "A" e comunità "B") si accolgono pazienti in stato di post acuzie in arrivo dai reparti di Neuropsichiatria Infantile, da comunità educative per minori e raramente anche da casa.

L'inserimento di ogni minore di norma fa seguito ad un periodo di valutazione da parte delle equipe clinico educative. I Clinici dell'Unità (neuropsichiatra infantile e psicologo) e un educatore sostengono alcuni colloqui con il paziente (al fine di valutare il grado di consapevolezza della propria sofferenza, il bisogno di cura e la domanda), con la famiglia del paziente (per valutare le potenzialità collaborative e il grado di *compliance*) e con i soggetti invianti (Servizi Sociali del territorio e Servizi di Neuropsichiatria Infantile). Il ricovero è sempre volontario anche in presenza di eventuali Decreti del Tribunale dei Minori che potrebbero obbligare l'Ente Affidatario a collocare il paziente in struttura.

In fase iniziale dunque il paziente e chi si occupa di lui accetta e concorda un contratto con l'Unità.

Nella Comunità "A" sono accolti adolescenti dai 13 ai 18 anni, mentre in Comunità "B" sono ospitati minori dai 8 ai 13 anni.

La terza Comunità "C" ospita quei pazienti che, dopo un periodo trascorso nelle prime due comunità, si trovano in un momento di maggiore compenso e di stabilità psichica e che quindi necessitano di un ambiente meno contenitivo e maggiormente orientato al reinserimento sociale e all'acquisizione o al consolidamento delle autonomie personali.

La CRP "La Crisalide" si configura come un passaggio ulteriore per quei pazienti che dalla comunità "C" richiedono ancora un periodo di residenzialità per consolidare la propria situazione psichica e per acquisire una maggiore integrazione in ambito sociale.

Le comunità che costituiscono l'Unità per minori si configurano quindi come tre

differenti stadi di sviluppo che compongono il percorso terapeutico-riabilitativo ed evolutivo di ciascun paziente.

L'obiettivo principale della Comunità "C" è dunque quello di accompagnare i pazienti nelle fasi intermedie del loro progetto terapeutico, affrontando gli aspetti inerenti la separazione (aspetti così pregnanti per minori che spesso sono segnati da vissuti di abbandoni e separazioni violente).

I passaggi dalle comunità "A" e "B" alla "C" e alla CRP vengono vissuti dai ragazzi come un momento di crescita e di stabilizzazione, anche con connotazione rituale. Gli obiettivi prioritari che la prima fase di accoglienza in comunità "A" e "B" prevede sono mirati essenzialmente, in un lasso di tempo limitato, al superamento e al sostegno della fase critica della patologia nel suo esordio o in episodi acuti successivi.

In particolare gli obiettivi sono quelli di:

- accompagnare e contenere il minore in un momento delicato quale è quello della crisi, anche per evitare ricoveri o limitarne al massimo la durata;
- creare un clima accogliente e familiare, ma nello stesso tempo professionale e terapeutico che possa non essere frustrante all'interno del quale il ragazzo possa affrontare i sintomi espressi;
- offrire uno spazio di distacco sia dalla realtà familiare che dall'ambiente sociale del proprio tessuto territoriale; all'interno di tale spazio attraverso la mediazione di figure accoglienti ma neutrali, si permette al minore di riflettere e ripensare a sé non solo secondo modalità patologiche reiterate;
- offrire uno spazio, non ospedaliero, di valutazione, diagnosi e impostazione del trattamento, anche farmacologico, della patologia;
- offrire strumenti specifici terapeutici individuali e di gruppo;
- offrire momenti pedagogici e ricreativi attraverso la partecipazione a laboratori che stimolino l'interesse personale e la collaborazione di gruppo;
- offrire sostegno alle famiglie.

La comunità intende porsi così come un oggetto sufficientemente buono, in grado di ricostruire quello spazio mentale compromesso.

I supporti essenziali in questo difficile processo sono essenzialmente due:

- il lavoro terapeutico, riabilitativo ed educativo, attraverso il costante alternarsi di scissione e di integrazione, decostruzione e ricostruzione nel rapporto con gli operatori;
- la condivisione nel gruppo attuale di appartenenza (i pari della comunità) degli stati emotivi e degli affetti.

La comunità possiede un modello teorico esplicito e condiviso dall'équipe,

al quale si riferisce per l'impostazione delle metodologie operative e per garantire un intervento terapeutico multidimensionale, che tenga cioè conto del lavoro sulla persona, del supporto farmacologico, della gestione dell'individuo, del gruppo e delle famiglie. Ci si rifà a tali modelli teorici: la psicologia delle relazioni oggettuali, la teoria dell'attaccamento, la teoria di campo. La coerenza delle risposte e delle proposte della comunità è ritenuta fondamentale, anche per contrastare la tendenza degli adolescenti ad instaurare "giochi" simmetrici, ad attaccare la stabilità e la coerenza dell'istituzione e metterne in discussione l'autorità.

Il metodo di intervento è fondato principalmente sul trattamento della dimensione di gruppo, avvalendosi di strumenti sia psicoterapeutici che educativo-pedagogici; sono infatti previsti momenti di condivisione attraverso gruppi psicodinamici e momenti educativo-pedagogici che garantiscano il confronto sulla gestione sul piano della quotidianità.

6. La psicoterapia individuale e di gruppo

Pare necessario soffermarsi su una breve descrizione dei trattamenti di psicoterapia individuale e di gruppo, per definire chiaramente quali tipologie di trattamento e quale modelli teorici vengono presi in esame.

Si premette che tutti i trattamenti sono di competenza di psicoterapeuti esclusivamente formati presso la medesima Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Individuale e di Gruppo ad indirizzo psicodinamico. La scuola a cui ci si riferisce è la COIRAG (Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi).

Il modello scientifico/clinico della Scuola si colloca nell'ambito della psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, privilegiando un vertice analitico di gruppo (Gruppo-analisi, Psicodramma Analitico, Analisi Istituzionale).

Questo paradigma analitico considera la gruppaltà, la relazionalità e il legame (familiare, sodale, culturale, comunitario e istituzionale) quali dimensioni costitutive, conscie e inconscie, della psiche umana. I legami e le appartenenze influenzano in maniera pervasiva la vita di un soggetto e la costituiscono come iscritta in una rete di relazioni. Il soggetto, in questa prospettiva, non coincide con l'individuo, non consiste per così dire solo di se stesso.

Esso è costitutivamente transindividuale perché permeato dai significati, dalle immagini, dagli ideali, dalle aspettative e dai desideri che abitano il mondo degli altri. Ciò determina una incessante dialettica intrapsichica tra istanze di appartenenza e identificazione da una parte e istanze di differenziazione e sviluppo sin-

golare del Sé dall'altra. "Individuo" e "gruppo", in quest'ottica, non connotano più dimensioni distinte o in opposizione ma divengono prospettive complementari di sguardo sulla soggettività, in cui l'una è alternativamente in posizione di figura o sfondo rispetto all'altra:

Deriva da questa impostazione una lettura della sofferenza psichica anche in termini multipersonali, non riducibile cioè alle strutture e/o al funzionamento del mondo interno del singolo individuo. I fenomeni psichici individuali trovano piena comprensione quando collocati entro la storia e la dinamica psichica della matrice relazionale, affettiva e simbolica di cui il soggetto è parte.

Ne consegue quindi una pratica clinica attenta di volta in volta ai correlati grup-pali e istituzionali delle varie situazioni, al rapporto tra dimensione conscia ed inconscia del dispositivo stesso di cura e delle organizzazioni terapeutiche in cui ci si muove.

La prospettiva psicoanalitica di gruppo è storicamente in fertile dialogo con l'antropologia, la sociologia, la psicosociologia, la terapia familiare e l'etnopsichiatra.

Gli autori di riferimento sono: S. Freud, C. G. Jung, S. Ferenczi, S.H. Foulkes, W. Bion, J. Lacan, J. Bleger, D. Winnicott, S.A. Mitchell, O. Kernberg, R. Kaes. Importanti ed originali contributi all'elaborazione teorica/metodologica dell'analisi di gruppo sono venuti da autori italiani, molti dei quali, nel corso del tempo, membri della Associazione COIRAG e docenti della Scuola.

Pe quanto riguarda le psicoterapie individuale ci si riferisce ad un modello di psicoterapia di tipo psicodinamico classico.

7. Risultati

Intendiamo presentare un'analisi descrittiva dei risultati ottenuti rimandando ad un lavoro successivo un puntuale approfondimento statistico.

Sono state analizzate le relazioni tra le seguenti variabili:

- 1 - Correlazioni tra CGI/CGAS/OAS/VINELAD
- 2 - Relazioni tra le medie CGI/CGAS/OAS
- 3 - Relazioni tra le medie VINELAD
- 4 - Cosa succede nei retest
- 5 - Alberi di classificazione

1 - Si può notare che a risultati positivi ad un singolo test corrispondano miglioramenti in tutti i test eseguiti; ad esempio ad un miglioramento del livello di funzionamento del soggetto valutato con CGAS corrisponda una diminuzione

della gravità della malattia, una diminuzione degli agiti aggressivi, ed un miglioramento delle abilità di comunicazione, quotidiane e di socializzazione.

2 - L'analisi delle relazioni tra i punteggi medi mostra un costante miglioramento dei punteggi nel tempo nelle tre scale utilizzate.

3 - Per quanto concerne il test Vineland si può notare come nel tempo i miglioramenti dei punteggi medi seguano un andamento costante ma si evidenzia per le abilità di socializzazione una inversione della tendenza in relazione alle capacità comunicative iniziali: in pratica ad un livello inizialmente già alto di capacità comunicative non fa seguito un aumento significativo di quelli di socializzazione.

4 - Nei retest si notano i seguenti risultati:

CGAS – migliora tranne che per 1 paziente

CGI – migliora sempre

OAS – migliora tranne che per 2 pazienti (è altalenante per 10 pazienti, ma nel tempo migliora)

Vineland comunicazione – migliora tranne che per 1 paziente

Vineland abilità quotidiane – migliora tranne che per 4 pazienti

Vineland socializzazione – migliora tranne che per 3 pazienti

5 - Dai risultati sono stati costruiti alberi di classificazione che ci possono permettere di inferire, partendo dal risultato ad un singolo test, tutti gli altri risultati.

Fattori esplicativi

Dall'analisi del materiale a disposizione abbiamo cercato di individuare i fattori che in qualche modo ci possono spiegare i risultati ottenuti.

Statisticamente possiamo mostrare i seguenti dati che ci parlano della bontà esplicativa dei modelli presentati (R^2):

La variabilità della CGI è spiegata per il 72%

La variabilità della CGAS è spiegata per il 65%

La variabilità della OAS è spiegata per il 50%

La variabilità della Vineland comunicazione è spiegata per il 65%

La variabilità della Vineland Abilità Quotidiane è spiegata per il 78%

La variabilità della Vineland socializzazione è spiegata per il 64%

Tutti i risultati sono statisticamente significativi (test F, $p < 0,005$)

Nello specifico abbiamo cercato di comprendere cosa spiegasse i miglioramenti nel tempo di:

a - CGAS

b - CGI

c - OAS

d - Vineland comunicazione

e - Vineland abilità quotidiane

f - Vineland socializzazione

a - Il miglioramento di CGAS viene influenzato meno da:

- alti punteggi in CGI
- bassi punteggi in OAS
- presenza di “abuso sessuale”
- presenza di “disturbo di personalità” e psicosi.

Il miglioramento di CGAS viene influenzato maggiormente da:

- psicoterapia individuale e di gruppo

b - Il miglioramento di CGI viene influenzato meno da:

- presenza di psicosi
- alti punteggi in abilità quotidiane della Vineland.

Il miglioramento di CGI viene influenzato maggiormente da:

- minore età
- alti punteggi in CGAS
- presenza di maltrattamento

c - Il miglioramento di OAS viene influenzato meno da:

- presenza di “disturbo del comportamento”.

Il miglioramento di OAS viene influenzato maggiormente da:

- alti punteggi in CGAS
- presenza di abuso sessuale

d - Il miglioramento viene influenzato meno da:

- presenza di disturbo dell’umore
- età
- psicoterapia individuale e di gruppo.

Il miglioramento viene influenzato maggiormente da:

- genere femminile
- abilità quotidiane della Vineland

e - Il miglioramento viene influenzato meno da:

- agiti eteroaggressivi
- abuso sessuale.

Il miglioramento viene influenzato maggiormente da:

- età
- maltrattamento
- disturbo umore
- CGI
- comunicazione e socializzazione in Vineland

f - Il miglioramento viene influenzato maggiormente da:

- abuso sessuale
- abilità quotidiane in Vineland

8. Conclusioni

Dall'analisi dei risultati ottenuti dai pazienti in trattamento residenziale è stato possibile sottolineare i seguenti aspetti:

Attraverso i modelli utilizzati (regressione lineare multipla, alberi di classificazione) è stato possibile, partendo da una valutazione iniziale, stimare i miglioramenti dei pazienti ad uno e due anni dall'inizio del trattamento.

I dati ci dimostrano un miglioramento dei risultati alle scale di valutazione per i pazienti sottoposti al trattamento comunitario.

E' stato possibile individuare le variabili in grado di influenzare i cambiamenti.

Si è dimostrato da un lato che la psicoterapia contribuisce in modo diretto ai miglioramenti, soprattutto nell'area degli aspetti clinici globali, e dall'altro si è sottolineato che NON C'E' DIFFERENZA tra psicoterapia individuale e di gruppo.

Il livello socioeconomico non influisce sui miglioramenti.

Si è notata una diminuzione maggiore dell'aggressività per i pazienti con disturbo del comportamento.

Sono stati mostrati risultati migliori nell'ambito della socializzazione per chi ha subito abusi sessuali.

La gravità della malattia diminuisce maggiormente per chi ha subito maltrattamenti ed in modo minore per chi ha disturbi psicotici.

Il funzionamento globale migliora maggiormente per chi ha un disturbo antisociale.

Bibliografia

- Andreoli, V., Cassano, G.B., Rossi, R. (a cura di) (2001), *DSM IV-TR*. Milano: Masson.
- Anzieu, D. (1976), *Lo psicodramma analitico del bambino e dell'adolescente*. Roma: Astrolabio.
- Bion, W. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Trad. it., Roma: Armando.
- Bion, W. (1971), *Esperienze nei gruppi*. Trad. it., Roma: Armando.
- Blos (1979), *L'adolescenza come fase di transizione*. Trad. it. (1988), Roma: Armando.
- Brabender, V. (2002), *Introduction to group therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Conforto, C. et al. (2005), *Lavorare in psichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Corbella, S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Di Maria, F., Lo Verso, G. (2002), *Gruppi, Metodi, Strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fasolo, F. (1992), La fine della presa in carico. *Psichiatria generale dell'età evolutiva*, 30.
- Ferro, A. (1992), *La tecnica nella psicoanalisi infantile*: Milano: Raffaello Cortina.
- Ferruta, A., Foresti, G., Pedriali, E. et al. (a cura di) (1998), *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Target, M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Greenberg, J.R., Mitchell, A. (1983), *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Bologna: Il Mulino.
- Kaës, R. (1998), Il disagio del mondo moderno e taluni disturbi della vita psichica: caos nell'identità, difetti di simbolizzazione, illusione della fine delle illusioni. *Psiche*, 1, 121-130.
- Lanza, A.M., Picece Bucci, S. (1997), Gioco e interpretazione: due linguaggi complementari. *Psichiatria Inf. e Adol.*, 64, 587-600.
- Lo Verso, G. (1994), *Le relazioni oggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Miglietta, D. (1998), *I sentimenti in scena*. Torino: UTET.
- Miglietta, D. (2000) (a cura di), *Gruppi in età evolutiva*. Torino: UTET.
- Miglietta, D. (2007), *Bambini e adolescenti in gruppo*. Roma: Borla.
- Moreno, J.L., Moreno, Z.T. (1969), *Manuale di Psicodramma*. Trad. it. (1987), Roma: Astrolabio.
- Neri, C. (1995), *Gruppo*. Roma: Borla.

- Pedriali, E. (1999), La professionalità dell’Operatore di Comunità: tra funzione psicoterapica e funzione psicoeducativa. *Psychomedia*, 13.
- Pezzoli, F. (2006), *Gruppi di genitori a conduzione psicodinamica. Dall’esperienza clinica alla sistematizzazione teorica*. Milano: Franco Angeli.
- Pezzoli, F. (2007), Gruppi di genitori nelle istituzioni: un cambio di prospettiva. *Rivista Gruppi*. Milano: Franco Angeli.
- Racamier, P.C. (1970), *Lo psicanalista senza divano. La Psicoanalisi e le strutture psichiche*. Trad. it. (1982), Milano: Cortina.
- Stolorow, R.W., Atwood, G.E. (1992), *I contesti dell’essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*. Trad. it. (1985), Torino: Bollati Boringhieri.

L'UTILIZZO DELLA NARRAZIONE CON L'ANZIANO RICOVERATO

ANNA MOTTINI*

Riassunto. *Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana comporta l'aumento di patologie che riguardano questo segmento di popolazione con ingenti costi per il nostro sistema sanitario. Una delle patologie che maggiormente colpisce l'anziano è la frattura del femore, evento traumatico che porta con sé devastanti conseguenze in termini di disabilità e mortalità. Il vertiginoso aumento della mortalità, in seguito alle fratture del femore non è da attribuire tanto al trauma o all'eventuale intervento chirurgico, ma sembra derivare da variabili di tipo psicologico quali la depressione e il decadimento cognitivo. La depressione nell'anziano comporta molteplici conseguenze negative, tra le quali vi è certamente una diminuzione della "compliance" con il personale medico. In letteratura è possibile ritrovare molteplici studi in cui si sottolinea come la narrazione possa avere effetti benefici sulla salute ed è proprio a partire da questo paradigma che è stata creata l'agenda narrativa di questo studio, con l'obiettivo di supportare i degenti anziani nel corso del regime di ricovero. L'agenda è stata somministrata ad un campione di 10 persone; ad ogni soggetto sono stati somministrati alcuni questionari per valutare il livello di depressione e resilienza prima e dopo l'intervento; i risultati infine sono stati confrontati con un campione di controllo. Dai risultati emerge come l'agenda abbia avuto effetti benefici per quanto riguarda il livello di depressione percepita; in particolare, il campione sperimentale è risultato avere un punteggio di depressione inferiore alla fine del trattamento, mentre per il campione di controllo il punteggio si è alzato nel tempo. Non si osservano differenze significative all'interno dei due gruppi nella variabile resilienza.*

Parole-chiave: anziani, depressione, frattura, resilienza.

*Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica di Milano

1. Premessa

In Italia, gli anziani risultano essere in continuo aumento; il nostro Paese si colloca al vertice dell'Unione Europea per la numerosità degli anziani. Basti pensare che dal 1900 al 2000 la percentuale di persone con più di 65 anni è passata dal 4 al 13% della popolazione totale.

L'aumento risulta essere ancora più rilevante se si tiene in considerazione il sottogruppo di soggetti con più di 85 anni, il quale sta crescendo a una velocità maggiore: infatti, se nel 1900 questa porzione rappresentava il 10% degli anziani, si stima che nel 2050 costituirà il 22% del totale (Scapicchio, Gala *et al.*, 2002). La vecchiaia rappresenta un fattore di rischio per alcune patologie, tra le quali spicca la frattura del femore che, come riportano Rossini *et al.* (2010), assume negli anziani un peso rilevante sia come numero di persone colpite sia in termini di costi sociali. Dato il progressivo invecchiamento della popolazione, questo problema è destinato prevedibilmente a peggiorare nel corso degli anni (Johnell, 1997).

I dati evidenziano che nel solo anno 2005 i ricoveri per frattura del femore, in Italia, sono stati più di 94.000 (Piscitelli *et al.*, 2010), *con costi molto elevati per il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*.

È noto anche che la frattura del femore, nella popolazione anziana, è causa non trascurabile di mortalità, disabilità e di istituzionalizzazione (Keane *et al.*, 1993; Bowner *et al.*, 1996; Center *et al.*, 1999; Cree *et al.*, 2000; Boonen *et al.*, 2004). *Le persone anziane, che subiscono una frattura del femore, presentano un rischio aumentato di decesso; in particolare, nelle donne anziane con frattura del collo del femore, il rischio di morire nei successivi tre mesi aumenta del 50%, mentre negli uomini questa percentuale aumenta addirittura all'80 % e, sebbene il rischio di morte si riduca nel corso dei due anni successivi, rimane più elevato di circa il 26 % rispetto alla popolazione che non ha subito traumi (Haentjense et al., 2010)*.

Le cause di questo fenomeno possono essere rintracciate non tanto nella frattura in sé o nell'eventuale intervento chirurgico, ma sembrerebbero derivare dalla massiccia insorgenza di sintomi depressivi e deterioramento cognitivo durante il regime riabilitativo.

La depressione negli anziani è connessa con numerosi cambiamenti del funzionamento globale del paziente, che possono portare ad un aumento delle problematiche fisiche anche a causa della scarsa *compliance* ai trattamenti, della possibile inappetenza e malnutrizione e della diminuzione della motilità (Shah *et al.*, 2000).

Per i soggetti anziani, inoltre, l'ospedalizzazione rappresenta un evento traumatico, in quanto l'adattamento ad ambienti e situazioni nuove tende ad essere più difficoltoso con l'aumento dell'età. Per questi individui è faticoso adattarsi a ritmi nuovi e a *routine* differenti da quelle abituali e ciò crea nella persona un senso di insicurezza che viene aggravato dalla paura di non riuscire più a camminare ed essere autosufficiente alla dimissione dall'ospedale. Accade alle volte che l'anziano non sia pienamente consapevole di quella che sarà la prognosi della frattura e provi ansie e paure che non sempre comunica al personale medico-infermieristico.

Nel momento in cui compaiono i sintomi depressivi e il decadimento cognitivo, l'*outcome* funzionale del paziente ne risente, in quanto l'abbassamento della motivazione e l'apatia riducono la partecipazione alle pratiche riabilitative (Gantner *et al.*, 2003).

In relazione alle conseguenze sulla salute psicofisica del paziente di un'ospedalizzazione prolungata, in questo studio si è deciso di impiegare la scrittura, e più precisamente l'utilizzo di un'agenda narrativa, con questa tipologia di degenti. In letteratura sono molteplici le evidenze che riportano gli effetti della scrittura sul benessere della persona.

*A partire dal 1986, Pennebaker mise in luce come il narrare di sé, mediante tecniche di scrittura espressiva, potesse avere effetti sul benessere soggettivo della persona. In particolare, l'autore si concentrò sull'esperienza del trauma, osservando come coloro che narravano di sé tendessero ad avere delle risposte positive, quale ad esempio il potenziamento del sistema immunitario; nello specifico erano favorite la crescita delle cellule T-helper (Pennebaker, Kiecolt-Glaser e Glaser, 1988), la risposta degli anticorpi al virus di Epstein-Barr (Esterling *et al.*, 1994) e la risposta degli anticorpi alle vaccinazioni per l'epatite B (Petrie *et al.*, 1995).*

In linea con Pennebaker, Bolton (1999) osservò come l'impiego della scrittura creativa all'interno di alcuni reparti ospedalieri e in case di riposo avesse effetti positivi sia sui degenti sia sui medici.

All'interno del progetto si decise di affiancare alla scrittura espressiva una modalità narrativa di tipo metacognitivo, la quale permette alla persona di riconoscere il ruolo della soggettività di vissuti, motivazioni e intenzioni nonché di attribuire un significato a ciò che accade all'interno del proprio contesto.

Analizzando la letteratura sul tema della scrittura espressiva, è possibile osservare come solamente una minoranza di studi tengano in considerazione il soggetto anziano. Una spiegazione può essere ricercata nell'ipotesi che per

l'anziano sia difficoltoso esprimersi liberamente riguardo alle proprie emozioni, senza avere una sorta di traccia da seguire; con queste persone potrebbe funzionare meglio un approccio metacognitivo che le supporti nello scrivere e allo stesso tempo renda la persona più consapevole delle risorse che ha a disposizione.

La narrazione infine potrebbe costituire un ponte tra personale sanitario e paziente. A partire dalle credenze e dai timori del degente è possibile, in un secondo tempo, lavorare sulla comunicazione tra personale sanitario e paziente.

2. Ipotesi interpretative e attività di ricerca

Nel nostro studio si è deciso di coinvolgere alcuni soggetti anziani, ricoverati in seguito a traumi muscolo-scheletrici e/o interventi chirurgici, nella compilazione di un'agenda narrativa.

L'agenda narrativa in questione è stata creata "ad hoc" e ideata in maniera tale da favorire la modalità di espressione preferita dal paziente, alternando pagine "strutturate", che riguardano le condizioni di salute generale, tra cui debolezze e difficoltà quotidiane nonché punti di forza e aspettative del soggetto, a pagine bianche, con l'indicazione di utilizzare queste ultime liberamente, secondo le preferenze e i tempi del degente.

Il valore aggiunto dell'"agenda narrativa", rispetto a quanto già documentato in letteratura, consiste nel permettere al paziente di orientarsi lungo un *continuum* temporale di passato, presente e futuro, dando quindi spazio alle rappresentazioni di sé dopo un intervento chirurgico o la degenza e inoltre nel consentirgli una buona libertà di espressione in termini di mezzo e modalità.

Si ipotizza inoltre che la compilazione dell'agenda narrativa possa avere effetti sul benessere della persona, nonché sulla durata della degenza, migliorando nel complesso lo stato di salute; si ipotizza infine che l'agenda possa avere effetti positivi sul paziente, in particolare diminuendo il livello di depressione percepita e aumentandone la resilienza.

Il campione preso in esame è costituito da 20 soggetti di età compresa tra i 57 ed i 95 anni (M= 79.5; DS= 10.29), suddiviso in gruppo sperimentale (N=10, M=79.5; DS=10.1) e gruppo di controllo (N=10, M=79.5; DS=10.81).

La partecipazione al progetto è stata volontaria. Ad ogni partecipante è stato somministrato il *Mini Mental State Examination* (MMSE), test che valuta la presenza di disturbi dell'efficienza intellettuale e/o di deterioramento cognitivo,

che potrebbero impedire la compilazione dell'agenda. I pazienti che hanno ottenuto punteggi al MMSE inferiori a 20 sono stati esclusi dallo studio, in quanto cognitivamente compromessi.

Una volta raccolte e verificate le adesioni dei soggetti, è stato effettuato un incontro con l'obiettivo di spiegare più nel dettaglio la funzione dell'agenda e come questa dovesse essere compilata; in tale occasione sono stati somministrati:

- La **Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983)**; questa è una tra le più diffuse scale di valutazione di sintomi depressivi nell'anziano e trova una sua applicabilità anche nel paziente demente di grado lieve-moderato (ne è sconsigliato l'utilizzo con pazienti con un *Mini Mental State* < 15). È uno strumento composto da 30 item, che esclude la rilevazione di sintomi somatici e psicotici. Le risposte sono di tipo binario (sì/no), cosa che rende lo strumento di più facile utilizzo nel caso di pazienti anziani con deficit cognitivo. È stata validata anche una versione a 15 item.
- La **Resilience Scale for Adult (Fridborgm et al., 2003)**; si tratta di un questionario che ha la peculiarità di non considerare la resilienza, valutando solamente le caratteristiche disposizionali del soggetto. I 33 item sono suddivisi in 3 sottoscale, relative rispettivamente agli attributi psicologici disposizionali, al supporto e coesione familiare e al supporto esterno.

Questi stessi strumenti sono stati somministrati al termine della compilazione dell'agenda, in corrispondenza con la dimissione, così da verificare l'effetto dell'agenda sulle variabili prese in considerazione nelle diverse fasi.

L'agenda è di tipo cartaceo ed è stata compilata con cadenza costante, per almeno 2 giorni alla settimana, per tutta la durata del ricovero (circa 30 giorni).

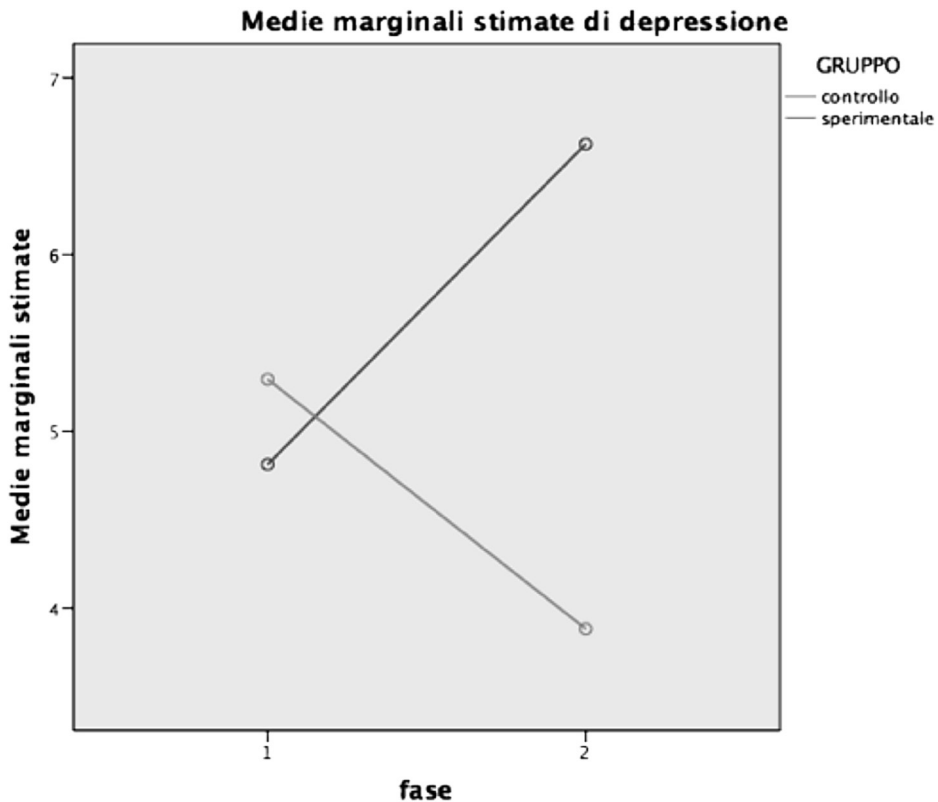
Per quanto concerne la valutazione dell'efficacia dell'agenda, sono stati presi in considerazione sia i risultati ottenuti ai questionari sopra citati, sia i risultati dei questionari proposti al gruppo di controllo, formato da persone che, a parità di condizioni sia fisiche che cognitive, non hanno compilato l'agenda narrativa, né al momento del ricovero né alla dimissione.

3. Risultati

I dati dei questionari sono stati analizzati con il software statistico SPSS.

Dai risultati delle analisi emergono alcuni spunti interessanti: per quanto riguarda la variabile "livello di depressione percepita" non si osservano differenze significative tra i punteggi ottenuti dal campione nelle due fasi ($F=.166$; $p=.68$). Si nota invece una differenza significativa nel livello di depressione percepita in rapporto ai due gruppi, sperimentale e di controllo (cfr. fig.1): in particolare

si può notare, in risposta alla “Geriatric Depression Scale”, come nel gruppo sperimentale il livello di depressione percepita diminuisca nel tempo, mentre nel gruppo di controllo si verifica la tendenza opposta, ovvero un aumento nel livello depressione percepita ($F=10.77$; $p=.003$).



Per quanto riguarda la resilienza, valutata dalla “Resilience Scale for Adult”, non si osservano differenze significative relativamente alle tre aree misurate dallo strumento, né effettuando confronti pre-post, né confrontando i due gruppi.

4. Conclusioni

Si può affermare che il diario narrativo abbia avuto effetti positivi sul campione e, in particolare, sul livello di depressione percepita dal paziente, il che potrebbe avere effetti positivi sulla compliance con il personale medico-riabilitativo ed infine sull'outcome del paziente

E' possibile che l'attenzione dedicata al paziente e la possibilità offertagli di esprimersi liberamente circa le proprie paure possano averlo aiutato ad osservare

la situazione in maniera più realistica e ad accorgersi dell'importanza della sua collaborazione al fine di affrontare la situazione.

Per quanto riguarda la resilienza, non si osservano differenze significative all'interno dei due gruppi; questo potrebbe essere dovuto al fatto che il costrutto della resilienza sia molto complesso e radicato all'interno della personalità dell'individuo e che sia quindi più difficile da modificare in tempi relativamente brevi.

I risultati ottenuti tuttavia incoraggiano a proseguire in questa direzione aumentando il campione preso in esame e ipotizzando una valutazione delle variabili più a lungo a termine, monitorando la situazione anche una volta terminato il ricovero ospedaliero.

Bibliografia

- Bolton, G. (1999), *The Therapeutic Potential of Creative Writing: Writing Myself*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Boonen, S., McClung, M.R., Eastell, R. *et al.* (2004) Safety and efficacy of riserodronate in reducing fracture risk in osteoporotic women aged 80 and older: Implications for the use of antiresorptive agents in the old and oldest old. *J Am. Geriatr. Soc.*, 52, 1832–1839.
- Browner, W.S., Pressman, A.R., Nevitt, M.C. *et al.* (1996), Mortality following fractures in older women. The study of osteoporotic fractures. *Arch. Intern. Med.*, 156:1521-5.
- Center, J.R., Nguyen, T.V., Schneider, D. *et al.* (1999), Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women: an observational study. *The Lancet*, 353, 878-882.
- Cree, M., Soskolne, C.L., Belseck, E. *et al.* (2000), Mortality and institutionalization following hip fracture. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 48(3), 283-288.
- Esterling, B., Antoni, M., Fletcher, M. *et al.* (1994), Emotional disclosure through writing or speaking modulates Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 10, 334–350.
- Gantner, A.B., Schubert, D.S., Wolf, S.R. *et al.* (2003), Screening for depression in a geriatric rehabilitation sample. *Int. Jr. Psychiatry*, 33(4), 333-341.
- Haentjens, P., Magaziner, J., Colón-Emeric *et al.* (2010), Meta-analysis: Excess Mortality After Hip Fracture Among Older Women and Men. *Ann. Intern. Med.*, March 16, 152, 380-390.
- Johnell, O. (1997), The socioeconomic burden of fractures: today and in the 21st century. *Am. Jr. Med.*, 18, 103(2A), 20-26.
- Keane, M.M., Gabrieli, J.D.E., Growdon, J.H. *et al.* (1994), Priming perceptual identification of pseudowords is normal in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 32, 343-356.
- Pennebaker, J.W., Beall, S.K. (1986), Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 95, 274-281.
- Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1988), Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 239-245.
- Petrie, K., Booth, R., Pennebaker, J.W. *et al.* (1995), Disclosure of Trauma and Immune Response to a Hepatitis B Vaccination Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 787–792.

- Piscitelli, P., Brandi, M.L., Tarantino, U. *et al.* (2010), Incidence and socio-economic burden of hip fractures in Italy: Extension study 2003-2005. *Reumatismo*, 62(2), 113-118.
- Rossini, D., Serretti, A., Fanchini, L. (2005), Sertraline versus fluvoxamine in the treatment of elderly patients with major depression: a double-blind, randomized trial. *Jr. Clin. Psychopharmacol.*, 25, 471-475.
- Rossini, M., Mattarei, A., Braga, V. *et al.* (2010), Risk factors for hip fracture in elderly persons. *Reumatismo*, 62(4), 273-282.
- Scapicchio, P.L., Gala, C., Tavola, T. *et al.* (2002), Il paziente geriatrico. In: *Manuale di Psichiatria di Consultazione*. Roma: McGraw-Hill.
- Shah, D.C., Evans, M., King, D. (2000), Prevalence of mental illness in a rehabilitation unit for older adults. *Postgrad. Med. Jr.*, 76:153-156.
- White, M., Epston, D. (1990), *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Dulwich Centre, Adelaide, South Australia.

ESPERIENZE DI LAVORO

L'AMICIZIA TRA L'UOMO E GLI ANIMALI

ORietta MELONE*

1. Premessa

La professione dell'educatore, che si occupa di persone diversamente abili, implica spesso il dover procedere per tentativi ed errori, con l'intento di stimolare curiosità, partecipazione e sviluppo delle competenze di tali persone. Occorre, in quest'ottica, trovare canali privilegiati per giungere alla trasmissione di concetti e favorire lo sviluppo di semplici ragionamenti su argomenti scelti dagli stessi soggetti che si hanno in carico, in modo tale da far sì che, tra i molteplici obiettivi, vengano esternati stati d'animo, emozioni e un confronto costruttivo con il gruppo dei pari.

A questo proposito, nel corso degli anni in laboratorio e con piccoli gruppi di lavoro, mi sono servita spesso di fiabe e di racconti per ragazzi, che avessero come protagonisti gli animali, considerato il grande interesse dei giovani presi in esame verso questo filone. Ciò mi ha permesso di giungere nel tempo a risultati soddisfacenti e ad interessanti conclusioni sulle proposte più adatte alle preferenze delle persone da me seguite.

Un giorno, mentre con un gruppo di giovani stavo "sfogliando" un famoso periodico per ragazzi sul computer di laboratorio, ho trovato un interessante e insolito articolo, che raccontava la storia di un grande attaccamento di un uomo agli aironi di un parco pubblico, storia che riporto qui di seguito.

2. L'amico degli aironi

In un parco di Copenaghen, ogni giorno, va in scena la curiosa, incredibile amicizia nata tra un bidello danese e gli aironi cinerini, uccelli selvatici che di solito non si fanno avvicinare dall'uomo. Ma c'è un uomo, Erik, che fischia agli aironi per richiamarli quando è ora di uno spuntino e loro non se lo fanno dire due volte. Col passaparola ormai sono tanti gli aironi cinerini che hanno fatto amicizia con lui. La gente chiama Erik "l'uomo degli aironi". Egli dice: «Iniziò tutto per caso 11 anni fa; c'era troppo pane secco avanzato in casa ed è un peccato buttarlo. Mia moglie allora mi disse di venire qui per darlo alle

* Educatrice professionale, "Centro Paolo VI"

anatre e ai piccioni. Lo stavo distribuendo quando si avvicinò un uccello dalle zampe lunghe, che però non sembrava gradire questo cibo. Chiesi allora a una signora che faceva jogging che uccello fosse, poiché non lo conoscevo». Erik non è un naturalista; di lavoro fa il bidello ed è semplicemente una persona molto sensibile e curiosa. Dopo aver fatto amicizia con quel volatile che non conosceva, si informò sui libri per capire cosa dargli da mangiare, scoprendo che l'airone è carnivoro. Così prosegue: «Iniziai a dargli la pancetta, che è grassa, e con il freddo gli aironi ne hanno bisogno; poi gli diedi anche del pesce, che trovo dal mio amico pescivendolo, il quale mi regala gli avanzi».

Se in Italia molti amano nutrire i colombi o i gatti, Erik è probabilmente il primo amico degli aironi che si conosca. Per loro Erik non è solo una comoda mensa, ma anche una spalla sicura su cui posarsi. Racconta divertito, mentre il parco sta chiudendo (ma i guardiani lo conoscono e non lo mandano via): «Ogni giorno, alla stessa ora, offro da mangiare agli aironi, che ormai hanno familiarizzato con me; vengono anche nel giardino della scuola dove lavoro. Una volta sono partito per una vacanza in Australia per ben un mese e loro mi hanno aspettato sulla solita panchina tutti i giorni, a detta del guardiano. Quando fischio, anche se gli aironi sono molto lontani, arrivano. Spesso mi seguono fino alla fermata della metropolitana; a volte è difficile dire “basta” e mettere delle barriere. Loro sono un po' come dei figli». Gli scienziati fanno fatica a capire come si sia potuta stabilire una forma così incredibile di comunicazione tra uomo e aironi e come questi ultimi abbiano preso una tale confidenza, visto che sono animali molto diffidenti e che difficilmente si avvicinano. Vederne anche una ventina che trotterellano dietro di lui sul marciapiede ricorda da vicino l'esperienza di Konrad Lorenz con le oche. Ma in questo caso, e il fatto è veramente straordinario, Erik non alleva gli aironi fin da pulcini; forse deve aver trovato davvero l'anello di re Salomone, un anello magico che dava a Salomone il potere di parlare agli animali e di capire il loro linguaggio.

3. Konrad Lorenz e l'anello di re Salomone

Il racconto di Erik e degli aironi ha suscitato grande interesse nei giovani adulti del mio laboratorio; così ho pensato di partire da tale interesse sia per sviluppare alcuni momenti di riflessione in laboratorio, sia per proporre al gruppo un paio di brani della famosa opera di Konrad Lorenz: “L'anello di re Salomone”. Poiché la mia lettura di questo testo risaliva alla scuola media, l'ho riletto, cercando due capitoli che fossero più discorsivi e meno scientifici degli altri e li ho proposti al piccolo gruppo di lavoro, formato da quattro giovani particolarmente incuriositi

dall'argomento. La mia scelta è caduta su “L'ochetta Martina” e su “Canicola”, dato l'interesse delle persone da me seguite per il genere di animali che vengono trattati nei due capitoli. Prima però ho brevemente introdotto la figura di Lorenz, nei modi che ora riporto.

Konrad Lorenz (1903-1989) è considerato il padre dell'etologia (o ricerca comparata sul comportamento). È maggiormente conosciuto dal grande pubblico per gli studi sulle oche selvatiche e per l'elaborazione del concetto di *imprinting*. Con questo termine (dall'inglese *to imprint*, traducibile in italiano con “stampare”, “imprimere”) si indica la predisposizione biologica ad acquisire determinati modelli di comportamento da parte di un “cucciolo” di animale in un determinato periodo della sua vita, periodo definito “fase sensibile”. Detto in parole semplici, il meccanismo dell'*imprinting* è il seguente: nel cucciolo esistono degli schemi comportamentali innati che se sono stimolati a manifestarsi in una determinata fase della vita, si evidenziano, cioè “si imprimono” in lui. Affinché ciò accada, è necessario che il cucciolo incontri degli stimoli esterni. Nel libro di Lorenz, “L'anello di re Salomone.” (1949), sono contenute alcune delle più rappresentative osservazioni su animali come le oche, le taccole, i pesci d'acquario, ecc, tutte esposte sotto forma di racconti, non solo comprensibili anche ai non addetti ai lavori, ma anche molto piacevoli da leggere, data la spiccata vena narrativa dell'autore. La scelta del titolo richiama la leggenda, secondo la quale Salomone possedeva un anello che gli permetteva di parlare con gli animali e capirne il linguaggio. Il libro tratta appunto del linguaggio degli animali e di come comunicano attraverso il loro comportamento. È stata la prima opera a rendere noto Lorenz al grande pubblico. Il libro è ricco di esperimenti sul comportamento animale che l'autore ha condotto su uccelli (in particolare, taccole e oche selvatiche), mammiferi e pesci, descrivendo il metodo da lui utilizzato con particolare precisione, al punto da far ricredere sulla sua “poca obiettività” e da far sì che il mondo scientifico lo considerasse come padre dell'etologia. Gli studi sulle oche portarono Lorenz al Premio Nobel per la medicina e la fisiologia nel 1973 (condiviso con Karl von Frish e il suo amico di una vita Nikolaas Tinbergen) per le scoperte riguardo all'organizzazione e alle cause dei comportamenti individuali e sociali degli animali, in particolare per la scoperta del fenomeno dell'*imprinting*. Negli anni successivi Lorenz scriverà altri libri di divulgazione scientifica nella sua casa natale di Altenberg (Austria). Morirà nel 1989 all'età di 86 anni.

3.1. *L'ochetta Martina*

Come abbiamo avuto opportunità di apprendere sin dalle prime pagine del libro “L’anello di re Salomone”, Konrad Lorenz, fu un grande appassionato, prima di essere un grande scienziato; dedicò la sua vita agli animali nel vero senso del termine, tanto che nella sua casa di Altenberg circolavano in piena libertà molti animali domestici. Una così intensa passione per gli animali portò Lorenz non solo a comprendere e a parlare spesso il loro linguaggio, ma anche a entrare nei meandri della loro psiche, scrutandone i più intimi aspetti.

Lorenz aveva covato in incubatrice per gli ultimi due giorni dieci uova di oche selvatiche; al momento della schiusa del primo uovo, nell’istante in cui l’ochetta faceva capolino dal guscio, Lorenz provò ad allontanarsi emettendo il verso di contatto prodotto dalle oche e fu subito seguito dalla neonata. I ripetuti tentativi di farle riprendere posto sotto la madre naturale fallirono inesorabilmente. La piccola gli correva dietro disperatamente, piangendo, incespicando e rotolando ma con una determinazione inequivocabile: Lorenz era la madre. Nei giorni successivi l’ochetta, battezzata Martina, dimostrò subito tutto il suo affetto ed il suo attaccamento alla “mamma”, continuando a chiamare Lorenz e pretendendo una risposta che la rassicurasse di non essere stata abbandonata. Lorenz aveva così dimostrato tutto ciò che i suoi predecessori avevano solo intuito, ovvero che quando un’oca o un’anatra escono dall’uovo identificano come madre la prima cosa che vedono e rifiutano di seguire dei loro simili. Lorenz definì tale fenomeno *imprinting*.

L’ochetta incominciò a seguirlo ovunque, al punto che fu costretto a costruire un cestino per portarla sempre sulle spalle. Martina continuerà ad evidenziare questo attaccamento, seguendo Lorenz dappertutto e stando anche per ore sotto la sua scrivania mentre lui studiava.

La cosa stupefacente consiste nel fatto che l’ochetta seguì immediatamente Lorenz e che da quel momento in poi non volle più essere posta accanto alla madre: per lei la madre era Konrad Lorenz.

Non importa se l’individuo che entra per primo nel loro campo visivo ha la barba bianca, non ha le ali e neppure le zampe palmate: per le ochette la loro madre è irreversibilmente, il primo essere che si è mosso davanti ai loro occhi quando sono venute al mondo.

3.2. *Canicola*

L’ultima parte de “L’anello di re Salomone” è dedicata ai cani. Le numerose osservazioni sul comportamento canino si mescolano a considerazioni sul

legame uomo-cane, e non mancano consigli validi per la gestione degli amici a quattro zampe; anzi, c'è proprio un capitolo intitolato: "Consigli per la scelta di un cane".

Lorenz non fu, per sua stessa ammissione, il classico scienziato da esperimenti da laboratorio; piuttosto vide la chiave dell'etologia nell'osservazione degli animali in stato di libertà. Lui stesso scrive:

«... quando ne ho fin sopra i capelli del lavoro intellettuale, quando non ne posso più di dire cose intelligenti e di comportarmi come si deve, quando alla vista di una macchina da scrivere vengo colto da una nausea irresistibile, sintomi questi che compaiono verso la fine dell'anno accademico, io divento un cane tra i cani...».

In questo capitolo Lorenz racconta appunto dei suoi momenti di pausa dallo studio, quando con il suo cane di nome Susi si ritira dal consorzio umano. Fuggono insieme, liberi, lungo il fiume dalle rive selvagge, nuotano felici l'uno accanto all'altra. Lei caccia topi, lui impigrisce al sole. È un'amicizia che consente di scavalcare perfino le barriere di specie. Per Lorenz il bello del possedere un cane sta proprio in questo: lui che diventa uno di noi, che con noi comunica i suoi sentimenti e che ci ricambia il nostro affetto per lui.

4. Il lavoro in gruppo

La mia attività con i di quattro giovani a me affidati, tutti di genere maschile e con doppia diagnosi (psicosi e disabilità intellettiva), ha seguito le seguenti tappe:

- Lettura dei due capitoli scelti
- Riassunto dei suddetti capitoli
- Riflessione personale dei partecipanti, costituita da impressioni, osservazioni ed elaborati scritti.

La lettura dei due capitoli de "L'anello di re Salomone", oltre a favorire un contesto di lavoro, ha svolto diverse ed importanti funzioni sul piano educativo. Innanzitutto ha offerto l'opportunità di fissare frammenti di osservazione che avvengono nel quotidiano da parte dei soggetti presi in esame e non sempre riconosciuti nell'immediato da noi educatori:

D. si è così espresso:

A Castellar Guidobono c'è una casa bianca di campagna con un cortile pieno di erba. Ogni volta che passiamo con il pulmino vediamo che ci sono due grandi oche bianche che girano e mangiano l'erba. Quando piove hanno le ali aperte e stanno ferme a bagnarsi. Le oche fanno la guardia alla casa. Di notte penso che

vadano a dormire dentro una cuccia, grande come quella dei cani, che si trova nel cortile.

Nel mio gruppo di lavoro ho scoperto un “piccolo Lorenz” (F.), che durante il suo rientro settimanale in famiglia si prende cura delle sue due oche bianche:

Ho due oche, un maschio che si chiama Geo ed una femmina dal nome Luna. Le tengo in un recinto e preparo il becchime per loro. Il pastone è formato da due misurini di farina di polenta, tre misurini di crusca, gusci di ostrica macinati, pane e acqua... Metto tutto nella ciotola gialla e mescolo col cucchiaino grande di legno.

Le mie oche durante il giorno stanno fuori e si riparano di notte sotto una cuccia di legno. Quando piove si bagnano stando fuori e allargano le grosse ali bianche...

Mi piaceva tanto vedere il programma televisivo “L’Almanacco del giorno dopo” e mi spiace che non venga più trasmesso. Interveniva Danilo Mainardi, che studia il comportamento degli animali e durante il programma disegnava anche gli uccelli su una lavagna. Parlava dei galli, del gorilla, del panda, del pinguino e del marangone che i cacciatori uccidono e poi lo usavano come esca per i pesci”.

Ho scoperto che uno dei giovani (M) è amante dei cani ed è in grado di evocare un fatto accaduto molto tempo fa, che ricordo anch’io; non pensavo che questo giovane sapesse ancora oggi darne una descrizione tanto dettagliata e affettuosa:

Una mattina d’estate di qualche anno fa è arrivato nel cortile della RAF un cane con il pelo rosso. A me piacciono molto i cani e mi è subito venuto incontro. Ho cominciato ad accarezzarlo e lui si è steso sopra i miei piedi. Un mio compagno invece aveva paura e il cane gli ha ringhiato. I cani capiscono se una persona ha paura di loro.

Infine ho potuto constatare che le mie esperienze di laboratorio favoriscono un contesto di socializzazione che permette alle persone di sentirsi parte di un gruppo di pari, con i quali si condivide non solo il quotidiano, ma anche qualche interesse personale.

Ad esempio, T. osserva:

A me non è che gli animali piacciono tanto ma mi è piaciuto ascoltare la lettura di questo libro perché mi piace molto scendere in laboratorio per stare insieme agli altri.

Al termine di questa esperienza sono doverose e non meno interessanti alcune considerazioni fatte in laboratorio su comportamenti opposti a quelli letti ne “L’anello di re Salomone”, che parlano invece di crudeltà che alcuni riservano agli animali: maltrattamenti, sevizie, abbandono. Condanniamo, come farebbe Lorenz, tali comportamenti, mentre concordiamo pienamente con quanto lui stesso scriveva:

“Solo chi non sa che anche la propria vittima è una creatura come lui può uccidere senza colpa.

E inoltre:

“Il nostro amore per gli animali si misura dai sacrifici che siamo pronti a fare per loro”.

5. Conclusioni

Come nel passato, anche questa esperienza mi ha mostrato qualche punto di arrivo positivo circa i gruppi di lavoro presi in esame. E di questo sono molto contenta poiché anche per l'educatore ricevere soddisfazione dal proprio operato e ciò costituisce un incentivo per mantenere viva la motivazione a svolgere con cura la sua professione. Il prendere in esame “L'anello di re Salomone” mi ha dimostrato che talvolta il paziente, anche se cronologicamente avanti con l'età, dimostra di ricordare e forse anche di continuare ad apprendere, anche in assenza di stimoli che partano dall'adulto preposto a proporgli forme di apprendimento. Il suo osservare, ricordare e mantenerne informazioni anche a lungo termine soprattutto (un po' stranamente) senza esternarle, è stato motivo di sorpresa ma anche di piacere da parte mia. Una banale uscita in automezzo, la presenza inaspettata di un cane in cortile, l'accudire spontaneamente le oche o il semplice aggregarsi per fare parte di un gruppo vengono valorizzati nel mio lavoro psicoeducativo, svolto negli anni sia all'interno e che all'esterno del contesto del laboratorio.

Riferimenti bibliografici

K. Lorenz (tr.it. 1989), *L'anello di Re Salomone*. Milano: Adelphi.

Periodici San Paolo s.r.l., *Il Giornalino on line*.

ISSN 1827-5842

*Finito di stampare nel mese di maggio 2016
da Guardamagna Editori in Varzi (PV)*