INTRODUZIONE	5
I. LA COMUNICAZIONE NON VERBALE	7
1.1. Introduzione	7
1.1.1. Rapporto tra comunicazione verbale e non verbale	7
1.1.2. Aspetti storici dello studio della C.N.V.	8
1.1.3. Perché ricorriamo alla C.N.V.	9
1.1.4. Le funzioni della C.N.V.	10
1.1.4.1. Espressione delle emozioni	10
1.1.4.2. Comunicazione di atteggiamenti interpersonali	11
1.1.4.3. La presentazione di sé'	11
1.2. L'espressione del volto	12
1.2.1. Le emozioni e gli atteggiamenti interpersonali	12
1.2.2. Segnali interattivi	13
1.2.3. Volto e personalità'	13
1.2.4. Aspetti culturali	13
1.2.5. Aspetti filogenetici	14
1.2.6. Aspetti evolutivi	14
1.2.7. Regolazione e controllo dell'espressione facciale	15
1.3. Lo sguardo	16
1.3.1. Aspetti evolutivi	16
1.3.2. Il linguaggio degli occhi	17
1.3.3. Le funzioni dello sguardo	17
1.3.3.1. Atteggiamenti interpersonali	17
1.3.3.2. Espressione della personalità'	18
1.3.3.3. Espressione delle emozioni	19
1.3.3.4. Interazione verbale	19
1.3.4. Differenze culturali	20
1.4. Facial Action Coding System (FACS)	21
1.4.1. Aspetti storici nello sviluppo del FACS	21
1.4.2. Definizione e struttura del FACS	21
1.4.3. Unità' d'azione	22
1.4.3.1. Parte superiore del viso	22
1.4.3.2. Parte inferiore del viso	22
1.4.3.3. Unità' d'azione miste	23
1.4.3.4. Posizione della testa	24
1.4.3.5. Posizione degli occhi	24
1.4.4. Il FACS e la codifica delle emozioni	24
1.5. Il contatto corporeo	28
1.5.1. Fisiologia	29
1.5.2. Differenze culturali nel ruolo del contatto corporeo	29
1.5.3. La carenza di contatto corporeo	29
1.6. Gestì e movimenti del corpo	31
1.6.1. Classificazione dei gestì	31
1.6.2. Gestì ed emozioni	32
1.6.3. Gestì e personalità'	32
1.6.4. Gestì legati al discorso	33
1.6.5. Gestì e rituali	33

1.6.6. Gesto come manifestazione di difficoltá	33
1.7. La postura	35
1.7.1. Evoluzione filogenetica ed ontogenetica	35
1.7.2. Postura ed emozioni	36
1.7.3. Postura e atteggiamenti interpersonali	36
1.7.4. Postura e dialogo	36
II. LA RIABILITAZIONE	38
2.1. Introduzione	38
2.2. Definizioni	40
2.2.1. Danno o menomazione	40
2.2.2. Disabilita'	40
2.2.3. Cronicita'	41
2.2.4. Riabilitazione	41
2.3. Modelli	43
2.3.1. Modelli di social skills training	43
2.3.1.1. Modello del comportamento non verbale	44
2.3.1.2. Modelli cognitivi	44
2.3.1.3. Modello dell'autocontrollo	45
2.3.2. Modelli psicoeducativi	45
2.3.2.1. Emotivita' Espressa	46
2.3.2.2. Gli interventi psicoeducativi	46
2.3.3. Programmi psicosociali	47
2.3.4. Approccio psicodinamico alla riabilitazione	48
2.3.4.1. Se' corporeo	49
2.3.4.2. Se' espressivo	51
2.3.4.3. Se' verbale	53
2.4. Le variabili reali: soggetti, contesti, servizi e risorse	55
2.4.1. Il manicomio	55
2.4.2. L'architettura della riabilitazione	56
2.4.2.1. Strutture intermedie	56
2.4.2.2. La comunita' terapeutica	57
2.4.2.3. Day hospital	58
2.4.3. Le risorse umane	59
2.4.3.1. L'empatia	59
2.4.3.2. L'operatore in situazioni di urgenza psichiatrica	60
2.4.3.3. Sindrome del burn out	60
III. PET THERAPY	62
3.1. La pet therapy	62
3.1.1. Cos'e' la pet therapy?	62
3.1.2. Storia della pet therapy	63
3.2. Applicazioni della pet therapy	66
3.2.1. Gli animali come aiuto ai bambini	66
3.2.1.1. Sviluppo sociale ed emotivo	66
3.2.1.2. Un aiuto alla comunicazione	67
3.2.1.3. L'animale come lubrificante sociale	67
3.2.1.4. L'importanza del gioco	68

3.2.2. Psicoterapeuti a quattro zampe	68
3.2.2.1. Alcune applicazioni.....	69
3.2.2.2. Nella societa' che cambia i single sono sempre di piu'	70
3.2.2.3. Alcune controindicazioni.....	70
3.2.3. Pet therapy negli anziani	70
3.2.3.1. Gli animali come compagni.....	72
3.2.3.2. I visitatori animali come stimolo	72
3.2.3.3. Anziani ed animali in case di cura	73
3.2.4. Animali nelle prigioni	74
3.2.4.1. Qualche ipotesi per il recupero	74
3.2.4.2. Quali animali per il trattamento dei detenuti?	75
3.2.5. Pet therapy nelle malattie del corpo	76
3.2.5.1. Gli amici del cuore	76
3.2.5.2. Un animale contro stress ed ansia	77
3.2.5.3. Una rilassante visione.....	77
3.3. Meccanismi alla base del funzionamento della pet therapy	78
3.3.1. La comunicazione	78
3.3.1.1. Il linguaggio del corpo	78
3.3.2. Il contatto fisico	79
3.3.3. Giocare e divertirsi con gli animali	80
3.3.4. Un lubrificante sociale.....	81
3.3.5. La responsabilita'	82
3.3.6. L'attaccamento.....	82
3.4. Controindicazioni	84
3.4.1. Problemi sanitari e possibili rimedi.....	84
3.4.2. Problemi psicologici.....	85
IV. RIABILITAZIONE EQUESTRE.....	86
4.1. Introduzione	86
4.1.1. Cenni storici.....	86
4.2. Aree di concentrazione	88
4.2.1. Ippoterapia	88
4.2.2. Equitazione terapeutica	88
4.2.3. Equitazione presportiva	89
4.3. Benefici fisici	90
4.3.1. Principi di equitazione: l'assetto del cavaliere	90
4.3.2. Caratteristiche del movimento del cavallo	90
4.3.3. Effetti positivi della riabilitazione equestre.....	91
4.3.4. Indicazioni e controindicazioni.....	92
4.4. Benefici psicici.....	94
4.4.1. Riabilitazione equestre per il bambino disabile.....	94
4.4.2. Riabilitazione equestre con bambini autistici	95
4.4.3. Riabilitazione equestre e schizofrenia.....	96
4.4.4. Indicazioni e controindicazioni.....	96
4.5. Il cavallo	98
4.5.1. Caratteristiche fisiche del cavallo impiegato per la riabilitazione equestre	98
4.5.2. Selezione comportamentale dei cavalli per la riabilitazione equestre.....	99
4.5.2.1. Criteri di esclusione.....	99

4.5.2.2. Criteri di inclusione.....	100
4.5.3. L'addestramento.....	101
4.6. Le andature	102
4.6.1. Passo.....	102
4.6.2. Trotto	102
4.6.3. Galoppo	103
4.7. Le attrezzature.....	104
4.7.1. Staffe con calza – piede	104
4.7.2. Le redini a ponte	104
4.7.3. La sella.....	104
4.7.4. La scala.....	105
4.7.5. Il maneggio	106
4.7.6. Cosa non bisogna utilizzare	106
4.8. Le tecniche.....	107
4.8.1. La messa in sella	107
4.8.2. Esercizi di cavallerizza	107
4.8.3. Come si svolge una seduta.....	108
V. LA RICERCA	109
5.1. Introduzione	109
5.1.1. Operatori del centro.....	109
5.1.2. Tipologia di utenti per età'	110
5.1.3. Modalità' di lavoro.....	110
5.1.4. Tipologie di utenti per patologia.....	110
5.2. Come si svolge il lavoro nel centro.....	112
5.3. Ipotesi	114
5.4. Materiali e metodi	115
5.4.1. Descrizione del campione.....	115
5.4.1.1. Caratteristiche del campione sperimentale	115
5.4.1.2. Campione di controllo	117
5.4.1.3. Descrizione dei cavalli	117
5.4.2. Disegno sperimentale	118
5.4.3. Strumenti utilizzati.....	120
5.5. Risultati.....	122
5.5.1. Fase di salita a cavallo.....	122
5.5.2. Sedute a cavallo	126
5.5.3. Fase di discesa da cavallo	127
5.5.4. Terapia a terra	130
5.5.5. Campione sperimentale versus campione di controllo.....	132
5.6. Discussione dei risultati.....	133
5.6.1. Limiti della ricerca	137
CONCLUSIONI.....	139
BIBLIOGRAFIA.....	140
ALLEGATI.....	145

INTRODUZIONE

Il desiderio di intraprendere l'avventura alla scoperta della Pet Therapy, ed in particolare della Riabilitazione Equestre è nato soprattutto dalla curiosità verso questa terapia così poco conosciuta, ma anche dal mio profondo amore per il mondo degli animali e dalla consapevolezza, maturata giorno per giorno dalla stretta convivenza con il mio cane, che dagli animali possiamo ricevere tantissimo amore disinteressato, anche quando noi in cambio siamo capaci di dare molto poco o nulla del tutto.

Se lo scopo iniziale di questa ricerca era semplicemente quello di scoprire cosa significa riabilitazione equestre e in cosa consista questa terapia, nel corso del tempo l'obiettivo si è trasformato in quello ben più ambizioso di capire e verificare se questa terapia può realmente apportare dei benefici, sperimentalmente verificabili, non solo a livello motorio, ma soprattutto a livello psicologico.

Essendo a conoscenza del fatto che la Facoltà di Zootecnica dell'Università di Milano da alcuni anni studia i cavalli utilizzati per la riabilitazione equestre e, indirettamente, la terapia stessa, mi sono rivolta alla Prof.ssa Verga. E' nata così questa ricerca che vede appunto la collaborazione tra la Facoltà di Zootecnica e la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica. Fin dall'inizio il mio lavoro è stato costellato di stupore e meraviglia: quando mi sono recata la prima volta all'ospedale Niguarda Cà Granda di Milano, all'interno del quale si trova il Centro di riabilitazione equestre "V. di Capua" che mi ha ospitato per la ricerca, non pensavo di trovare, in una struttura così imponente e maestosa, una vera e propria fattoria che ospita, oltre a sei cavalli, anche caprette, galline, papere, cani e gatti e dove infermieri, medici e pazienti, durante la bella stagione si recano per trascorrere un po' di tempo all'aria aperta e totalmente immersi nella natura.

Ho trascorso circa un anno all'interno del centro di riabilitazione equestre registrando, attraverso filmati, l'evoluzione della terapia di dieci bambini disabili, messi poi a confronto con altrettanti bambini normali. Questo lavoro non è stato esente da difficoltà, dovute soprattutto alla necessità di non interferire con la terapia, ma allo stesso tempo al desiderio di non lasciarsi sfuggire nulla, anche piccole sfumature che purtroppo, dalla mia posizione spesso non riuscivo a riprendere.

Ciò su cui ho fermato la mia attenzione, filmando le sedute a cavallo e a terra, è stato soprattutto il dialogo non verbale che si instaura tra paziente e cavallo, ma anche tra paziente e terapeuta, sia perché dalla mia posizione non potevo sentire ciò che i bambini dicevano, ma

soprattutto perché molti di questi bambini non parlano. Dall'analisi della comunicazione non verbale, in particolare di come si modifica l'espressività del volto nel corso delle sedute, ed avendo come riferimento teorico uno studio fatto da Rossetti, Mannu, Liotti, Reda (Attili, Ricci Bitti, 1983) ho messo a confronto i dati ottenuti dal campione sperimentale con quelli ottenuti con il gruppo di controllo per cercare di vedere se effettivamente questa terapia faciliti una modificazione nella comunicazione non verbale e quindi apporti un reale miglioramento, soprattutto a livello psicologico, nella vita di questi bambini disabili.

Questo anno trascorso a stretto contatto con bambini disabili ed animali, oltre ad avermi fornito una notevole mole di dati da utilizzare sia per questa che per altre possibili ricerche, mi ha anche fatto nascere il desiderio di ritornare al centro, ad un anno di distanza, per fare una nuova sessione di filmati e vedere come sta procedendo la terapia dei ragazzi che ho visto l'ultima volta ad ottobre del 2000.

I. LA COMUNICAZIONE NON VERBALE

1.1. INTRODUZIONE

Ognuno di noi, in modo del tutto inconsapevole, è attratto dall'aspetto fisico delle persone che ci circondano. Anche durante la più interessante conversazione, non ci sfugge nulla del corpo della persona che abbiamo davanti. Infatti tutti noi siamo molto sensibili all'espressione del volto, ai gesti, alla postura e agli sguardi del nostro interlocutore. Molte pubblicazioni su questo argomento tendono a diffondere l'idea che la comunicazione non verbale si possa manipolare e quindi sia possibile apprenderla per aumentare le vendite e migliorare le relazioni di lavoro e commerciali. Nella realtà, chiunque pensi di poter trovare un manuale su cui imparare tutto sulla C.N.V., è destinato a rimanere deluso; perché non esistono specifiche regole che insegnano come tradurre il significato di movimenti e di gesti. Ciò che invece è possibile fare, è affinare le nostre capacità di attenzione e la nostra sensibilità verso il linguaggio del corpo (Mancini, 1997).

1.1.1. RAPPORTO TRA COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE

Affrontando il tema della C.N.V. è importante fare una riflessione sul rapporto tra il linguaggio del corpo e quello verbale. Infatti parlando di "comunicazione non verbale" verrebbe da pensare all'esistenza di una dicotomia tra due sistemi di comunicazione totalmente separati (Mancini, 1997). In realtà non è così: il comportamento verbale consiste di solito nell'uso del discorso, ma anche del testo scritto, che comunque sono sostenuti in ogni loro parte da segnali non verbali che hanno la funzione di illustrare, di dare informazioni di ritorno e di aiutare la sincronizzazione. Inoltre il linguaggio non verbale permette di esprimere emozioni, atteggiamenti ed esperienze che non sono facili da esprimere a parole (Argyle, 1978).

Sicuramente la lingua rappresenta il nostro sistema di comunicazione più potente ed efficace; forse è anche per questo motivo che è stato necessario creare un campo di studio specifico per la C.N.V.

Questo però non significa che esiste una netta separazione tra codice verbale e non verbale anzi, i due aspetti sono strettamente intrecciati e collaborano al processo espressivo (Mancini, 1997).

1.1.2. ASPETTI STORICI DELLO STUDIO DELLA C.N.V.

Poeti e filosofi sono sempre stati attratti dalla voce, dal volto e dai movimenti del corpo, ma l'interesse per il linguaggio del corpo da parte di psicologi e scienziati è stato piuttosto episodico per tutto il diciottesimo secolo e per i primi anni del diciannovesimo (Ekman, O'Sullivan, 1991). Infatti gli studi sulla C.N.V. hanno inizio con Charles Darwin e il suo studio intitolato "The expression of emotions in man and animals" (Scherer, Ekman, 1982).

In questo studio Darwin pone due questioni che sono a tutt'oggi ritenute fondamentali: la prima riguarda il problema di ritenere il comportamento non verbale innato o appreso attraverso la società; la seconda riguarda l'uso comunicativo che viene fatto dei segnali espressivi.

Nel corso del ventesimo secolo cresce sempre più l'interesse per la C.N.V. e con esso aumentano anche i pensatori che se ne occupano. Durante l'occupazione Nazista della Germania, psicologi e scienziati sono impegnati a dimostrare la superiorità della razza Ariana anche a livello di C.N.V. David Efron è molto interessato a dimostrare che in realtà non ci sono grandi differenze nell'uso della C.N.V. tra popolazioni anche molto diverse tra loro. Per questo motivo conduce sia ricerche sul campo sia esperimenti di laboratorio che mettono a confronto la C.N.V. di immigrati Ebrei e Italiani a New York (Scherer, Ekman, 1982).

Un altro pioniere nel campo della C.N.V. è stato Ray Birdwhistell, il quale si è occupato in modo specifico del movimento e ha creato la *cinesica*, una metodologia che si occupa degli aspetti comunicativi appresi ed eseguiti attraverso i movimenti del corpo. Questo autore ha trovato un parallelismo tra la linguistica e la cinesica, infatti definisce il termine "cinema" come la più piccola unità di azione percepibile, per analogia con il fonema linguistico (Mancini, 1997).

Tra il 1950 e il 1960 si ha uno sviluppo notevole, in campo psichiatrico e clinico, delle ricerche sulla C.N.V. applicata allo studio dei malati di mente. Moltissimi psichiatri, in questo periodo, utilizzano le conoscenze sulla C.N.V. per analizzare le comunicazioni tra terapeuta e paziente e per motivi diagnostici.

Un autore molto importante è sicuramente Paul Ekman, il quale si è occupato di alcune questioni fondamentali riguardanti la C.N.V. Tra queste ritroviamo: il problema dell'origine dell'espressione delle emozioni nell'uomo e l'aspetto semiotico della C.N.V.

Ekman, con la collaborazione di Wallace Friesen, ha cercato di sviluppare un sistema per la misurazione dei movimenti del corpo e più recentemente, per la misurazione delle espressioni del volto (Scherer, Ekman, 1982).

1.1.3. PERCHE' RICORRIAMO ALLA C.N.V.

Il linguaggio è sicuramente il mezzo più adatto per inviare informazioni, scambiare idee e opinioni culturali. Nonostante questo, ci sono ambiti nei quali la comunicazione verbale risulta del tutto inefficace. Esistono situazioni in cui ognuno di noi si rende conto di non trovare le parole adatte per esprimere ciò che proviamo: di fronte ad un evento molto doloroso, ma anche in occasioni di grande gioia, ci è difficile tradurre in parole i nostri sentimenti e stati d'animo. In tutte queste circostanze, un intenso abbraccio, uno sguardo profondo, ma anche un silenzio valgono veramente più di mille parole (Mancini, 1997).

Argyle (1978) ha cercato di capire quali sono le motivazioni che spingono l'uomo, in alcune occasioni, a privilegiare il linguaggio del corpo e, attraverso una accurata analisi, ha individuato le seguenti ragioni:

- *Manca di codificazione verbale in alcune aree:* ci sono poche parole per descrivere le forme, anche per quelle semplici, forse perché è più facile descriverle attraverso un disegno che non a parole. Un'altra area in cui manca una codificazione verbale adeguata riguarda la personalità: esistono tante parole disponibili, il problema è che risulta piuttosto difficile riuscire a scegliere quelle giuste. Lo stesso discorso vale anche per l'area interpersonale.
- *I segnali non verbali sono più efficaci:* questo si verifica soprattutto in ambito interpersonale. Dal momento che la C.N.V. è una forma di espressione molto diretta, tende a provocare una risposta più immediata.
- *I segnali non verbali sono meno controllati e quindi è più probabile che siano autentici:* sappiamo per esperienza che non sempre le parole dicono la verità, mentre i segnali non verbali risultano di solito più genuini, perché è più difficile controllarli e quindi modificarli. Alcune parti del corpo, però, sono più facili da controllare di altre; una di queste è sicuramente il volto, è infatti con esso che è più facile mentire. Quindi il miglior modo per ingannare consiste nel limitare i nostri segnali alle parole e alle espressioni del viso (Morris, 1977).
- *Potrebbe risultare fastidioso rendere alcuni segnali troppo espliciti:* durante le relazioni interpersonali potrebbe risultare sconveniente e molto fastidioso manifestare apertamente

la propria antipatia per qualcuno oppure affermare la propria presunta maggiore importanza verso l'interlocutore. Forse è per questo motivo che la negoziazione delle relazioni interpersonali si svolge in modo non verbale.

- *E' molto utile saper utilizzare un secondo canale oltre il linguaggio:* i segnali non verbali hanno una funzione di sostegno al linguaggio, aumentando la quantità di informazioni trasmesse, migliorando la sincronizzazione e fornendo un feedback da parte di chi ascolta.

1.1.4. LE FUNZIONI DELLA C.N.V.

La C.N.V. assolve diverse funzioni, oltre ad accompagnare ed integrare il discorso. Gli ambiti in cui la C.N.V. risulta particolarmente importante sono:

1.1.4.1. ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI

La C.N.V. è sicuramente il mezzo principale a nostra disposizione per esprimere le emozioni. Anche in questo caso ci rendiamo facilmente conto di come il mezzo non verbale sia molto più esplicito di qualsiasi parola (Mancini, 1997).

Il primo autore che si occupò dello studio delle emozioni fu Darwin. Egli sosteneva che l'espressione delle emozioni è fondamentale per il benessere degli animali che vivono in gruppo, infatti ha una funzione sociale molto importante (Knutson, 1996). Inoltre considerò le emozioni al pari di un comportamento e come un elemento di adattamento utile per la sopravvivenza della specie (www.uni.abramo.it, 2000).

Il problema delle origini delle emozioni è stato trattato da molti autori, alcuni dei quali sostengono che l'espressione delle emozioni è fondamentalmente innata, mentre altri sostengono l'importanza dell'apprendimento sociale (Mancini, 1997).

Ekman ha svolto molte ricerche prendendo in considerazione soggetti di popolazioni e culture diverse per cercare di verificare se l'espressione delle emozioni è innata oppure appresa. Dalle sue ricerche è emerso che persone di culture diverse tendono a classificare le emozioni nello stesso modo; inoltre si è anche scoperto che membri di culture diverse mostrano la stessa espressione facciale in risposta alla stessa emozione. L'unico aspetto che tende a differenziare la modalità di espressione delle emozioni è dato dall'insieme delle regole di esibizione, che cambiano con il cambiare della cultura. Da tutte queste ricerche è emersa la teoria detta "neuro – culturale", che considera l'importanza sia dei fattori innati, sia dei fattori appresi e quindi legati alla cultura di appartenenza (Ekman, Oster, 1979).

1.1.4.2. COMUNICAZIONE DI ATTEGGIAMENTI INTERPERSONALI

Nell'ambito degli atteggiamenti interpersonali, i segnali non verbali hanno un impatto sicuramente maggiore del codice linguistico; infatti spesso la C.N.V. viene definita il "linguaggio di relazione". Tuttavia non è sempre facile distinguere gli atteggiamenti interpersonali dalle emozioni dal momento che vengono trasmessi attraverso gli stessi segnali: l'allegria è una emozione, mentre la simpatia è un atteggiamento interpersonale, ma, dal momento che la mimica del volto è uguale in entrambe le situazioni, può non essere così facile fare una distinzione tra le due. C'è un elemento che può venire in nostro aiuto: le emozioni si possono verificare anche in assenza di stimoli provenienti da altre persone, mentre gli atteggiamenti interpersonali sono sempre rivolti a qualcun altro. E' importante ricordare che ogni comportamento sociale è regolato da norme che indicano la condotta più adeguata per ogni situazione, quindi anche l'espressione degli atteggiamenti interpersonali è influenzata dalla cultura di appartenenza (Mancini, 1997).

Dalle ricerche effettuate da Argyle (1978) è emerso che due sono le dimensioni principali delle relazioni interpersonali: l'*affiliazione* che comprende una varietà di atteggiamenti sociali positivi come l'amicizia e la cordialità; e la *dominanza* che si manifesta in tutte le relazioni caratterizzate da una chiara diversità di potere o di status tra le persone. Chiaramente si possono realizzare delle combinazioni di atteggiamenti, come per esempio una sottomissione ostile, ma possono anche esserci dei casi intermedi.

1.1.4.3. LA PRESENTAZIONE DI SE'

Nel corso delle interazioni le persone coinvolte si trasmettono, in modo spesso inconsapevole, tutta una serie di informazioni riguardanti se stessi, per potersi conoscere meglio e per instaurare relazioni soddisfacenti. Alcune di queste informazioni sono involontarie e riguardano razza, età e sesso, mentre altre sono maggiormente volontarie e manipolabili (Argyle, 1978). Infatti in situazioni di interazione sociale tendiamo a presentarci al meglio, sia facendo attenzione a ciò che diciamo, sia curando il nostro aspetto esteriore. Ognuno di noi è consapevole degli sforzi che si fanno, in termini di tempo e denaro, per rendere più gradevole in proprio aspetto fisico e il proprio look. Tutto ciò viene fatto con l'obiettivo di dare agli altri una determinata impressione di sé (Mancini, 1997). Questa manipolazione intenzionale degli stimoli emessi viene definita "presentazione del sé" (Argyle, 1978).

1.2. L'ESPRESSIONE DEL VOLTO

Tra tutti gli elementi che compongono la C.N.V., il volto è sicuramente il più importante, ma anche il più difficile e confuso da capire. E' il più importante perché è sempre sotto gli occhi di tutti e perché in ogni momento invia informazioni sullo stato di salute o emozionale della persona (Ekman, 1982). Attraverso il volto le emozioni possono essere negate, enfatizzate o nascoste sotto la maschera della correttezza e accettabilità sociale (Carrubba, 1997). Ad ognuno di noi è stato insegnato a controllare, ma anche a dissimulare le espressioni del volto, per questo spesso si è visto che l'espressione facciale delle emozioni è più intensa quando una persona è da sola che quando è insieme ad altra gente (Ekman, 1982).

Secondo Argyle (1978), nell'uomo le espressioni del volto vengono utilizzate in tre modi piuttosto diversi tra loro: i lineamenti e la struttura del volto comunicano alcune caratteristiche della personalità; le modificazioni espressive comunicano emozioni e atteggiamenti interpersonali; infine le diverse espressioni del viso inviano al nostro interlocutore segnali interattivi.

1.2.1. LE EMOZIONI E GLI ATTEGGIAMENTI INTERPERSONALI

Come abbiamo già visto, la mimica del volto è la fonte più ricca di informazioni riguardanti lo stato emotivo di una persona. Sono state fatte molte ricerche per cercare di capire quale fosse l'espressione facciale più adatta ad esprimere una data emozione (Carrubba, 1997). In particolare Knutson (1996) riporta alcuni esperimenti fatti da Ekman, il quale presentava ai partecipanti fotografie di persone che, messe in posa, rappresentavano le espressioni facciali delle principali emozioni. Il limite più rilevante di questo genere di esperimenti consiste nella presentazione di fotografie in posa che possono risultare artificiali. Nonostante questo limite, dagli studi è emerso che era possibile distinguere chiaramente sette gruppi principali di espressioni facciali per le emozioni (Argyle, 1978). Ekman (Ekman, Oster, 1979) si è occupato anche dell'espressione delle emozioni in culture diverse e il suo obiettivo era di capire se l'espressione delle emozioni è universale o se ha specificità culturale. Da questi studi è emerso che osservatori di culture diverse classificano le espressioni facciali delle emozioni nello stesso modo; e che membri di culture diverse mostrano la stessa espressione facciale quando provano la stessa emozione, a meno che non intervengano specifiche norme culturali definite *regole di esibizione* quali: la deintensificazione, l'intensificazione, la cancellazione di ogni traccia emotiva e la simulazione (www.uni.abramo.it, 2000).

1.2.2. SEGNALI INTERATTIVI

L'espressione del volto viene utilizzata in stretta associazione al discorso per sottolinearne alcuni aspetti, per sincronizzare l'interazione e per completarne il senso (Carrubba, 1997). Durante una conversazione il volto fornisce un sistema di segnali che completano il significato verbale; questi segnali hanno un significato preciso, come approvazione o disapprovazione di quanto si sta dicendo, ed un effetto diretto sul comportamento. In particolari situazioni sociali, esistono delle regole che dirigono il "rituale"; queste norme possono anche prescrivere quale sia la giusta espressione del volto in ogni momento della cerimonia (Argyle, 1978).

1.2.3. VOLTO E PERSONALITA'

Le persone si riconoscono dal volto ed è proprio attraverso il volto che inviamo informazioni importanti sulla nostra personalità. Sembra quindi esserci un parallelismo tra specifiche caratteristiche fisiche e personalità, anche se è importante guardarsi da eccessive categorizzazioni e generalizzazioni (Carrubba, 1997). La più interessante correlazione che è stata trovata è quella tra aspetto fisico e temperamento. Forse è per tutti questi motivi che risulta così importante la manipolazione accurata della propria persona e quindi una buona presentazione di sé. La cura della persona tende però a variare con la classe sociale, la cultura e il periodo storico.

Attraverso il viso possiamo avere informazioni su età, sesso, razza e in misura minore sulla classe sociale di appartenenza; e possiamo anche crearci un'impressione sulla personalità del nostro interlocutore (Argyle, 1978).

1.2.4. ASPETTI CULTURALI

Esistono prove concrete a sostegno del fatto che alcuni segnali del corpo sono innati (Ekman, Oster, 1979). Prendendo in considerazione l'espressione facciale delle emozioni, possiamo vedere che queste espressioni sono simili in tutte le culture studiate; si sono ritrovate in bambini molto piccoli ed anche in bambini ciechi e sordi che quindi non potevano averle apprese per imitazione; inoltre certe espressioni dell'uomo sono simili alle espressioni facciali dei primati. Ci sono comunque delle differenze culturali che riguardano soprattutto il grado in cui le espressioni facciali vengono represses oppure espresse liberamente, ma che riguardano anche le circostanze in cui queste espressioni si possono manifestare (Argyle, 1978).

1.2.5. ASPETTI FILOGENETICI

Studiando il comportamento dell'uomo e degli animali si è potuta evidenziare l'esistenza di una quantità di analogie tra il comportamento sociale degli esseri umani e quello delle scimmie antropomorfe, in particolare a livello di segnali non verbali (Argyle, 1978). Quindi non solo l'espressione mimica dell'uomo sarebbe innata, ma avrebbe anche una sottile parentela filogenetica con altre specie di animali. Letizia Carrubba (1997) riporta uno studio comparativo svolto da Van Hooff, il quale era interessato a verificare questa parentela. In questo studio, Van Hooff ha preso in considerazione l'espressione facciale del riso e del sorriso e ha evidenziato che potrebbero essere considerati come esibizioni di diversa origine filogenetica, poi ravvicinati nell'uomo. Per questo motivo ha cercato i precursori del sorriso nei primati e ha evidenziato due particolari configurazioni: *l'esibizione silenziosa a denti scoperti* e *l'esibizione rilassata a bocca aperta*. Secondo lo studioso, i movimenti espressivi umani hanno delle somiglianze con queste configurazioni; in particolare il sorriso deriverebbe dall'esibizione silenziosa con denti scoperti, mentre il riso dall'esibizione rilassata con bocca aperta.

1.2.6. ASPETTI EVOLUTIVI

Anche in questo caso, l'attenzione è rivolta all'espressione del sorriso. Il sorriso è considerato una delle primissime espressioni facciali, a questa con il passare del tempo se ne aggiungono altre che diventano fondamentali meccanismi di comunicazione sociale. Una delle componenti più importanti dell'interazione interpersonale è la capacità di riconoscere l'espressione facciale della persona con cui interagiamo, anche questo aspetto tende a svilupparsi con la crescita del bambino (Carrubba, 1997).

Un autore che si è occupato dello sviluppo del sorriso nei primi mesi di vita del bambino è stato Spitz. Egli ha utilizzato l'osservazione diretta della relazione madre bambino per descrivere le principali tappe dell'evoluzione psicogenetica. L'evoluzione normale è scandita da quelli che Spitz chiama organizzatori dello psichismo; uno di questi è appunto la comparsa del sorriso. L'autore evidenzia tre stadi: il primo corrisponde all'incirca ai tre mesi e viene definito *preoggettuale*, cioè di indifferenziazione psichica; il secondo viene chiamato *dell'oggetto precursore* e va dai tre agli otto mesi, in questa fase il bambino incomincia a mostrare la risposta definita "risposta sorriso" cioè sorride quando gli si presenta il volto umano frontalmente, in modo che possa vedere gli occhi e la bocca; il terzo stadio viene definito *dell'oggetto propriamente detto*, va dagli otto ai dodici mesi ed è in questa fase che il

bambino riconosce il volto della madre davanti al quale sorride, mentre di fronte ad un volto estraneo inizia a piangere (Marcelli, 1997).

Anche Ekman e Oster (1979) si sono occupati l'evoluzione delle espressioni facciali nel bambino e hanno trovato che la muscolatura del volto è completamente formata e funzionante fin dalla nascita; che nei bambini sono presenti espressioni facciali simili a quelle evidenziate negli adulti; che bambini di tre, quattro mesi mostrano differenti risposte alle espressioni facciali e sono in grado di imitare alcuni movimenti del volto. Inoltre hanno anche evidenziato l'importanza delle espressioni facciali per il successivo sviluppo della comunicazione verbale.

1.2.7. REGOLAZIONE E CONTROLLO DELL'ESPRESSIONE FACCIALE

Se chiediamo a diverse persone di muovere deliberatamente ogni singolo muscolo del volto e di assumere la mimica delle diverse emozioni, ci rendiamo conto che è un compito piuttosto difficile e che sono veramente poche le persone in grado di svolgerlo correttamente. Però gli stessi soggetti non hanno difficoltà a muovere specifici muscoli quando sperimentano effettivamente una particolare emozione (Carrubba, 1997). Gli studi di Ekman (Ekman, Oster, 1979) evidenziano come il volto comprenda sia espressioni scelte intenzionalmente, sia del tutto involontarie. Inoltre, nonostante la maggior parte delle persone sia convinta di saper riconoscere una espressione inautentica, è emerso come sia complicato cogliere le più autentiche fonti di informazione che trapelano dal volto. Invece sono molto più facili da individuare le espressioni soffocate, cioè quelle che emergono inconsapevolmente e che il soggetto cerca di simulare. Infine, nonostante ci siano persone che riescono a mentire meglio di altre perché hanno un maggior controllo della propria mimica facciale, è importante ricordare che alcuni muscoli facciali non sono accessibili al controllo volontario.

1.3. LO SGUARDO

Il linguaggio del corpo è un sistema di comunicazione sociale complesso che utilizza segnali non verbali trasmessi da canali diversi. Uno di questi canali è lo sguardo che può essere considerato sia un segnale non verbale, sia un canale, un mezzo per percepire i segnali che ci provengono dalle persone che ci circondano (Argyle, 1978).

1.3.1. ASPETTI EVOLUTIVI

Già in epoca fetale si possono registrare delle reazioni a stimoli luminosi: indirizzando una luce intensa sull'addome della madre alla fine della gravidanza, quando le pareti dell'addome e dell'utero sono più tese e sottili, si può registrare un'accelerazione del ritmo cardiaco e anche la chiusura delle palpebre (Mularoni, 1997). Alla nascita il sistema visivo del bambino è completo sotto il profilo anatomico e fisiologico, ma è ancora immaturo sul piano funzionale. Durante le prime ore di vita, il neonato segue con gli occhi un oggetto che si muove e dalle tre, quattro settimane in poi diventa sempre più sensibile ad altri due occhi o a maschere in cui sono stati disegnati due occhi (Argyle, 1978). L'atto di guardare il volto è un comportamento molto precoce e costante nel bambino; già ad un mese, nonostante sia ancora insensibile alla configurazione globale del volto, tende ad esplorare singole caratteristiche e focalizza di più la sua attenzione sulle parti caratterizzate da contorni maggiormente marcati (Mularoni, 1997). Lo sguardo e lo sguardo reciproco hanno un ruolo essenziale nello sviluppo dell'attaccamento e della socializzazione, infatti lo sguardo reciproco tra madre e bambino rappresenta una modalità comunicativa molto precoce, una forma di dialogo interattivo che si stabilisce durante l'allattamento e che sarà fondamentale durante tutto lo sviluppo del bambino (basti pensare alla co orientazione degli sguardi e al pointing) (Argyle, 1978). La madre inoltre, tenta fin dalla nascita di indurre il contatto visivo con il bambino, allineando il proprio viso con quello del neonato; tutto questo ha la funzione di attirare l'attenzione del bambino per poter sfruttare al meglio le sue ancora limitate capacità visive. Quindi la madre svolge la fondamentale funzione di accompagnare il bambino nelle sue esplorazioni dell'ambiente che lo circonda. Dal quarto mese di età il bambino è in grado di seguire la direzione dello sguardo dell'adulto, anche se è rivolto all'esterno del suo campo visivo (Mularoni, 1997).

L'avversione per lo sguardo è tanto rilevante nei bambini autistici da essere diventata uno dei criteri fondamentali per la diagnosi: questi bambini evitano attivamente lo sguardo focalizzando l'attenzione su altri punti del volto o dello spazio circostante (Argyle, 1978).

1.3.2. IL LINGUAGGIO DEGLI OCCHI

Lo sguardo ha una funzione fondamentale nell'ambito delle relazioni interpersonali. Gli occhi umani sono organi estremamente complessi e rivestono una funzione dominante sia come elemento recettivo sia come mezzo per trasmettere emozioni e stati d'animo. Tale è l'importanza comunicativa degli occhi, che l'occhio umano è l'unico ad essere dotato di sclera (parte bianca che circonda l'iride), questo rende i movimenti oculari molto più evidenti. Un'altra caratteristica dell'occhio umano è la capacità di lacrimare anche in seguito ad emozioni. Il pianto è sicuramente un potente segnale sociale (Morris, 1977). Infine, a differenza di ogni altro animale, l'uomo ha capito l'importanza degli occhi nelle relazioni interpersonali, proprio per questo motivo si tende ad abbellirli e a renderli più appariscenti attraverso l'uso di cosmetici, oppure li si nasconde dietro occhiali scuri (Mularoni, 1997).

1.3.3. LE FUNZIONI DELLO SGUARDO

La maggior parte delle azioni e delle interazioni umane si basano sullo sguardo. Possiamo analizzare la sua grande importanza soprattutto in relazione all'atteggiamento interpersonale, infatti ci permette di recepire simpatia, interesse, dominanza; sottolinea le differenze sessuali e il bisogno di affiliazione. Attraverso lo sguardo le persone segnalano il proprio potere sociale, la personalità, ma anche le emozioni e la relazione di intimità con un'altra persona. Inoltre lo sguardo assume particolare importanza durante le interazioni verbali, svolgendo le funzioni di monitoraggio e segnalazione, fondamentali per gestire una buona conversazione (Mularoni, 1997).

Le principali funzioni dello sguardo sono:

1.3.3.1. ATTEGGIAMENTI INTERPERSONALI

Il contatto visivo si verifica quando due persone decidono di avviare una relazione. Il livello di contatto visivo è definito sulla base della durata e della frequenza degli sguardi reciproci, infatti è noto che la gente tende ad osservare maggiormente le persone per le quali prova della simpatia (Argyle, 1978). E' possibile individuare una correlazione tra i livelli di contatto visivo e i livelli di prossimità fisica: in situazioni in cui la vicinanza è forzosamente ridotta (sui mezzi pubblici o in ascensore) si nota una riduzione del contatto visivo, come per proteggere la propria sfera privata. Viceversa, maggiore è la distanza che separa due persone, maggiore sarà la probabilità che ci sia uno scambio di sguardi reciproci (Mularoni, 1997). Lo sguardo reciproco ha anche la funzione di segnalare gli atteggiamenti interpersonali tra gli individui: generalmente la persona che si trova in posizione dominante tenderà a mantenere lo

sguardo fisso e rivolto verso la persona più debole, che a sua volta continuerà a distogliere lo sguardo lanciando ogni tanto qualche occhiata sperando di non essere visto (Morris, 1977). Lo sguardo della persona che abbiamo davanti può essere vissuto in modi diversi: può essere ritenuto un'esperienza gratificante, come nel caso degli sguardi scambiati tra innamorati; può assumere un valore di ricompensa e di rinforzo positivo, per esempio durante una conversazione; ma può anche creare imbarazzo, disagio, ansia e paura di essere giudicati (Mularoni, 1997).

1.3.3.2. ESPRESSIONE DELLA PERSONALITA'

Sicuramente esiste una relazione tra sguardo e vari tratti della personalità. Argyle (1978) mette in evidenza alcune dimensioni della personalità che sono correlate allo sguardo.

- L'estroversione: le persone estroverse guardano più frequentemente e per un tempo più lungo, specialmente quando parlano. Si è anche visto che persone motivate alla affiliazione, in situazioni piacevoli, guardano di più.
- Schizofrenia e depressione: si è notato che gli psicotici provano avversione per lo sguardo. Evitando lo sguardo, questi pazienti tentano di evitare il contatto sociale. Anche nei soggetti depressi c'è un uso limitato dello sguardo che indica la compromissione delle abilità sociali.
- Bambini autistici: anche in questo caso si è notata una avversione per lo sguardo che è così rilevante da essere diventata uno dei criteri determinanti per la diagnosi; il bambino autistico sembra essere sordo rispetto al linguaggio degli occhi. Un altro deficit nella comunicazione visiva che si riscontra di frequente in questi pazienti è l'incapacità di attuare comportamenti di attenzione condivisa, cioè l'insieme delle strategie non verbali messe in atto normalmente dai bambini per attirare l'attenzione dell'adulto verso qualcosa di importante (Argyle, 1978).

Si inserisce nella correlazione sguardo – personalità anche il fenomeno definito *cut off*, cioè il ricorso a comportamenti che riducono le stimolazioni del mondo esterno. Possono esserci momenti in cui soffriamo per una eccessiva immissione di stimoli sociali, ci sentiamo stressati e cerchiamo in ogni modo di ritirarci dalla scena sociale per recuperare un po' di tranquillità. Il *cut off* può assumere diverse forme come una malattia che ci costringe a ritirarci nella privacy del nostro letto; un esaurimento nervoso; l'utilizzo di tranquillanti o di droghe; ma anche la meditazione. Questi metodi vanno ben oltre i normali e quotidiani espedienti di *cut off* che tutti noi usiamo. Nei momenti di lieve tensione, molto frequenti ogni giorno,

possiamo: chiudere gli occhi per un po', avere uno sguardo sfuggente, ammiccante, tremolante o guizzante. Queste forme di cut off sono piuttosto sconcertanti e creano irritazione nel nostro interlocutore dal momento che a parole siamo coinvolti nella conversazione, mentre il nostro comportamento non verbale indica tutto il contrario. Nonostante questa contraddizione, il cut off è utile per fuggire per pochi secondi nella solitudine e nella propria privacy (Morris, 1977).

1.3.3.3. ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI

Esiste una relazione tra sguardo e stato emotivo. Lo sguardo rivela l'intensità dell'emozione provata, più che il tipo di emozione (Mularoni, 1997). Generalmente l'evitamento dello sguardo è collegato ad emozioni negative come ansia, imbarazzo; la stessa cosa vale anche per le emozioni positive come la felicità e la sorpresa (Argyle, 1978).

Esiste inoltre un elemento dello sguardo e degli occhi che cambia in conseguenza di mutamenti emotivi, ma di cui siamo totalmente inconsapevoli e che è fuori dal nostro controllo volontario: la *dilatazione delle pupille*. Tutti noi siamo consapevoli del fatto che le pupille si restringono in base all'intensità della luce; ciò che invece è meno noto è il fatto che le pupille si dilatano quando siamo di fronte ad uno stimolo piacevole e si restringono in presenza di visioni sgradevoli. Le risposte pupillari sono del tutto inconsapevoli, ma nonostante questo, producono un loro effetto sugli altri: le pupille dilatate suscitano attrazione perché comunicano un coinvolgimento emotivo nella relazione. E' probabile che i segnali pupillari siano innati nella specie umana, infatti i bambini piccoli hanno normalmente le pupille molto dilatate, questo segnale esercita attrazione nei loro confronti e quindi evoca da parte degli adulti risposte di protezione, questo aumenta la probabilità di sopravvivenza (Morris, 1977).

1.3.3.4. INTERAZIONE VERBALE

Lo sguardo è molto importante anche durante una conversazione: osservando gli sguardi di due persone che stanno dialogando, è possibile rilevare un vero e proprio gioco di sguardi. Prima di iniziare l'interazione, c'è uno scambio di sguardi reciproci che ha la funzione di iniziare la relazione; durante il suo svolgimento, inoltre serve un continuo scambio di sguardi per mantenere la sincronizzazione. Anche la fine dell'incontro è segnalato dall'utilizzo dello sguardo (Argyle, 1987).

All'interno dell'interazione verbale lo sguardo ricopre alcune funzioni:

- Monitoraggio, permette di ricevere informazioni sul feedback dell'interlocutore, in questo modo è possibile rendersi conto se la persona che abbiamo davanti capisce quanto stiamo dicendo e magari lo condivide;
- Segnalazione, in questo modo possiamo segmentare il discorso e sincronizzare gli interventi dei partecipanti regolando l'avvicinarsi dei turni di parola (Mularoni, 1997).

1.3.4. DIFFERENZE CULTURALI

Dal momento che i principali fenomeni dello sguardo si presentano identici in tutte le culture e si sono ritrovati comportamenti simili anche nei primati, è probabile che abbiano un'origine innata. Tuttavia ci sono anche molti comportamenti visivi che variano a seconda della cultura e che quindi sono legati all'apprendimento (Mularoni, 1997). Argyle (1978) ha condotto numerosi studi su culture diverse che gli hanno permesso di evidenziare l'esistenza di modi differenti di guardare e di attribuire significati diversi agli stessi sguardi. Per esempio, la differenza più sorprendente è che gli Arabi si servono di più dello sguardo di quanto non facciano gli Americani e gli Europei, nonostante usino stare anche più vicini. Per i Giapponesi, guardare negli occhi qualcuno rappresenta un comportamento molto sconveniente. Queste differenze culturali non sono state evidenziate solo a livello dello sguardo, ma si ritrovano in ogni ambito della C.N.V. e possono provocare fraintendimenti e disagi, soprattutto nell'attuale contesto di globalizzazione e di dialogo tra culture diverse. Per tutti questi motivi è molto importante conoscere la C.N.V. di un'altra cultura e sapere come viene utilizzata.

1.4. FACIAL ACTION CODING SYSTEM (FACS)

Nel corso degli anni, visto il crescente interesse per lo studio delle espressioni facciali delle emozioni, alcuni autori hanno cercato di sviluppare un metodo che permettesse di misurare l'attività del volto. Esistono principalmente due filoni di ricerca: uno punta l'attenzione sui cambiamenti del tono muscolare del viso, l'altro invece si occupa delle azioni direttamente visibili sul volto; in questo secondo filone si inseriscono sistemi di misurazione basati su presupposti teorici preesistenti, e sistemi basati su un'analisi strettamente anatomica delle azioni facciali. Il più importante di questi sistemi di misurazione, tuttora utilizzato, è il FACS di Ekman e Friesen (Wagner, 1998).

1.4.1. ASPETTI STORICI NELLO SVILUPPO DEL FACS

L'interesse di Ekman e Friesen verso l'espressione facciale delle emozioni e la quasi totale assenza di studi relativi al volto e alla misurazione dello stesso, li ha portati a studiare un metodo adeguato per la misurazione del volto.

Il loro primo passo nello sviluppo del FACS è stato di studiare i testi di anatomia sperando di trovare sia una lista di muscoli che potevano essere attivati separatamente, sia la spiegazione sul funzionamento di ogni muscolo e di come viene modificato l'aspetto del volto. Infatti rimasero molto sorpresi nel constatare che pochi anatomisti si occupavano dei muscoli del volto. Uno di questi è stato Hjorstjo, il quale ha imparato ad attivare volontariamente ogni singolo muscolo del suo volto, successivamente ha fotografato la sua faccia, riuscendo in questo modo a descrivere i cambiamenti del volto provocati dall'attivazione di ogni muscolo. Ekman e Friesen hanno seguito il metodo utilizzato da Hjorstjo, anche se hanno trovato difficile imparare a muovere volontariamente ogni singolo muscolo del volto, inoltre un'importante limitazione a questo metodo di lavoro è dato dall'insieme dei muscoli che non possono essere attivati volontariamente. Il passo successivo fu l'analisi delle fotografie che ritraevano le loro espressioni facciali: l'obiettivo era di scoprire se fosse possibile distinguere l'azione di ogni singolo muscolo. In questo modo sono stati in grado di evidenziare e descrivere l'effetto prodotto da due o tre differenti muscoli e hanno definito questa azione: *Unità di Azione* (Ekman, Friesen, 1978)

1.4.2. DEFINIZIONE E STRUTTURA DEL FACS

Il FACS fu elaborato da Ekman e Friesen nel 1978. Esso costituisce un nuovo metodo di descrizione dei movimenti facciali, codificati come unità di azione (Action Unit, AU) e si basa su una analisi anatomica delle azioni facciali stesse. Lo strumento è puramente

descrittivo e la codifica non prevede inferenze circa le emozioni o i sentimenti sottostanti un determinato movimento facciale. Il FACS nasce dall'esigenza degli autori di elaborare un sistema di codifica comprensivo che potesse distinguere tutti i movimenti visibilmente percepibili e distinguibili della faccia. Partendo da una suddivisione del viso in due porzioni principali, cioè upper face (parte superiore) e lower face (parte inferiore) gli autori evidenziano 44 unità di azione (AU), di cui 12 si riferiscono alla porzione superiore del viso (soprattutto occhi e fronte), mentre le restanti 32 si riferiscono alla parte inferiore della faccia (mento, labbra, narici). E' anche possibile individuare unità d'azione riferite alla posizione della testa nello spazio e all'orientamento dello sguardo. Come abbiamo già sottolineato, il FACS descrive solo ciò che è chiaramente visibile e percepibile dalla faccia. Ignora ogni movimento non percepibile, come ad esempio alcune modificazioni del tono muscolare che però non danno effetti visibili. Nella codifica, inoltre, non vengono presi in considerazione fenomeni come la sudorazione o il pianto e nemmeno le caratteristiche permanenti presenti nella faccia del soggetto. Per ottenere una buona codifica delle azioni in movimento, gli autori consigliano di videoregistrare il soggetto e di osservare i filmati al rallentatore, proprio perché è necessario codificare ogni aspetto del volto del soggetto stesso (Ekman, Friesen, 1978).

1.4.3. UNITA' D'AZIONE

1.4.3.1. PARTE SUPERIORE DEL VISO

- AU1: innalzamento parte interna delle sopracciglia
- AU2: innalzamento parte esterna delle sopracciglia
- AU4: abbassamento sopracciglia
- AU5: innalzamento palpebra superiore
- AU6: innalzamento guancia
- AU7: palpebra leggermente abbassata
- AU41: palpebra marcatamente abbassata
- AU42: palpebra socchiusa
- AU43: palpebra chiusa
- AU44: occhiata
- AU45: sbattere palpebre
- AU46: fare l'occhiolino

1.4.3.2. PARTE INFERIORE DEL VISO

- AU9: corrugamento naso

- AU10: innalzamento labbro superiore
- AU15: abbassamento angolo labbra
- AU16: abbassamento labbro inferiore
- AU17: innalzamento mento
- AU25: apertura labbra (con denti uniti)
- AU26: abbassamento mandibola (e conseguente apertura bocca)
- AU27: allungamento della bocca (chiusa) verso il basso
- AU14: fossette agli angoli della bocca
- AU20: stiramento labbra
- AU11: approfondimento solco nasolabiale
- AU12: angolo labbra spinto verso orecchie
- AU13: rigonfiamento guance
- AU18: tondeggiamiento labbra (come a dire “uuuu”)
- AU22: labbra a imbuto
- AU23: stringimento labbra
- AU24: compressione labbra
- AU28: suzione labbra

1.4.3.3. UNITA' D'AZIONE MISTE

- AU8: avvicinamento labbra
- AU19: mostrare la lingua
- AU21: stiramento del collo
- AU29: protrusione della mascella
- AU30: spostamento laterale della mascella
- AU31: stringimento mascella
- AU32: mordere
- AU33: soffiare
- AU34: gonfiamento guance con bocca chiusa
- AU35: suzione parte interna guance
- AU36: lingua spinta verso parete interna guancia
- AU37: inumidire le labbra
- AU38: dilatazione narici
- AU39: restringimento narici

1.4.3.4. POSIZIONE DELLA TESTA

AU51: testa a sinistra

AU52: testa a destra

AU53: testa rivolta verso l'alto

AU54: testa rivolta verso il basso

AU55: pendente a sinistra

AU56: pendente a destra

AU57: in avanti

AU58: indietro

1.4.3.5. POSIZIONE DEGLI OCCHI

AU61: sinistra

AU62: destra

AU63: in alto

AU64: in basso

AU65: occhi strabici

AU66: occhi incrociati

1.4.4. IL FACS E LA CODIFICA DELLE EMOZIONI

Nonostante il FACS non sia stato messo a punto per fare inferenze sulle emozioni o sui sentimenti sottostanti una determinata espressione del volto, Ekman e Friesen (1978) si occupano anche del problema della codifica delle emozioni, codifica che potrebbe essere fatta attraverso il loro metodo di misurazione. Essi infatti evidenziano il fatto che molti ricercatori potrebbero essere interessati ad usare il FACS per capire le emozioni sottostanti una data espressione facciale. Per questo motivo riportano una lista di combinazioni di Unità d'Azione che possono essere associate a particolari emozioni:

- Sorpresa: 1+2+5+26 (ma anche 27)
- Paura: 1+2+4+5+20+25 (ma anche 26 o 27)
1+2+4+5+25 (ma anche 26 o 27)
- Gioia: 6+12
12
- Tristezza: 1+4+11+15 (con o senza 54+64)
1+4+15 (con o senza 54+64)
6+15 (con o senza 54+64)

- Disgusto:
 - 9
 - 9+16+15 (26)
 - 9+17
 - 10
 - 10+16+25 (26)
 - 10+17
- Rabbia:
 - 4+5+7+10+22+23+25 (26)
 - 4+5+7+10+23+25 (26)
 - 4+5+7+23+25 (26)
 - 4+5+7+17+23
 - 4+5+7+17+24
 - 4+5+7+23
 - 4+5+7+24

Tuttavia Ekman e Friesen mettono anche in guardia dall'utilizzo di questa lista. Prima di tutto, molte prove potrebbero essere portate a sostegno della validità di queste combinazioni di Unità d'Azione nel creare specifiche emozioni, il problema consiste nel fatto che non esistono evidenze empiriche a sostegno di ogni combinazione e questo ne riduce sicuramente la validità e la possibilità di utilizzo. Inoltre non c'è accordo tra i ricercatori relativamente al fatto che queste Unità d'Azione (o combinazioni di Unità d'Azione) rappresentino veramente una emozione.

Gli studi fatti sul FACS hanno messo in luce moltissime ipotesi relative alla particolare combinazione di azioni facciali che indicano una specifica emozione, alle variazioni di intensità di ogni emozione, alla combinazione delle diverse emozioni e agli indizi relativi alla possibilità di controllo delle emozioni. Per poter verificare e validare queste ipotesi, servono criteri indipendenti dal FACS. La maggior parte degli studi tende ad utilizzare il metodo delle espressioni in posa: attraverso questo metodo si è riusciti, infatti, a verificare alcune delle ipotesi contenute nel FACS. Molti autori però criticano questo metodo perché lo ritengono eccessivamente artificiale. Anche per questo motivo si sono svolte delle ricerche che studiano le espressioni facciali spontanee (Ekman, Friesen, 1972)

Ekman e Friesen (1972) riportano alcuni di questi studi.

A) Ancoli vuole cercare di capire se a livello del Sistema Nervoso Autonomo si verificano delle modifiche in corrispondenza di un comportamento codificato dal FACS come emozione

rispetto ad un comportamento codificato come non emotivo. Per questo motivo ha monitorato battito cardiaco, respirazione ed EEG su donne che vedevano un filmato piacevole o spiacevole. Confrontando le reazioni del SNA con le espressioni facciali riprese durante la visione dei filmati, si sono potute evidenziare delle differenze a livello di SNA tra emozioni piacevoli e spiacevoli.

B) Ancoli ha poi utilizzato questi risultati per verificare la possibilità del FACS di fare distinzioni più sottili tra le emozioni. Si è evidenziato che il FACS era in grado di distinguere: l'intensità di una emozione piacevole/spiacevole e quale tra due situazioni piacevoli era la migliore, era anche in grado di differenziare il disgusto rispetto a paura, rabbia e dolore.

C) In un altro esperimento, Ekman e Friesen, cercano di capire se sia possibile distinguere un'espressione facciale intenzionalmente mostrata da una autentica. E' stato evidenziato, attraverso l'utilizzo del FACS, che le espressioni fatte su richiesta mostrano una maggiore asimmetria del volto rispetto alle espressioni spontanee.

In letteratura si possono trovare studi che si occupano dell'espressione facciale delle emozioni:

D) DeBoer e Boxer (1979) hanno condotto uno studio relativo all'interazione adulto bambino, il cui scopo era di verificare se la madre modificasse il suo comportamento in risposta ad una espressione facciale o ad una particolare direzione dello sguardo del bambino. La consegna che veniva data alla madre era di indurre il sorriso nel bambino. In questo modo si voleva verificare se il comportamento della madre si modificava in risposta alle reazioni del bambino. In particolare l'attenzione è stata posta su tre comportamenti del bambino: il sorriso, la direzione dello sguardo e la posizione della testa. E' stato possibile evidenziare come le azioni della madre volte a stimolare il sorriso tendono ad adattarsi alle risposte di piacere o fastidio espresse dal bambino. È quindi fondamentale, per mantenere attiva l'attenzione del bambino e per una buona relazione di attaccamento, che la madre sia in grado di "leggere" le espressioni facciali e la direzione dello sguardo del suo bambino.

E) Gitter, Mostofsky e Guichard (1972) erano interessati a studiare come un osservatore esterno poteva valutare la direzione dello sguardo, il focus dello sguardo e l'espressione emotiva in una persona in relazione con un'altra. In particolare erano interessati a vedere se la presenza di una seconda persona influenza i giudizi dati da un osservatore su questi parametri, e se la percezione degli stessi era condizionata dall'evidenza che il secondo soggetto guardava o meno il primo. Ai partecipanti all'esperimento vennero fatte vedere delle fotografie che

ritraevano due donne che orientavano il loro sguardo in direzioni diverse; il compito era di valutare la direzione dello sguardo, il focus dello sguardo e il tipo di emozione espressa. Dai risultati è emerso che l'osservatore tende a lasciarsi condizionare nei suoi giudizi dalla presenza della seconda persona che partecipa all'interazione che si sta osservando.

F) Kimble e Olszewski (1980) si occupano dello sguardo e dell'espressione delle emozioni. In particolare vogliono capire come gli individui utilizzano lo sguardo per attribuire un significato emotivo alle loro parole. In un esperimento viene chiesto a dei soggetti di leggere un testo con significato positivo o negativo, metà dei soggetti dovevano dare una intonazione emotiva forte, mentre l'altra metà doveva interpretare il testo con un tono neutro. Fu possibile evidenziare che lo sguardo era mantenuto diretto davanti al soggetto quando si voleva esprimere una forte emozione. Il fatto che il testo avesse significato positivo o negativo, non condizionava la direzione dello sguardo.

1.5. IL CONTATTO CORPOREO

Il contatto corporeo è la forma più antica di comunicazione sociale, è presente in organismi molto semplici e anche nei bambini piccoli. Le altre forme di C.N.V. possono essere considerate uno sviluppo ulteriore di tipo evolutivo e maturativo. E' molto importante distinguere tra l'atto di toccare e l'essere toccati: mentre nel tatto attivo domina l'aspetto esplorativo, nel tatto passivo prevale la ricezione di segnali provenienti dall'esterno (Argyle, 1978). Il contatto corporeo tra due persone può avvenire in moltissimi modi diversi: accarezzare, pizzicare, fare il solletico, cullare, abbracciare, calciare, baciare, ecc.. ognuno di questi elementi assume un significato diverso a seconda della relazione esistente tra le due persone e della situazione in cui si verifica (Franchi, 1997).

Le funzioni del contatto sono diverse. Sicuramente la funzione più importante che questo canale riveste è quella di comunicare *atteggiamenti interpersonali*. Le relazioni interpersonali, dove è più facile che si sperimenti contatto corporeo sono (Argyle, 1978):

- Sesso: i contatti corporei legati al sesso hanno base genetica e sono simili in tutte le culture, esistono però anche delle regole culturali che stabiliscono ciò che è concesso fare e a chi.
- Allevamento: il tatto è sicuramente il canale di comunicazione più importante per i bambini che attraverso di esso riescono ad instaurare il legame di attaccamento con la madre, fondamentale per ottenere nutrimento sia fisico che psicologico ed emotivo.
- Amicizia: in questo caso il contatto corporeo ha la funzione di instaurare relazioni amichevoli con i propri simili, le forme di contatto corporeo si limitano ai saluti, colpetti sulle spalle e comportamenti di questo tipo.
- Aggressività: anche l'aggressività viene espressa attraverso il contatto corporeo, ma nella maggior parte dei casi si tratta più di manifestazioni di ostilità che di aggressività vera e propria.
- Contatto professionale: la vita moderna è frenetica e questo causa molto spesso stress, ansia e insicurezza; un antidoto per questi stati emotivi è sicuramente il contatto corporeo e quindi l'intimità, ma non solo quella che si vive in famiglia, anche l'intimità che si ottiene ricorrendo ai "toccatori" di professione come medici, ma anche estetisti, massaggiatori e tutte quelle categorie professionali che ci aiutano a prenderci cura del nostro corpo e a rilassarci (Franchi, 1997).

Il contatto corporeo può anche essere utilizzato come *segnale di interazione* e come *comportamento specificatamente codificato* in particolari cerimonie.

1.5.1. FISIOLOGIA

Il corpo è completamente ricoperto di *pelle*, l'organo che durante lo sviluppo embrionale si forma per primo, il più sensibile, il più efficace dei nostri mezzi di protezione e il nostro primo mezzo di comunicazione. La superficie della pelle possiede un numero enorme di recettori sensoriali che sono sensibili a stimoli di caldo, freddo, dolore ecc.... Le informazioni sensoriali che la pelle invia al cervello sono così numerose che le aree corticali di rappresentazione cutanea risultano molto estese, in particolare le aree relative alla mano, viso e bocca (Homunculus sensitivo) (Kandel, Jessell, 1988). Attraverso la pelle, il tatto è il primo senso che si sviluppa contemporaneamente con il sistema nervoso primitivo. Il bambino vive le prime esperienze tattili già durante gli ultimi mesi di gravidanza, infatti le contrazioni dell'utero vengono percepite come ondate di carezze lungo il corpo. Anche il parto è un'esperienza caratterizzata dal contatto che viene vissuto dal bambino come un'intensa carezza, infatti i tracciati fetali durante il travaglio sono quelli caratteristici del sonno. Il bambino alla nascita percepisce soprattutto attraverso il contatto ed è un'esperienza che coinvolge totalmente l'individuo, sia sul piano percettivo che emotivo; si tratta di un'esperienza globale. La pelle e il tatto possono quindi essere considerati il luogo della prima comunicazione umana, la prima forma di linguaggio (Franchi, 1997).

1.5.2. DIFFERENZE CULTURALI NEL RUOLO DEL CONTATTO CORPOREO

Il significato e il modo in cui avviene il contatto corporeo tendono a cambiare da una cultura ad un'altra. In India e in Cina il contatto corporeo all'esterno della famiglia è quasi totalmente assente. In queste stesse popolazioni, invece, riveste un'importanza fondamentale nell'allevamento dei bambini: vengono cullati e coccolati anche quando dormono, nella cultura indiana viene prestata particolare attenzione al massaggio del bambino. Anche in Gran Bretagna ci si tocca poco al di fuori della famiglia, se si escludono i contatti corporei professionali o quelli involontari. Invece in Africa le persone si tengono per mano e intersecano le gambe durante una conversazione come mezzo supplementare di comunicazione (Argyle, 1978).

1.5.3. LA CARENZA DI CONTATTO CORPOREO

Come abbiamo già evidenziato, il contatto corporeo è fondamentale per l'instaurarsi della relazione madre – bambino e per lo sviluppo sano del bambino stesso. Infatti si è visto che

L'assenza di contatto e di cure materne assidue durante la prima infanzia causano nel bambino disturbi di tipo diverso e influiscono negativamente sul suo sviluppo (Franchi, 1997). In particolare Spitz (Kreiser, 1994) parla di "depressione anaclitica"; con questo termine vuole sottolineare l'importanza della relazione con la madre durante il primo sviluppo. In questo studio l'autore descrive il progressivo deperimento di alcuni bambini che all'età di sei - otto mesi vengono separati dalla madre, dopo aver instaurato con lei un buon legame di attaccamento. Se il bambino non trova, all'interno dell'istituzione, un sostituto materno, iniziano a vedersi i sintomi che porteranno alla depressione: esasperazione drammatica dell'angoscia dell'ottavo mese a cui segue una fase di ritiro nella tristezza, per arrivare poi ad uno stato di torpore indifferente con assenza di risposta agli stimoli, caduta del quoziente di sviluppo, insorgenza di malattie fisiche e alcune volte anche la morte del bambino. Questa situazione tende a regredire molto velocemente se il bambino viene riavvicinato alla madre, a patto che il riavvicinamento avvenga entro tre mesi dalla separazione. Questo esempio ci permette di capire l'importanza del contatto corporeo per lo sviluppo normale del bambino.

1.6. GESTI E MOVIMENTI DEL CORPO

Si definisce gesto qualunque azione che invia un segnale visivo ad uno spettatore. Quindi per diventare gesto, un atto deve essere visto da un'altra persona e deve comunicarle qualche informazione. Questo avviene perché chi effettua il gesto vuole realmente comunicare qualcosa (agitare la mano in segno di saluto) oppure avviene in modo totalmente accidentale (starnutire) (Morris, 1977).

Il gesto può essere considerato un potente mezzo espressivo che permette di inviare molte più informazioni di quanto non sia possibile a parole; inoltre è possibile affiancare il gesto alla parola o addirittura renderlo un sostituto del discorso (Ottone, 1997).

1.6.1. CLASSIFICAZIONE DEI GESTI

Morris (1977) identifica alcuni modi specifici in cui il gesto può esprimersi.

- Gesti accidentali: sono azioni non sociali legate alla cura e al trasporto del nostro corpo, si fa quindi riferimento ad azioni come grattarsi, sbadigliare, starnutire, accavallare le gambe, assumere posture rilassanti. Quando effettuiamo queste azioni non siamo soli e quindi i nostri compagni ricevono delle informazioni su di noi e sulla nostra personalità. A volte se ci rendiamo conto dei segnali d'umore e di personalità che stiamo inviando possiamo cercare di controllarli, molto spesso però questi segnali parlano forte e chiaro. Il controllo dei gesti accidentali è uno dei processi che i bambini apprendono fin da piccoli.
- Gesti espressivi: rappresentano le espressioni facciali che sono comuni agli uomini di culture diverse e vengono effettuati anche da alcuni animali. Come abbiamo già evidenziato, la maggior parte dei segnali non verbali viene trasmessa dal volto, esistono però altre parti del corpo che sono diventate importanti mezzi di C.N.V. Le mani, per esempio, attraverso la gesticolazione, possono trasmettere sottili variazioni di umore mentre all'interno di un discorso hanno lo scopo inconscio di enfatizzarne una parte.
- Gesti mimici: attraverso questi gesti il soggetto tenta di imitare in modo preciso, un oggetto o una azione. Quindi un gesto mimico riuscito è comprensibile anche ad una persona che non l'ha mai visto prima. Esistono quattro tipi di gesti mimici: mimica sociale, fare la faccia adatta all'occasione; mimica teatrale; mimica parziale, il soggetto imita qualcosa che non è e che non potrà mai essere, come un uccello; mimica del vuoto, perché avviene in assenza dell'oggetto a cui ci si riferisce, simulare l'azione di bere tenendo in mano un bicchiere immaginario.

- Gestì schematici: tentano di rappresentare qualcosa scegliendo uno dei suoi aspetti piú evidenti. I gesti schematici fanno parte della tradizione locale; come ogni regione ha il suo dialetto, cosí avrá anche un repertorio di gesti.
- Gestì simbolici: indicano una qualità astratta che non ha corrispondenti nel mondo degli oggetti e dei movimenti; per esempio diciamo che una persona è matta battendo l'indice sulla tempia. Anche questi gesti hanno specificità locale.
- Gestì tecnici: vengono usati e compresi da certi specialisti in relazione alla loro professione (operatori di borsa).

1.6.2. GESTI ED EMOZIONI

Le mani non sono la parte del corpo piú adatta ad esprimere le emozioni, nonostante ciò alcune emozioni vengono espresse da queste e da altre parti del corpo. In particolare i messaggi trasmessi dai movimenti delle mani sono legati al livello di eccitazione di colui che parla. Lo stato emotivo prevalente produce gesti che non hanno lo scopo di comunicare e che vengono messi in atto anche in assenza di altre persone; per esempio i gesti rivolti al proprio corpo (toccarsi i capelli) hanno la funzione di scaricare la tensione (Argyle, 1978). Morris (1977) parla anche di gesti di "auto – contatto": sono gesti prodotti inconsciamente e senza uno scopo comunicativo, ma con l'importante significato di fornire informazioni sullo stato del soggetto (pulizia, protezione del corpo). Vi sono poi i gesti che esprimono atteggiamenti verso gli altri e che vengono diretti verso il loro corpo; di solito questi gesti vengono iniziati, ma non portati a termine. I piú comuni sono: movimenti di intenzione e di attacco (minaccia a braccio alzato); gesti aggressivi a vuoto (agitare il pugno); azioni deviate su una superficie o su se stessi (mordersi le nocche delle dita) (Ottone, 1997).

1.6.3. GESTI E PERSONALITA'

E' esperienza comune il fatto di poter riconoscere una persona a distanza guardando solo i movimenti del corpo. Ogni persona si caratterizza infatti per un proprio stile gestuale, che tende però a modificarsi sulla base dello stato d'animo (Ottone, 1997).

Argyle (1978) afferma che esiste una correlazione tra personalità ed aspetto emozionale dei gesti, ci si aspetta infatti che una persona aggressiva utilizzi molto gesti violenti e rumorosi. Il gesto può anche essere definito come la conseguenza di emozioni inibite che non avendo altro modo per esprimersi passano attraverso questo canale.

1.6.4. GESTI LEGATI AL DISCORSO

Nella maggior parte delle società primitive esisteva una doppia lingua: quella orale e quella dei gesti. Con lo sviluppo culturale e con le successive “liberazioni”, la funzione comunicativa primaria dei gesti è stata superata dalla parola. Nonostante il predominio della parola, però, l’uomo ha conservato alcuni elementi del linguaggio gestuale che possiamo ritrovare ancora oggi nel discorso (Ottone, 1997). I movimenti del corpo forniscono un secondo canale, in aggiunta a quello verbale, e sono molto utili per la sincronizzazione e per avere un’informazione di ritorno. I gesti sono utili anche per illustrare oggetti o azioni difficili da esprimere a parole. Tra le varie parti del corpo, le mani sono sicuramente l’elemento che meglio accompagna il discorso; tra i gesti più comuni possiamo averne alcuni che enfatizzano le parole, mentre altri hanno la funzione di indirizzare l’attenzione di chi ascolta (Argyle, 1978).

1.6.5. GESTI E RITUALI

Durante i rituali, i partecipanti mettono in atto una serie di gesti e movimenti direttamente collegati al tipo di rituale in corso. Esistono diversi tipi di rituali; Morris (1977) ne identifica alcuni.

- **Rituali di saluto:** i gesti utilizzati sono differenti a seconda che si riferiscano all’accoglienza o al commiato, anche se la differenza è minima, infatti si osservano sempre strette di mano, baci e abbracci.
- **Riti di trionfo:** i gesti messi in atto sono volti a manifestare la superiorità del vincitore, che esprime il suo stato d’animo cercando di aumentare la sua altezza rispetto a tutti gli altri.
- **Riti religiosi:** i gesti che si osservano durante queste cerimonie sono altamente codificati e tendono ad esprimere la sottomissione alla divinità.

1.6.6. GESTO COME MANIFESTAZIONE DI DIFFICOLTA’

In varie situazioni in cui è presente una patologia o un disturbo, è possibile osservare una particolare gestualità. Possiamo per esempio evidenziare:

- Stereotipie gestuali, tipiche dei soggetti psicotici, sono un segnale di ansia con significato nascosto.
- Sindrome ipercinetica, evidenzia una difficoltà di rapporto con il mondo esterno, è caratterizzata da attività motoria continua, distraibilità, impulsività, labilità dell’umore.
- Ritardo psicomotorio semplice, si caratterizza per il raggiungimento verso i 6/7 anni di un livello motorio non adeguato all’età del soggetto.

- Impaccio motorio, è caratterizzato da disordine funzionale, involontario, globale o parziale, dell'atto motorio, la gestualità è stabile ma inadeguata alle potenzialità del soggetto.

Si possono anche osservare: tic, disprassie, maldestrezza, inibizione motoria e altre difficoltà legate al movimento (Ottone, 1997).

1.7. LA POSTURA

Possiamo definire il controllo posturale come l'insieme dei processi statici e dinamici che condizionano la posizione del corpo nello spazio, conservando l'orientazione rispetto alla forza di gravità (Quaglia, 1997). Le tre principali posture dell'uomo sono: eretta, seduta, distesa; chiaramente queste posture hanno delle variazioni corrispondenti alla specifica posizione delle braccia, delle gambe e alla diversa angolazione del corpo. Alcune posture sono presenti solo in particolari culture (Argyle, 1978). La postura è legata al tono muscolare del corpo; con tono si intende lo stato di tensione attiva del muscolo che viene mantenuto grazie a meccanismi nervosi di regolazione. Il tono muscolare è però anche un importante veicolo di messaggi relazionali, è fondamentale nella comunicazione del soggetto con l'ambiente (Quaglia, 1997).

1.7.1. EVOLUZIONE FILOGENETICA ED ONTOGENETICA

Nel corso dell'evoluzione l'uomo ha compiuto una serie di "liberazioni": della testa dal suolo, questo ha portato alla stazione eretta; della mano dal vincolo della locomozione e questo ha avviato l'evoluzione culturale e la successiva liberazione del cervello anteriore che ha permesso il raggiungimento di capacità intellettive e linguistiche proprie della specie umana. Queste liberazioni hanno quindi dato inizio al processo di evoluzione culturale, che è caratterizzato sia da un perfezionamento della struttura cerebrale, sia da un adattamento della struttura corporea. Quindi, secondo quanto abbiamo detto relativamente alle liberazioni, lo sviluppo dell'uomo non sarebbe dovuto primariamente al cervello, ma all'evoluzione dell'apparato locomotore necessaria per adattarsi all'ambiente ed entrare in relazione con esso. La locomozione rappresenta l'elemento fondamentale dell'evoluzione biologica (Quaglia, 1997).

Per quanto riguarda l'evoluzione posturale del bambino, possiamo vedere come questa inizi dalla testa per arrivare ai piedi. Alla nascita infatti il bambino non è in grado di sostenere la testa se non viene aiutato da un adulto, ed è solo verso i due mesi che è in grado di tenerla eretta da solo. La successiva conquista riguarda il raggiungimento della posizione seduta. Verso i quattro mesi il bambino è in grado di stare seduto se ha un appoggio per la schiena e solo verso i dieci mesi riesce a stare seduto autonomamente. Successivamente si verifica la conquista della stazione eretta, mentre la locomozione viene raggiunta attorno ai tredici, quattordici mesi (Quaglia, 1997).

1.7.2. POSTURA ED EMOZIONI

Esiste un legame tra lo stato emotivo di una persona e il corrispondente atteggiamento tono posturale. Mentre l'espressione del volto esprime prevalentemente informazioni sull'emozione, la postura ci comunica informazioni relative all'intensità dell'emozione sperimentata (Argyle, 1978).

E' stato rilevato che il modo di esprimere determinate emozioni tende a cambiare da cultura a cultura, ma alcuni aspetti rimangono invariati. Argyle (1978) riporta l'esempio dell'umiltà in cui è possibile vedere come il modello di comportamento cambia con la cultura; dai dati però emerge anche che alcuni comportamenti base restano invariati al variare della cultura: nel caso dell'espressione dell'umiltà, in tutte le culture sono presenti particolari posture come inchinarsi, accovacciarsi o abbassare il capo. Anche le posture di alcune categorie di malati di mente possono essere indicative di particolari stati emotivi: i depressi tendono ad avere una postura accasciata, indifferente e siedono rannicchiati; i maniacali sono di solito ipervigili e stanno eretti, il loro corpo è costantemente in uno stato di eccitazione; mentre gli schizofrenici di solito stanno isolati e rifiutano di comunicare, la loro postura è piuttosto rigida (Ba, Labanca, 1997). Esiste una relazione tra tono muscolare ed emozione sperimentata; infatti ad ogni emozione sono collegati un comportamento tonico, specifiche attitudini posturali e reazioni muscolari e viscerali (Quaglia, 1997).

1.7.3. POSTURA E ATTEGGIAMENTI INTERPERSONALI

La postura è un mezzo importante per trasmettere atteggiamenti interpersonali. Due in particolare sono le posture importanti a livello relazionale: la *rilassatezzazza*, che consiste nell'assunzione di posizioni asimmetriche di braccia e gambe accompagnate da inclinazione laterale del busto; e l'*immediatezza*, che è caratterizzata dal busto inclinato in avanti, dalla presenza del contatto corporeo e da vicinanza spaziale. L'immediatezza tende a ridurre la distanza e quindi a migliorare la visibilità tra gli interlocutori. La postura è inoltre legata alla dominanza, ma anche a sentimenti di amicizia o di ostilità (Argyle, 1978).

1.7.4. POSTURA E DIALOGO

Come il gesto, anche la postura accompagna il dialogo con movimenti lenti e poco frequenti. La postura ha una funzione intermedia tra il gesto e il movimento, dal momento che definisce un periodo più lungo del gesto e più corto del comportamento spaziale. La scelta di una particolare postura nel corso dell'interazione verbale, tende ad orientarne l'evoluzione e ad inserire significati importanti per la comunicazione stessa (Quaglia, 1997). Grande

importanza riveste il fenomeno dell'”eco posturale“, inteso come modo in cui gli amici agiscono inconsciamente all'unisono. Morris (1977) mette in evidenza questo fenomeno sottolineando che quando due amici si incontrano e discorrono in modo informale, tendono ad assumere posture molto simili, fino ad apparire quasi l'uno la copia dell'altro raggiungendo una sintonia e simultaneità soddisfacenti per entrambi. Proprio per questo motivo, se una persona non partecipa all'attività del gruppo, le vengono rivolti inviti pressanti alla partecipazione: la persona che non partecipa, con il suo comportamento rompe l'eco posturale del gruppo e in questo modo ne disturba l'andamento. Morris sottolinea anche che l'eco posturale non è un processo imitativo volontario.

II. LA RIABILITAZIONE

2.1. INTRODUZIONE

Da più di dieci anni la nozione di Riabilitazione è entrata a far parte del “discorso” psichiatrico: è ormai riconosciuta come una sottodisciplina della psichiatria. E’ importante sottolineare, però, che le ragioni di questo interesse sono da ricercare non tanto nei mutamenti avvenuti nelle teorie sulla malattia mentale, ma nelle dinamiche sociali, culturali ed economiche che hanno influenzato la condizione dei malati di mente molto di più di quanto non siano riuscite a fare le scoperte della psichiatria.

Si possono evidenziare tre ragioni, dirette o indirette, alla base di un interesse tanto vivo da parte della comunità psichiatrica internazionale per la riabilitazione.

- A partire dagli anni '60 in tutto il mondo è diminuito il numero di pazienti psichiatrici internati negli ospedali; esistono motivi diversi alla base di questo fenomeno. In Italia, per esempio, è dipeso in gran parte dagli effetti del movimento di critica alle istituzioni psichiatriche che poi ha portato alla legge di riforma del 1978 ad opera di Franco Basaglia. Sicuramente negli ultimi venti anni si è assistito nel contesto internazionale a grandi mutamenti nel campo dell’assistenza psichiatrica pubblica; in particolare ci si è sempre più orientati verso la deistituzionalizzazione e questo ha anche comportato la necessità di ridimensionare i contenitori psichiatrici. In realtà non è stata una vera e propria deistituzionalizzazione, quanto piuttosto una deospedalizzazione, cioè il passaggio, per i pazienti, da una condizione di abbandono manicomiale, ad una condizione di abbandono extramanicomiale. Una grande massa di pazienti, non più contenuti e vigilati, ha aperto problemi giganteschi per la famiglia di origine, per le autorità sanitarie e per la collettività.

La riabilitazione nasce proprio come risposta alla domanda di intrattenimento extramanicomiale e di miglioramento della qualità dell’assistenza di tutti questi pazienti.

- Le nuove pratiche riabilitative permettono di far fronte sia alla domanda del paziente non ospedalizzato, sia a quella del paziente ancora in ospedale. Le ragioni della necessità di “fare riabilitazione” anche all’interno dell’istituzione manicomiale sono legate alla sempre più diffusa affermazione dei diritti dei pazienti psichiatrici ospedalizzati ed in generale dei malati.

- Un altro motivo è strettamente collegato all'evoluzione delle conoscenze psichiatriche. A tutt'oggi esistono moltissimi dati a sostegno dell'ipotesi che una buona parte di pazienti psicotici può migliorare e addirittura guarire nel corso del tempo. Quindi il decorso e la prognosi della psicosi sembrano essere meno sfavorevoli di quanto non si pensasse. E' stato possibile evidenziare che la cronicizzazione di molti malati psichici non è in prevalenza il risultato della malattia, quanto piuttosto di molte variabili legate al contesto sociale e familiare (Saraceno, 1996).

2.2. DEFINIZIONI

Prima di entrare nel vivo del discorso sulla riabilitazione e sull'insieme dei modelli che si sono sviluppati nel corso del tempo, è importante cercare di dare una definizione dei termini che con maggiore frequenza ricorrono quando si parla di riabilitazione.

2.2.1. DANNO O MENOMAZIONE

Anthony e Liberman (Liberman, 1997) definiscono la menomazione come qualsiasi perdita o anomalia di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche, risultanti da una patologia sottostante. Queste anomalie che comportano deficit nelle funzioni attentive, cognitive, nell'elaborazione delle informazioni vengono considerate una patologia attiva o uno stato di malattia. Le menomazioni psichiche possono includere disturbi del pensiero e del linguaggio, deliri, allucinazioni, depressione, ansia, perdita di memoria, distraibilità. E' possibile ipotizzare che queste menomazioni siano in qualche modo correlate ai principali disturbi mentali.

2.2.2. DISABILITA'

Fava e Lora (Ba, 1997) riprendono la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e definiscono la disabilità come caratterizzata dalla perdita o dalla restrizione delle capacità di svolgere particolari ruoli sociali che normalmente vengono richiesti ad un individuo nel suo ambiente naturale: il soggetto disabile psichicamente è incapace, in parte o del tutto, di svolgere i ruoli sociali che gli vengono richiesti dalla famiglia, dai conoscenti e in generale dalla società in cui vive. Ba e Peserico (Invernizzi, 1996) distinguono tre livelli di disabilità:

A) Primaria: viene rappresentata e costituita dal danno intrinseco indotto dai sintomi psichiatrici. E' il tipo di disabilità che porta il paziente a contatto con i servizi psichiatrici. Questi disturbi comportano frequentemente problemi o conflitti con i famigliari, nelle relazioni sociali e nel mondo del lavoro.

B) Secondaria: è determinata dalle cosiddette reazioni personali avverse. Una crisi psichica, caratterizzata da gravi disturbi, è un'esperienza estremamente sconvolgente sia per l'individuo che la vive, sia per le persone che lo circondano e gli effetti di questa esperienza possono perdurare anche dopo che il disturbo in se stesso è scomparso o si è ridotto. Le reazioni individuali possono assumere varie forme, come per esempio la perdita della stima di sé oppure la negazione del problema, arrivando addirittura a negare il pensiero di aver avuto un qualsiasi disturbo.

C) Terziaria: è costituita dagli handicap sociali determinati dalle condizioni materiali di vita del soggetto, indipendentemente dalla malattia. Povertà, solitudine, mancanza di un lavoro o di una abitazione sono tutti fattori che amplificano la disabilità dovuta agli handicap primari e secondari. Questo svantaggio sociale può essere preesistente al disturbo psichiatrico, ma spesso è il risultato del disturbo psichiatrico e della conseguente disabilità.

E' molto importante sottolineare come non sia il disturbo in sé a creare la disabilità, quanto piuttosto le reazioni ambientali al disturbo, o meglio, i circuiti viziosi di interazione patologica tra l'individuo e il suo ambiente. Così le limitazioni imposte dal disturbo porterebbero per gradi ad una risposta ambientale di svalutazione, emarginazione, riduzione delle aspettative, rifiuto e stigmatizzazione. Queste reazioni ambientali spingono sempre più il paziente all'insicurezza, all'evitamento e al progressivo isolamento per cercare di sottrarsi alle interazioni dolorose per il suo senso di autostima (Scala, 1998).

2.2.3. CRONICITA'

Prima di parlare di riabilitazione è importante introdurre il concetto di cronicità; infatti la maggior parte dei pazienti che usufruiscono di trattamenti riabilitativi sono soggetti cronici. Per capire cosa si intende per cronicizzazione in ambito psichiatrico, è importante vedere il ruolo dell'ambiente nell'evoluzione del disturbo mentale. Il modello esplicativo della cronicità attualmente più diffuso è quello *biopsicosociale* che, al fine di spiegare esordio, decorso ed esito del disturbo psichico, utilizza quattro elementi: vulnerabilità, stress, adattamento, competenza. Secondo questo modello, un evento stressante che supera le capacità di adattamento della persona, caratterizzata da un certo livello di vulnerabilità, può essere la conseguenza e anche la causa di un evento morboso. Il processo che porta alla cronicizzazione è quindi fortemente influenzato, più che da fattori biologici ed ereditari, da fattori relazionali, ambientali e strutturali. Quindi un paziente tende verso la cronicità quando chi lo circonda decide di non investire più nulla su di lui. Dal punto di vista istituzionale, invece, si parla di paziente cronico quando è presente un alto numero di recidive, oppure quando il paziente utilizza frequentemente i servizi psichiatrici (Ba, Peserico, 1996).

2.2.4. RIABILITAZIONE

Con il termine riabilitazione ci si può riferire, di volta in volta, ad una cultura, una teoria, una prassi o lo scenario concreto in cui questa prassi si svolge: non è facile dare una definizione definitiva del termine riabilitazione. In senso letterale significa ri-acquisizione di una abilità perduta in relazione ad un disturbo psichico o alle sue conseguenze. L'elemento base della

riabilitazione consiste nell'idea che la riacquisizione di abilità, associata ad opportune modifiche dell'ambiente di vita del soggetto, permettano al paziente di recuperare il ruolo sociale da lui scelto. Lo scopo finale dell'intervento riabilitativo è l'integrazione del paziente nella società, al massimo grado di autonomia possibile; ciò allo scopo di migliorare la qualità della vita e di permettere al soggetto di condurre un'esistenza il più normale possibile nella società (Filosa, 1998).

L'operare riabilitativo rientra nel contesto più ampio della prevenzione. Infatti la riabilitazione è un modo di operare al fine di prevenire la cronicizzazione di una data disabilità. Si possono distinguere tre livelli di prevenzione:

A) Primaria: cerca di evitare che la persona entri in contatto con la malattia, o comunque cerca di ridurre drasticamente la probabilità di contatto;

B) Secondaria: cerca di contenere la diffusione della malattia, consiste nella cura vera e propria del disturbo, ponendo a disposizione del paziente tutti gli strumenti e le tecniche necessarie;

C) Terziaria: è caratterizzata dall'insieme delle operazioni messe in atto per attenuare le conseguenze del disturbo e quindi per evitare la cronicizzazione e l'incapacità sociale del paziente (Ba, Peserico, 1996).

Dal punto di vista operativo, il destinatario della riabilitazione non è soltanto il paziente, ma tutto il suo contesto ambientale di riferimento che va interessato e coinvolto allo scopo di facilitare un adattamento reciproco. La riabilitazione si differenzia sostanzialmente dall'assistenzialismo: infatti gli operatori non si sostituiscono al paziente, ma lo stimolano e lo sostengono nel cammino terapeutico. In questo modo il recupero può essere inteso come una riattivazione globale di quella parte sana che, anche se compromessa, è pur sempre presente (Ba, Peserico, 1996).

2.3. MODELLI

2.3.1. MODELLI DI SOCIAL SKILLS TRAINING

Il *social skills training* (SST) è diventato una componente essenziale delle attuali strategie della riabilitazione psichiatrica. I pazienti affetti da disturbi mentali hanno gravi deficit del comportamento interpersonale e sociale, inoltre molti hanno difficoltà ad affrontare le incombenze della vita quotidiana e quindi a svolgere un ruolo sociale attivo. Il social skills training è un intervento psicosociale specificatamente destinato a rispondere ai bisogni di quei pazienti che presentano difficoltà nel funzionamento sociale; è un insieme di metodi messi in atto allo scopo di promuovere l'acquisizione, generalizzazione e permanenza nel tempo delle abilità necessarie per vivere nella società (Corrigan, Schade, Liberman, 1997). In altre parole si punta l'attenzione sullo sviluppo e sul potenziamento delle competenze interpersonali e professionali, il tutto collegato all'uso dei farmaci che permettono di alleviare i gravi sintomi psichiatrici, la cui presenza impedirebbe ogni lavoro riabilitativo. La riabilitazione implica due tipi di intervento: uno centrato sul soggetto e sullo sviluppo delle sue abilità, l'altro centrato invece sul contesto di vita del paziente. Generalmente, però, si tende a puntare l'attenzione sul soggetto, trascurando di lavorare anche sull'ambiente che circonda il paziente (Saraceno, 1996).

Corrigan, Schade e Liberman (Liberman, 1997) si occupano del social skills training e cercano di evidenziarne i punti più importanti.

Attraverso queste tecniche si cerca di modificare il comportamento del soggetto in tre aree specifiche: le reazioni non verbali, i comportamenti relativi al contenuto e le abilità cognitive di problem solving. Questi autori sottolineano come il SST favorisca nei pazienti l'acquisizione, con successo, di molti comportamenti verbali e non. In particolare, per esempio, il problem solving insegna ai pazienti a definire i problemi e a formulare una gamma di possibili soluzioni.

Per ottenere il massimo beneficio dal SST, è importante che i pazienti imparino ad utilizzare le nuove competenze anche al di fuori del contesto riabilitativo, che l'apprendimento venga, cioè, generalizzato; non è però evidente che ciò avvenga effettivamente. Esistono delle strategie che possono aiutare il processo di generalizzazione; tra queste possiamo evidenziare: il sovra apprendimento (più lungo è il periodo di addestramento e più lunga sarà la durata degli effetti dopo la fine del trattamento); cercare di stimolare le abilità in moltissimi contesti diversi; dare ai pazienti dei compiti da fare a casa (è un'importante strategia che permette di

trasferire quanto appreso alle situazioni del quotidiano); infine, un altro metodo è l'addestramento in vivo, cioè mettere in atto le abilità su cui si sta lavorando direttamente nel contesto di vita del soggetto.

Uno dei maggiori obiettivi del SST è di migliorare le capacità di funzionamento autonomo del paziente nei contesti di vita reale; un addestramento efficace, quindi, è sicuramente legato alla riduzione della frequenza e della gravità dei sintomi psichiatrici e dunque delle ricadute e dei ricoveri. Se il SST è in grado di aumentare le competenze del soggetto, da queste tecniche deriva, indirettamente, un miglioramento della qualità della vita, sia per il paziente sia per le persone che gli sono vicino.

All'interno del social skills training si possono evidenziare modelli di tipo diverso; tra questi possiamo evidenziarne alcuni (Corrigan, Schade, Liberman, 1997).

2.3.1.1. MODELLO DEL COMPORTAMENTO NON VERBALE

Secondo questo modello, i deficit delle abilità sociali sono dovuti ad esperienze di apprendimento inadeguate oppure a rinforzi ambientali carenti. Per questo motivo l'intervento riabilitativo deve per prima cosa raccogliere tutte le informazioni utili a capire il tipo di deficit del soggetto e successivamente deve definire, insieme al paziente, gli obiettivi che si intendono raggiungere. Durante l'addestramento, il paziente partecipa a simulazioni di situazioni problematiche che gli sono capitate recentemente o che gli potrebbero capitare in futuro e si deve comportare come se la situazione che sta vivendo fosse reale. In questo modo il soggetto impara, poco per volta, qual è il comportamento migliore in ogni situazione.

2.3.1.2. MODELLI COGNITIVI

La competenza sociale deriva da eventi che costituiscono delle regole guida elaborate e rappresentate cognitivamente. E' proprio su queste regole che puntano l'attenzione i modelli cognitivi. Tra questi modelli possiamo evidenziare:

- **Problem solving:** le interazioni sociali vengono considerate come dei puzzle che devono essere decifrati e poi messi in atto. Il metodo di addestramento messo in atto nel problem solving consiste in cinque fasi: identificare gli elementi della situazione problematica, cercare delle possibili soluzioni alternative, selezionare una soluzione, metterla in atto, valutare il risultato finale. E' stata dimostrata una correlazione positiva tra effettive abilità di problem solving e competenza sociale; inoltre si è visto che l'addestramento al problem solving è in grado di rimediare a molti deficit dovuti a problemi psichiatrici.

- Elaborazione dell'informazione: si ritiene che la percezione sociale possa venire precocemente pregiudicata quando l'input dello stimolo interattivo è distorto o compromesso da anomalie psicobiologiche; in questo modo si originano abilità e competenze sociali deteriorate. Dal momento che i deficit percettivi sono in grado di influenzare a vari livelli il funzionamento sociale, un addestramento che punta l'attenzione proprio sulle abilità di percezione, di elaborazione delle informazioni e di risposta, sarà in grado di migliorare la percezione sociale complessiva del soggetto.
- Schemi sociali: tendono ad influenzare le abilità interpersonali e a creare modelli di comportamento che guidano la nostra condotta fino ad originare le cosiddette "profezie che si autodeterminano": il giudizio iniziale su una persona tende a classificarla e questo condiziona le successive reazioni di altre persone nei suoi confronti. Gli schemi sociali possono essere considerati come sequenze di abilità messe in atto automaticamente e quindi senza l'intervento della coscienza (script).
- Modelli linguistici: l'interazione sociale si basa su messaggi trasmessi in forma paralinguistica e non verbale. Attraverso la classificazione dei diversi aspetti di una interazione si possono evidenziare cinque atti linguistici: *rappresentativi* (una opinione viene trasmessa con asserzioni, consigli ed allusioni); *direttivi* (si usano per influenzare il comportamento degli altri); *direzionanti* (dirigono il soggetto verso azioni future); *espressivi* (dirigono gli stati affettivi); *dichiarativi* (pongono fine alle relazioni sociali attraverso espressioni di rifiuto).

2.3.1.3. MODELLO DELL'AUTOCONTROLLO

In questo modello, l'addestramento cognitivo comportamentale ha lo scopo di incrementare le abilità del paziente nel gestire in modo flessibile il suo comportamento. Attraverso l'autocontrollo il soggetto mette in atto azioni volte ad ottenere le interazioni sociali desiderate. L'autocontrollo è caratterizzato da: auto osservazione (processo che permette al soggetto di monitorare il suo comportamento); auto valutazione (il soggetto confronta il suo comportamento con criteri interni ed esterni); auto rinforzo (auto somministrazione di ricompense o punizioni).

2.3.2. MODELLI PSICOEDUCATIVI

Questi modelli sono derivati dall'applicazione degli studi sull'Emotività Espressa (EE). Le tecniche psicoeducative coinvolgono i familiari del paziente con lo scopo di aumentare la loro

consapevolezza relativamente alla patologia, ai sintomi e alle conseguenze delle loro interazioni familiari (Ba, Peserico, 1996).

2.3.2.1. EMOTIVITA' ESPRESSA

Le ricerche sull'EE iniziano attorno agli anni Cinquanta, in seguito all'osservazione che i pazienti lungodegenti dimessi dagli ospedali psichiatrici andavano più facilmente incontro a recidive se tornavano a vivere in famiglia, rispetto ai pazienti che invece andavano a vivere da soli. E' stato possibile dividere le famiglie dei pazienti in due gruppi: *famiglie ad Alta Emotività Espressa*, caratterizzate da un elevato numero di commenti critici nei confronti del paziente, ostilità, ipercoinvolgimento emotivo, poca empatia; e *famiglie a Bassa Emotività Espressa*, caratterizzate invece da empatia, calore, affermazioni positive espresse nei confronti del paziente, bassi livelli di criticismo e di ostilità. Da queste ricerche è emerso che i pazienti inseriti in una famiglia ad alta EE o che avevano frequenti contatti con i propri familiari con elevata ostilità, dopo le dimissioni dall'ospedale psichiatrico avevano più probabilità di andare incontro a ricadute rispetto a quelli che rientravano in famiglie a basso coinvolgimento emotivo.

L'EE viene considerata un indicatore del tipo di rapporti esistenti all'interno della famiglia. Secondo il modello biopsicosociale, il soggetto è caratterizzato da una vulnerabilità biologica che lo porta a risentire maggiormente degli eventi stressanti; con la conseguente comparsa dei sintomi psichiatrici. I sintomi del paziente, a loro volta, indurrebbero una attivazione dei familiari con un aumento della loro EE che causa, nel paziente, peggioramento dei sintomi e recidive. Un elevato livello di EE sarebbe l'espressione dello stress cronico a cui sono sottoposti i familiari a causa dei sintomi del paziente e del loro tentativo di spingere il paziente al miglioramento. A prima vista quindi potrebbe sembrare che gli sforzi dei familiari possano ottenere solo un peggioramento dei sintomi. Per questo motivo è molto importante impostare un lavoro riabilitativo che coinvolga anche la famiglia (Morviducci, Guerriero, Madonna, 1998).

2.3.2.2. GLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI

Per prima cosa è importante sottolineare che le finalità dell'intervento psicoeducativo sono essenzialmente quelle di diminuire o impedire le ricadute. Inoltre, come abbiamo già avuto modo di evidenziare parlando di EE, la presa in carico della famiglia è fondamentale per la buona riuscita del trattamento terapeutico riabilitativo. Solitamente per coinvolgere l'ambiente familiare, trasformandolo da potenziale fattore di stress a fattore di protezione e

per aiutarlo a mantenere una adeguata rete di relazioni sociali senza ammalarsi nel compito di assistenza al paziente, si propongono esperienze di trattamento e formazione dei nuclei familiari, focalizzate su abilità cognitive e comportamentali (Goldwurm, Meneghelli, Scarlato, 1997).

Le strategie più comunemente utilizzate durante l'intervento con la famiglia sono:

- Favorire lo sviluppo e il potenziamento delle risorse "sane" della famiglia;
- Fornire informazioni su ogni aspetto della patologia del congiunto;
- Ridimensionare le aspettative e gli atteggiamenti dei familiari rispetto al paziente;
- Favorire l'accettazione della cronicità indotta dalla malattia (Ba, Peserico, 1996).

Vediamo quali sono le fasi dell'intervento riabilitativo che coinvolge la famiglia.

A) La prima fase consiste nello stabilire un contatto con la famiglia per cercare di diminuire le reazioni negative alla malattia, il senso di colpa e lo stress (Saraceno, 1996).

B) Nella seconda fase, viene fatta una valutazione dell'atmosfera emozionale, degli atteggiamenti e delle aspettative verso il paziente cercando di definire il livello di Emotività Espressa presente in quella famiglia.

C) La terza fase comprende una serie di incontri di gruppo, il cui scopo è quello di informare e formare relativamente ad ogni aspetto della malattia e dei bisogni dei pazienti; inoltre questi incontri permettono alle famiglie di confrontarsi e di trovare un sostegno in altre famiglie che stanno vivendo la loro stessa situazione (Goldwurm, Meneghelli, Scarlato, 1997).

D) Successivamente, ogni singolo nucleo familiare, compie l'analisi e l'applicazione di quanto acquisito alla specificità delle loro problematiche; questa fase ha lo scopo di mantenere il soggetto in comunità aumentando il livello di tolleranza della famiglia, per ottenere, con il tempo, una progressiva riassunzione di responsabilità da parte del paziente.

E) L'ultima fase viene detta di mantenimento, in quanto ha lo scopo di portare a termine la reintegrazione del soggetto nei ruoli sociali normali attraverso sessioni di terapia familiare (Saraceno, 1996).

2.3.3. PROGRAMMI PSICOSOCIALI

L'enfasi data ai ricoveri brevi e alla necessità di aumentare i periodi di permanenza nella società anche per i malati mentali più gravi, ha messo in luce l'importanza della riabilitazione e in particolare di tutti gli approcci alternativi alla psicoterapia tradizionale, come per esempio l'addestramento alle abilità connesse al vivere quotidiano che spesso risultano carenti. Un

programma alternativo che ha ottenuto molto successo è il Programma Psicosociale destinato a pazienti psichiatrici deistituzionalizzati (Glynn, Mueser, 1997).

La riabilitazione di pazienti psichiatrici cronici istituzionalizzati a lungo termine è una continua sfida, dal momento che questi pazienti, oltre ad avere un deficit nelle competenze personali e sociali, hanno svolto un percorso definito di “desocializzazione”, caratterizzato da una progressiva espulsione dalla società e dal successivo internamento istituzionale. Quindi, a comportamenti di autoisolamento si sommano sentimenti di rabbia e sensi di colpa che investono tutti gli attori coinvolti in questo processo di reciproco allontanamento. Alla fine di questo percorso, definito “spirale viziosa verso la stabilizzazione cronica”, il paziente raggiunge un grave livello di impoverimento delle sue capacità relazionali e sociali. Il compito della riabilitazione, e dei programmi psicosociali, diventa quindi quello di neutralizzare i processi cronici per accrescere l’articolazione sociale del soggetto con l’ambiente e quindi permettere al paziente di recuperare le competenze perdute che gli consentiranno di comportarsi con successo ed efficacia nell’ambito delle norme socialmente condivise (Saraceno, 1996).

Esistono due tipi di programmi psicosociali: un *programma di social learning*, basato sui principi dell’apprendimento associativo, sul problem solving e sull’utilizzo del rinforzo; ed un *programma di terapia ambientale*, basato sulla teoria della comunicazione e su un modello terapeutico volto a promuovere comportamenti risocializzanti. Entrambi i programmi hanno, comunque, lo scopo di favorire la risocializzazione del paziente, sviluppando le sue abilità interpersonali e di autoaccudimento. I due programmi, social learning e terapia ambientale, si articolano lungo più livelli che si muovono progressivamente verso situazioni sempre meno strutturate e con la necessità di maggiore impegno sia economico che psicologico da parte dei pazienti (Glynn, Mueser, 1997). L’obiettivo che si vuole raggiungere attraverso questi programmi riabilitativi è l’adattamento del soggetto desocializzato alle richieste normative del suo contesto di vita. Infatti la critica che più frequentemente viene mossa a questo metodo riabilitativo consiste proprio nell’esclusiva attenzione posta al paziente con l’obiettivo di rieducarlo in ogni modo e il più possibile alle richieste e alle aspettative del contesto, il quale non viene minimamente posto in discussione (Saraceno, 1996).

2.3.4. APPROCCIO PSICODINAMICO ALLA RIABILITAZIONE

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, i diversi approcci riabilitativi vengono spesso utilizzati con pazienti cronici, affetti da disturbi psichici che vanno dalla psicosi ai disturbi di

personalità e all'insufficienza mentale. In tutte queste patologie il disturbo mentale del soggetto esprime, a livelli diversi di gravità, un'alterazione della capacità di relazione del paziente con se stesso e con gli altri. Questa incapacità ad instaurare e mantenere adeguate relazioni sociali si manifesta attraverso una alterazione della capacità di pensiero e di comunicazione con il mondo esterno. La riabilitazione può essere considerata un percorso attraverso il quale il paziente può migliorare le proprie relazioni con se stesso e con gli altri. La riabilitazione deve quindi mirare alla ricostruzione delle strutture del sé intrapsichico che sono alla base dei vari modi di relazione oggettuale: il Sé corporeo, il Sé espressivo, il Sé verbale (Ba, Peserico, 1996).

Possiamo vedere quali sono le principali tecniche riabilitative che permettono di intervenire sulle strutture del Sé.

2.3.4.1. SE' CORPOREO

In relazione al Sé corporeo possono essere utilizzate tecniche di espressività corporea, tecniche psicomotorie o la danzaterapia, sia individuali che in gruppo a seconda delle esigenze del paziente.

A) L'espressione corporea: il corpo umano e il suo movimento nello spazio hanno un valore espressivo e comunicativo indispensabile per poter realizzare ogni forma di terapia che non si basi solo sull'osservazione del soggetto, ma punti l'attenzione su una comunicazione empatica coerente con il principio di unità psicofisica dell'uomo. L'evoluzione delle terapie centrate sul corpo comprende due principali impostazioni: la prima punta l'attenzione principalmente sulla riacquisizione, da parte del paziente, di competenze di tipo funzionale; la seconda tendenza affonda invece le radici nelle teorie psicoanalitiche, con un conseguente approccio al paziente riferito alle dinamiche relazionali e psicoaffettive.

Nelle psicosi alcune strutture simboliche fondamentali, che si sviluppano in relazione al linguaggio e alla comunicazione e che comprendono l'esperienza primaria del corpo, sono alterate. Ciò che è possibile osservare in questi pazienti è una mancata unità del corpo, una dissociazione dell'immagine corporea. E' molto importante, quindi, per il paziente, ritrovare un corpo limitato e colto come unità. L'espressione corporea si basa sul presupposto che la psicomotricità consente una graduale conoscenza di sé e del mondo attraverso la motilità e la progressiva capacità di rapportarsi con l'ambiente circostante. Questo tipo di attività può essere rivolta a pazienti caratterizzati dalla tendenza all'isolamento, al blocco psicomotorio e al rifiuto della relazione. Per questo motivo è utile avere a disposizione un setting rassicurante

e che non provochi ansia, né stimoli emozioni troppo intense. Le sedute possono essere condotte sia in gruppo sia individualmente, a seconda delle problematiche presentate dal paziente. L'intervento terapeutico consiste generalmente in tre fasi:

- Accoglimento;
- Proposta degli esercizi; questi possono essere suddivisi a seconda degli obiettivi che il terapeuta si propone di raggiungere con il paziente: esercizi finalizzati a stimolare e sviluppare la percezione del sé e di parti del corpo; esercizi per il controllo e la distensione del tono muscolare; esercizi per la liberazione e il controllo consapevole della respirazione;
- Verbalizzazione dei vissuti del paziente nel corso della terapia (Roberti, Magnotti, Facco, 1997).

B) Danzaterapia: la danza e il movimento sono strumenti di espressione e creatività. Attraverso la danza si risveglia il mondo emotivo, il corpo acquisisce la capacità di uscire dai suoi confini per dirigersi e ricollegarsi al mondo dei sogni, delle emozioni e delle fantasie. Con la danza ogni movimento del corpo diventa un tutt'uno con le emozioni che stimola. La danza coinvolge la persona nella sua totalità e permette di armonizzare il corpo, la mente e l'anima. Danzare significa stabilire un rapporto attivo tra l'uomo e la natura, tra l'uomo e sé stesso. Attraverso la danza è possibile riscoprire il corpo nel suo diventare movimento.

La danza può anche essere considerata una forma di terapia che affianca le altre in un sistema integrato di interventi. Essa utilizza la comunicazione non verbale e attraverso il movimento del corpo è in grado di aprire la strada alla libera espressione di emozioni, sentimenti, sogni e fantasie. La danza è la forma espressiva dell'inconscio. La danzaterapia, inoltre, può essere vista come un processo che aiuta la risocializzazione.

Generalmente gli incontri di danzaterapia iniziano con esercizi di rilassamento e di riscaldamento; il gruppo è composto da 6-8 persone che si dispongono in cerchio e vengono invitate a svolgere gli esercizi proposti. Successivamente il gruppo viene stimolato ad esplorare lo spazio circostante e i partecipanti sono liberi di muoversi a loro piacimento, mentre nella stanza viene diffusa una musica rilassante. Attraverso la danza, i pazienti sono legati al ritmo e al movimento, questo stimola l'attività immaginativa e il corpo ritrova la sua energia (Ba, Fanzaga, 1997).

2.3.4.2. SE' ESPRESSIVO

In questo caso sono utili tecniche quali: la musicoterapia, l'arte terapia, l'animazione teatrale e l'utilizzo dei burattini. Queste attività espressive forniscono al paziente ambiti comunicativi alternativi al linguaggio verbale, che spesso è compromesso, o fortemente regredito (Ba, Peserico, 1996).

A) Musicoterapia: si può considerare un processo interpersonale in cui il terapeuta usa la musica per aiutare i pazienti a migliorare, recuperare o mantenere la salute. In alcuni casi è proprio attraverso la musica che è possibile capire quali sono le reali necessità del paziente; in altri questi bisogni sono indagati attraverso i rapporti interpersonali che si sviluppano tra paziente e terapeuta o gruppo. Si possono individuare due fondamentali indirizzi metodologico applicativi: musicoterapia passiva (utilizza l'ascolto come strumento per indurre variazioni nell'umore del paziente), musicoterapia attiva (utilizza la comunicazione sonora per strutturare una relazione significativa con finalità terapeutico riabilitative). La musicoterapia è un approccio che si avvale, oltre che dello strumento verbale, anche di modalità particolari di relazione per poter interagire con il paziente. E' molto importante sottolineare che non ci si può improvvisare terapeuti solo perché ci si occupa sia di musica che di terapia: la musicoterapia deve essere una reale integrazione tra psicologia e musica. Un intervento di musicoterapia può essere organizzato come segue: sono necessari un terapeuta (la cui funzione è di dirigere il gruppo tenendo conto degli obiettivi dell'intervento), un coterapeuta (che segue più da vicino la produzione sonora dei singoli utenti) e un osservatore (che ha la funzione di registrare la seduta cogliendo i momenti salienti delle situazioni comunicative). Il gruppo è composto generalmente di 7-8 utenti, la frequenza degli incontri è mono o bi settimanale e ogni incontro dura in media 45-60 minuti. La terapia si svolge in una stanza insonorizzata di almeno 5x5 metri (De Michele, 1998).

B) Arte terapia: è un trattamento orientato alla riabilitazione del malato mentale attraverso la libera espressione della creatività. La produzione artistica, poiché offre al paziente psicotico una possibilità di comunicazione che va oltre l'aspetto verbale, diventa un mezzo di espressione di valore uguale o leggermente superiore alla parola. Disegnando il paziente dichiara, pur nel contesto di un comportamento regressivo, la propria volontà di esistere e di mantenere un spazio di comunicazione con l'altro e con sé stesso; inoltre attraverso l'immagine è possibile conoscere e decodificare il mondo intrapsichico del paziente. All'atelier di disegno possono accedere pazienti affetti da patologie diverse: schizofrenia,

psicosi, depressione, sindromi borderline. Gli incontri sono bi o tri settimanali, hanno una durata di circa due ore, si svolgono in gruppo e sono condotti da un numero di operatori proporzionale ai pazienti (in rapporto di 1 a 3). Naturalmente l'intervento si differenzia a seconda della situazione psicopatologica e delle esigenze dei pazienti. E' molto importante tenere in ogni caso presente l'aspetto ricreativo, dal momento che un'atmosfera ludica ed empatica rende più facile l'integrazione del gruppo. Il progetto di arte terapia si articola su diversi livelli:

- Osservazione e decodificazione della produzione grafica, per evidenziare attraverso questa le diverse fasi del processo psicopatologico e il messaggio comunicativo sottostante;
- Utilizzazione di strategie di tipo pedagogico, per ridurre le resistenze del paziente e stimolare la sua creatività;
- Stimolazione della comunicazione e della socializzazione e addestramento al controllo delle pulsioni, nel rispetto delle norme del gruppo (Facco, Bellinzoni, Ba, 1997).

C) L'animazione teatrale: essendo una forma di comunicazione che utilizza linguaggi non convenzionali, appare straordinariamente idonea proprio per chi ha gravi problemi di relazione e di socializzazione. Per questo motivo, nel corso del tempo, si sono sviluppate varie iniziative sia nell'area psichiatrica che nell'area del disagio giovanile, tossicodipendenza ed emarginazione. L'animazione può essere considerata un prendere coscienza di sé da parte di un gruppo in relazione con il proprio ambiente, una forma di sperimentazione di nuovi linguaggi da utilizzare collettivamente. Vediamo le principali caratteristiche dell'animazione teatrale:

- è un'attività che richiede la partecipazione del gruppo (il numero dei componenti può variare da un minimo di 6 ad un massimo di 20 persone);
- la conduzione del gruppo deve essere di tipo attivo, ma non direttivo: deve tirare fuori dall'utente le sue potenzialità e non trasmettergli nozioni dall'alto;
- le tecniche più comunemente utilizzate sono: l'espressione corporea, vocale, pittorica, musicale, di drammatizzazione, tecniche relazionali e di gruppo;
- i percorsi finalizzati hanno come obiettivo finale un evento comunicativo collettivo. Le fasi principali sono: la scelta del tema, la ricerca delle tecniche più adatte, la comunicazione finale ad altri gruppi, alla comunità o al territorio. E' molto importante tutto il processo che porta all'elaborazione del progetto;

- ogni incontro prevede tre fasi: si inizia con un riscaldamento che permette di entrare nel lavoro; la fase successiva è caratterizzata dall'attività del gruppo, questo è il momento centrale dell'intervento riabilitativo; l'ultima fase consiste nella verbalizzazione di quanto è accaduto durante la seduta, questo facilita la razionalizzazione delle emozioni e il confronto all'interno del gruppo (Rocco, 1997).

D) Uso dei burattini: il burattino classico è un pupazzo senza gambe composto da tre parti: la testa, le mani e il vestito dal quale sono ricavate le maniche. Di solito bastano tre dita per dargli vita e movimento. Il burattino negli ultimi anni sta suscitando molto interesse in campo riabilitativo poiché costituisce un valido strumento terapeutico e riabilitativo sia per bambini che per adulti. Affinché il personaggio rappresentato dal burattino sia animato, il burattinaio deve mettersi nei panni del suo burattino, deve caricarlo di affettività facendone un prolungamento del proprio Io, un frutto della propria espressività. Questi meccanismi di proiezione e di identificazione inducono sorprendenti modificazioni nel manipolatore. Per quanto riguarda il pubblico, invece, uno dei principali effetti che il teatro suscita negli spettatori è la catarsi: il teatro permette di rivivere gli stati psico affettivi repressi, diminuendo le tensioni interiori in una sorta di liberazione dell'anima. Il burattino è un oggetto capace di agire come mezzo di comunicazione, può quindi svolgere una funzione terapeutica: attraverso i burattini i pazienti sono in grado di creare legami che consentono di uscire dal loro isolamento permettendo di instaurare una relazione. Il lavoro terapeutico si compone di due fasi principali: costruzione e animazione del burattino; questa attività riabilitativa si svolge in gruppo mediamente composto da 8-12 pazienti, ha una frequenza bisettimanale per una durata di circa due ore. Di solito i burattini vengono costruiti in funzione della rappresentazione scenica che i pazienti agiranno nel teatro dei burattini: quindi prima di iniziare la costruzione dei burattini, si deve scegliere il copione che poi verrà recitato (De Matteis, Peserico, 1997).

2.3.4.3. SE' VERBALE

Le tecniche più comunemente utilizzate sono:

A) Psicoterapie di gruppo: dal momento che la sofferenza psichica può essere considerata come il prodotto di una scorretta interazione tra l'individuo e il suo gruppo di appartenenza, è possibile utilizzare la situazione grupitale come strumento di cura (Ba, Peserico, 1996). Quindi, dal momento che ogni sofferenza psichica ha una dimensione interpersonale e sociale, non solo in rapporto alla sua genesi ed evoluzione, ma anche in relazione alla modalità di espressione, il gruppo può diventare lo strumento fondamentale attraverso il quale attuare

delle attività riabilitative. Inoltre il gruppo offre al paziente l'opportunità di manifestare, riconoscere, decodificare e modificare i propri comportamenti grazie al feed back che il gruppo gli rinvia in conseguenza del suo comportamento. Il gruppo diventa un produttore di cultura alternativa. Vediamo quali sono i fattori terapeutici specifici del gruppo:

- il paziente, all'interno del gruppo, percepisce l'universalità delle problematiche che sta vivendo,
- il gruppo favorisce la coesione e lo sviluppo del senso di appartenenza,
- attraverso il gruppo viene facilitato nel paziente l'esame di realtà e questo aiuta il soggetto ad avere una visione più oggettiva dei propri modelli relazionali ed interattivi,
- il gruppo aiuta il paziente a sperare nella possibilità di guarigione, dal momento che all'interno di esso sono presenti pazienti a livelli maturativi diversi,
- infine, il gruppo è fonte di sostegno, consiglio e guida per il paziente (Peserico, Ba, 1997).

B) Terapia familiare: dal momento che l'intervento riabilitativo si pone come obiettivo il miglioramento delle capacità del soggetto di far fronte alle richieste dell'ambiente in cui vive, è importante lavorare sia con il paziente che con il suo ambiente e in particolare con la sua famiglia. Un servizio di consultazioni familiari è fondamentale per creare una rete di supporto e di comunicazione tra paziente, famiglia ed équipe terapeutica, il cui obiettivo deve essere di migliorare l'integrazione e la comprensione dei bisogni reciproci. Spesso, infatti, se da un lato l'istituzione tende a vedere nel malato il suo unico interlocutore, dall'altro la famiglia è portata a delegare all'istituzione ogni compito di cura e riabilitazione. In questo modello, la famiglia non è per nulla coinvolta nel processo riabilitativo. In realtà, l'obiettivo che si dovrebbe porre l'équipe terapeutica è di lavorare con tutta la famiglia in modo da restituirle un ruolo attivo nel processo di riabilitazione. In questo modo la famiglia si trova ad avere due ruoli: uno di paziente, in quanto coinvolta nella disfunzionalità del proprio congiunto, l'altro di terapeuta dal momento che viene direttamente coinvolta nel progetto riabilitativo fin dal suo nascere (Berengo, Fornara, Ba, 1997).

2.4. LE VARIABILI REALI: SOGGETTI, CONTESTI, SERVIZI E RISORSE

Fino ad ora ci siamo occupati della definizione dei termini riferiti alla riabilitazione e dei modelli più comunemente utilizzati. A questo punto quindi è importante addentrarsi nel contesto della riabilitazione e vedere quali sono i luoghi in cui il paziente vive quando si sottopone alle cure e quando non vi si sottopone, quali sono le strutture esistenti, cosa è stato modificato nel corso del tempo e cosa ancora resta da fare, qual è la professionalità degli operatori, quali le risorse e i servizi a disposizione dell'utenza (Saraceno, 1996).

2.4.1. IL MANICOMIO

Non è possibile parlare di riabilitazione in psichiatria senza tenere in conto il manicomio, che può essere considerato il luogo di riproduzione della malattia e della psichiatria. Vediamo allora quali erano le caratteristiche dell'Ospedale Psichiatrico prima della legge 180 del 1978. L'ospedale psichiatrico (O.P.) aveva la caratteristica di essere un universo di concentrazione, polivalente e nullavalente allo stesso tempo. Una struttura macroscopica, totalizzante, segregante e gerarchizzata. Generalmente l'O.P. era collocato alla periferia delle città, in questo modo i cittadini "normali" erano salvaguardati anche dalla semplice visione dei "pazzi", mentre non era in alcun modo rispettato il diritto dei malati alla centralità dei luoghi di incontro, di espressione e di soddisfazione dei bisogni. L'O.P. rappresenta, sul piano individuale, la negazione dei valori simbolici dell'abitare: il ricoverato vive in ospedale, ma non lo abita dal momento che non è possibile avere una privacy; inoltre il paziente non ha nulla di suo, non un abito, un armadio o un posto dove sostare, non esiste alcun rispetto dello spazio personale soggettivo. La struttura è un magazzino di deposito dove l'aggressività dei singoli aumenta con il restringimento dello spazio personale, dove l'esistenza parassitaria e in totale isolamento portano all'impoverimento sociale. Dunque è un ospedale contenitore, la cui funzione risulta essere più la difesa delle ansie dei sani che dei bisogni dei sofferenti, come si può vedere dalla stessa struttura dell'ospedale: geometrica, rigida, totalmente simmetrica, pietrificata. L'ospedale diventa luogo di ghettizzazione e di concentramento. Anche il tempo è rigidamente fissato, si può dire che non scorre nemmeno in senso cronologico per l'incapacità del soggetto di rendersi conto di quanto gli accade attorno e per la mancanza di ogni collegamento reale con la vita di fuori. L'architettura fino al 1978 è stata della custodia più che della riabilitazione, cioè della risocializzazione di persone in stato di disagio psichico. In conclusione possiamo dire che il manicomio costituisce una condizione di sopraffazione e di

negazione dei diritti elementari degli uomini, è un luogo di costante riproduzione di violenza, dove alla soggettività della persona in difficoltà si risponde con regole più dannose che utili. Il manicomio è un luogo senza tempo perché non prevede tra i suoi obiettivi il progetto, la singolarità e la libertà e quindi non ha bisogno di una unità di misura (Scala, Lupo, 1998).

2.4.2. L'ARCHITETTURA DELLA RIABILITAZIONE

Dal momento che la malattia mentale altera la capacità di relazionarsi con le altre persone, il nuovo ospedale psichiatrico dovrà strutturare lo spazio in modo da favorire l'incontro con l'altro, da sottolineare la natura sociale degli esseri umani. Riabilitare in psichiatria significa lavorare con il paziente per scongiurare le due peggiori conseguenze della malattia: l'interruzione della comunicazione e la regressione psichica con impoverimento e destrutturazione della personalità. E' importante rendere il luogo di vita quotidiana del paziente ricco di stimoli e di rimandi affettivi e relazionali: alle camerate affollate va sostituito uno spazio di dimensioni ridotte, familiare, collocato nel verde, ma vicino ai luoghi di vita sociale; in questo modo il paziente non si sente più un oggetto depositato in attesa di una improbabile guarigione o della più probabile morte. Strutturando lo spazio interno in modo adeguato si osserva un aumento delle condotte sociali ed una diminuzione dei comportamenti passivi ed isolati. Non è sufficiente offrire strutture solide, ben illuminate e esteticamente piacevoli, è necessario fare in modo che ci siano livelli desiderabili di privacy e di interazione sociale, facilità di comunicazione e movimento. E' stato notato che la disposizione di stanze, porte, finestre e corridoi è in grado di facilitare o ostacolare le interazioni sociali e la comunicazione. Le residenze psichiatriche, d'ora in poi, dovranno essere organizzate in modo tale da permettere contemporaneamente una giusta privacy e la presenza di luoghi che favoriscano l'interazione sociale in piccoli gruppi. Il lavoro degli operatori dovrà poi essere quello di favorire l'interazione del piccolo gruppo con gruppi esterni di dimensioni crescenti. In conclusione è molto importante sottolineare che la difficoltà del cambiamento delle strutture psichiatriche non è costituita dall'abbattimento dei muri dei recinti manicomiali, ma dalla necessità di far seguire a tale abbattimento un progetto riabilitativo e non l'abbandono a se stessi dei pazienti (Scala, Lupo, 1998).

2.4.2.1. STRUTTURE INTERMEDIE

L'architettura della riabilitazione è caratterizzata da molte strutture che hanno la funzione, come abbiamo visto, di ospitare i pazienti dopo l'abbattimento dei muri manicomiali, senza però riprodurre la stessa situazione in dimensioni ridotte: il problema non è di passare da una

grande istituzione con migliaia di posti letto ad una struttura di tipo familiare di piccole dimensioni, ma piuttosto di cambiare il modo di fare assistenza. Pertanto le relazioni terapeutiche nelle strutture intermedie (Centri Diurni Riabilitativi, Case Famiglia, Comunità Terapeutica, Comunità Protetta) dovranno essere improntate sul recupero delle dimensioni del *tempo*, dello *spazio* e delle *relazioni*: riabilitazione in psichiatria deve significare riabilitare il corpo, il tempo e lo spazio. Nelle strutture intermedie si realizzano tre fattori terapeutici:

- **Abitare**: queste strutture sono di dimensioni ridotte e quindi mantengono i caratteri di calore e sicurezza; l'abitare crea delle abitudini che permettono di riscoprire se stessi nella dimensione del "qui e ora" e favoriscono il processo di crescita e separazione dalla struttura stessa;
- **Vita quotidiana**: nelle strutture intermedie si condivide il luogo, il tempo e le relazioni in una condizione di prossimità fisica ed emotiva. L'attività terapeutica è quindi incentrata sul fare, sul condividere le esperienze di ogni giorno. Questo aiuta il paziente a sviluppare il senso di appartenenza;
- Il terzo fattore terapeutico è rappresentato dagli operatori la cui presenza è stabile, disponibile, pronta e mai opprimente né gerarchizzata (Scala, Forte, 1998).

2.4.2.2. LA COMUNITÀ TERAPEUTICA

Le strutture residenziali devono rispondere in maniera articolata alle esigenze degli utenti. Per questo motivo si parla di strutture differenziate secondo i bisogni prevalenti dei loro ospiti e delle loro capacità di autonomia (Lupo, 1998). La comunità terapeutica è una proposta valida per quei pazienti che non hanno la possibilità di vivere nel loro contesto familiare e che non sono in grado di vivere da soli. L'obiettivo è di fornire a queste persone una soluzione abitativa autonoma, ma con un sostegno reciproco. All'interno della comunità si punta l'attenzione sulla vita quotidiana e sulla responsabilizzazione nella gestione della casa; c'è un rimando continuo al principio di realtà, permettendo in questo modo la riattivazione di risorse e interessi personali. La comunità si caratterizza come gruppo abitativo stabile con numerose attività volte alla risocializzazione e alla riabilitazione. La casa deve avere le caratteristiche tipiche di una abitazione familiare, i residenti per ogni nucleo abitativo dovrebbero essere massimo 6 persone capaci di un minimo di autonomia personale che permetta loro di autogestirsi nella conduzione della famiglia. Il lavoro terapeutico, infatti, consiste fondamentalmente nel seguire gli utenti nella gestione delle attività quotidiane e nei momenti collettivi. Gli operatori che lavorano in comunità, oltre ad avere competenze tecniche,

dovrebbero porsi nei confronti dei pazienti come veri e propri compagni di viaggio: all'interno di queste comunità non esiste autoritarismo, ma stimolo alla condivisione e alla responsabilità. Nonostante tutto quello che abbiamo detto, è comunque importante dare un assetto tecnico al fare quotidiano: è importante la pianificazione del tempo perché da' un ordine alla vita del paziente e lo addestra alla puntualità, alla partecipazione e ad assumersi delle responsabilità. Al paziente viene richiesta partecipazione al programma e consapevole accordo su quelli che sono gli obiettivi che si vogliono raggiungere attraverso il programma stesso. L'obiettivo principale resta comunque l'educazione del paziente all'autonomia (Ba,1997).

2.4.2.3. *DAY HOSPITAL*

Il day hospital è una struttura di soggiorno parziale per il trattamento di soggetti che hanno un sufficiente e stabile supporto esterno. Ha un orientamento comunitario il cui obiettivo è il superamento del disagio psichico e quindi il raggiungimento di una condizione di maggiore benessere e di migliore integrazione dell'individuo con sé stesso e con l'ambiente. Nel day hospital ci sono meno problemi di dipendenza e di regressione e viene salvaguardato il rapporto tra il paziente, la famiglia e l'équipe curante; è una valida alternativa al ricovero. Viene inoltre introdotto un modello terapeutico che favorisce la partecipazione attiva del paziente al progetto riabilitativo. Il day hospital può essere considerato un micro cosmo sociale che cerca di riprodurre in modo fedele la situazione sociale esterna. Il contesto deve essere accogliente, rassicurante e attento ai bisogni del paziente in un'atmosfera empatica che facilita la partecipazione e l'esperienza del successo. Generalmente all'interno del day hospital si effettuano tre tipi di trattamento:

- farmacologico: l'uso dei farmaci è condizionato dalla necessità di mettere il paziente nella condizione ottimale per poter partecipare al progetto riabilitativo,
- terapeutico riabilitativo: è finalizzato al raggiungimento di competenze personali ed interpersonali che forniscono al paziente gli strumenti per poter vivere in modo adeguato e svolgere un ruolo attivo in società. Di solito il lavoro riabilitativo si svolge in gruppo, dal momento che la situazione grupale favorisce il confronto e la collaborazione, elementi molto utili per l'evoluzione del paziente,
- psicoterapeutico: questo tipo di intervento può essere sia individuale che di gruppo, a seconda delle esigenze del paziente. L'approccio psicoterapeutico ha una funzione di supporto e facilita l'espressione e l'elaborazione delle emozioni e dei vissuti personali.

Prima di venire ammesso al day hospital, il paziente deve sottoporsi ad alcuni colloqui la cui funzione è di analizzare la situazione psicopatologica, i bisogni del soggetto e la sua disponibilità ad intraprendere il trattamento. Il passo successivo consiste nel delineare un programma terapeutico. Durante tutto il tempo in cui il paziente è inserito in un programma di day hospital, vengono mantenuti i contatti con la famiglia, questo sia per sostenere psicologicamente i familiari, sia per avere da loro collaborazione nello svolgimento della terapia stessa (Ba, 1997).

2.4.3. LE RISORSE UMANE

La presa in carico del paziente prima della legge 180 consisteva soprattutto nella custodia cautelare all'interno dell'istituzione totale; dopo il 1978 o i pazienti vengono dimessi dagli ospedali e abbandonati a se stessi e alle loro famiglie, oppure la presa in carico deve avvenire con modalità molto diverse da quelle della custodia. E' quindi molto importante che nasca una nuova figura professionale con una formazione nel campo delle relazioni umane. Il compito dell'operatore deve consistere nell'aiutare il paziente ad aumentare progressivamente la propria presenza nel mondo. Sicuramente non è un compito facile quello che si prospetta agli operatori, per questo motivo è importante una formazione che punti l'attenzione su tre aspetti: *sapere, saper fare, saper essere*, con particolare attenzione a quest'ultimo aspetto inteso come disponibilità al coinvolgimento personale e capacità a controllare i propri vissuti emotivi (Scala, Ruggiero, 1998).

2.4.3.1. L'EMPATIA

Un buon lavoro riabilitativo dipende sicuramente dalle tecniche, dalle strutture a disposizione e dagli obiettivi prefissati, ma per prima cosa viene influenzato dalla relazione terapeutica, cioè dalla relazione tra paziente ed operatore. L'operatore, al di là delle conoscenze teoriche, deve avere una propensione naturale a stabilire un rapporto empatico con l'altro; a mettersi nei suoi panni in un rapporto fondato sulla reciprocità e non sull'asimmetria. La comprensione empatica è un requisito essenziale per un buon operatore: da un lato permette di creare un terreno comune per costruire una alleanza terapeutica, dall'altro aiuta il terapeuta ad acquisire informazioni fondamentali sul mondo interiore del paziente. L'operatore deve quindi saper oscillare dalla posizione di osservatore distaccato a quella di una immedesimazione più coinvolta e partecipe. Come abbiamo già evidenziato, la capacità di entrare in rapporto empatico è sicuramente una propensione naturale, tale capacità però può essere allenata ed arricchita attraverso un training di formazione (Ba, Roberti, 1997).

2.4.3.2. L'OPERATORE IN SITUAZIONI DI URGENZA PSICHIATRICA

L'urgenza in psichiatria può essere definita come una condizione di scompenso acuto basato su alterazioni del comportamento individuale tali da non poter essere contenute o modificate né dall'ambiente circostante né dalle convenzionali procedure mediche. Dal momento che gli operatori psichiatrici possono trovarsi in condizione di dover affrontare una situazione di urgenza, è molto importante vedere come ci si deve comportare in questo tipo di situazioni.

- Condizione preliminare indispensabile nell'incontro con il paziente psichiatrico è il rispetto della sua persona, sia sul piano fisico che su quello relazionale;
- Per prima cosa è dunque importante ricordare che un paziente che fa paura è in realtà una persona che ha paura: l'individuo si accorge che il mondo intorno a lui sta cambiando in maniera minacciosa, si rende conto che lui stesso non è più quello di prima. Per questi motivi il paziente si mostra diffidente e sospettoso, è quindi importante avere verso di lui un atteggiamento rassicurante e protettivo;
- Per gli stessi motivi non si deve avere paura del paziente e nemmeno mostrare di averne. E' importante ricordare che l'aggressività del paziente è un'aggressività di difesa verso un mondo che percepisce come minaccioso;
- Non bisogna far finta di credere subito ad ogni delirio che il paziente presenta, anzi è meglio mostrarsi scettico su quanto ci sta dicendo: può essere positivo un atteggiamento che porti il paziente stesso a dubitare di quanto pensa. Non avere un atteggiamento giudicante, ma comprensivo;
- Bisogna essere sinceri: non mentire né fare promesse che non si possono mantenere, diversamente l'operatore si gioca per sempre la sua credibilità;
- Non essere falsamente umanitari o generosi, solo per ottenere la fiducia del paziente e poi abbandonarlo al suo destino;
- Acconsentire, per quanto possibile, alle richieste del paziente: la presunta follia non deve diventare un alibi per non dare più ascolto alle richieste anche giuste della persona che soffre;
- E' importante far leva sugli aspetti positivi del carattere del paziente (Scala,1998).

2.4.3.3. SINDROME DEL BURN OUT

Gli operatori che lavorano con soggetti gravemente disturbati spesso si trovano nella situazione di dover rispondere a bisogni e a domande non sempre soddisfacenti, sia per la limitatezza delle risorse disponibili, sia perché le richieste sono improprie o ambigue (Zani,

1996). In queste situazioni, gli operatori possono sperimentare vissuti di inutilità, impotenza, perdita di senso di identità personale e stress psicofisico, tutti elementi che li rendono meno disponibili e attenti nei confronti degli utenti (Ba, 1997). Questo fenomeno viene descritto come “sindrome del burn out”: l’operatore percepisce una distanza incolmabile tra le richieste dell’utenza e le risorse disponibili che permettono di rispondere positivamente alle richieste. Ne deriva quindi un senso di impotenza acquisita, dovuta alla convinzione di non poter far nulla per modificare la situazione. Ciò comporta un esaurimento di energie che si può manifestare con sintomi fisici, ma anche psicologici come senso di colpa, negativismo, alterazioni dell’umore, scarsa fiducia in sé, irritabilità, scarsa empatia e capacità di ascolto. Si possono avere poi delle reazioni comportamentali sul posto di lavoro: assenze o ritardi frequenti, chiusura difensiva al dialogo, tendenza ad evitare il contatto con i pazienti, distacco emotivo, scarsa creatività e spersonalizzazione dei rapporti. Il burn out viene ormai considerato non solo come un sintomo di sofferenza individuale, ma anche come un problema di natura sociale. Partendo quindi da questa considerazione, si possono evidenziare alcune indicazioni utili per incidere su questo fenomeno:

- Lavorare utilizzando l’équipe terapeutica, questo permette di conoscere l’operato dei colleghi, di esporre il proprio e di discuterlo insieme, permette inoltre di elaborare i propri vissuti psicologici in relazione all’utenza in un contesto di partecipazione emotiva e di confronto con altri operatori (Ba, 1997);
- Intervenire sull’organizzazione del lavoro, in particolare su orari, turni e carichi di lavoro, in modo da alleggerire, per quanto possibile, il carico emotivo per ogni operatore;
- Dotarsi della supervisione di un professionista esterno alla struttura riabilitativa, dal momento che l’estraneità del supervisore permette di avere un giudizio maggiormente obiettivo su quella che è la situazione e il modo di lavorare dell’équipe terapeutica (Zani, 1996).

III. PET THERAPY

3.1. LA PET THERAPY

La presenza di un animale in casa sembra possa costituire una fonte di piacere e di soddisfacimento del bisogno di amore ed affetto presente in ciascuno di noi, inoltre sembra essere un valido aiuto in situazioni di disagio e difficoltà. Da alcuni anni a questa parte si stanno anche studiando gli effetti che possono derivare dall'utilizzo terapeutico degli animali, la cosiddetta "*Pet Therapy*" cioè la terapia attraverso l'uso dei animali domestici.

3.1.1. COS'E' LA PET THERAPY?

Il concetto di terapia implica la relazione tra due esseri viventi che di solito sono il medico, o psicoterapeuta, ed il paziente. In tutti questi casi, quindi, la relazione avviene tra due esseri della stessa specie. Non si è mai pensato, fino ad oggi, che anche la relazione tra esseri di speci diverse potesse avere degli effetti curativi. Ognuno di noi avrà qualche storia sugli eccezionali poteri che i nostri beniamini sembrano avere nell'influenzare il benessere fisico e psichico dei loro padroni; la difficoltà sta però nel riuscire a conferire una validità scientifica e clinica a racconti, percezioni, sensazioni e vissuti che purtroppo di scientifico hanno ben poco.

La Pet Therapy è un'area di ricerca relativamente nuova e si propone programmi per l'introduzione graduale e sistematica di animali, selezionati ed addestrati, nelle immediate vicinanze di un individuo, o di gruppi di individui, per scopi terapeutici. Sembra infatti che i benefici effetti degli animali da compagnia su persone normali possano essere tradotti in effetti terapeutici per certi individui disagiati fisicamente o psicologicamente. Ci sono molti motivi a sostegno dell'introduzione della Pet Therapy:

- Gli effetti della Pet Therapy compaiono piuttosto velocemente e possono essere documentati con film e videotape. Del resto chiunque può osservare la gioia sul volto di una persona che tornando a casa trova il proprio cane festoso;
- La Pet Therapy potrebbe interessare tutti coloro che amano gli animali e che potrebbero offrire la loro collaborazione come volontari in eventuali piani per l'introduzione di animali in strutture interessate a questo tipo di terapia;
- Esistono organizzazioni protezionistiche, zoo e canili che fornirebbero gratuitamente gli animali necessari;

- La Pet Therapy conferirebbe uno scopo altamente sociale alla proprietà e alla cura di animali che ancora oggi vengono considerati, troppo spesso, un impegno inutile;
- Molti studi stanno dimostrando che la vicinanza di un cane o di un gatto, ma anche di un pesce o di un canarino, è in grado di modificare parametri fisiologici misurabili, come il battito cardiaco o la pressione sanguigna.

Da quanto detto, la Pet therapy sembrerebbe una terapia facilissima, poco costosa, con risultati immediati e che gode di una approvazione generale. E' importante comunque non lasciarsi trascinare da facili entusiasmi: nel mondo di oggi, le persone sono abituate a vivere in modo complesso e caotico e questo rende difficile accettare qualcosa di tanto semplice come la vicinanza terapeutica di un animale. E' più facile relegare il legame uomo – animale da compagnia nella categoria del sentimentalismo e del romanticismo, molto spesso criticata dal razionalismo attualmente dominante (Giacon, 1992).

3.1.2. STORIA DELLA PET THERAPY

La storia della Pet Therapy inizia nel 1792 in Inghilterra quando William Tuke incoraggia i pazienti con disturbi mentali a prendersi cura di animali, intuendo la loro capacità di incentivare l'autocontrollo e l'influenza umanizzante degli animali stessi; mentre nel 1867 in Germania un istituto per pazienti epilettici inserisce cani, gatti ed altri animali nei suoi programmi terapeutici. Ancora nel 1875 il medico francese Chessigne prescrive l'equitazione a pazienti con problemi neurologici, ritenendola efficace per migliorare l'equilibrio e il controllo muscolare. Nel 1942 in un ospedale di New York vengono utilizzati animali da compagnia e da allevamento per curare feriti di guerra con traumi emozionali. Nel 1952 Liz Hartel, una ragazza poliomielitica, si classifica seconda nella gara di *dressage* alle Olimpiadi di Helsinki. Questo avvenimento suscita molto interesse e costituisce la spinta decisiva per la diffusione dell'Ippoterapia in tutto il mondo. Pietra miliare nella storia della Pet Therapy è sicuramente stato Boris Levinson il quale nel 1953 scoprì fortuitamente l'azione positiva che la compagnia di un animale poteva avere su un bambino autistico e inizia le prime ricerche sugli effetti degli animali da compagnia in campo psichiatrico. Nel 1961 nasce la terapia con gli animali come la conosciamo oggi. Levinson per la prima volta enuncia teorie plausibili e verificabili che spiegano i benefici della compagnia degli animali nella cura di giovani pazienti. Nel 1970 un ospedale psichiatrico infantile del Michigan adotta un cane come aiuto mentale per i bambini ricoverati. Nel 1975 i coniugi Corson, due psichiatri americani, applicano le teorie di Levinson a pazienti adulti con disturbi mentali; due anni dopo, nel 1977,

uno studio di Erika Friedmann rivela l'esistenza di una correlazione positiva tra la sopravvivenza dei pazienti che avevano subito un infarto cardiaco e il possesso di animali da compagnia. Iniziano quindi le prime ricerche volte a verificare le potenzialità del rapporto uomo – animale da compagnia nel ridurre l'ipertensione e il rischio di infarto cardiaco (Ballarini, 1995). A partire dagli anni '80, i professionisti che usano gli animali per obiettivi terapeutici iniziano a fare una distinzione tra:

- *Attività svolta con l'ausilio di animali (AAA)*: questo tipo di attività aiuta a migliorare la qualità della vita puntando l'attenzione prevalentemente sugli aspetti motivazionali, educativi, ricreativi ed anche terapeutici del rapporto con un animale. L'attenzione è rivolta soprattutto alla gioia di stare insieme e di provare emozioni positive, elementi che possono sicuramente incidere positivamente sulla qualità della vita delle persone coinvolte, ma che sono difficilmente codificabili e misurabili scientificamente. Esistono fondamentalmente due tipi di attività svolte con l'ausilio degli animali: un primo tipo è caratterizzato da attività passive; in questo caso si possono introdurre negli ambienti di vita dei pazienti degli acquari o delle voliere, la cui semplice presenza ha un effetto calmante ed anti depressivo; il secondo tipo di attività è caratterizzata dall'interazione vera e propria con gli animali che entrano a far parte del programma riabilitativo, come nel caso dell'inserimento di gatti o di cani di piccole dimensioni nelle prigioni o nelle comunità terapeutiche;
- *Terapia effettuata con l'ausilio di animali (AAT)*: è una vera e propria terapia guidata da specifici obiettivi e che utilizza gli animali da compagnia come parte integrante del processo terapeutico. La terapia deve essere condotta da professionisti con una specifica preparazione. Gli obiettivi possono essere legati alla necessità di incentivare o ridurre al minimo specifici comportamenti. Gli animali vengono utilizzati in contesti molto diversi come le prigioni, gli ospedali, l'ambiente di vita quotidiana di disabili fisici e psichici (Burch, Fredrickson, 1995).

Nel 1981 negli Stati Uniti viene fondata la "Delta Society", associazione che studia l'interazione uomo – animale e gli effetti terapeutici legati alla compagnia degli animali. Nel 1987 la Pet Therapy arriva anche in Italia, mentre nel 1990 nasce il C.R.E.I. (Centro di Ricerca Etologica Interdisciplinare per lo studio del rapporto uomo – animale da compagnia) che collega discipline relative alla salute umana e animale, all'ambiente e al comportamento.

Negli ultimi dieci anni in Italia e all'estero la ricerca è proseguita e con essa sono nati molti centri che applicano con successo la Pet Therapy (Ballarini, 1995).

3.2. APPLICAZIONI DELLA PET THERAPY

3.2.1. GLI ANIMALI COME AIUTO AI BAMBINI

Ogni bambino sogna di avere come compagno di giochi un grosso cane o un morbido gattino e spesso i genitori accettano di farsi carico di questo nuovo membro della famiglia perché ritengono possa essere utile per lo sviluppo psico fisico del proprio figlio. Tuttavia, solo recentemente la ricerca scientifica ha iniziato ad occuparsi degli effetti della relazione tra un bambino ed un animale da compagnia. Come abbiamo già visto, il primo che si occupò di questa specifica relazione fu Boris Levinson, il quale stava lavorando con poco successo con un bambino autistico. Un giorno entrò per errore nello studio il suo cane ed il bambino iniziò ad interagire con l'animale e a parlare con il terapeuta: cosa che Levinson stesso non era mai riuscito ad ottenere. Nonostante non sia facile condurre esperimenti scientificamente validi in questo campo, alcuni ricercatori hanno cercato di capire se la presenza di un animale da compagnia possa avere una qualche influenza sullo sviluppo dei bambini (Endenburg, Baarda, 1995).

3.2.1.1. SVILUPPO SOCIALE ED EMOTIVO

Il senso di autostima è ormai riconosciuto come un elemento fondamentale per lo sviluppo sociale ed emotivo dei bambini: se in casa è presente un animale, tutti i membri della famiglia sono portati a prendersi cura di lui, ognuno secondo le sue possibilità, in questo modo il bambino impara a prendersi cura di un altro essere vivente, acquisisce nuove competenze, senso di responsabilità nei confronti del suo animale e aumenta l'autostima in quanto capisce di essere in grado di fare da solo, senza dover sempre chiedere aiuto a mamma e a papà. E' importante che i genitori si rendano conto di questo aspetto e che responsabilizzino il bambino, sempre secondo le sue possibilità, a prendersi cura del suo animale da compagnia. Un altro aspetto molto importante è legato all'empatia, cioè alla capacità di capire cosa provano le persone che abbiamo vicino: è stato possibile evidenziare che l'interazione con un animale che dipende in tutto e per tutto dagli uomini, insegna ai bambini a capire le emozioni e i bisogni degli animali e di conseguenza delle persone con cui interagiscono. L'animale da compagnia svolge anche un'importante ruolo di supporto sociale ed emotivo, gli animali ci fanno sentire incondizionatamente accettati: non giudicano quello che diciamo e come ci comportiamo, loro ci amano e basta. Questa forma di amore senza alcuna condizione è molto importante per i bambini, anche se è altrettanto importante non sostituire mai le persone con gli animali. Molti genitori ammettono che avere in casa un animale da compagnia è un'utile

spunto educativo su quello che è il ciclo della vita: un bambino che ha in casa un animale, con buona probabilità dovrà sperimentare il triste evento della sua morte e alcune volte anche il lieto evento della nascita di nuovi cuccioli. Come avremo modo di vedere più avanti, la morte dell'animale da compagnia, con il quale si è vissuto in media 10-12 anni, è sicuramente molto dolorosa, ed è importante che i genitori siano capaci di parlare apertamente con i figli dei sentimenti che stanno provando. Imparare ad affrontare il dolore per la morte di un animale a cui si voleva bene è importante e i genitori devono aiutare il bambino in questo difficile compito, inoltre devono riuscire a fargli capire che è normale provare questi sentimenti. Dall'altro lato, un bambino che ha in casa un animale può anche vivere l'eccitante esperienza della nascita di nuovi cuccioli; questo è un altro importante momento educativo che i genitori devono saper cogliere per spiegare ai figli da dove inizia la vita e come si sviluppa (Endenburg, Baarda, 1995).

3.2.1.2. UN AIUTO ALLA COMUNICAZIONE

Come abbiamo già avuto modo di vedere, quando si parla di comunicazione ci si riferisce non solo all'aspetto verbale, ma anche alla componente non verbale, tanto importante quanto dimenticata e sottovalutata come meccanismo di comunicazione. E' infatti superficiale confinare il ruolo della comunicazione non verbale alla sola relazione uomo – animale. Resta pur sempre vero che nell'interazione con un animale il linguaggio del corpo viene attivato in modo volontario e consapevole, mentre nel rapporto con un'altra persona questo tipo di comunicazione è prevalentemente inconscio ed incontrollato. Quindi l'interazione tra un bambino e il suo animale è molto importante perché, attraverso l'elaborazione di un linguaggio non verbale, stimola lo sviluppo e l'arricchimento dei meccanismi di relazione e del comportamento sociale: il contatto sociale con un animale da compagnia aiuta il bambino a sviluppare la capacità di individuare ed interpretare correttamente i segnali non verbali presenti nelle interazioni sociali umane (Ballarini, 1995).

3.2.1.3. L'ANIMALE COME LUBRIFICANTE SOCIALE

Come avremo modo di vedere meglio più avanti, per molte persone la presenza di un animale nella loro vita ha un'importante funzione di lubrificante sociale, dal momento che l'animale con la sua sola presenza è in grado di aumentare i contatti sociali tra le persone. Per esempio, un bambino che passeggia con il suo cane attira più facilmente l'attenzione degli altri bambini e questo rende più facile fare amicizia e giocare insieme. Da alcuni studi è emerso che i

bambini che hanno un animale sono significativamente più popolari nella loro classe rispetto ai bambini che non hanno un animale (Endenburg, Baarda, 1995).

3.2.1.4. L'IMPORTANZA DEL GIOCO

Il gioco è l'elemento fondamentale nella relazione bambino – animale ed è in esso che l'animale viene ad assumere un ruolo simbolico: nel gioco, il bambino utilizza un oggetto esterno (l'animale) che diventa per lui una rappresentazione dell'ambiente felice in cui era fuso con la madre, ma al tempo stesso l'animale è separato dal corpo, è qualcosa di diverso dal bambino e che fa parte del mondo esterno. Attraverso il gioco il bambino agisce e si confronta con la realtà che lo circonda, il gioco permette al bambino di esprimere la sua creatività. Esistono in particolare due giochi fatti spesso dai bambini piccoli e nei quali l'animale può assumere un ruolo simbolico:

- Lanciare un oggetto: uno dei giochi preferiti dei bambini piccoli è quello di lanciare degli oggetti che ha a portata di mano e che poi gli vengono riportati dall'adulto. L'animale, in particolare il cane, rientra bene in questo contesto grazie al suo istinto innato di riportare gli oggetti che gli vengono lanciati. Attraverso questo gioco, il cane e il bambino si collocano sullo stesso livello di comunicazione complementare: da una parte il bambino lancia un oggetto e lo vede ritornare a sé, dall'altra il cane in base all'istinto ha bisogno di recuperare.
- Camminare trascinando una corda con appeso un oggetto: quando il bambino impara a camminare diventa consapevole di aver definitivamente rotto il legame di dipendenza dalla madre e di essere separato da lei. Per questo motivo attiva una proiezione della propria separazione cercando un compromesso tra dipendenza ed indipendenza: camminare trascinandosi dietro una corda al cui capo opposto sta un oggetto che a livello psicologico rappresenta il bambino stesso. Anche in questo caso il cane può assumere un ruolo attivo perché correndo o rallentando proietta nel bambino l'immagine di un'altra possibilità: quella di esplorare e di essere autonomi, dal momento che non è legato all'altro capo della corda (Del Negro, 1998).

3.2.2. PSICOTERAPEUTI A QUATTRO ZAMPE

Anche gli adulti possono avvantaggiarsi dell'effetto psicoterapeutico degli animali, in situazioni che vanno da stati di solitudine e di isolamento all'infelicità, dagli atteggiamenti negativi di dipendenza e di rabbia alle sindromi depressive. Le prime applicazioni della Pet Therapy in adulti con disturbi mentali risalgono agli anni '70. Ballarini (1995) riporta

l'esperienza di due psichiatri americani, i coniugi Corson; i quali ripresero con successo negli adulti le esperienze che Levinson aveva fatto con i bambini. All'interno del centro per adolescenti con disturbi mentali per il quale lavoravano erano ospitati alcuni cani che venivano utilizzati per sperimentare nuovi farmaci. Di frequente capitava che alcuni ospiti del centro, tra i meno loquaci, chiedessero al personale l'autorizzazione di giocare con i cani. In questo modo i Corson si resero conto che gli animali esercitavano una certa attrazione nei confronti dei malati mentali; fu così che decisero di provare ad applicare la Pet Therapy anche a pazienti adulti. Permisero ai pazienti di scegliere, in funzione del loro stato d'animo, un cane particolare o un altro animale ospitato nel canile adiacente all'ospedale: i cani di piccola taglia risultarono più utili per le persone depresse e isolate, mentre i cuccioli sembravano più indicati per i ritardati mentali. La valutazione fatta alla fine di questa esperienza ha mostrato che i pazienti dialogavano di più tra di loro e con il personale dell'ospedale, inoltre i cani coinvolsero i pazienti in attività prima ignorate come fare una passeggiata o una corsa insieme. La Pet Therapy aiutò i pazienti a sviluppare un'immagine positiva di sé stessi, a migliorare l'autostima e la loro indipendenza. E' fondamentale sottolineare che i cani non si sostituivano alle altre terapie, erano piuttosto uno strumento aggiuntivo che facilitava i processi di ri – socializzazione.

3.2.2.1. ALCUNE APPLICAZIONI

Gli animali sono risultati efficaci nella cura e nella prevenzione di situazioni di disordine psicologico. E' stato inoltre dimostrato che il possesso di un animale può avere un effetto positivo sulla suscettibilità dell'uomo a malattie mentali, può intervenire nel ridurre lo stress e la tensione psichica. In altre parole, la presenza di un animale risulta positiva per il morale, riduce il livello di ansia, stimola a reagire, dona la sensazione di sentirsi utili e soprattutto facilita i rapporti interpersonali (Ballarini, 1995). Sulla base di quanto detto, sono numerosi i disturbi mentali che possono trarre giovamento dalla presenza di un animale familiare:

- Disturbi dell'umore: quando sono presenti delle forme bipolari con episodi maniacali, l'affido di un animale è sconsigliabile, però nel caso di disturbi depressivi veri e propri può essere molto utile affiancare alla cura farmacologica un animale ben accettato dal paziente. Vediamo alcuni sintomi che tendono a migliorare: avere in casa un animale affettuoso che cerca il suo padrone può lenire l'apatia e il disinteresse; l'animale non giudica e dimostra sempre e comunque interesse e stima per il suo padrone; la presenza di un animale in casa che dipende in tutto e per tutto da noi stimola a mantenersi attivi e

vitali: bisogna preparare da mangiare, fare la spesa, portarlo a spasso, questo aiuta a recuperare un contatto vitale con il mondo esterno (Del Negro, 1998). La depressione è una malattia in continuo aumento e sempre più persone si rivolgono alle pillole per uscirne, per questo è importante non sottovalutare la possibilità di una cura “dolce” attraverso l’uso degli animali che consente almeno la riduzione della somministrazione di farmaci. Gli animali possono quindi costituire un valido ausilio terapeutico e, salvo rare controindicazioni, privo di effetti collaterali dal momento che agisce attraverso il rapporto esclusivo che l’uomo instaura con l’animale (Ballarini, 1995);

- Sindromi ansiose: anche in questo caso il trattamento con gli animali può diventare un utile supporto alle terapie farmacologiche. Molto spesso queste patologie comprendono una componente fobica, in questo caso l’introduzione di un animale presenta maggiori difficoltà (Del Negro, 1998).

3.2.2.2. NELLA SOCIETA' CHE CAMBIA I SINGLE SONO SEMPRE DI PIU'

In questi ultimi decenni, l’evoluzione della famiglia ha portato ad un notevole aumento delle persone che scelgono o sono costrette a vivere da sole. Quando si pensa ai single è quasi automatico collegarsi agli animali da compagnia di qualsiasi tipo: l’importante è che ci siano e che con la loro presenza allietino in qualche modo le giornate e le serate di coloro che, terminato il lavoro o una cena con gli amici, rientrano in case vuote che risuonano dell’eco dei passi di un’unica persona. Per chi è solo la presenza di un animale può essere un’ottima forma di prevenzione rispetto alla malinconia e alla depressione: trovare a casa il proprio cane che scodinzola o il proprio gatto che fa le fusa stimola sicuramente un po’ di buon umore (Del Negro, 1998).

3.2.2.3. ALCUNE CONTROINDICAZIONI

Va comunque ricordato che l’uso terapeutico degli animali ha anche delle controindicazioni. Tra queste possiamo ricordare: la zoofobia, cioè l’eccessiva paura degli animali, per le quali esistono comunque altre terapie come desensibilizzazione sistematica; l’ipocondria, che crea un’avversione agli animali visti facilmente come portatori di virus e malattie; le psicosi maniacali e tutte le malattie mentali gravi che costituirebbero un rischio per l’incolumità degli animali (Giacon, 1992).

3.2.3. PET THERAPY NEGLI ANZIANI

La nostra società sta lentamente cambiando aspetto dal momento che le persone vivono più a lungo e sono in notevole calo le nascite. La famiglia si è allargata evidenziando in questo

modo le problematiche legate all'anziano che spesso trascorre le sue giornate in una lenta monotonia. Inoltre oggi si diventa vecchi prima rispetto al processo naturale poiché la struttura sociale esclude forzatamente dalla vita produttiva chi giunge all'età senile: in questo modo molte persone concludono la loro esistenza in condizioni di segregazione. Il notevole prolungamento della vita media non ha solo conseguenze di tipo demografico, ma porta alla ribalta il problema della qualità della vita dell'anziano. E' importante evidenziare che l'invecchiamento non implica necessariamente l'insorgenza di problemi psicologici, sanitari, economici e sociali: l'invecchiamento deve entrare nella nostra cultura come un processo fisiologico e quindi normale, non come una forma di patologia. Per comprendere meglio quale può essere l'impiego degli animali in età senile è necessario fare una parentesi sugli aspetti psicologici dell'uomo anziano. Con l'avanzamento dell'età aumentano i disturbi fisici che possono limitare notevolmente l'autosufficienza e aggravare la dipendenza dagli altri. Tutto questo può portare ad un senso di tristezza e di incomunicabilità, inoltre gli anziani sono poco inclini alle novità e spesso soffrono di labilità dell'umore. Nell'età senile, quindi, il sommarsi di fattori psicologici individuali, di fattori ambientali e sociali è in grado di scatenare uno stato di depressione. Questa situazione può essere notevolmente aggravata dalla morte del coniuge, di amici e conoscenti: l'anziano si lascia andare sia fisicamente che psicologicamente e avverte un senso di malessere generalizzato, vive in estrema trascuratezza e perde la stima di sé. Nonostante i figli, spesso l'anziano vedovo è costretto a vivere da solo oppure viene inserito in istituti o case protette che forniscono assistenza medica qualificata ma finiscono per spersonalizzare l'individuo (Del Negro, 1998).

In un simile quadro, l'animale diventa il compagno ideale per l'anziano. Dal punto di vista psicologico, il rapporto tra l'anziano e l'animale da compagnia contribuisce a ripristinare nell'anziano sentimenti di protezione e di cura: avendo l'animale domestico bisogno dell'uomo per tutte le sue funzioni vitali, rende il padrone anziano una persona ancora utile se non indispensabile. L'animale da compagnia agisce poi come un vero e proprio supporto sociale facilitando l'integrazione, favorendo i contatti con gli altri e inducendo il desiderio di conoscere, parlare e condividere. La compagnia di un cane o di un gatto soddisfa inoltre il bisogno di comunicare sia attraverso il linguaggio verbale che con il linguaggio non verbale. Non bisogna dimenticare poi che il cane è il mezzo più efficace e sicuro per costringere il padrone a fare attività fisica (Ballarini, 1995). In questi ultimi anni si stanno sviluppando molti programmi per l'inserimento di animali da compagnia nella vita di persone anziane che

vivono da sole o in istituti. In particolare la nostra attenzione è rivolta a tre di questi programmi:

3.2.3.1. GLI ANIMALI COME COMPAGNI

Eleanor L. Ryder (Quackenbush, Voith, 1985) riporta uno studio condotto in Inghilterra il cui scopo era di valutare l'effetto della presenza di animali su persone anziane che vivevano da sole. Si voleva vedere quale tipo di stimolo aiutasse di più le persone anziane a sentirsi maggiormente attaccate alla vita e più fiduciose nelle proprie capacità. Gli stimoli proposti erano: la televisione, una pianta di fiori e dei pappagallini. Per molte persone gli uccellini risultarono essere un "lubrificante sociale": quando le voliere venivano appese fuori dalle finestre, la gente si fermava per guardare gli animali e iniziava a chiacchierare con i proprietari, in questo modo i contatti sociali di questi anziani proprietari erano notevolmente aumentati. Gli uccellini divennero degli importanti oggetti di affezione: molti dei nuovi proprietari dedicavano tempo e parte dei risparmi personali all'acquisto di giocattoli e di altri "regalini" per i loro amici. Inoltre un individuo che poteva sembrare depresso e riluttante ad occuparsi della propria persona aveva iniziato a prendersi cura di un piccolo uccellino e questo incideva indirettamente anche sul suo stato psico fisico: è più facile svegliarsi al mattino quando un amico cinguettante ci dice che è ora di fare colazione; ed è molto più divertente consumare la prima colazione quando possiamo dividere con il nostro uccellino un pezzo di pane. Queste osservazioni hanno portato alla conclusione che gli uccelli stimolano i loro proprietari ad una maggiore attività e che essi diventano anche un oggetto di affetto e di premurose attenzioni. In altre parole si sviluppa un legame uomo – animale.

3.2.3.2. I VISITATORI ANIMALI COME STIMOLO

Non tutte le persone hanno la possibilità di tenere un animale: alcuni possono non avere i requisiti fisici, altri sono troppo confusi per prestare anche le minime cure necessarie all'animale, altri ancora invece sono troppo indigenti per sostenere le spese del mantenimento di un animale. Nonostante ciò, la maggior parte della gente si diverte a guardare i comportamenti dei piccoli animali e per tutti, ad eccezione di quelle persone che hanno una fobia per gli animali, l'esperienza di toccare una calda pelliccia o una creatura pennuta può costituire uno stimolo piacevole. Per questi motivi, molte case di cura stanno promuovendo dei programmi di visite con animali ed è stato possibile evidenziare alcuni miglioramenti nei pazienti ricoverati. Le persone in uno stato mentale di moderata confusione sono stimolate a parlare e ad esprimere sensazioni di piacere sia toccando che guardando gli animali; ciò che

comunque sembra essere il loro più grande desiderio è di mantenere il contatto tattile con gli animali. Anche gli infermieri e i medici hanno evidenziato una maggiore facilità di comunicazione con i pazienti che avevano partecipato alle sessioni terapeutiche condotte con l'ausilio degli animali. Essi hanno inoltre riscontrato come la conversazione riguardante gli animali fosse un piacevole diversivo dai soliti argomenti quali il tempo, il cibo, le sofferenze e i dolori. Generalmente il legame che si instaura tra pazienti ed animali è molto superficiale, ma la presenza di questi riesce comunque a stimolare in poche ore menti e corpi ormai intorpiditi dagli anni. In questi programmi, i volontari mettono a disposizione i loro animali e vengono addestrati ad utilizzarli con questo tipo di pazienti. Condividere il proprio amato animale con una persona malata, il cui volto si illumina quando vede l'animale o le cui mani si tendono per accarezzarne il mantello, è molto più facile e soddisfacente che cercare di comunicare con le sole parole (Ryder, 1985).

3.2.3.3. ANZIANI ED ANIMALI IN CASE DI CURA

In alcuni istituti americani per persone anziane si iniziano a trovare anche animali ivi residenti. I primi istituti che hanno acconsentito all'introduzione degli animali hanno scoperto che molte persone anziane avrebbero considerato con maggiore interesse la possibilità di ricoverarsi se avessero avuto il permesso di portare con sé i propri beniamini: essere inseriti in una casa di cura è di per sé un evento stressante dal momento che spesso comporta lo sradicamento dal proprio ambiente di vita e un radicale cambiamento di abitudini; se poi questo comporta anche la forzata separazione dal proprio animale e le relative preoccupazioni sulla sua futura sistemazione; è facile capire quale importanza possa avere per il benessere psicologico, e quindi anche fisico del paziente, l'opportunità di tenere con sé il proprio amato compagno (Hart, 1995).

Inoltre alcune case di riposo, riconoscendo il valore degli animali non solo nei riguardi dei proprietari, ma anche dei loro vicini, permettono di rimpiazzare gli animali che sono morti se il proprietario ha dimostrato di essersi preso cura del primo animale. In questo modo il vantaggio non è solo per il proprietario e per il suo animale, ma per tutto l'istituto che ne riceve stimoli emotivi e sociali. Il problema consiste nel fatto che spesso la potenziale utilità di un animale che opera nelle case di riposo per anziani non è riconosciuta dal personale: per questo motivo è utile informare ed incentivare l'inserimento di animali i quali, in breve tempo, diventano motivo di piacere e di soddisfazione nonché stimolo ad esercitare una maggiore attività fisica (Ryder, 1985).

3.2.4. ANIMALI NELLE PRIGIONI

Per capire in che modo e perché gli animali possano diventare validi strumenti di terapia in un carcere o in un riformatorio, è importante prima di tutto cercare di capire quali sono i problemi che queste istituzioni vivono al loro interno.

- Un problema comune ad ogni struttura di isolamento è che il tempo non passa mai: queste persone hanno tanto tempo che però non sanno come occupare. Infatti la maggior parte delle ore della giornata sono a disposizione del detenuto che le può impiegare passeggiando, lavorando o partecipando ai corsi di recupero: alcuni detenuti non possono però lavorare e in molti istituti non ci sono corsi a cui partecipare. Così noia, senso di inutilità e monotonia diventano un appuntamento quotidiano;
- Un altro problema della vita in prigione è la mancanza di comunicazione, specialmente tra detenuti e guardie di custodia;
- Si presenta anche il problema della carenza di legami affettivi: ci sono i momenti per i colloqui, ma non sono sufficienti a colmare il vuoto affettivo dei detenuti.

In un simile contesto di solitudine, depressione e assenza di autostima l'utilizzo di animali è sicuramente molto efficace: costituiscono un modo per impiegare il tempo, favoriscono le interazioni tra le persone, facilitano il dialogo e la collaborazione, donano affetto ed inoltre restituiscono fiducia e trasmettono alla società un'immagine più positiva del carcerato (Ballarini, 1995).

3.2.4.1. QUALCHE IPOTESI PER IL RECUPERO

Gli animali presenti negli istituti di pena possono essere utilizzati in diversi progetti terapeutici ed anche riabilitativi:

- Creazione di situazioni terapeutiche in cui si accentua il sentimento sociale del soggetto: ricevere un piccolo animale in affido significa doversi occupare di un essere vivente con esigenze proprie, con specifici ritmi fisiologici che vanno rispettati e con proprie modalità di comunicazione a cui ci si deve adattare;
- Passaggio dall'affido all'adozione: significa ricevere una valutazione positiva della propria condotta e quindi ridurre, anche se solo momentaneamente, il senso di inadeguatezza in cui molti detenuti vivono. Chi vive in carcere prova un costante senso di fallimento in tutti i settori della vita, quindi riuscire nel rapporto con un animale può essere il primo passo di un lento processo di ricostruzione della propria esistenza;

- Riduzione della distanza tra se e gli altri: le persone in carcere spesso si chiudono in se stesse e maturano un atteggiamento di difesa – offesa verso l’ambiente circostante. Accarezzare o tenere in braccio un piccolo animale significa tenere aperto un canale affettivo verso il mondo esterno, può essere la base per il recupero ed il reinserimento sociale (Del Negro, 1998);
- In carcere si possono anche promuovere dei corsi per l’addestramento di cani per l’assistenza agli handicappati, questo rende i detenuti utili alla società ed aumenta la loro autostima. Inoltre per essere un buon addestratore di cani bisogna avere un atteggiamento positivo: il cane percepisce se viene addestrato da una persona nervosa o arrabbiata e non riesce a lavorare bene, questo porterà a risultati decisamente scadenti (Ballarini, 1995).

3.2.4.2. *QUALI ANIMALI PER IL TRATTAMENTO DEI DETENUTI?*

Gli animali in carcere forniscono stimoli affettivi ed hanno effetto ansiolitico, inoltre possono funzionare come mediatori dell’eccessiva aggressività che spesso si ritrova in questi luoghi di detenzione e possono migliorare l’immagine di sé del detenuto, in quanto le attenzioni di un animale lo fanno sentire degno di amore e stimolano il suo senso di protezione verso un essere piccolo ed indifeso che dipende totalmente da lui. Gli animali non fanno domande ed accettano le persone che li prendono con sé senza tentare di modificarne gli atteggiamenti e i comportamenti. E’ importante che il detenuto scelga autonomamente l’animale di cui occuparsi e inoltre occorre verificare se davvero intende occuparsene: una forzatura in questo senso potrebbe essere controproducente dal punto di vista riabilitativo. Gli animali da dedicare ai detenuti, o comunque a coloro che vivono in situazioni di particolare isolamento, devono essere animali che si possono tenere in braccio ed accarezzare: per questo motivo è molto importante ricordare che non tutti gli animali sono adatti e quindi si devono selezionare con cura i soggetti che verranno introdotti nel carcere.

Sicuramente i piccoli animali da gabbia e da voliera (volatili e piccoli roditori) possono essere utilizzati senza grossi problemi, sono animali che garantiscono una buona compagnia e possono anche essere addomesticati tanto da essere tenuti parecchio tempo fuori dalla gabbia. I pesci, nonostante siano compagni molto silenziosi, forniscono uno stimolo visivo anti depressivo trasmettendo immagini di quiete e serena tranquillità. Sicuramente i cani sono gli animali che socializzano in modo più diretto con l’uomo, per questo il cane è il compagno ideale per persone che vivono in solitudine e staccate dalla società. Non bisogna però dimenticare che hanno dei bisogni fisiologici e funzionali che non sempre sono adatti alla vita

di cella: nel caso si decida di introdurre questi animali in un carcere, è importante predisporre una struttura esterna che permetta a cane e detenuto di muoversi liberamente, giocare e per il cane di soddisfare i propri bisogni fisiologici. Infine, i gatti sono molto più indipendenti dei cani e soprattutto più puliti, inoltre si adattano bene alla vita al chiuso, anche se non disdegnano una passeggiatina tra i tetti e i giardini. Nonostante partecipi poco alla vita del suo padrone, anche il gatto conserva affetto per l'uomo (Del Negro, 1998).

3.2.5. PET THERAPY NELLE MALATTIE DEL CORPO

Non è possibile negare che la compagnia di un cane, di un gatto o di altri animali domestici contribuisca a farci sentire meglio: gli effetti psicologici del legame uomo – animale sono stati ampiamente documentati nelle pagine precedenti. A questo punto, vogliamo vedere se la presenza di un animale familiare possa apportare benefici anche sul piano fisico. E' stato dimostrato da molte ricerche che la Pet Therapy può essere una valida cura anche per le malattie più propriamente somatiche dell'uomo. Tutti conosciamo l'efficacia di una passeggiata all'aria aperta per mantenere efficiente la circolazione, per aiutare la digestione o per stimolare l'intestino: avere un cane è un buon modo per tenersi in attività. Tuttavia negli ultimi anni sono stati osservati degli effetti favorevoli per la salute anche nei padroni di criceti, tartarughe, pesci ed uccelli (Ballarini, 1995).

3.2.5.1. GLI AMICI DEL CUORE

Erika Friedmann (Robinson, 1995) ha condotto una ricerca il cui obiettivo era di conoscere gli effetti che possono avere le condizioni sociali e l'isolamento sulla sopravvivenza delle persone già colpite da un infarto. Per questo seguì da vicino un gruppo di persone ricoverate in ospedale dopo un attacco cardiaco. Attraverso l'analisi dei dati raccolti, la ricercatrice voleva individuare eventuali abitudini nella vita sociale che potevano aver influenzato la loro sopravvivenza. Da questa analisi emerse che i contatti sociali erano un fattore importante. Fece però anche una sorprendente scoperta: la sopravvivenza dei pazienti era correlata in modo significativo anche al possesso di animali da compagnia: chi aveva un animale in casa aveva maggiori probabilità di vivere più a lungo dopo un infarto. Inoltre ciò non era imputabile all'esercizio fisico indotto dalla presenza di un cane, poiché anche i proprietari di altre speci animali avevano avuto analoghi benefici. La presenza di un animale d'affezione sembra incrementare la longevità e diminuire il pericolo di malattie (Giacon, 1992). Altre ricerche hanno messo in luce che la presenza di un animale da compagnia interviene in modo favorevole sulla pressione arteriosa dell'uomo; si è inoltre visto che non è necessario che

l'animale venga toccato, è sufficiente che sia presente nella stanza, basta guardarlo (Ballarini, 1995).

3.2.5.2. UN ANIMALE CONTRO STRESS ED ANSIA

Una parola molto di moda oggi è stress. Ad esso si attribuiscono oltre alla depressione anche l'esaurimento nervoso ed una varietà di disturbi psicosomatici. Alla base di questa vera e propria malattia ci sono le frustrazioni e le competizioni nei rapporti sociali e sul lavoro e ritmi troppo accelerati. In un simile contesto gli animali possono offrire un aiuto importante all'uomo, agendo come moderatori tra questa disarmonia e la salute: è dimostrato che le relazioni sociali aiutano a sopportare situazioni di stress sia fisico che psicologico, anche la compagnia degli animali può aiutarci ad affrontare meglio lo stress. In altre parole: la relazione con animali da compagnia si è rivelata un'efficace medicina nella profilassi e nella terapia di situazioni quotidiane di stress (Ballarini, 1995).

3.2.5.3. UNA RILASSANTE VISIONE

I pesci d'acquario sono animali da compagnia molto diffusi e, sebbene la loro alimentazione sia una parte importante delle attività associate al loro allevamento, per la maggior parte del tempo essi fungono da piacevole stimolo visivo. L'influenza di questo stimolo è stata studiata per la prima volta osservando che la contemplazione di un acquario aveva effetti importanti sulla pressione del sangue: l'osservazione dei pesci ha effetti ansiolitici ed ipotensivi (Katcher, 1985). Nel corso degli anni sono stati fatti molti esperimenti per verificare l'effetto che poteva avere l'osservazione di un acquario; i parametri fisiologici che venivano monitorati erano: ritmo cardiaco e pressione del sangue. In tutti i casi si è osservato un abbassamento dei parametri associato ad uno stato di rilassamento indotto dalla visione dei pesci che nuotano tranquilli nell'acquario (Ballarini, 1995). Per spiegare questi risultati è stata proposta l'ipotesi secondo cui la presenza di pacifici organismi viventi riduce l'ansietà e lo stress in quanto la percezione visiva ed uditiva di piante ed animali non disturbati ha sempre costituito per l'uomo un senso di sicurezza (Katcher, 1985). E' proprio per questi motivi che, sempre più spesso, negli studi medici, e in particolare dentistici, vengono introdotti degli acquari: la contemplazione dell'acquario sembra avere un effetto ipnotico sui pazienti che devono sottoporsi ad un piccolo intervento chirurgico producendo in essi un notevole rilassamento (Ballarini, 1995).

3.3. MECCANISMI ALLA BASE DEL FUNZIONAMENTO DELLA PET THERAPY

Dopo aver analizzato tutti gli ambiti della vita dell'uomo in cui è possibile applicare la Pet Therapy, è importante cercare di individuare quali siano i meccanismi sottostanti al legame uomo – animale e di analizzarne in dettaglio il funzionamento, per capire quali possono essere i motivi del successo di questa nuova terapia.

3.3.1. LA COMUNICAZIONE

Non si può ridurre la comunicazione al semplice messaggio inviato o alla risposta ricevuta, è invece una relazione che si instaura tra due esseri viventi; la qualità di questa relazione dipenderà poi dal tipo di comunicazione che si è sviluppato: potrà essere una relazione di amicizia, di dipendenza e sottomissione, oppure di amore. Quindi dire che esiste una comunicazione equivale a dire che si è instaurata una relazione. La comunicazione è il fondamentale canale di interazione attraverso cui si struttura il legame tra esseri viventi; avviene non solo tra individui della stessa specie, ma anche tra individui di speci diverse. Se infatti osserviamo le persone nelle relazioni con i propri animali, possiamo notare che esse parlano loro quotidianamente: il 97% dei soggetti parla spesso a cani e gatti e il 98% è convinto che questi li capiscano e siano sensibili ai sentimenti umani. Il linguaggio generalmente utilizzato con gli animali è molto semplice e cadenzato, con tonalità delicate, molte parole ripetute frequentemente e che si concludono in tono crescente ed interrogativo: ne risulta una specie di cantilena simile a quella utilizzata dalle madri con i loro bambini. Questo tipo di linguaggio sembra avere un effetto rassicurante non solo su chi ascolta, ma anche su chi parla; questo spiegherebbe l'effetto rassicurante che la presenza di un animale offre.

Inoltre, lo stress dell'uomo moderno è dato dalla consapevolezza di essere continuamente valutato, corretto, punito o contraddetto, cosa che non avviene nelle interazioni con cani e gatti: il risultato sarà un rapporto meno stressante con gli animali che tra le persone (Giacon, 1992).

3.3.1.1. IL LINGUAGGIO DEL CORPO

I canali utilizzati per la comunicazione sono molteplici e vengono di volta in volta adattati al tipo di relazione che si è stabilita e al destinatario del messaggio. La parola è sicuramente il mezzo più diretto attraverso cui comunichiamo con i nostri simili; però disponiamo di molti altri modi per comunicare, in particolare, nelle interazioni con gli animali utilizziamo la

comunicazione non verbale. Dal momento che gli animali non sono dotati di parola, la loro capacità di usare la comunicazione non verbale è molto più sviluppata di quanto non sia nell'uomo. E' proprio per questo motivo che gli animali sono in grado di cogliere ed interpretare segnali minimi, movimenti espressivi così minuti che l'uomo non riesce neppure a percepire: è più facile che l'animale capisca noi piuttosto che noi capiamo lui. Anche per questa loro abilità nell'interpretare i nostri messaggi non verbali, a volte abbiamo la sensazione che il cane capisca il nostro stato d'animo. La compagnia di un animale può allora diventare, in diversi modi ma sempre attraverso una forma di comunicazione, un aiuto al nostro benessere fisico e mentale (Ballarini, 1995). Un'altra caratteristica della comunicazione che si instaura tra uomo ed animale è la totale assenza di ambiguità. Il padrone del cane, se vorrà entrare in contatto con il suo animale, dovrà imparare ad emettere segnali non ambigui e sicuramente significativi. Allo stesso modo i segnali che l'animale invia all'uomo saranno non ambigui, contrariamente a quanto avviene spesso tra le persone in cui la contraddizione tra messaggi verbali e non verbali provoca equivoci ed incomprensioni (Giacon, 1992). C'è, infine, un particolare tipo di linguaggio, specifico del gatto, che è in grado di provocare in noi delle sensazioni piacevoli: le fusa. Quando il gatto è rilassato le sue fusa sono ritmiche, regolari e monotone: queste caratteristiche sono capaci di indurre un effetto calmante sull'uomo (Ballarini, 1995).

3.3.2. IL CONTATTO FISICO

La privazione di stimoli corporei nell'infanzia è uno dei principali fattori di ritardo fisico e mentale, dell'autismo e delle sindromi di deprivazione, di gravi difficoltà emotive e relazionali. Inoltre il corpo è completamente ricoperto di pelle, l'organo che durante lo sviluppo embrionale si forma per primo e che con i suoi 640.000 recettori è di importanza essenziale per l'esistenza: la privazione del tatto rende impossibile la vita. Per esistere ogni individuo ha bisogno di avere degli stimoli esterni e dei confini per il proprio corpo. Il bambino, anche molto piccolo, va in cerca di stimoli corporei come le carezze, il latte e gli abbracci e quando ne è privo cerca di procurarseli da solo succhiandosi il dito, dondolandosi o aggrappandosi al pupazzo preferito. Attraverso l'esistenza del confine fisico, la pelle, il bambino riesce a formarsi un confine psicologico, cioè la propria identità, il proprio Sé che gli permette di entrare in relazione con gli altri.

Purtroppo, nella nostra cultura occidentale, il contatto fisico non solo viene vivamente scoraggiato tra gli adulti, ma anche il bambino ne viene a volte privato, con gravi

conseguenze per la sua salute sia fisica che mentale. A causa di questa mentalità distorta, l'uomo moderno corre il rischio di vivere come se fosse perennemente alla ricerca di quel contatto fisico spesso definito amore. All'uomo civile non resta che il suo animale da compagnia che non pone domande, non giudica e ci accetta per quello che siamo (Giacon, 1992). Non a caso, in inglese, animale domestico è tradotto con il termine "*pet*" che, oltre a significare animale favorito, indica una serie di azioni simili tra loro: accarezzare, viziare, coccolare. L'animale potrà allora servire o come sostituto di intimità già carente oppure come fonte addizionale, sia nei bambini che in ragazzi ed adulti. Il cane o il gatto possono accedere liberamente alla nostra zona intima, poiché essi non vengono vissuti come intrusi o come una minaccia alla nostra integrità di persona. Il contatto con l'animale è quindi sereno, spontaneo, ben accettato e corrisposto perché non può essere frainteso (Ballarini, 1995). L'animale che maggiormente sa soddisfare il nostro bisogno di contatto è sicuramente il gatto: questo animale passa quotidianamente la sua lingua su tutto il suo pelo e su quello dei suoi piccoli. Per i gattini la lingua della madre è un efficace mezzo curativo e di crescita. Facilmente il gatto potrebbe utilizzare questa attività anche nei confronti di altre specie, come per esempio l'uomo, destando molta meraviglia in chi avvicina le dita al gattino che si sta lavando (Giacon, 1992).

La rinuncia agli stimoli corporei non è solo un fattore culturale: ci sono delle situazioni in cui i contatti fisici sono limitati per motivi più pratici. Uno di questi ambienti è l'ospedale, in cui gli unici contatti fisici sono quelli necessari alla somministrazione di farmaci e di cure. Perciò nei pazienti il semplice fatto di accarezzare un animale può dare il piacere tattile di cui hanno bisogno. Il cane o il gatto possono fornire un sostituto all'assenza di contatti umani, permettendo all'ammalato di non perdere la propria immagine corporea. Le emozioni tattili che un animale da compagnia offre non sono legate solo alla morbidezza e al calore, ma anche alle posture che, specialmente i cuccioli, assumono quando vengono presi in braccio e che stimolano nell'uomo sentimenti di protezione e infondono sicurezza (Ballarini, 1995).

3.3.3. GIOCARE E DIVERTIRSI CON GLI ANIMALI

Nella relazione sociale tra esseri viventi, un canale di interazione molto importante è rappresentato dal gioco. Il gioco è una attività che accomuna l'uomo a diverse specie di animali. In particolare, cani e gatti manifestano una forte tendenza al comportamento di gioco e mantengono questo comportamento anche nella vita adulta (Giacon, 1992). Un primo aspetto positivo del gioco tra uomo ed animale è sicuramente legato all'attività fisica che la

presenza dell'animale induce a fare. In molti tipi di gioco assume una particolare importanza anche l'aspetto psicologico: questa attività può condizionare lo sviluppo emotivo, sociale e caratteriale (Ballarini, 1995). Alla base del gioco si trova la comunicazione gestuale e tattile: un cane che corre, abbaia, scodinzola e porge la zampa esige da parte del suo padrone dei gesti e delle risposte precise. L'animale con le sue manifestazioni corporee, autorizza o rifiuta il contatto: si stabilisce un vero e proprio dialogo che non ha bisogno di parole.

Ma forse l'elemento più importante che possiamo associare al comportamento di gioco è la grande capacità che hanno gli animali di farci ridere: sembrano degli umoristi innati. Alla risata, ma anche al semplice sorriso, sono attribuite proprietà terapeutiche per la mente e per lo spirito. Quindi attraverso il gioco e il divertimento che può provocare un animale, anche individui che da tempo hanno dimenticato di avere avuto un'infanzia, riescono a ristabilire il contatto con il bambino che esiste dentro di loro (Giacon, 1992).

Esiste un altro tipo di gioco, osservato spesso tra uomo ed animale da compagnia, che ha la caratteristica di non richiedere l'attenzione né da parte dell'uno, né da parte dell'altro: è il gioco di indolenza (*idle play*) ossia quel gioco ozioso costituito da azioni quali il grattare, il lisciare o attorcigliare il pelo dell'animale. Specialmente in situazioni di particolare tensione, è facile non accorgersi che si sta "torturando" (ma poi al gatto fa piacere) il felino che abbiamo vicino (Ballarini, 1995).

3.3.4. UN LUBRIFICANTE SOCIALE

Un altro interessante fenomeno che riguarda la relazione uomo – animale è l'effetto che la presenza di un animale ha spesso sulla comunicazione tra due o più persone. Sembra che gli animali domestici agiscano come facilitatori sociali, aumentando i contatti tra le persone, siano esse anziani, malati psichici, handicappati o persone normali. Il motivo alla base di questo effetto potrebbe essere dovuto al fatto che l'animale con i suoi movimenti attira l'attenzione della gente su di sé e può rappresentare un polo di interesse comune (Giacon, 1992). Un esempio molto evidente lo si può ritrovare confrontando il comportamento delle persone nella sala d'aspetto di un ambulatorio medico e in quella di un ambulatorio veterinario: nel primo caso le persone non conversano tra di loro oppure lo fanno sottovoce e con il vicino di sedia, molto più spesso ciascuno legge la sua rivista come se nella sala non ci fosse nessun altro. Nell'ambulatorio del veterinario, quelle stesse persone facilmente chiacchierano, si scambiano complimenti sui reciproci animali, insomma intrattengono frequentemente conversazioni soprattutto riguardo i propri beniamini (Ballarini, 1995). Si è

notato inoltre che i ciechi quando sono accompagnati da cani guida, hanno maggiori probabilità di attirare l'attenzione della gente, mentre vengono completamente ignorati se usano solo il classico bastone bianco; l'animale diventa quindi la punta incisiva che serve per scalfire la diffidenza e l'indifferenza delle persone. La presenza di un cane può indurre nei confronti del proprietario dei giudizi favorevoli, in base all'associazione relativa al fatto che possedere un animale equivale ad avere un buon carattere, anche questo aiuta ad instaurare delle relazioni (Giacon, 1992).

3.3.5. LA RESPONSABILITA'

E' un fatto evidente che la presenza di un animale favorisca l'acquisizione di un senso di responsabilità: un essere vivente che dipende da noi e dalle nostre cure per quasi tutte le sue funzioni vitali esige una presa di coscienza dei nostri doveri. Per questo motivo, l'animale può essere un valido supporto alla crescita e alla maturazione del bambino e può diventare per l'adulto uno stimolo valido per la riacquisizione di un'immagine positiva di sé e del proprio valore. Per questo scopo non ci sono limitazioni al tipo di animale: sia un grosso cane che un piccolo pesce hanno bisogno che ci si occupi di loro giornalmente. Da questa attività trae beneficio il bambino difficile, con problemi caratteriali, ma anche il bambino assolutamente normale; se ne giova l'adulto con una bassa autostima e pure l'anziano che sente di essere ancora utile a qualcuno (Ballarini, 1995). Inoltre il legame tra animale e bambino è uno spazio completamente dedicato alle emozioni: la maggior attenzione concessa alle emozioni facilita la crescita psicologica e la presa di coscienza delle proprie responsabilità. In queste esperienze è fondamentale l'atteggiamento assunto dagli adulti: il senso di responsabilità dei bambini è direttamente proporzionale a quello dei loro genitori; più questi aiutano il bambino nella cura giornaliera dell'animale, più il bambino prenderà coscienza dei propri doveri estendendoli poi ad altri settori della vita (Giacon, 1992).

3.3.6. L'ATTACCAMENTO

L'interazione tra due o più esseri viventi diventa legame affettivo quando subentra un elemento tanto speciale quanto comune: l'attaccamento. Questo fenomeno, un insieme di stati emotivi e di comportamenti che si instaurano tra individui che vivono in stretta vicinanza, può realizzarsi anche tra individui di speci diverse, come nel caso del legame tra uomo e animali da compagnia. Esistono vari fattori implicati nella genesi e nell'evoluzione dell'attaccamento; generalmente vengono distinte due cause:

- Cause remote: vanno riferite ad aspetti genetici ed evolutivi che si sono sviluppati nel tempo con lo scopo di tenere uniti gli individui aumentando la loro possibilità di sopravvivenza. Sono quindi meccanismi di auto conservazione ed evocano comportamenti innati nell'uomo. L'uomo è geneticamente predisposto ad instaurare legami con i suoi simili, in particolare con i bambini e dal momento che gli animali da compagnia mostrano molti caratteri infantili, è facile capire perché le persone instaurino senza difficoltà legami con gli animali;
- Cause prossime: sono le esperienze emozionali vissute dall'individuo, i fattori ambientali, i segnali tattili e visivi, ossia tutti quegli elementi che oltre a scatenare l'attaccamento ne modulano l'intensità.

Da quanto detto, emerge che l'inclinazione naturale dell'uomo ad instaurare legami con gli animali è fortemente influenzata dalle necessità (Ballarini, 1995). Alcuni dei fattori che probabilmente svolgono un importante ruolo nell'attaccamento tra gli individui sono: la vicinanza, la durata del tempo trascorso insieme, la condivisione di esperienze e naturalmente gli stimoli visivi e tattili. I cani ed i gatti tenuti come animali da compagnia rispecchiano bene questi fattori, infatti essi stimolano in noi comportamenti di attaccamento. Se noi siamo geneticamente predisposti ad attaccarci ad altre persone, in particolare ai bambini, e se l'animale manifesta molte delle stesse caratteristiche che determinano il nostro attaccamento agli individui, non è difficile capire perché la gente si affeziona facilmente agli animali e si comporta e prova verso di essi sentimenti come se fossero dei bambini: le persone sanno che un cane è un cane, ma si comportano come se si trattasse di un altro essere umano (Voith, 1985).

3.4. CONTROINDICAZIONI

La Pet Therapy si è dimostrata una terapia valida e con buone prospettive di sviluppo per il futuro. Non bisogna però dimenticare che esistono alcune controindicazioni, sia fisiche che psicologiche, all'utilizzo degli animali come co – terapeuti. Vediamo quindi quali sono queste controindicazioni e i provvedimenti che si possono mettere in atto, dove è possibile, per non perdere la possibilità di utilizzare gli animali nella terapia di pazienti che possono trarne un valido aiuto.

3.4.1. PROBLEMI SANITARI E POSSIBILI RIMEDI

- Zoonosi: in particolare i pazienti più anziani e debilitati possono essere suscettibili alle infezioni, ed in particolare alle infezioni trasmesse dagli animali. Per questo motivo è molto importante che gli animali utilizzati come co – terapeuti, o che risiedono in istituti di pena in case di cura o in ospedali, siano costantemente sotto controllo veterinario. Inoltre è altrettanto importante attuare un'informazione corretta circa i pericoli reali che possono derivare dalla convivenza con un animale, soprattutto per eliminare pregiudizi ed allarmismi troppo spesso ingiustificati e per promuovere appropriate e semplici procedure per minimizzare i rischi di contrarre eventuali malattie. Va anche sottolineato che la Pet Therapy è stata utilizzata con successo in persone infette dal virus HIV ed immunodepresse. In questo specifico caso, i rischi sono reali, ma possono essere minimizzati seguendo basilari principi igienici, attuando un'efficace informazione sui meccanismi di trasmissione, su come evitare le situazioni di rischio e con l'adozione di accurati controlli veterinari;
- Ferite: morsi e graffi costituiscono un rischio reale quando si utilizzano cani e gatti, generalmente però questo problema si associa ad un inadeguato approccio da parte del paziente, ad una selezione sbagliata dell'animale per quanto riguarda i suoi aspetti comportamentali oppure ad una insufficiente supervisione da parte del personale addetto. Pertanto questo tipo di problema si può evitare educando i pazienti sul modo migliore di trattare gli animali, ma anche selezionando ed addestrando adeguatamente gli esemplari da destinare alla terapia e predisponendo un'attenta supervisione;
- Allergie: l'ipersensibilità di alcuni individui nei confronti di allergeni presenti nella saliva, sul pelo, sulle piume degli animali può costituire un serio pericolo per la salute delle persone. I possibili rimedi a questo problema possono riguardare sia un trattamento dell'animale con prodotti specifici in grado di inattivare le sostanze allergizzanti, sia

un'accurata anamnesi del paziente per conoscere l'eventuale esistenza di allergie e la gravità delle stesse.

3.4.2. PROBLEMI PSICOLOGICI

- Rifiuto: può manifestarsi nel paziente quando sono presenti forme di zoofobia o un'avversione preconcetta causata da una traumatica esperienza infantile o da forme di ipocondria. In questi casi può essere indicato un trattamento psicologico di desensibilizzazione del paziente. E' molto importante, però, che la struttura che utilizza la Pet Therapy, rispetti la volontà del paziente che non desidera la presenza di animali. Anche gli animali possono manifestare un rifiuto verso il paziente: in questi casi generalmente la causa è da imputarsi ad errati comportamenti dell'uomo oppure ad un inadeguato accoppiamento tra le capacità dell'animale e le necessità del paziente;
- Ulteriore isolamento: un timore che viene frequentemente espresso è che un paziente a cui si affida un animale possa sentirsi così preso da questo da escludere le altre persone, facendo così emergere una patologia psicologica ancora più grave. Tuttavia si è spesso osservato che la relazione nel corso del tempo si estende e gli animali diventano dei veri e propri catalizzatori per l'interazione sociale;
- Dipendenza: può succedere che i pazienti sviluppino dei comportamenti di dipendenza verso attività salutari e benefiche, come le terapie e le cure mediche. Ad una dipendenza di questo tipo sono particolarmente vulnerabili quelle persone che si trovano coinvolte strettamente con un animale: curare un animale può colmare un bisogno insoddisfatto di attenzioni della persona che non ne riceve. La dipendenza da animali può manifestarsi con comportamenti come: ossessioni, atteggiamenti ripetitivi, rifiuto, trascuratezza di sé, fino ad arrivare anche a comportamenti di autodistruzione.

Una volta fatte tutte queste considerazioni, si potrà dare il via all'attuazione materiale del programma, che dovrà in ogni caso essere costantemente sottoposto a monitoraggio e verifica per tutta la sua durata (Ballarini, 1995).

IV. RIABILITAZIONE EQUESTRE

4.1. INTRODUZIONE

La Riabilitazione Equestre (R.E.) è un metodo terapeutico globale ed analitico, estremamente ricco, che interessa l'individuo nel suo complesso psicosomatico, sia che venga praticato con degli handicappati fisici o mentali. Il metodo globale sollecita la partecipazione di tutto l'organismo, senza che si possa dire quale parte dell'individuo, quale sistema organico o mentale, è il primo ad essere interessato: a cavallo l'individuo è preso in tutto il suo essere, sia fisico che psicologico (De Lubersac, Lallery, 1977).

Fare R.E. significa fare della riabilitazione in cui il terapeuta utilizza il cavallo come strumento, uno strumento di per se stesso meravigliosamente vivo e ricco di informazioni quali la corporeità, la ritmicità e il movimento. Tuttavia perché si possa fare della vera riabilitazione, la presenza del terapeuta rimane indispensabile, anche se agli occhi di un profano questa terapia può apparire più come un momento di gioco, di rilassamento o di sport (Conti, Roscio, Reverdito, 1990).

4.1.1. CENNI STORICI

Il rapporto uomo – cavallo si è instaurato migliaia di anni fa consolidandosi con il passare dei secoli. Fino ad alcuni decenni fa, i cavalli ricoprivano ruoli di grande utilità ed importanza: venivano utilizzati nel lavoro dei campi, come mezzi di locomozione e di trasporto. Con l'epoca industriale, i cavalli non vengono più utilizzati nel campo dei trasporti e del lavoro, ma inizia a diffondersi il loro sfruttamento negli sport equestri, nel trekking, nel tempo libero ed anche nella riabilitazione. Per quest'ultimo compito, è bene sapere che il cavallo è stato impiegato per molti secoli a fini terapeutici: Ippocrate (478 – 370 a.C.) prescrive l'equitazione come rimedio contro l'insonnia, Asclepiade (124 – 40 a.C.) la prescrive come trattamento curativo contro l'epilessia. L'uso del cavallo come strumento terapeutico parte dai greci, e successivamente si estende ai romani, francesi e tedeschi. Dalla metà del XVII secolo e per tutto il XVIII questo tipo di terapia viene prescritto per disturbi e patologie diverse. Come abbiamo già visto parlando di Pet Therapy, alla fine della prima guerra mondiale l'animale entra a far parte della pratica medica (Del Negro, 1998). Pare comunque che l'evento chiave per l'accettazione e la diffusione di questa terapia collegata con i portatori di handicap sia stato il secondo posto alle gare di *dressage* delle Olimpiadi di Helsinki nel 1952 della poliomielitica Liz Hartel che, classificandosi seconda, vinse l'argento olimpico, ma

soprattutto vinse contro l'handicap che la malattia le aveva lasciato. Questo avvenimento ebbe risonanza mondiale e contribuì notevolmente allo sviluppo della R.E. (Ballarini, 1995). In Italia lo sviluppo della R.E. inizia nel 1972 presso l'ospedale "Niguarda Cà Granda" di Milano questo ha portato alla costituzione dell'Associazione A.N.I.R.E. (Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione Equestre) nel 1977. Attualmente sono 26 i paesi che utilizzano l'equitazione a scopo terapeutico (Altieri, Angelini Giannotti, 1994).

4.2. AREE DI CONCENTRAZIONE

La ricchezza di dati e di osservazioni relativi al possibile utilizzo del cavallo e ai suoi benefici effetti sull'uomo ha permesso, dopo oltre trent'anni di ricerche, di definire le linee guida e le aree di applicazione della R.E. Il cavallo può essere utilizzato in tre aree principali: la medicina, l'educazione e lo sport (Strauss, 1995). Il diverso utilizzo del cavallo e le diverse tecniche usate tendono naturalmente a sovrapporsi, quindi non c'è alcun problema se un paziente, una volta avviato allo sport, viene reinserito in un ciclo di sedute di rieducazione mirate al raggiungimento di uno specifico obiettivo (Gentile, Viviani, 1996).

Vediamo allora in cosa consistono queste fasi.

4.2.1. IPPOTERAPIA

Viene considerata una precisa procedura medica. E' la fase iniziale di approccio al mondo del cavallo, di conoscenza di questo animale, del suo ambiente di vita e delle tecniche per prendersi cura di lui. Questa fase si svolge a terra, ma include anche un primo approccio all'andare a cavallo e alle nozioni di tecnica equestre (Gentile, Viviani, 1996). L'ippoterapia è una forma passiva di equitazione in cui il paziente monta a cavallo e permette all'animale di farlo muovere. In questa fase, si sfruttano soprattutto le qualità fisiche del cavallo che di solito viene utilizzato senza sella e, nei casi in cui il paziente presenta un handicap molto grave, il terapeuta può montare insieme al paziente stesso per dargli maggiore sicurezza, soprattutto nelle prime sedute. In questo momento assume particolare importanza il ritmo del cavallo, il tipo di movimento, la possibilità di accelerare o rallentare il passo: tutte qualità che risultano utili specialmente per la regolazione del tono muscolare, per l'equilibrio e la coordinazione (Conti, Roscio, Reverdito, 1990).

4.2.2. EQUITAZIONE TERAPEUTICA

Rientra nel settore educativo. Questa seconda fase si svolge a cavallo e prevede la partecipazione attiva del paziente alla seduta. Al paziente vengono insegnate, in modo adeguato alle sue capacità, le principali tecniche dell'arte equestre. Il paziente impara quindi a condurre autonomamente il cavallo; inoltre nel corso della seduta svolge anche degli esercizi che hanno lo specifico scopo di migliorare l'equilibrio, la flessibilità e la coordinazione motoria, di favorire il rilassamento dei muscoli e di aumentare la consapevolezza del proprio corpo. La terapia mediante l'equitazione non solo è in grado di ridurre le invalidità fisiche, ma può anche porre rimedio a problemi di ordine psicologico (Biery, 1985). In questo caso si utilizzano sia la sella per poter aumentare il numero degli esercizi, sia le redini per un miglior

controllo degli arti superiori e per un lavoro di lateralizzazione. In questa fase il paziente risulta particolarmente motivato, dal momento che si rende conto di essere totalmente autonomo e ha la possibilità di migliorare le proprie capacità di controllo di sé stesso e dell'animale (Conti, Roscio, Reverdito, 1990).

4.2.3. EQUITAZIONE PRESportiva

Indica il passaggio da una equitazione terapeutica in senso riabilitativo ad una equitazione ludico – sportiva. Anche se non bisogna dimenticare che l'andare a cavallo ha sempre una valenza ludica tale da permetterci in ogni fase della R.E. di attuare metodi riabilitativi stimolanti e divertenti. In questa terza fase, a cui possono accedere solo i pazienti che ne hanno le possibilità dal punto di vista motorio e psichico, si privilegia l'aspetto sportivo e tecnico dell'andare a cavallo: i soggetti vanno al passo, trotto e galoppo, effettuano passaggi di barriere e cavalletti, lavorano sia individualmente che in gruppo e possono essere inseriti in sedute con normodotati. Il passaggio a questa fase è molto delicato, per questo motivo il terapeuta deve valutare bene se il paziente è pronto ad affrontare il cambiamento, per evitare l'insorgenza di frustrazioni, paure o addirittura cadute da cavallo che potrebbero compromettere il proseguimento della terapia stessa (Gentile, Viviani, 1996). Un elemento molto importante è la presenza del gruppo, poiché le persone si aiutano tra loro ed insieme non solo cavalcano ma si prendono cura delle loro cavalcature prima e dopo la seduta, instaurando così un profondo rapporto tra il cavallo e i disabili. In questo modo la persona evolve le sue capacità relazionali attraverso il momento terapeutico ed anche attraverso la cura del cavallo (Conti, Roscio, Reverdito, 1990).

4.3. BENEFICI FISICI

4.3.1. PRINCIPI DI EQUITAZIONE: L'ASSETTO DEL CAVALIERE

Se vogliamo analizzare quali sono i benefici che un paziente può ottenere dalla R.E. è importante, per prima cosa, vedere quale dovrebbe essere la giusta posizione in sella, cioè l'*assetto*. Questa posizione deve poter permettere tranquillità e sicurezza al cavaliere, nonché libertà di movimento al cavallo che, alle varie andature e secondo le caratteristiche del terreno, è sottoposto a svariati cambiamenti di equilibrio. La distribuzione da parte del cavallo del proprio peso sugli arti, facilitata da un cavaliere ben posizionato, sereno ed elastico, pronto a percepire e a seguire i movimenti del proprio cavallo, sarà alla base dell'intesa che porterà alla gradevole formazione e crescita del binomio uomo – cavallo, anche in situazioni che potrebbero sembrare senza speranza.

E' importante collocarsi bene avanti sulla sella, in modo che il proprio peso sia ben distribuito sul treno anteriore e posteriore del cavallo. La schiena deve essere dritta, le reni spinte in avanti, il busto, il collo e la testa allungati verso l'alto. Il mento non deve avvicinarsi al petto. Le spalle, libere da ogni tensione muscolare, devono essere sciolte. Le gambe scivolano naturalmente lungo il costato del cavallo, il piede è inserito nella staffa in modo che buona parte del peso corporeo venga caricato sul tallone (Rinaldi, 1996).

4.3.2. CARATTERISTICHE DEL MOVIMENTO DEL CAVALLO

Uno degli scopi principali della R.E. è quello di riportare la persona disabile ad utilizzare tutto il suo corpo in modo linguistico, superando ed annullando la disarmonia creatasi in seguito ad una lesione del sistema neuromotorio. Particolare importanza riveste in questo senso il tipo di movimento tridimensionale e sinusoidale del passo del cavallo, svolto in quattro tempi, in cui le quattro zampe arrivano all'appoggio con battute equidistanti (ant. dx, post. sx., poi ant. sx. segue post. dx). Contemporaneamente il cavallo presenta un movimento alternato di abbassamento e risalita dell'incollatura, che determina alla sua base, dove è posta la sella, un movimento dal basso verso l'alto, da destra verso sinistra e viceversa, a seconda del piede d'appoggio del cavallo. Questo movimento viene così trasmesso agli ischi del cavaliere, contemporaneamente gli emibacini sono alternativamente ruotati in avanti, a destra e a sinistra. Si viene così a produrre un pattern di movimento di ampiezza fisiologica che può essere ripetuto per un periodo prolungato, con un ritmo simile a quello che si verifica nel passo dell'uomo normale. Questo parallelismo tra la tridimensionalità del cammino umano e l'andatura del cavallo, dà la possibilità, a soggetti che non hanno mai camminato o che

camminano con schemi scorretti, di trovarsi in una situazione paragonabile ad una deambulazione corretta e fisiologica sperimentandone quindi gli effetti a livello del bacino, del tronco, dei cingoli, degli arti superiori e del capo con conseguenti stimolazioni delle reazioni di raddrizzamento e di equilibrio (Conti, Roscio, Reverdito, 1990).

4.3.3. EFFETTI POSITIVI DELLA RIABILITAZIONE EQUESTRE

Da quanto abbiamo detto più sopra, risulta evidente che i benefici che derivano dall'utilizzo del cavallo sono innumerevoli, cerchiamo quindi di analizzarli.

- Muscolatura: attraverso l'equitazione tutti i muscoli del corpo lavorano in maniera simmetrica, senza predominanza laterale. Ma quando esistono deficienze muscolari, come nel caso dell'emiplegia, un gruppo muscolare tende a prevalere su un altro. Il lavoro svolto a cavallo aiuta lo sviluppo armonioso e globale dei diversi sistemi muscolari: i muscoli della coscia concorrono alla tenuta; i muscoli delle gambe, assicurando il mantenimento del contatto, permettono di utilizzare il tallone e favoriscono la percezione tattile; i muscoli della parete addominale sono fondamentali per ammortizzare le forze, accompagnare i movimenti del cavallo e mantenere l'equilibrio. E' inoltre importante che i gruppi muscolari del tronco agiscano sinergicamente, questo favorisce la flessibilità e facilita il ruolo di ammortizzatore. Infine i muscoli delle braccia ed avambracci concorrono all'elasticità del gesto che deve compensare i movimenti del cavallo. Per eseguire un movimento armonico e decontratto, si praticano degli esercizi detti di rilasciamento: sono esercizi di decontrazione effettuati a cavallo e che hanno lo scopo di annullare le contrazioni inutili e nocive e le posizioni difettose che portano ad un cattivo assetto (De Lubersac, Lallery, 1977);
- Equilibrio: il movimento tridimensionale del cavallo causa nel soggetto un continuo spostamento del baricentro da destra a sinistra, avanti ed indietro, in alto e in basso; questi continui aggiustamenti di posizione aiutano il cavaliere a sviluppare, o a migliorare, il proprio equilibrio che molto spesso risulta carente in soggetti con disabilità fisica e che causa grossi problemi nella vita di ogni giorno (Engel, 1992). Inoltre, questo senso di equilibrio acquisito poco a poco, permette di prendere coscienza del proprio corpo: l'handicappato arriva a percepire e capire che il suo corpo, attraverso il lavoro muscolare, gli impedisce di cadere da cavallo ed è in grado di assumere posizioni nuove in relazione ai nuovi movimenti del cavallo (De Lubersac, Lallery, 1977);

- Ritmo: fa parte della nostra vita fin dal concepimento: il battito del cuore materno è il primo ritmo che il bambino percepisce ancora prima di nascere; l'ascolto della frequenza cardiaca materna e il cullare della mamma associato alle nenie assicurano il rilassamento del bambino. Anche nella vita adulta siamo molto sensibili al ritmo: ci agitiamo quando siamo ansiosi e magari dondoliamo su un piede e sull'altro quando siamo in preda ad un conflitto. Il passo del cavallo è molto ritmato ed ha un forte effetto cullante e calmante sul cavaliere. Questa attività ritmica elimina i movimenti parassitari, regolarizza il deficit della forza nervosa e procura delle sensazioni molto piacevoli. Il ritmo del cavallo varia a seconda dell'andatura (passo, trotto, galoppo), della velocità, ma anche del cavallo stesso. Per non intralciare il movimento del cavallo, il cavaliere deve prendere coscienza della struttura ritmica della sua cavalcatura e fare in modo di reagire ad essa adeguatamente. I differenti ritmi del cavallo richiedono al disabile un adattamento muscolare ed un aggiustamento del tono (De Lubersac, Lallery, 1977);
- Sistema cardiaco e respiratorio: come abbiamo già visto, il movimento ondulatorio del cavallo viene trasferito al cavaliere provocando una stimolazione neuromuscolare che influisce positivamente sul sistema cardiaco e respiratorio; questo può anche favorire un miglioramento del linguaggio (Engel, 1992).

4.3.4. INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI

Attraverso la R.E. degli handicappati fisici con lesioni motorie e neuromotorie, si cerca di ottenere: un miglioramento nella coordinazione muscolare e nell'equilibrio, un miglioramento dell'efficienza muscolare, un guadagno di ampiezza articolare, inoltre può essere molto utile praticare la R.E. anche con pazienti che non otterranno dei miglioramenti a livello fisico, ma forse avranno uno sblocco a livello psicologico che li aiuterà a superare l'handicap fisico (Capponi, 1979 – 80).

- La R.E. è indicata per lesioni neuromotorie che si presentano sotto diverse forme: spastiche, distoniche, atassiche e miste. I sintomi dipendono dall'estensione della lesione centrale, generalmente vengono colpiti i muscoli e questo determina una alterazione del tono muscolare e un deficit nella coordinazione e nell'equilibrio;
- Anche le patologie ortopediche possono beneficiare della R.E., in particolare tutte quelle situazioni che comportano un indebolimento o una alterazione della colonna vertebrale, delle anche ed una posizione scorretta dei piedi. La R.E., oltre ad essere utilizzata per migliorare queste patologie, può anche servire a prevenirne l'insorgenza (Strauss, 1995).

Generalmente, comunque, non è la patologia in sé a determinare l'indicazione o la controindicazione per la R.E., quanto piuttosto la gravità dei sintomi che possono impedire lo svolgimento della terapia o, addirittura, possono venire aggravati dalla specifica posizione assunta in sella. Tuttavia le controindicazioni non sono molto numerose, possiamo infatti avere nell'adulto:

- Postumi delle osteocondrosi vertebrali giovanili dell'accrescimento;
- Gravi disturbi della statica vertebrale: scoliosi, ipercifosi;
- Le patologie della colonna di natura infiammatoria;
- Uno stato di gravidanza oltre il 4° mese.

Mentre nell'infanzia e nell'adolescenza si può avere:

- Una osteocondrosi vertebrale in accrescimento in fase evolutiva dolorosa;
- La pratica dell'equitazione prima dei 5 anni su pony o dei 12 anni sui cavalli;
- Un tempo di monta superiore a 2/3 ore al giorno (Teyssandier, Teyssandier, Conti, Roscio, 1989).

4.4. BENEFICI PSICHICI

Come abbiamo già detto, la caratteristica peculiare di questo tipo di riabilitazione è l'utilizzo di un mezzo terapeutico molto particolare, cioè il cavallo. Esso infatti non è uno strumento meccanico ma, grazie a caratteristiche fisiche e comportamentali specifiche, è in grado di relazionarsi al paziente con modalità differenti rispetto ai piccoli animali da compagnia (Altieri, Angelini, Giannotti, 1994). Cerchiamo allora di capire come può questo animale influire positivamente sullo sviluppo psichico di una persona disabile che si avvicina alla R.E.

4.4.1. RIABILITAZIONE EQUESTRE PER IL BAMBINO DISABILE

Onofri, *et al.* (1996) riportano uno studio condotto presso il centro di R.E. "V. di Capua" di Milano in cui si vuole vedere come i piccoli disabili e le loro famiglie vivono la patologia e come questa condizione si può modificare avvicinandosi al mondo dei cavalli. In moltissimi casi è stato possibile evidenziare come i piccoli pazienti manifestino situazioni di disagio emotivo – relazionale che indica chiaramente un vissuto di sofferenza e di conflitto, soprattutto in relazione all'immagine corporea e come invece manifestino parallelamente la loro soddisfazione verso la terapia equestre. Le sensazioni piacevoli sperimentate a cavallo si contrappongono positivamente ai messaggi frustranti e negativi inviati dal corpo in altre situazioni. Attraverso il cavallo, il bambino può esplorare lo spazio, inoltre si stabilisce una relazione affettiva con l'animale: il lavoro svolto a cavallo può ridare la sensazione di star bene nel proprio corpo. Il vissuto positivo dei bambini a cavallo è quindi fondamentale per la validità dell'intervento e può diventare fonte di reale acquisizione del movimento stesso. Un'altra risposta che il cavallo può dare riguarda la cattiva immagine di sé che i bambini hanno dimostrato di avere; il cavallo è un animale grande, ha una struttura muscolare molto evidente e una testa imponente; di solito tutto questo genera, al primo impatto, timore che però tende a svanire in breve tempo e si trasforma in un elemento molto positivo: essere sopra il cavallo, guidarlo e "dominarlo" permette al bambino di sentirsi importante, forte e questo favorisce l'aumento dell'autostima. D'altro canto, poco per volta il paziente capisce come anche il cavallo possa essere vittima di paure improvvise, di piccole manie o come possa dimostrare poca voglia di lavorare, dipendenza ed altri aspetti del carattere che possono risultare molto simili a quelli del bambino stesso. Sta forse in questo il fascino del cavallo: da un lato è molto simile a noi, dall'altro rappresenta ciò che vorremmo essere.

Un altro elemento da non sottovalutare riguarda il fatto che montare a cavallo comporta la possibilità di guardare il mondo dall'alto in basso: una persona costretta all'uso della

carrozzella vede abitualmente gli altri in piedi da una condizione di inferiorità; in sella ad un cavallo questa situazione si ribalta ed anzi viene resa possibile anche la sensazione della locomozione autonoma, indipendente (Verga, Canali, Minero, 1997).

4.4.2. RIABILITAZIONE EQUESTRE CON BAMBINI AUTISTICI

L'autismo infantile colpisce ciò che l'uomo ha di più prezioso: la possibilità di comunicare con l'altro. L'autismo è caratterizzato da segni clinici svariati, sia di natura psichiatrica: disturbi della relazione, della comunicazione, del comportamento e dell'autonomia personale; sia di natura neuropsicologica: ritardo mentale, turbe dell'attenzione, della memoria e del linguaggio ed anche manifestazioni neurologiche come disturbi del tono, della postura, del movimento ed epilessia. Tre sono gli aspetti che caratterizzano il disturbo autistico:

- Una compromissione delle capacità di interazione sociale,
- Una compromissione della comunicazione,
- La presenza di comportamenti ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati.

Il contatto con un grosso animale ha un profondo effetto sui bambini, in particolare autistici, dal momento che risulta essere un'esperienza sia sensoriale che emotiva. L'approccio iniziale al cavallo dovrà essere molto prudente: non si potrà ottenere un rapporto immediato né un utilizzo men che parziale del cavallo e della figura del terapeuta. Lo spazio allargato di un maneggio, la presenza di tante persone associata alla novità potrebbero ingenerare ulteriore panico in questi bambini non abituati ad essere contenuti da verbalizzazioni o da contatti fisici di tipo rassicurante. L'approccio iniziale non sarà sicuramente facile, anzi potrà addirittura peggiorare i sintomi del bambino. Vi è però qualcosa che il cavallo può dare al bambino autistico: il contatto fisico con l'animale è obbligatorio e questo è un'esperienza nuova per chi ha fatto dell'isolamento la propria regola di vita. E' stato spesso osservato che questi bambini trascorrono gran parte della lezione di equitazione a terra, toccando lievemente con la punta delle dita tutta la superficie del cavallo, dalla testa alla coda (Biery, 1985). Il bambino attraverso il contatto con il cavallo inizia a relazionarsi con il terapeuta: dapprima per garantirsi la sicurezza sarà costretto ad ascoltarne le istruzioni, più avanti per ripetere l'esperienza con il cavallo deve anche mantenere la relazione con il terapeuta. In questo modo si può iniziare il cammino verso l'indipendenza, l'autonomia e la socializzazione. Inoltre la R.E. diventa dialogo, dal momento che a casa il bambino ne parla, la rievoca, la ricerca. La relazione che si instaura con il cavallo si basa principalmente sulla comunicazione non verbale ed è finalizzata ad ottenere sensazioni piacevoli e a garantire la sicurezza. Per quanto

riguarda la mancanza di interessi e di attività, lo spazio allargato del maneggio, la presenza contemporanea di più persone e la novità del lavoro a cavallo sono degli stimoli che possono essere sfruttati per modificare questo aspetto della patologia.

In conclusione, si può ritenere che la R.E. sia una scelta terapeutica e riabilitativa valida sia nel modificare alcuni aspetti della patologia sia nel consentire, attraverso un lavoro ludico, uno scarico delle angosce e un rilassamento del soggetto (Carboni, 1996).

4.4.3. RIABILITAZIONE EQUESTRE E SCHIZOFRENIA

Michaela Scheidhacker (1994) riporta i risultati di uno studio in cui si è applicata la R.E. a pazienti schizofrenici cronici internati in un ospedale. Attraverso questo studio è stato possibile evidenziare come il rapporto con il cavallo, caratterizzato sia dal lavoro a terra che dalla monta vera e propria, è in grado di migliorare la percezione che il soggetto ha del proprio corpo, ma anche le sue capacità relazionali e la sensibilità verso gli altri; inoltre prendersi cura del cavallo richiede al soggetto di assumersi la responsabilità del proprio comportamento e questo aiuta a vedere la realtà in modo più realistico. L'interazione che si sviluppa tra paziente e cavallo è di tipo non verbale: è una relazione che si basa sui gesti, sull'espressione corporea e proprio per queste specifiche caratteristiche può essere considerata una vera e propria relazione psicoterapeutica. L'esperienza del contatto con i cavalli ha aiutato questi pazienti a riscoprire l'amore per la vita e la gioia di vivere: il cavallo con la sua eleganza e socievolezza stimola la curiosità e spinge le persone a scoprire nuove possibilità di vita sia che siano persone giovani o anziane, malate o sane.

In conclusione di questo studio è stato possibile evidenziare che la R.E. non può curare pazienti affetti da schizofrenia cronica, nonostante ciò, può sicuramente avere un effetto positivo sulla qualità della loro vita. Andare a cavallo è un'esperienza piacevole e divertente e questo incide positivamente sia sull'intelletto che sulla psiche: i pazienti si sentono finalmente vivi e capaci, forse per la prima volta, di stabilire delle relazioni.

4.4.4. INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI

Non è facile elencare le indicazioni e le controindicazioni della R.E. in particolare per quanto riguarda l'area affettivo relazionale. Sono necessari ulteriori studi che permettano di qualificare e quantificare le potenzialità terapeutiche di tale prassi nel campo dei disturbi mentali (Altieri, Angelini, Giannotti, 1994).

Nonostante ciò, la R.E. è utilizzabile, a livello psichiatrico e psicologico, per diversi tipi di soggetti:

- Oligofrenici;
- Psicopatici (soprattutto autismo);
- Schizofrenici: sono persone spesso violente, per questo motivo l'andare a cavallo potrà servire loro come una disciplina piuttosto severa. In alcuni casi, però, è risultato controproducente l'interruzione della terapia;
- Caratteriali: il problema più evidente da superare è la fase dell'avvicinamento. Sono soggetti caratterizzati da una personalità debole e, per questo motivo, il rapporto con le altre persone è spesso difficile; specialmente quando si è costretti a stare in una stanza perché il terapeuta, per iniziare un dialogo, è obbligato a prendere l'iniziativa e ad imporsi. A cavallo questo non succede perché dopo che il ragazzo è salito, lo si può lasciare completamente libero di fare ciò che più gli aggrada: sarà il cavallo stesso che, quando sarà stanco di sopportare i movimenti magari bruschi di quel ragazzo, si ribellerà. Questo gesto di insofferenza verrà percepito dal ragazzo come una punizione e questo lo stupirà e gli darà fastidio. Per questa ragione, cercherà di stabilire una relazione con il terapeuta per capire il suo amico cavallo: la via di contatto sarà così aperta (Capponi, 1979 – 80).

4.5. IL CAVALLO

Il cavallo è l'elemento essenziale attorno al quale gravita tutta la terapia, si intuisce perciò quale sia l'importanza delle caratteristiche fisiche e comportamentali di questo "strumento" (Ballarini, 1995). E' molto importante, però, tenere in considerazione due aspetti del cavallo utilizzato per la R.E.: innanzitutto, non esiste un unico tipo di cavallo che riassume in sé tutte le caratteristiche desiderabili per questa terapia; a seconda degli obiettivi che si vogliono raggiungere, si ricercano nel cavallo particolari attributi morfofunzionali e psichici (Ballarini, 1995). Inoltre, generalmente i cavalli impiegati per la R.E. provengono da donazioni e sono animali a fine carriera. Quindi non deve esserci la pretesa di poter disporre di animali ideali, è comunque importante poter contare almeno su un certo numero di caratteristiche minime (Minero, Canali, Verga, 1995).

4.5.1. CARATTERISTICHE FISICHE DEL CAVALLO IMPIEGATO PER LA RIABILITAZIONE EQUESTRE

Vediamo quali dovrebbero essere le caratteristiche morfologiche del cavallo ideale per la R.E.:

- Altezza al garrese: non dovrebbe superare i 150 cm e questo non solo per un fatto di comodità del terapeuta ma anche per non creare nel paziente la paura del vuoto;
- Incollatura: la forma, la lunghezza e il portamento del collo hanno un'importanza non solo estetica, ma soprattutto meccanica. Il collo insieme alla testa costituisce il bilanciere cefalo – rachidiano ed è proprio in virtù dei movimenti di questo sistema che l'animale provvede a mantenere e a regolare l'equilibrio corporeo. Nel cavallo utilizzato per la R.E., l'incollatura deve essere robusta e muscolosa per dare sicurezza al cavaliere ed anche sufficientemente larga da permettere una buona percezione dei movimenti e dei cambiamenti di direzione del cavallo anche nei pazienti meno sensibili;
- Dorso: costituisce il ponte di congiunzione tra gli arti anteriori e posteriori. Deve essere diritto e largo, non troppo insellato (circa 9 cm) per permettere la corretta collocazione del baricentro del cavaliere;
- Groppa: questa regione è molto importante in quanto il movimento al passo deve creare un movimento simile al cullarsi. Questo è possibile solo con una groppa larga;
- Torace: in pazienti che presentano spasticità o nei bambini, è preferibile utilizzare cavalli con torace alto e profondo, dovrebbe avere una circonferenza di circa 185 cm;

- Spalla: dovrebbe essere abbastanza obliqua in modo che l'angolo scapolo – omerale sia piccolo, per favorire una maggiore apertura durante le andature e per garantire un passo lungo e morbido (Gentile, 1996).

Le caratteristiche che abbiamo elencato si riferiscono al cavallo tipico, ciò non significa che ci dobbiamo aspettare animali di questo tipo nei centri italiani. Infatti i soggetti presenti sono molto diversi tra loro e si discostano anche dal tipo medio. E' stato però possibile suddividere questi cavalli in tre gruppi principali:

- Dolicomorfi: in questo gruppo si ritrovano cavalli spesso utilizzati per il salto ad ostacoli, hanno pertanto una muscolatura molto sviluppata. Sono soggetti alti (altezza media 165 cm) e per questo sono poco idonei per disabili gravemente handicappati, mentre risultano più idonei per i portatori di handicap modesto, oppure per le fasi più avanzate della R.E. Neppure la notevole circonferenza toracica (190 cm) è un vantaggio per l'uso terapeutico. Sono però dei cavalli molto disponibili all'esercizio e con facilità di apprendimento, questo li rende più idonei per le fasi avanzate della cura;
- Mesomorfi: l'altezza al garrese (160 cm) è più bassa rispetto al gruppo precedente, nonostante ciò, può presentare difficoltà per il terapeuta a terra. La minore circonferenza toracica (185 cm) consente un migliore equilibrio in sella per il cavaliere;
- Brachimorfi: questo gruppo è composto da cavalli più giovani rispetto ai precedenti (età media 11 anni, contro i 14 – 25 dei precedenti). L'altezza è decisamente più ridotta (144 cm) e questo facilita molto il lavoro del terapeuta a terra. Il collo e il posteriore sono molto muscolosi, questo consente al cavaliere un buon grado di stabilità e sicurezza in sella (Ballarini, 1995).

4.5.2. SELEZIONE COMPORTAMENTALE DEI CAVALLI PER LA RIABILITAZIONE EQUESTRE

La scelta del cavallo idoneo per la R.E. viene fatta oltre che sulle caratteristiche morfologiche, anche su quelle comportamentali. La selezione comportamentale è finalizzata ad individuare il temperamento del cavallo, le sue attitudini intrinseche e gli eventuali atteggiamenti non idonei che possono essere modificati con un adeguato addestramento. Per procedere alla selezione comportamentale si devono innanzitutto stabilire a priori i criteri di esclusione e di inclusione dei soggetti idonei alla R.E.

4.5.2.1. CRITERI DI ESCLUSIONE

- Soggetti prima dei 5 anni di età perché non sufficientemente addestrati o condizionati;

- Gli stalloni in relazione all'influsso ormonale che determina a volte comportamenti imprevedibili;
- Cavalli precedentemente adibiti ad attività agonistica se non adeguatamente ricondizionati, dal momento che conservano l'impostazione alla competizione e quindi non sono facilmente gestibili nelle sedute di R.E.;
- Eccessiva nevrilità: è una caratteristica frequente in cavalli puro sangue, ma può essere presente anche come conseguenza di un allevamento non idoneo, in soggetti sottoposti ad un lavoro stressante, oppure può derivare da esperienze traumatizzanti durante l'ammansimento o la domatura;
- Presenza di tic: indicano un equilibrio psichico labile;
- Diffidenza nei confronti dell'uomo e dell'ambiente circostante;
- Tendenza ad impennarsi, rampare, calciare a vuoto anche in assenza di sollecitazioni particolari. Questo comportamento denuncia l'indisponibilità del cavallo ad assoggettarsi agli ordini del cavaliere o dell'istruttore;
- Eccessiva sensibilità al contatto, solletico in varie zone del corpo, con conseguenti rischi sia per il cavaliere che monta, sia per chi si avvicina al cavallo;
- Ipersensibilità a stimolazioni acustiche, anche se non particolarmente disturbanti;
- Eccessiva mobilità del capo che il cavallo bardato presenta come rifiuto al morso e alla sua azione sulla bocca, esercitata anche tramite una leggera trazione sulle redini. Questo movimento, oltre che preoccupare il cavaliere e impedirgli un contatto corretto delle mani, può diventare talmente ampio che il cavallo può colpire con la sua nuca la faccia del cavaliere;
- Tendenza al repentino cambiamento di direzione con atteggiamenti difensivi nei confronti del cavaliere,
- Ampia indisponibilità al lavoro (Serra, 1996).

4.5.2.2. CRITERI DI INCLUSIONE

- Età compresa tra gli 8 e i 15 anni;
- Maschi castroni scevri da influenze ormonali;
- Carattere tranquillo dimostrato, durante l'avvicinamento dell'uomo, dalla presenza di sereni movimenti auricolari, della testa e dell'occhio;
- Assenza di tic, vizi e comportamenti imprevedibili;

- Generosità nel lavoro particolarmente noioso e ripetitivo oltre che faticoso, come quello della R.E. (Serra, 1996).

4.5.3. L'ADDESTRAMENTO

Una volta scelto il cavallo con i criteri elencati, si può lavorare per il ricondizionamento dell'animale in funzione del lavoro che dovrà svolgere in terapia. Per fare questo, è importante puntare l'attenzione sulle caratteristiche positive del cavallo e cercare di attenuare eventuali piccoli difetti (Serra, 1996). Il cavallo deve venire gradualmente abituato a convivere con situazioni e sollecitazioni che sono inevitabili durante le sedute terapeutiche con handicappati. Dovrà perciò essere addestrato a:

- Sopportare la presenza di persone da entrambi i lati;
- Sopportare la presenza di persone che si trovano sopra e intorno a sé, anche quando è tenuto fermo vicino alla rampa;
- Sopportare stimoli rumorosi provenienti dai pazienti;
- Essere disponibile a stare fermo anche per molto tempo e ad essere accarezzato e montato da cavalieri instabili o con movimenti non coordinati;
- Accettare stimoli bruschi ed improvvisi di vario tipo procurati dal cavaliere;
- Accettare la presenza di vari attrezzi attorno a sé;
- Rispondere prontamente ai comandi verbali del terapista a qualsiasi andatura.

Eventuali errori nell'addestramento possono essere alla base di un inefficace rapporto paziente – cavallo e terapista – cavallo ai fini della terapia (Ballarini, 1995).

4.6. LE ANDATURE

L'andatura può essere definita come la maniera in cui ogni essere vivente si muove più o meno velocemente sul suolo. In particolare, nel caso del cavallo, queste andature sono tre ed ognuna di esse è legata ad altrettante velocità ed esigenze. Il passo e il galoppo sono naturali ed abituali per il cavallo, mentre il trotto è acquisito per particolari esigenze di locomozione.

4.6.1. PASSO

E' l'andatura più lenta, sia per la poca velocità, sia per il relativo impegno muscolare; la massa del cavallo è sottoposta a molte variazioni di equilibrio sul piano verticale ed orizzontale. E' un'andatura camminata che si compie in quattro tempi ed è la più utilizzata in R.E. per trattare soggetti sia lievi che gravi con problematiche sia fisiche che psichiche. Il movimento ritmico del cavallo costringe il cavaliere ad una continua reazione di aggiustamento in sella, per non cadere. Il passo, per la sua regolarità, può essere utilizzato anche a terra per armonizzare e migliorare la deambulazione di un soggetto con una sindrome spastica o con impaccio motorio, chiedendo al soggetto di accompagnare a passeggio con una longhina il cavallo per lunghi tratti.

In equitazione il passo si divide in: ordinario, allungato, raccorciato. Il passo maggiormente utilizzato in R.E. è il passo ordinario dove le spinte posteriori ed anteriori e la velocità sono moderati: il cavallo si muove ritmicamente con passi della stessa lunghezza e proprio per questa caratteristica è applicabile con successo a tutte le patologie. Il passo allungato viene usato quando si vuole ottenere una maggiore mobilitazione del bacino, richiedendo al soggetto di attivare l'uso delle gambe sul costato del cavallo per fargli allungare il passo. Infine, il passo raccorciato è molto utilizzato per ottenere un maggior controllo del tronco: la velocità diminuisce ed il cavallo arretra il proprio centro di gravità spingendo il cavaliere ad un continuo controllo ed al riallineamento posturale.

4.6.2. TROTTO

E' un'andatura non basculata nella quale il cavallo poggia alternativamente gli zoccoli in diagonale. Con questa andatura il cavallo sposta la propria massa da un lato all'altro e il cavaliere riceve delle spinte in senso orizzontale e verticale insieme, date dall'inarcamento della colonna vertebrale del cavallo. In equitazione il trotto si divide in: ordinario, medio, raccorciato e allungato, inoltre il cavaliere può trottare sia seduto che sollevato. Il trotto seduto consente al cavaliere di sentire maggiormente il cavallo e di rimanergli costantemente vicino; è proprio per questa caratteristica che si utilizza anche in R.E., per eseguire figure di

maneggio con maggior controllo del cavallo da parte del cavaliere. Nel trotto sollevato il cavaliere, dopo aver ricevuto la spinta verso l'alto, rimane sollevato dalla sella per un tempo più lungo, per riprendere il contatto con la sella solo al momento in cui l'altro diagonale effettuerà la posata a terra. Nel trotto sollevato, il cavaliere mantiene una certa obliquità del busto in avanti. In quasi tutte le patologie risulta più facile da parte del soggetto l'esecuzione del trotto seduto, in quanto il soggetto si fa portare passivamente dal cavallo, mentre per eseguire il trotto sollevato è obbligato a coordinare attivamente il movimento di salita e di discesa sulla sella, in armonia con la spinta del cavallo.

In R.E. viene quasi esclusivamente usato il trotto ordinario o di lavoro che è l'andatura naturale del cavallo al trotto e che si caratterizza per la compostezza ed il ritmo uniforme. Il trotto allungato, invece, rimane una fase importante per il passaggio di un soggetto al presport.

4.6.3.GALOPPO

E' un'andatura saltata, in tre tempi, basculata e naturale per eccellenza. La falcata di galoppo si articola normalmente in tre tempi o battute a terra dei piedi. Il galoppo si suddivide in: ordinario o di lavoro, medio, raccorciato. In R.E. l'utilizzo di questa andatura è piuttosto raro, se non nella fase presportiva. Nonostante ciò, per soggetti con patologie motorie che riescono ad inserirsi in questa ampia oscillazione che il corpo del cavallo ha, il galoppo risulta molto terapeutico dal punto di vista del miglioramento dell'equilibrio, della coordinazione e dell'indipendenza dei movimenti; inoltre, soprattutto nei soggetti affetti da patologia psichica, il galoppo è molto terapeutico dal punto di vista del recupero dell'autostima e del coraggio (Gentile, 1996).

4.7. LE ATTREZZATURE

Il materiale utilizzato in R.E. è per regola generale, quello di cui si servono tutti i cavalieri. Qualche volta, tuttavia, è necessario introdurre piccoli dettagli per facilitare momentaneamente alcuni gesti, o far prendere coscienza di certe posizioni. E' molto importante, prima di modificare il materiale classico, valutare bene sia i benefici fisici che possono derivare da questa modifica, sia le conseguenze psicologiche: se il beneficio non è più che evidente, è meglio evitare di apportare modifiche nel materiale.

4.7.1. STAFFE CON CALZA – PIEDE

Per alcuni handicappati, la staffa classica può essere una trappola pericolosa: l'arto inferiore spinge il piede a fondo nella staffa con l'impossibilità di tornare indietro a causa delle contratture. Questo comporta che, al momento di scendere da cavallo, il piede non riesce a liberarsi. Inoltre, nel caso in cui si verifichi una caduta, il disabile rischia di avere il piede incuneato ed essere quindi trascinato dal cavallo con tutte le conseguenze che possono derivare: ferite ed impazzimento del cavallo che a sua volta può causare nuove ferite.

Per questi motivi, invece della staffa classica, si può utilizzare una staffa con calza – piede: su una staffa normale in ferro si può far applicare un calza – piede di pedali di bicicletta. E' molto importante non dimenticare che le misure del calza – piede dovranno essere adattate al piede del paziente per evitare scivolamenti.

4.7.2. LE REDINI A PONTE

Gli handicappati degli arti superiori hanno delle difficoltà a prendere le redini sull'incollatura: non sono in grado di mantenere sempre la stessa tensione, le redini scivolano dalle loro dita e alcuni finiscono per tenerle a livello della cucitura. Per queste ragioni, sono molto utili le redini a ponte: vengono posate sull'incollatura e l'handicappato le afferra all'altezza che può; non possono scivolare dalle dita; inoltre, dal momento che sono posate sull'incollatura, restano perpendicolari e non scivolano (De Lubersac, Lallery, 1977).

4.7.3. LA SELLA

Esistono diversi tipi di sella che possono essere utilizzati in R.E., vediamo quindi le caratteristiche delle selle maggiormente usate:

- **Sella multiuso:** è una sella normale da equitazione; questo tipo di sella viene utilizzata per tutti i pazienti che non necessitano di ausili per mantenere la stazione eretta e che riescono a mantenere l'equilibrio a cavallo utilizzando gli arti inferiori e superiori. Staffe e staffili sono normali, senza particolari accorgimenti;

- Sella con maniglia: viene utilizzata di solito per qualsiasi soggetto disabile nel corso delle prime dieci sedute. Questo tipo di sella permette di appoggiare le mani su una maniglia di forma trapezoidale con la base maggiore rivolta verso l'alto. La presenza della maniglia, sufficientemente larga da permettere una presa bilaterale corretta, aiuta il raddrizzamento del tronco e la mobilizzazione completa del bacino; favorisce la ricerca dell'equilibrio e l'indipendenza dei movimenti. Dopo le prime sedute, se il soggetto non ha più bisogno della maniglia, questa viene tolta a metà della seduta, per poi venire definitivamente abbandonata;
- Fascione a due maniglie: prende spunto da un "sopra – fascio" imbottito di solito utilizzato per l'incolumità del cavallo che usa rotolarsi nel box. Offre due maniglie laterali, molto larghe e inclinate leggermente in avanti, che obbligano il soggetto ad una presa bilaterale molto allargata. Di solito viene utilizzato negli esercizi di volteggio;
- Fascione semplice: con questo tipo di fascione i pazienti sono seduti sul cavallo a pelo (senza sella), possono o meno impugnare le redini e sono costretti a mettere in atto reazioni di equilibrio concentrandosi sulla ricerca del proprio baricentro attraverso la percezione del baricentro del cavallo (Gentile, 1996).

4.7.4. LA SCALA

Gli apparecchi per montare in sella sono sempre più rari nei maneggi, ma possono essere molto utili con handicappati fisici e mentali. Questo apparecchio può avere diverse forme e dimensioni, a condizione che sia stabile e che la sua altezza corrisponda all'altezza media dei cavalli utilizzati: dal semplice banco sino alla rampa d'accesso, passando attraverso il ceppo di legno.

- Sgabello: è formato da una serie di gradini alla fine dei quali vi è una piattaforma incorniciata da due corrimani verticali. Questo apparecchio è leggero e può essere sistemato in maneggio dal disabile stesso. Il suo impiego è facile ma piuttosto limitato, ha l'indubbio vantaggio della mobilità;
- Rampa: è costituita da una doppia rampa di accesso e da una larga piattaforma. E' un oggetto fisso. Non è facile trovare un posto, all'interno di un centro ippico, dove collocare una rampa, a meno di poter disporre di uno spazio abbastanza grande. L'handicappato sale con la propria carrozzella attraverso la rampa fino alla piattaforma, la quale deve trovarsi ad altezza tale da permettere lo spostamento del paziente dalla carrozzella al dorso del cavallo senza difficoltà. E' importante avere cavalli pressappoco della medesima taglia.

4.7.5. IL MANEGGIO

La R.E. si pratica in qualsiasi maneggio. Tuttavia possono essere utili alcune modifiche in funzione dell'handicappato e delle sue caratteristiche fisiche e psicologiche. Gli handicappati mentali ed alcuni handicappati fisici hanno bisogno di punti di riferimento precisi per poter compiere le evoluzioni a cavallo: l'area del maneggio dovrà essere sempre rettangolare, inoltre al suo interno si dovranno collocare degli oggetti facilmente identificabili, come la porta, uno specchio, dei disegni, un piliere e le classiche lettere alfabetiche di maneggio. Le dimensioni del maneggio sono di fondamentale importanza: in uno spazio vasto i punti di riferimento sono troppo distanti e l'handicappato mentale si sente perduto. Il rettangolo del maneggio utilizzato per la R.E. è generalmente di 20x25 m, ma alcuni maneggi hanno una dimensione di 20x15 m.

4.7.6. COSA NON BISOGNA UTILIZZARE

- Un sistema d'attacco: attaccare un cavaliere inerte o nel quale le contratture sono tali da impedirgli di sedersi sulla sella è, per prima cosa, un non senso terapeutico, dal momento che l'handicappato non riceve nessun vantaggio da una terapia svolta in questo modo; inoltre è un pericolo, perché se dovesse cadere, resterà fissato sotto il ventre del cavallo con tutto ciò che ne può derivare;
- Diverse persone: anche la presenza di troppe persone attorno al cavallo e al disabile è controproducente, questa moltitudine non favorisce lo sviluppo della personalità psicologica dell'handicappato. Come può una persona stabilire un rapporto privilegiato con il suo cavallo quando viene tenuto da due/tre persone e il cavallo da un'altra? Questa iper – protezione riproduce la situazione in cui spesso l'handicappato vive quotidianamente. Essa ha la tendenza a conservarlo in uno stato infantile di dipendenza di fronte al mondo degli adulti che sicuramente non gli è di alcun vantaggio (De Lubersac, Lallery, 1977).

4.8. LE TECNICHE

4.8.1. LA MESSA IN SELLA

La messa in sella dell'handicappato è uno dei momenti più importanti: l'handicappato, sia fisico che mentale, deve lasciare il suolo che conosce per una situazione sconosciuta, che sa mobile ed al di sopra della propria testa. Questa operazione provocherà sempre una certa apprensione le prime volte. La messa in sella richiede un aggiustamento del tono per mantenere l'equilibrio, una psicomotricità sviluppata, una comprensione dei movimenti da eseguire, una lotta contro l'apprensione. Per tutti questi motivi è molto importante, nel corso di più sedute, limitare il più possibile lo spazio di tempo che intercorre tra l'avvicinamento del cavallo e il momento in cui l'handicappato si siede in sella. Durante le prime sedute, si tende a mettere in sella il soggetto prendendolo in braccio o aiutandolo in qualche modo; quando poi il disabile prende confidenza con il cavallo e si sente a suo agio in sella, si può modificare questo sistema rapido di messa in sella e fare in modo che possa salire autonomamente. Alcuni handicappati, però, non sono in grado di mettersi in sella da soli: bisogna metterveli. In questi casi, è importante che il cavallo, anche il più calmo e quello nel quale abbiamo maggiore fiducia, sia sempre tenuto alla testa da un aiuto; mentre il terapista metterà l'handicappato in sella secondo la sua taglia, il suo peso e il tipo di handicap. Questa messa in sella è sempre molto delicata: richiede tatto, tecnica e molta sicurezza (De Lubersac, Lallery, 1977).

4.8.2. ESERCIZI DI CAVALLERIZZA

Sono gli esercizi che si possono svolgere all'interno del maneggio e prendono tutti spunto dall'esigenza di spostarsi da un lato all'altro di questo rettangolo, invertendo la marcia da destra a sinistra e viceversa, oltrepassando anche ostacoli disseminati sul terreno oppure evitandoli, utilizzando un linguaggio di movimento comune a tutti i cavalieri del mondo. Le figure di maneggio utilizzate in R.E. sono le stesse che per l'equitazione; sono numerose, alcune più semplici, altre più complesse e si possono fare sia in gruppo che individualmente. Rimane il fatto che l'andare a cavallo risulta per tutti un'attività socializzante, con forti aspetti ludici e che le sedute collettive sono più stimolanti di quelle singole; senza dimenticare che l'attività con il cavallo risulta molto disciplinante: il movimento in maneggio è regolato da norme, inoltre il cavallo si muove correttamente solo se il cavaliere ha dato il giusto comando.

- Cavalcare in circolo: il cavaliere gira in corrispondenza di una lettera o di un segnale particolare e percorre un circolo in modo da toccare i due lati più lunghi del maneggio;

questa figura apparentemente semplice crea nei soggetti handicappati notevoli complessità nell'esecuzione. Il significato di applicare questa figure convenzionali alla R.E. consiste principalmente nel fornire anche al disabile uno spazio convenzionale ed uguale per tutti;

- Esercizi di ginnastica a cavallo: dipendono molto dal tipo di patologia da cui sono affetti i pazienti. Possono essere eseguiti con il cavallo in movimento alle varie andature o con il cavallo fermo. Gli esercizi sono generalmente volti al consolidamento del controllo posturale, della coordinazione, all'acquisizione della destrezza e scioltezza dei movimenti. Inoltre non bisogna sottovalutare l'effetto che la riuscita in questi esercizi ha sull'aumento dell'autostima. Molto spesso risulta utile far eseguire gli esercizi tenendo il cavallo alla corda, in questo modo il cavaliere disabile si sente maggiormente protetto;
- Esercizi senza staffe: sono molto utilizzati in R.E., non devono essere troppo lunghi per non stancare i cavalieri che potrebbero irrigidirsi a discapito dell'elasticità necessaria in sella. Questi esercizi hanno il compito di fortificare l'inforcatura e farla scendere in basso aumentandone l'indipendenza dal busto. Nel corso di una stessa seduta, di solito, ci sono dei momenti in cui si usano le staffe ed altri in cui si svolgono esercizi senza; inoltre, verso la fine della seduta, si fanno togliere al disabile le staffe in modo da favorire il rilassamento della muscolatura delle gambe prima di scendere a terra (Gentile, 1996).

4.8.3. COME SI SVOLGE UNA SEDUTA

Normalmente una seduta dura 45 minuti, tempo indispensabile per poter svolgere con calma ed attenzione le diverse fasi della lezione. Nei soggetti con patologia psichica, soprattutto le prime volte, la seduta può essere di durata inferiore in quanto l'esperienza a cavallo è molto coinvolgente e rende spesso necessario un approccio graduale. Dopo la salita a cavallo, di solito, si lavora al passo e senza staffe; trascorsi i primi 15/20 minuti, si mettono le staffe e si possono iniziare le figure di maneggio e gli esercizi di ginnastica a cavallo, oppure i passaggi di barriere a terra. Dopo circa 30 minuti si può trottare alla corda; prima del termine della lezione è buona norma effettuare esercizi senza staffe in modo da rilassare i muscoli degli arti inferiori ed impostare la posizione della discesa. Non bisogna mai dimenticare che il cavallo ha bisogno di un determinato tempo per riscaldare i muscoli, tempo che va sempre rispettato affinché l'animale si trovi nelle condizioni migliori per svolgere un lavoro impegnativo e stressante quale quello richiesto in R.E. (Gentile, Viviani, 1996).

- 2 Terapiste della riabilitazione
- 1 Psicomotricista part - time
- 3 Assistenti in R.E.
- 10 Volontari A.B.I.O. (2 al giorno)
- 1 Persona per la pulizia degli studi (mezza giornata)
- 1 Veterinario (per consulenze e interventi)
- 1 Maniscalco (per consulenze ed interventi)
- 6 Cavalli
- 10 Animali da cortile (pet therapy).

5.1.2. TIPOLOGIA DI UTENTI PER ETÀ

Gli utenti che frequentano il centro di R.E. sono stati suddivisi in quattro categorie di età:

- tra 0 e 6 anni partecipano 13 soggetti;
- tra 7 e 11 anni partecipano 27 soggetti;
- tra 12 e 18 anni partecipano 9 soggetti;
- oltre i 19 anni partecipano 15 soggetti.

Per quanto riguarda il tipo di struttura inviante, in 19 casi è la famiglia stessa che ha deciso di iniziare la R.E., 29 pazienti sono stati inviati dall'ospedale, mentre in 16 casi l'invio è avvenuto tramite strutture dislocate sul territorio.

5.1.3. MODALITÀ DI LAVORO

Il paziente viene sottoposto ad una visita collegiale per una valutazione funzionale, per l'eventuale indicazione al trattamento, per l'elaborazione del programma terapeutico e la precisazione degli obiettivi.

Il trattamento inizia con quattro sedute di osservazione, dopo le quali si può decidere di modificare il programma. Le sedute durano circa trenta minuti, dopo di che i pazienti, in gruppo, si occupano dei loro cavalli (pulizia, cibo, finimenti) come in una vera terapia occupazionale. I controlli medici hanno cadenza semestrale.

5.1.4. TIPOLOGIE DI UTENTI PER PATOLOGIA

- 21 P.C.I. (10 tetraplegie, 3 emiplegie, 6 diplegie pretermine)
- Sindromi di vario tipo
- Spine bifide
- Neoplasie (cerebrali con tetraparesi)
- Cecità congenite

- Emiplegia da ictus
- 10 patologie psichiche (sovrapposizione a danno organico)
- Trauma cranico (con gravi disturbi comportamentali)
- Sclerosi multiple
- Paraplegia.

5.2. COME SI SVOLGE IL LAVORO NEL CENTRO

Le sedute di R.E. sono suddivise in due fasi principali: terapia a terra e terapia a cavallo.

- Terapia a terra: E' molto flessibile. Si può svolgere prima o dopo la terapia a cavallo, dipende se il bambino rispetta gli orari a lui assegnati oppure arriva in anticipo. Anche la durata è variabile e dipende da quanto tempo il bambino si può fermare al centro dopo la seduta a cavallo. Il lavoro si svolge con la supervisione e l'aiuto dei volontari A.B.I.O. I bambini vengono fatti sedere attorno ad un tavolo e tagliano carote, mele, o pane che poi serviranno per dare da mangiare ai cavalli. Durante la bella stagione possono anche occuparsi del box del cavallo a loro assegnato, pulendolo e aggiungendo il fieno dove fosse necessario. A volte si occupano anche del cavallo aiutando gli assistenti nella pulitura dello stesso e dei finimenti.
- Terapia a cavallo: La durata di questa fase è di circa 30 minuti, che vengono suddivisi in momenti diversi. Si può svolgere nel maneggio coperto oppure all'aperto, a seconda della stagione.

Per prima cosa il bambino deve preparare il cavallo per la seduta prendendo tutto il necessario (sella, briglie, finimenti..). Una volta portato a termine questo compito, viene fatto salire a cavallo e ha inizio la terapia. Anche in questa fase, però, le situazioni sono diverse a seconda della disabilità: i bambini molto piccoli, durante le prime sedute, o i pazienti che presentano difficoltà a mantenere la stazione eretta sono a cavallo insieme alla terapeuta, mentre gli altri sono in sella da soli.

Il cavallo inizia a muoversi tenuto per le briglie da un assistente in R.E. Durante i primi giri il bambino è seduto a cavallo in modo rilassato e non si fanno esercizi. Trascorsi questi minuti iniziali, si inizia con gli esercizi per le braccia: rotazione, stiramento, allungamento. Nella fase successiva ci si ferma davanti allo specchio per sistemare le staffe e le redini, in questo modo il bambino può vedere da solo se è seduto in sella correttamente ed eventualmente sistemarsi. A questo punto si entra nel vivo della seduta. Il bambino, servendosi delle briglie o semplicemente dando indicazioni con le braccia, guida il cavallo che comunque viene sempre tenuto da un assistente, e seguendo le indicazioni della terapeuta inizia a fare gli esercizi che consistono in figure di maneggio. Alcuni bambini, che hanno ormai assunto un buon grado di autonomia e capacità con il cavallo, conducono autonomamente. Verso la fine della seduta la terapeuta e il bambino fanno dei giochi come lanciarsi una pallina o dei cerchi, oppure ritrovare degli oggetti che la terapeuta ha posizionato in punti specifici all'interno del

perimetro del maneggio. Gli ultimi giri sono dedicati al rilassamento: il bambino lascia le redini, toglie le staffe e si lascia portare dal cavallo, guidato da un assistente.

Al termine della seduta il bambino viene fatto scendere, toglie la sella e le briglie, le sistema al loro posto e dà una carota al cavallo. Dopo avergli fatto qualche carezza, il cavallo è pronto per essere condotto nel suo box e, in relazione alle capacità di ognuno, sarà il bambino a portare il cavallo sottomano nelle scuderie e ad aiutare i volontari e gli assistenti nella toletta del stesso.

Fatto ciò, dal momento che il centro è una piccola fattoria immersa nel verde, se il bambino non ha altri impegni spesso si ferma per aiutare a pulire i box, preparare da mangiare ai cavalli, svolgere qualche altro lavoretto, oppure semplicemente per giocare con qualche altro paziente.

5.3. IPOTESI

L'obiettivo della ricerca è di verificare se la R.E. porti effettivamente dei cambiamenti nei pazienti che vi si sottopongono. Si è interessati a constatare se nel corso del tempo si verifichi un cambiamento nelle capacità di interazione, una sorta di “sbloccaggio” delle possibilità di espressione emotiva, che facilitano le interazioni con gli altri. Si vuole cioè andare a vedere se le sedute a cavallo, e più in generale il fatto di sottoporsi ad una terapia in un ambiente che nulla ha a che vedere con le corsie degli ospedali ed il camice bianco dei medici, un ambiente fatto di animali e di natura, riesca a stimolare ed insegnare a questi bambini ad interagire di più con il mondo che li circonda.

Per misurare questo cambiamento si è utilizzato una forma modificata del FACS, uno strumento che, come abbiamo già avuto modo di evidenziare, permette di analizzare le espressioni facciali delle emozioni. In particolare, viste le condizioni poco ottimali in cui si è svolta la ricerca, l'attenzione si è focalizzata principalmente su alcuni elementi: direzione dello sguardo, presenza di sorriso, pianto, vocalizzazioni e manipolazioni su persone ed animali. Una ricerca con obiettivi simili a questi è stata svolta da Rossetti, Mannu, Liotti, Reda (Attili, Ricci Bitti, 1983). Questi autori erano interessati a valutare gli effetti del trattamento terapeutico e quindi la presenza di un eventuale cambiamento. L'obiettivo della loro indagine era di verificare se ad un cambiamento nella C.N.V. debba necessariamente corrispondere un cambiamento nelle strutture cognitive. Secondo gli autori, una buona conoscenza dello stile comunicativo non verbale può rivelarsi un prezioso indice di valutazione del cambiamento all'interno di una terapia. Dal momento che la C.N.V. è meno soggetta al controllo volontario, essa rappresenta la prima espressione rilevabile di un cambiamento. La ricerca è stata condotta su un gruppo di 10 persone partecipanti ad un lavoro di danzaterapia. All'inizio della ricerca ad ogni paziente viene somministrata una griglia per valutare il livello di funzionamento cognitivo. Nel momento in cui la conduttrice del gruppo rileva un cambiamento a livello di C.N.V. (documentato attraverso l'utilizzo di diapositive) viene somministrata una nuova griglia. Gli autori riportano, per esteso, l'esempio di tre pazienti e, in due di essi, questa metodologia ha permesso di evidenziare un cambiamento. Sulla scorta dei dati ottenuti, gli autori affermano che, nonostante siano necessari ulteriori studi, la valutazione della relazione tra variabili cognitive e variabili di C.N.V. può essere di notevole utilità pratica per pianificare delle terapie e per valutare i loro effetti.

5.4. MATERIALI E METODI

5.4.1. DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

La ricerca è stata condotta su un campione costituito da 10 pazienti (7 maschi e 3 femmine) di età compresa tra 3 e 14 anni (età media: 7.1; ds.: 3.33) con patologie diverse, afferenti al Centro di Riabilitazione Equestre “V. Di Capua”. Il campione è stato studiato per un periodo di tempo di circa un anno: dal mese di Dicembre 1999 al mese di Ottobre 2000.

Sono stati inseriti nel campione pazienti che avevano iniziato la terapia da poco tempo e, per due di essi, è stato possibile osservare il comportamento sin dalla prima seduta.

Questo ha permesso di confrontare le reazioni avute dai pazienti durante la prima seduta, che era il primo approccio con un cavallo, con quelle avute nelle sedute successive quando si era già instaurata una maggiore familiarità con il cavallo, i terapeuti e la situazione di riabilitazione.

5.4.1.1. CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE SPERIMENTALE

- A.A.: nato il 13/09/1996 – diagnosi: emiparesi sinistra. Presenta: una lesione dell’emisfero destro a livello del lobo frontale, parietale e temporale; una lesione della sostanza bianca e della corteccia; degenerazione walleriana e lesione del tronco encefalico. Ha iniziato la riabilitazione equestre il 24/03/1998 e frequenta due volte alla settimana;
- A.V.: è nata il 04/08/1997 – diagnosi: problema neuropsichiatrico e paralisi cerebrale infantile. Viene fatta un’amniocentesi alla 41° settimana di gestazione per rottura delle membrane. Durante il parto è stata praticata una analgesia epidurale che ha influito sulla bambina causando il danno neurologico. Alla nascita presenta bradicardia lieve, inoltre l’ECG è risultato non normale fin dalla nascita. APGAR: 2/4. Ha subito un traumatismo da parto; viene intubata per facilitare la respirazione. E’ ricoverata per sindrome post asfittica. Presenta tetraparesi spastica secondaria a grave sofferenza perinatale. Durante le sedute di R.E. ha un comportamento molto collaborativo. Ha iniziato la riabilitazione equestre il 07/09/1999;
- B.M.: nato il 13/07/1994 – diagnosi: sindrome X fragile. Viene definito come un bambino bello e seduttivo, inoltre sottolineano la sua capacità di relazione, in particolare con le bambine. Inizio riabilitazione equestre: 05/10/1999;
- D.D.: nato il 14/05/1988 – diagnosi: sindrome di Down, il linguaggio risulta scarso, poco comprensibile e non sempre adeguato nei contenuti. Ha problemi familiari. Inizia la riabilitazione equestre il 25/11/1999;

- F.G.: nata il 23/08/1986 – diagnosi: disarmonia evolutiva, grave ritardo dello sviluppo cognitivo e relazionale, epilessia farmaco resistente, pubertà precoce per pregressa emorragia cerebrale perinatale. Presenta un grave ritardo cognitivo, associato ad un disturbo affettivo e relazionale, ha poca autonomia personale e sociale, dipende molto dagli adulti. Esteso danno alla nascita. L'esame neurologico evidenzia:
 - A) atassia della marcia,
 - B) deficit dell'equilibrio e della organizzazione propriocettiva: andatura autonoma, ma incerta e goffa,
 - C) Ipotonia, incoordinazione motoria assiale ed artuare, ritardo nel linguaggio,
 - D) Dislateralizzazione, dismetria, disartria, nistagmo oculare di fissazione,
 - E) TAC: dilatazione idrocefalica tetraentricolare,
 - F) Epilessia pluriquotidiana generalizzata, arresto in crisi motoria parziale destra.
 Da 5 anni è in terapia individuale per una distorsione psicotica dello sviluppo, da 3 anni segue una terapia per l'integrazione del Sé corporeo, mentre da 1 anno è in terapia farmacologica per la pubertà precoce. Inizia la riabilitazione equestre nel settembre 1996;
- F.G.: è nato il 29/09/1992. A 3 anni, in seguito alla visione del film delle "tartarughe ninjia" manifesta disturbi del comportamento e dell'apprendimento, non vuole separarsi dai genitori. Presenta epilessia. Partecipa alla riabilitazione equestre dal 27/09/1999;
- G.S.: è nato il 20/04/1996 – diagnosi: tetraparesi. Non piange quando viene separato dalla madre, ma la cerca, sorride al cavallo. Capisce il linguaggio ma non parla, presenta una grossa compromissione motoria con forti schemi patologici. Inizia la riabilitazione equestre il 29/11/1999;
- L.F.: è nato il 21/03/1994 – diagnosi: sindrome di Down. Inizia a camminare a 2 anni, mentre raggiunge il controllo sfinterico a 2 anni e 6 mesi. Ha un sonno regolare. Presenta una buona capacità di relazione, un linguaggio ricco di vocaboli, non ha problemi a separarsi dalla madre e non ha paura dei cavalli. Inizia la riabilitazione equestre il 06/10/1999;
- M.L.: nasce il 18/02/1993 – diagnosi: triplexia spastica con esito di sofferenza anossico ischemica perinatale. L'acquisizione motoria è limitata, la postura seduta (raggiunta all'età di 4 anni) è precaria, mentre mantiene la stazione eretta con appoggio anteriore. Si sposta con l'ausilio di una carrozzina che sta imparando a spingere e a dirigere da solo, inoltre utilizza una bicicletta ortopedica. L'arto superiore sinistro funziona discretamente e la

mano viene utilizzata per manipolare e per la prassia. La mano destra funziona come aiuto per la presa pluridigitale globale. Presenta disordini della funzione visiva sia centrale che periferica, acuità visiva ridotta e disordini visuo percettivi. Lo sviluppo intellettuale è normale. Inizia la riabilitazione equestre il 11/01/2000;

- P.M.: è nata il 24/01/1993 – diagnosi: sindrome di Down. Comprende il linguaggio e si esprime bene, ha buone capacità di relazione nonostante sia piuttosto permalosa. Inizia la riabilitazione equestre il 14/09/1999.

5.4.1.2. CAMPIONE DI CONTROLLO

Nella ricerca è stato inserito anche un gruppo di controllo costituito da 10 bambini normodotati, 7 maschi e 3 femmine di età compresa tra 4 e 13 anni (età media: 8,8, d.s.:2,78). A questi bambini, durante la seduta a cavallo della durata media di 15 minuti, è stato richiesto di svolgere gli stessi esercizi eseguiti in una normale seduta di R.E. Inoltre dal momento che non si voleva interferire eccessivamente con il lavoro del centro, la terapia a terra è stata svolta non singolarmente ma in gruppo: tutti insieme i bambini si sono occupati del foraggio per i cavalli e della pulitura dei box. Questo è stato sicuramente un limite per la ricerca, dal momento che non è stato possibile effettuare un confronto preciso, tra i due gruppi, nei comportamenti a terra e a cavallo. Il gruppo di controllo ha comunque permesso di evidenziare le differenze comportamentali tra bambini normali e disabili.

5.4.1.3. DESCRIZIONE DEI CAVALLI

Tutti i cavalli presenti al centro provengono da donazioni e non sono stati addestrati in modo specifico per la R.E. Ogni cavallo, prima di essere inserito nelle terapie, viene valutato per circa un mese, periodo che permette il suo graduale inserimento nel branco e la verifica delle caratteristiche morfologiche e comportamentali, oltre che della buona salute fisica.

- Cosmetico
Anno di nascita: Maggio 1980
Al centro dal: Gennaio 1991
Precedente attività: trottatore a S. Siro
Altezza al garrese: 1,50 m
Circonferenza torace: 1,96 m
Carattere: affidabile con le persone.
- Fantasia
Anno di nascita: 1985
Al centro dal: Giugno 1992
Precedente attività: tirare il calesse per un

contadino.

Altezza al garrese: 1,23 m

Circonferenza torace: 1,76 m

Carattere: si stufa facilmente di lavorare. E'

il cavallo più socievole con gli
altri cavalli. Gioca molto e gli
piace fare i dispetti.

- Miky

Anno di nascita: Aprile 1982

Al centro dal: Ottobre 1991

Precedente attività: passeggio in campagna

Altezza al garrese: 1,55 m

Circonferenza torace: 1,89 m

Carattere: si spaventa facilmente.

- Nespola

Anno di nascita: fine 1989

Al centro dal: Agosto 1995

Precedente attività: lavoro con bambini

Altezza al garrese: 1,40 m

Circonferenza torace: 1,71 m

Carattere: affidabile ma scontroso con gli
altri cavalli.

- Remì

Anno di nascita: 1994

Al centro dal: Giugno 1995

Precedente attività: passeggio

Altezza al garrese: 1,57 m

Circonferenza torace: 2,10 m

Carattere: Affidabile.

5.4.2. DISEGNO SPERIMENTALE

La ricerca è iniziata nel mese di Dicembre 1999 e si è protratta fino ad Ottobre 2000. Sono state fatte quattro sessioni di riprese: tre per il campione sperimentale (Dicembre, Maggio, Settembre) ed una per il campione di controllo (Ottobre). In ogni sessione, per il campione sperimentale, tutti i bambini sono stati filmati due volte, in modo da avere a disposizione un campione più ampio di comportamenti.

Per svolgere questa ricerca è stato necessario utilizzare due videocamere: una per filmare il comportamento del bambino ed in particolare l'espressività del volto, l'altra per il cavallo. Al cavallo è stato anche applicato un cardio frequenzimetro, in posizione nascosta in modo da non attirare l'attenzione del bambino, per rilevare il battito cardiaco, da mettere in relazione a quanto evidenziato nei due filmati.

Il comportamento del bambino è stato filmato per tutto il tempo che si ferma al centro: in questo modo si possono evidenziare eventuali differenze comportamentali durante la terapia a terra, la terapia a cavallo ed i momenti in cui si trova con il suo accompagnatore.

Le riprese al cavallo iniziano dal momento in cui viene preparato per la terapia e gli viene applicato il cardio frequenzimetro, azionato prima di mettere la sella.

Quando la terapia si svolge al coperto la videocamera che filma il bambino è posizionata sulle tribune a metà del lato lungo, all'altezza dello specchio. Questo permette di vedere il volto del bambino per tre quarti del giro inoltre quando si fermano di fronte allo specchio per sistemare le staffe e le redini, nonostante voltino le spalle alla videocamera, è possibile filmare il volto del bambino che si riflette nello specchio. Uno degli inconvenienti consiste nel fatto che la videocamera è molto vicina al maneggio e questo potrebbe attirare l'attenzione del bambino distraendolo.

La videocamera che riprende il cavallo è situata in posizione sopraelevata in un angolo del lato corto del maneggio, in modo da poter filmare il cavallo fin dal momento in cui viene preparato per la terapia.

Nei giorni in cui la terapia si svolge all'aperto, la videocamera che filma il bambino è posizionata sempre sul lato lungo del maneggio, ma in posizione un po' più nascosta in quanto viene parzialmente coperta dalle piante. Mentre la videocamera che riprende il cavallo si trova più decentrata e sempre in posizione sopraelevata, in questo modo interferisce molto meno con la terapia.

Per quanto riguarda la terapia a terra, la videocamera che filma il bambino lo segue in ogni suo movimento cercando di non interferire con il comportamento. Questo non è sempre possibile: più di una volta, infatti, una bambina si è chiaramente accorta che veniva ripresa, distraendosi e iniziando a fare le boccacce.

5.4.3. STRUMENTI UTILIZZATI

Tutti i filmati sono stati visionati attraverso l'utilizzo dello slow motion e la loro codifica è stata fatta tenendo conto del FACS messo a punto da Ekman e Friesen. In particolare, i comportamenti ai quali si è prestata attenzione sono:

- Guarda il cavallo
- Guarda l'accompagnatore
- Guarda la terapeuta
- Guarda il conduttore
- Guarda il volontario
- Guarda in giro
- Guarda allo specchio
- Guarda davanti
- Guarda un oggetto
- Guarda per terra
- Guarda un bambino
- Sorride
- Tocca il cavallo
- Tocca un oggetto
- Tocca la terapeuta
- Tocca un bambino
- Guarda in alto
- Guarda gli animali
- Piange
- Bocca aperta
- Guarda il cane
- Tocca il cane
- Lingua fuori
- Vocalizza
- Saluta
- Mano in tasca
- Abbraccia la terapeuta.

La scelta dei comportamenti da codificare è stata fatta tenendo conto principalmente delle 44 unità d'azione individuate da Ekman e Friesen attraverso lo studio del volto umano; si è però anche dovuto tenere in considerazione la situazione non ideale in cui la ricerca doveva essere svolta: questo ha reso necessario puntare l'attenzione principalmente sulle unità d'azione relative alla posizione della testa e degli occhi, inoltre sono stati aggiunti alcuni comportamenti, non direttamente collegati al FACS, ma che, dall'analisi dei filmati sono risultati particolarmente frequenti. In questo modo è stato possibile creare una tabella di codifica dei filmati (v. "Tabella Generale" in allegato).

Ogni tabella rappresenta una seduta di un bambino, suddivisa in alcune fasi principali:

- Fase di salita a cavallo
- Terapia svolta a cavallo
- Fase di discesa da cavallo
- Terapia a terra (terapia occupazionale).

Nelle tabelle sono state inserite le frequenze con le quali ogni comportamento si è manifestato. Per rendere più chiaro l'andamento della terapia e per riuscire a sintetizzare meglio tutti i dati all'interno della tabella, si è pensato di suddividere ogni fase della terapia in sotto fasi: per la terapia a cavallo si sono considerati i singoli giri, mentre le altre fasi sono state divise in periodi di circa due minuti ciascuno, un tempo abbastanza lungo da permettere di evidenziare alcuni comportamenti, ma abbastanza breve da evitare la sovrapposizione di troppi comportamenti che non si sarebbe riusciti ad evidenziare e quindi codificare.

Successivamente è stata creata una tabella riassuntiva, suddivisa nelle sei sedute di osservazione per il campione sperimentale e nell'unica seduta per il campione di controllo, che doveva contenere la somma di tutte le frequenze evidenziate per ogni singolo comportamento. In questo modo è stato possibile procedere ad un'analisi statistica esplorativa di tipo descrittivo su cui si basa il presente lavoro. All'interno dell'analisi statistica viene conservata la suddivisione in sedute, fasi e sottofasi.

5.5. RISULTATI

Attraverso l'analisi statistica è stato possibile sintetizzare i risultati ottenuti sotto forma di grafici (v. allegati). Vediamo quindi cosa è emerso dall'analisi statistica.

5.5.1. FASE DI SALITA A CAVALLO

- A) Guarda il cavallo: l'andamento è regolare ed altalenante. Analizzando singolarmente ogni seduta è infatti possibile mettere in evidenza un andamento decrescente: all'inizio della seduta la frequenza degli sguardi rivolti al cavallo è piuttosto alta e tende a calare nel corso della seduta stessa. Questa struttura si ripete in modo regolare per tutte le sedute ed anche per il campione di controllo. Se invece si analizza l'andamento generale del grafico risulta evidente come le frequenze tendono progressivamente a crescere dalla I alla V seduta, in cui si raggiunge il picco più alto (frequenza: 51), nella VI seduta si presenta però un nuovo calo delle frequenze. Il campione di controllo è invece caratterizzato da un unico picco piuttosto alto (frequenza: 49), molto simile alle frequenze presenti nel campione sperimentale, ma per il resto la quantità di sguardi rivolti al cavallo è piuttosto bassa.
- B) Guarda l'accompagnatore: in generale le frequenze degli sguardi rivolti all'accompagnatore sono basse e quasi insignificanti se confrontate con le frequenze relative agli sguardi rivolti al cavallo o alla terapeuta. Analizzando ogni singola seduta emerge una struttura regolare con frequenze iniziali alte, che tendono ad azzerarsi nel corso della seduta stessa. Il picco più alto è presente all'inizio della terza seduta (frequenza: 14). Anche il campione di controllo ha una struttura decrescente con un unico picco (frequenza: 13), per il resto della seduta, invece, le frequenze sono praticamente nulle.
- C) Guarda la terapeuta: l'andatura regolare si ripropone anche in questo grafico. La I seduta inizia con una frequenza piuttosto bassa che nel corso della seduta tende a decrescere fino ad azzerarsi. Questo andamento decrescente si ripropone in tutte le sedute: un picco di sguardi rivolti alla terapeuta all'inizio della seduta ed un progressivo calo nel corso della stessa. Analizzando questo grafico nel complesso delle sei sedute, è possibile evidenziare un leggero decremento delle frequenze. Il campione di controllo presenta un picco iniziale che tende progressivamente a calare per azzerarsi alla fine della seduta. E' possibile evidenziare come il grafico relativo agli sguardi rivolti alla terapeuta ricalchi l'andamento del grafico relativo agli sguardi rivolti al cavallo, con la sola importante differenza che, nel complesso, le frequenze degli sguardi rivolti al cavallo sono molto più alte.

- D) Guarda il conduttore: il grafico relativo alle frequenze degli sguardi rivolti al conduttore, analizzato seduta per seduta, ha una struttura decrescente. Nella I seduta si presenta un picco iniziale che poi cala fino a 0; anche la II e la III seduta sono caratterizzate da un picco iniziale e da un successivo calo delle frequenze; nella IV e nella V seduta ad un picco iniziale segue una stabilizzazione delle frequenze su punteggi bassi ma che non si azzerano mai. La VI seduta ripropone nuovamente un picco iniziale, la cui frequenza è in assoluto la più alta (frequenza: 30), ed un successivo calo delle frequenze fino a 0. Questa struttura è evidente anche per il campione di controllo, anche se le frequenze sono molto più basse (frequenza del picco: 6). Nel complesso delle sei sedute, si vede come la quantità degli sguardi rivolti al conduttore continua a crescere e come le frequenze del campione di controllo siano quasi insignificanti se confrontate con il campione sperimentale.
- E) Guarda il volontario: le frequenze degli sguardi rivolti al volontario sono piuttosto basse e, se si escludono tre picchi in corrispondenza dell'inizio della III, IV e VI seduta (frequenza massima: 13), le altre frequenze sono quasi pari a 0. Nelle prime due sedute le frequenze si scostano poco dallo 0; la III seduta è invece caratterizzata da un picco iniziale (frequenza: 12) e da un successivo calo delle frequenze, andamento che si ripropone anche nella IV e VI seduta, mentre la V seduta presenta frequenze prossime allo 0.
- F) Guarda in giro: la struttura decrescente evidenziata fino ad ora si ripropone anche in questo caso: all'interno di ogni singola seduta, infatti, ad un picco iniziale segue un decremento delle frequenze che, molto spesso, verso la fine della seduta, tendono ad azzerarsi. Questo andamento è presente anche per il campione di controllo.
- G) Guarda allo specchio: le frequenze degli sguardi rivolti allo specchio sono costantemente pari a 0, ciò è dovuto al fatto che, in questa fase della terapia, lo specchio non è presente.
- H) Guarda davanti: il grafico degli sguardi rivolti davanti presenta tre picchi, i primi due, di uguale frequenza (3) all'inizio della III e della V seduta, mentre il terzo, di frequenza molto maggiore rispetto ai primi due (frequenza: 6), all'inizio della VI seduta. Per il resto il grafico si alterna tra frequenze basse o totalmente nulle. Analizzando singolarmente ogni seduta emerge che, mentre le prime due hanno frequenze che si alternano fra 0 e 1, le altre quattro sedute sono caratterizzate da un andamento decrescente. Da un'analisi globale del grafico risulta evidente un andamento in crescendo delle frequenze. Il campione di controllo è caratterizzato da un unico picco di frequenza pari a 2.

- I) Guarda un oggetto: analizzando il grafico seduta per seduta è possibile mettere in evidenza una struttura decrescente. Le prime due sedute sono caratterizzate da un picco di uguale frequenza (2) e da un calo successivo dei valori fino a 0; nella III seduta sono invece presenti due picchi (frequenze: 4; 2) che però tendono a decrescere fino a 0 verso la fine della seduta. La IV seduta presenta il picco più alto (frequenza: 6) e la maggiore variabilità delle frequenze, nella V e VI seduta, le frequenze tendono nuovamente a calare, per azzerarsi alla fine della VI seduta. Nel complesso il grafico presenta una struttura crescente fino all'inizio della IV seduta, mentre dalla IV seduta fino alla fine mostra una struttura decrescente.
- L) Guarda per terra: le frequenze degli sguardi rivolti per terra sono abbastanza basse; se si esclude un picco all'inizio della III seduta (frequenza: 5), le altre frequenze si collocano attorno a valori molto bassi e prossimi allo 0.
- M) Guarda un bambino: anche in questo grafico le frequenze sono tutte piuttosto basse e molte sono pari a 0. Si possono evidenziare due picchi, di frequenza comunque non elevata, all'inizio della IV seduta (frequenza: 7) e della V (frequenza: 7). Il campione di controllo non evidenzia mai sguardi rivolti ad altri bambini presenti all'interno del maneggio.
- N) Sorride: analizzando singolarmente ogni seduta si può vedere come le frequenze iniziali tendano a decrescere fino ad azzerarsi alla fine della seduta. Confrontando questo grafico con i due precedenti emerge subito come in quest'ultimo caso le frequenze siano molto più alte, infatti il picco più alto raggiunge una frequenza pari a 27. Anche il campione di controllo presenta una struttura decrescente con un picco iniziale (frequenza: 28) ed un calo progressivo delle frequenze nel corso della seduta. Nel complesso del grafico, si può evidenziare una struttura crescente che inizia con un picco piuttosto basso nella I seduta (frequenza: 11) e termina nella VI seduta con un picco di frequenza pari a 27.
- O) Tocca il cavallo: il grafico che descrive le frequenze relative ai contatti dei bambini con i cavalli non ha una struttura molto regolare. La I seduta è caratterizzata da un picco iniziale e da un notevole calo delle frequenze verso la fine della seduta (andamento decrescente); nella II seduta si evidenzia invece una struttura altalenante e con frequenze piuttosto basse (1); a metà della III seduta si presenta un picco molto alto (frequenza: 14) che però decresce velocemente fino a 0. Le ultime tre sedute presentano un andamento decrescente. Il campione di controllo è caratterizzato da un unico picco, di frequenza pari al picco

presente a metà della III seduta (frequenza: 14), per il resto, le frequenze decrescono fino a 0.

- P) Guarda gli animali: in tutto il grafico si presentano solo due picchi di frequenza piuttosto alta all'inizio della V (frequenza: 2) e della VI seduta (frequenza: 3). Tutti gli altri valori sono pari a 0. Considerando i dati a disposizione, si può dire che l'andamento generale è in crescendo.
- Q) Piange: anche in questo caso si evidenziano solo due picchi, molto ravvicinati tra loro, verso la fine della III seduta (frequenza: 1; 2). Confrontando questo grafico con quello relativo alla frequenza dei sorrisi, si può evidenziare come i due picchi presenti nel grafico che riporta le frequenze relative al pianto si trovano esattamente nella stessa posizione in cui, nel grafico relativo al sorriso, sono presenti delle frequenze nulle.
- R) Bocca aperta: dall'analisi di ogni singola seduta emerge nuovamente un andamento decrescente con frequenze relativamente alte all'inizio delle sedute che tendono ad annullarsi alla fine della seduta stessa. In particolare si può evidenziare la totale assenza di questo comportamento nella III seduta ed invece un picco piuttosto alto (frequenza: 4) all'inizio della V seduta.
- S) Guarda il cane: gli unici elementi rilevanti sono tre picchi presenti all'inizio della III seduta (frequenza: 1), alla fine della IV (frequenza: 3) ed all'inizio della VI (frequenza: 1).
- T) Lingua fuori: anche in questo caso sono presenti solo due picchi, che si sovrappongono ai due relativi agli sguardi rivolti al cane. Il primo picco (frequenza: 3) si trova in corrispondenza della fine della IV seduta, mentre il secondo (frequenza: 1) è all'inizio della VI seduta.
- U) Saluta: questo comportamento si verifica una sola volta all'inizio della V seduta.
- V) Abbraccia la terapeuta: anche questo comportamento si verifica una sola volta all'inizio della I seduta.

Conclusioni: per la maggior parte dei comportamenti presi in considerazione, l'andamento all'interno di ogni singola seduta è di tipo decrescente. Invece se si analizza la struttura generale dei grafici, si può mettere in evidenza un andamento crescente. E' inoltre importante sottolineare che alcuni comportamenti menzionati all'interno dei grafici non sono stati descritti perché presentavano frequenze pari a 0.

5.5.2. SEDUTE A CAVALLO

Nei grafici relativi alle sedute a cavallo non si sono riportate le frequenze emerse in ogni singolo giro, dal momento che non c'era uniformità sul numero totale dei giri fatti da ogni bambino. Per questo motivo si è preferito confrontare le frequenze totali, relative ad uno specifico comportamento, emerse nelle sei sedute.

- A) Esercizi: in questo grafico viene riportato il numero medio e gli scostamenti dalla media degli esercizi svolti a cavallo. Non è possibile fare un confronto sul numero degli esercizi svolti nelle diverse sedute, dal momento che il numero di esercizi svolti non è standard, ma dipende sia dalle finalità terapeutiche che la terapeuta si propone di raggiungere in quella seduta, sia dalla disponibilità dimostrata dal bambino a svolgere esercizi. Questo grafico è quindi semplicemente esemplificativo della quantità media di esercizi che si svolgono in una seduta.
- B) Guarda il cavallo: la frequenza degli sguardi rivolti al cavallo è in costante crescita, vanno comunque evidenziate le frequenze presenti nella V e nella VI seduta e l'enorme distanza tra queste ultime due frequenze e le prime quattro.
- C) Guarda l'accompagnatore: l'andamento delle frequenze è altalenante, anche se si può evidenziare un progressivo calo nelle prime tre sedute ed un nuovo calo tra la IV e la V seduta. E' da evidenziare l'innalzamento delle frequenze nella VI seduta e la distanza di queste frequenze da quelle riscontrate nelle prime cinque sedute (circa 30 punti).
- D) Guarda la terapeuta: le frequenze degli sguardi che i bambini rivolgono alla terapeuta seguono un andamento crescente, inoltre sono in assoluto le frequenze più alte.
- E) Guarda il conduttore: le prime due sedute presentano frequenze piuttosto basse ed in calo, dalla III seduta in poi c'è un notevole aumento delle frequenze e nelle ultime tre sedute le frequenze rimangono stazionarie su valori attorno al 125.
- F) Guarda in giro: le frequenze, rispetto ai grafici precedenti, sono tutte piuttosto alte; in particolare si verifica un innalzamento dei valori tra la III e la V seduta. E' comunque importante non sottovalutare il calo delle frequenze che si presenta nella VI seduta, inoltre questa frequenza è in assoluto la più bassa.
- G) Guarda davanti: analizzando le sedute a due a due, si può notare che l'andamento generale del grafico porta ad un innalzamento delle frequenze, mentre i valori relativi ad ogni singola seduta tendono leggermente a calare.

- H) Guarda un oggetto: confrontando le prime due sedute con le altre quattro si nota un innalzamento notevole delle frequenze. In particolare nella III seduta è presente la frequenza in assoluto più alta (180).
- I) Guarda per terra: è molto importante mettere in evidenza che nella I seduta si presenta una frequenza molto alta che cala drasticamente nella II seduta. Dalla III seduta in poi, le frequenze tendono progressivamente a calare.
- L) Guarda un bambino: le frequenze degli sguardi rivolti agli altri bambini presenti in maneggio sono in costante aumento, si parte dalla prima seduta che ha frequenza pari a 0 e si arriva alla VI seduta che presenta una frequenza pari a 179.
- M) Sorriso/pianto: è importante analizzare queste due tabelle in parallelo. Le frequenze relative al sorriso sono tutte piuttosto alte (massima frequenza: 436), mentre le frequenze relative al pianto sono tutte molto basse (massima frequenza: 17). Inoltre l'andamento di entrambi i grafici risulta di tipo altalenante.

5.5.3. FASE DI DISCESA DA CAVALLO

- A) Guarda il cavallo: l'andamento delle frequenze relative agli sguardi che il bambino rivolge al cavallo è piuttosto regolare. Considerando ogni singola seduta, la struttura è di tipo decrescente: le prime cinque sedute partono con una frequenza vicina a 30 e si concludono con una frequenza molto bassa, vicina allo 0. Solo la VI seduta ha una frequenza iniziale abbastanza alta (48), anche in questo caso però il calo all'interno della seduta porta le frequenze vicino allo 0. Nel complesso, si può evidenziare un aumento, seppur minimo, delle frequenze e quindi una struttura di tipo crescente.
- B) Guarda l'accompagnatore: le frequenze non sono molto elevate, anche se si verificano pochi casi di frequenza pari a 0. Analizzando ogni singola seduta, si può evidenziare una crescita iniziale che culmina con un picco a metà della seduta ed una fase decrescente alla fine. I due picchi più alti sono presenti all'inizio della III seduta (frequenza: 10) ed all'inizio della IV (frequenza: 10).
- C) Guarda la terapeuta: l'andamento risulta regolare ed altalenante. Inoltre emerge chiaramente la netta somiglianza tra il grafico relativo agli sguardi rivolti al cavallo e quello relativo agli sguardi rivolti alla terapeuta. Analizzando le singole sedute, si può evidenziare un andamento decrescente delle frequenze. Il picco più alto si presenta all'inizio della V seduta (frequenza: 39). Da un'analisi globale del grafico, emerge un

andamento crescente dalla I seduta fino alla V, mentre nella VI seduta si ha un leggero calo dei valori.

- D) Guarda il conduttore: dall'analisi di ogni singola seduta si può nuovamente evidenziare un andamento regolare e decrescente. Le frequenze sono in generale piuttosto alte e il picco più alto è presente all'inizio della VI seduta (frequenza: 14). Dall'analisi generale del grafico emerge una crescita progressiva delle frequenze dalla I fino alla III seduta, un calo tra la IV e la V seduta ed infine una nuova ripresa delle frequenze nella VI seduta; inoltre alla fine della VI le frequenze sembrano stabilizzarsi attorno al valore 8.
- E) Guarda il volontario: le frequenze evidenziate in questo grafico non sono molto alte. L'andamento, all'interno delle singole sedute, è alternativamente decrescente e crescente. Analizzando nel complesso tutte le sedute si può vedere come le frequenze inizialmente siano basse, tendano a stabilizzarsi tra la III e la V seduta, per poi avere un nuovo calo nella VI seduta.
- F) Guarda in giro: nella I seduta le frequenze, piuttosto basse, tendono a crescere fino a stabilizzarsi attorno al valore 2 nel corso della II seduta, per poi calare di nuovo nella III. Dalla III seduta e fino alla VI l'andamento è generalmente decrescente. Da sottolineare il picco più alto (frequenza: 12) che si presenta all'inizio della V seduta. Nel complesso si può evidenziare un andamento crescente tra la I e la III seduta, una nuova crescita tra la IV e la V seduta ed un calo finale delle frequenze nel corso della VI.
- G) Guarda allo specchio: le frequenze sono tutte pari a 0, dal momento che lo specchio non è presente in questa fase della terapia.
- H) Guarda davanti: anche in questo caso, l'andamento delle frequenze all'interno di ogni singola seduta è decrescente. Nella I seduta si inizia con una frequenza alta (4) e si arriva a 0 alla fine della seduta, lo stesso andamento è presente anche nella II seduta, ma con frequenze inferiori. La III seduta presenta un decremento delle frequenze ed una successiva crescita verso la fine della seduta. L'andamento decrescente si presenta anche nelle ultime tre sedute. Inoltre sono presenti tre picchi di uguale frequenza (4). L'andamento generale di questo grafico è piuttosto altalenante e presenta frequenze prossime allo 0 nella IV e nella V seduta.
- I) Guarda un oggetto: l'andamento complessivo delle frequenze riferite agli sguardi rivolti ad un oggetto tende ad essere crescente fino all'inizio della IV seduta, dove è presente il picco più alto (frequenza: 10). Dalla IV seduta in poi, invece, si manifesta una inversione e le

frequenze tendono a decrescere. Inoltre la struttura di questo grafico appare quasi simmetrica attorno al picco più alto presente all'inizio della IV seduta, infatti il picco della II seduta ha la stessa frequenza del picco presente nella VI seduta (frequenza: 7). Anche in questo caso, dall'analisi delle singole sedute, emerge un andamento decrescente.

- L) Guarda per terra: questo grafico presenta frequenze poco significative; sono presenti solo tre punti con frequenza diversa da 0, all'inizio della I seduta (frequenza: 1), nella III (frequenza: 1) e all'inizio della VI (frequenza: 1).
- M) Guarda un bambino: l'andamento delle frequenze relative a questo comportamento è molto simile al grafico relativo al comportamento di guardare davanti: nella I seduta le frequenze decrescono fino a 0; nella II seduta le frequenze partono da 0 per raggiungere il primo picco che presenta frequenza pari a 3; nella III seduta si presenta un andamento decrescente; mentre nella IV seduta le frequenze prima decrescono per poi crescere e di nuovo decrescere verso la fine della seduta. All'inizio della V seduta si raggiunge il picco più alto (frequenza: 7), però poi le frequenze calano rapidamente fino a raggiungere il valore 0. Infine nella VI seduta l'andamento è di nuovo crescente fino a raggiungere il culmine e poi decrescere fino a 0. Nel complesso vediamo che le frequenze tendono a crescere dalla I seduta fino alla V, dove si presenta il picco più alto e poi decrescono nuovamente.
- N) Sorride: come è stato possibile evidenziare per gli altri comportamenti, anche in questo caso l'andamento delle frequenze, seduta per seduta, è di tipo decrescente. Nel complesso, si può vedere come le frequenze tendono a crescere dalla I fino alla III seduta, da qui in poi le frequenze hanno un andamento decrescente fino alla fine della VI seduta dove si collocano molto vicino allo 0.
- O) Tocca il cavallo: le frequenze relative a questo comportamento sono piuttosto basse; l'andamento, seduta per seduta, risulta decrescente, eccezion fatta per la I seduta il cui andamento è invece crescente. Anche in questo caso, l'andamento generale del grafico è caratterizzato da una fase iniziale crescente fino a raggiungere il picco di frequenza pari a 11 all'inizio della III seduta; da qui in poi l'andamento è decrescente fino ad arrivare a 0 alla fine della VI seduta.
- P) Tocca un oggetto: questo comportamento risulta evidente solo nella I e nella II seduta e comunque le frequenze sono sempre molto vicine allo 0.

Conclusioni: per ogni comportamento analizzato l'andamento delle frequenze all'interno di ogni singola seduta risulta decrescente; mentre l'andamento generale delle sei sedute è per la maggior parte dei comportamenti crescente e in alcuni casi è all'inizio crescente e alla fine della seduta decrescente. In questa fase della terapia il campione di controllo non è stato preso in considerazione.

5.5.4. TERAPIA A TERRA

- A) Guarda il cavallo: analizzando singolarmente ogni seduta si può vedere come la quantità di sguardi rivolti al cavallo sia piuttosto alta all'inizio per poi decrescere nel corso della seduta. Inoltre alla fine della seduta le frequenze tendono quasi sempre verso 0. Da un'analisi complessiva di questo grafico emerge anche come le frequenze siano basse nelle prime sedute e tendano ad innalzarsi andando verso la VI, dove è presente il picco in assoluto più alto (frequenza: 21). L'andamento generale risulta quindi in crescendo.
- B) Guarda l'accompagnatore: anche per quanto riguarda gli sguardi rivolti all'accompagnatore risulta evidente come, seduta per seduta, le frequenze tendano a decrescere; confrontando le sei sedute emerge però che nella I le frequenze sono prossime allo 0, nella II si elevano raggiungendo anche un picco di frequenza pari a 14. Nella III seduta sono nuovamente presenti frequenze pressoché nulle, mentre nella IV e nella V seduta si elevano di nuovo e con frequenze anche piuttosto alte. Quindi, anche in questo caso, l'andamento generale del grafico risulta in crescendo.
- C) Guarda la terapeuta: l'andamento delle frequenze relative a questo comportamento è regolare ed altalenante. Partendo nell'analisi dalla I seduta per arrivare alla VI, si vede come l'andamento decrescente si ripropone sempre. Alla fine di ogni seduta inoltre le frequenze si attestano attorno a valori prossimi allo 0. Si presenta un unico picco di frequenza piuttosto alta (16) alla fine della V seduta.
- D) Guarda il conduttore: il primo elemento che si pone subito in evidenza riguarda il fatto che in questo grafico le frequenze sono quasi tutte vicine allo 0. Solo nella V seduta si presenta un picco (frequenza: 20) che verso la fine della stessa seduta decresce però fino ad annullarsi.
- E) Guarda il volontario: in netta opposizione con il grafico relativo agli sguardi che il bambino rivolge al conduttore, le frequenze degli sguardi rivolti al volontario sono in generale molto alte. Dall'analisi delle singole sedute emerge ancora una volta il tipico andamento decrescente. Inoltre si possono evidenziare dei picchi molto alti all'inizio delle

varie sedute (frequenza maggiore: 63) ed un decremento molto rapido delle frequenze verso il valore 0. Nel complesso delle sei sedute si può evidenziare un progressivo aumento delle frequenze dalla I alla III seduta, un calo dalla III alla V seduta ed una successiva ripresa nella VI seduta.

- F) Guarda in giro: le frequenze relative a questo comportamento non sono in generale molto elevate. Dall'analisi delle singole sedute emerge nuovamente una struttura decrescente. Mentre, facendo un'analisi globale del grafico, emerge come le frequenze tendano a crescere fino all'inizio della III seduta e come da qui in poi si attestino su valori pressoché costanti (frequenze: 10).
- G) Guarda davanti: le frequenze sono abbastanza basse. Dall'analisi delle singole sedute emerge nuovamente una struttura decrescente con frequenze che si collocano, alla fine della seduta, molto vicino allo 0. Dall'analisi globale del grafico risulta una struttura tendenzialmente crescente che inizia nella I seduta con frequenze pari a 4 e termina nella VI seduta con il picco massimo (frequenza: 13).
- H) Guarda un oggetto: analizzando ogni singola seduta emerge una struttura decrescente: nella I seduta la frequenza iniziale è pari a 21 per poi arrivare alla fine della seduta fino a 0; nella II e nella III seduta si presentano due picchi piuttosto alti (frequenze: 43; 53) che sono molti simili a quelli evidenziati nel grafico relativo agli sguardi rivolti al volontario. Le ultime tre sedute hanno un andamento molto simile alla I. Globalmente emerge che le frequenze tendono a crescere fino alla III seduta, dalla III seduta in poi si verifica un calo e le frequenze tendono a stabilizzarsi attorno al valore 24.
- I) Guarda per terra: i dati relativi agli sguardi per terra sono poco significativi, infatti il picco più alto, all'inizio della V seduta, ha frequenza pari a 3, mentre le altre frequenze sono quasi tutte prossime allo 0.
- L) Guarda un bambino: l'andamento delle singole sedute è generalmente decrescente. Nella I seduta si presenta un solo picco con frequenza pari a 20, mentre per il resto della seduta le frequenze sono vicine allo 0. Nella II seduta sono presenti quattro picchi con frequenza decrescente. Nella III seduta il decremento delle frequenze avviene in modo graduale. Nella IV seduta si presenta il picco più alto (frequenza: 32) anche se poi le frequenze tendono a calare velocemente. La V seduta ha le frequenze in assoluto più basse e nella VI seduta si verifica una ripresa. Analizzando l'andamento generale del grafico emerge come

le frequenze tendano a crescere fino alla IV seduta, nella V è presente un calo ed una successiva ripresa nella VI seduta.

M) Sorride: osservando questo grafico si nota subito la netta somiglianza con il grafico relativo agli sguardi rivolti al volontario. Entrambi i grafici mantengono frequenze piuttosto alte per tutte le sedute e presentano un andamento simile. Inoltre ci sono anche delle somiglianze con il grafico relativo agli sguardi rivolti ad un oggetto, anche se limitate alla II e alla III seduta. Analizzando il grafico relativo al sorriso, emerge ancora una volta un andamento decrescente, seduta per seduta, con frequenze piuttosto alte all'inizio della seduta (picco massimo: 28, nella III seduta) che però tendono a calare quasi fino a 0 alla fine della seduta.

N) Tocca il cavallo: questo comportamento si verifica con una frequenza molto bassa nelle terapia a terra, infatti l'unico valore che si scosta leggermente dallo 0 lo si ritrova all'inizio della V seduta (frequenza: 5).

Conclusioni: anche nelle sedute che si sono svolte a terra (terapia occupazionale) è emerso, per ogni comportamento osservato, un andamento decrescente in ogni singola seduta. Mentre l'andamento generale dei grafici è risultato complessivamente crescente. Un'attenzione particolare va riservata a tre grafici: quelli relativi al sorriso e agli sguardi rivolti al volontario che hanno un andamento molto simile e il grafico relativo agli sguardi rivolti ad un oggetto che tende a sovrapporsi ai primi due nella II e nella III seduta. E' importante non dimenticare che il campione di controllo non è stato osservato in questa fase, per evitare di intralciare troppo il lavoro del Centro; ed inoltre che alcuni comportamenti non sono stati descritti perché hanno presentato frequenze molto vicine allo 0.

5.5.5. CAMPIONE SPERIMENTALE VERSUS CAMPIONE DI CONTROLLO

Questi grafici permettono di fare un confronto tra il comportamento tenuto a cavallo dal campione sperimentale e dal campione di controllo. Sono stati in particolare considerati i grafici relativi agli sguardi rivolti al cavallo, al conduttore ed alla terapeuta perché ritenuti i più significativi alla luce delle ipotesi sperimentali. Inoltre per quanto riguarda gli sguardi al cavallo si sono prese in considerazione solo le ultime due sedute. Ciò che emerge è che in tutti e tre i casi considerati le frequenze nel campione sperimentale sono nettamente superiori alle frequenze emerse nel campione di controllo.

5.6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Facendo un'analisi item per item lungo tutte le fasi della terapia, emerge subito come le frequenze degli sguardi rivolti al cavallo siano sempre tra le più alte, sicuramente il cavallo è una novità per questi bambini e quindi è normale che attiri la loro attenzione più di ogni altra cosa. Se però confrontiamo le frequenze degli sguardi rivolti al cavallo dal campione sperimentale e da quello di controllo, si nota subito come il campione di controllo presenti frequenze più basse del campione sperimentale; questo potrebbe indicare che i bambini del campione sperimentale considerano il cavallo come un vero e proprio co-terapeuta, mentre il campione di controllo ha visto la seduta a cavallo a cui si sono sottoposti come una semplice passeggiata a cavallo. Questa ipotesi è avvalorata anche dal fatto che le frequenze degli sguardi rivolti alla terapeuta e al conduttore da parte del campione di controllo sono molto più basse rispetto alle frequenze emerse per il campione sperimentale: i bambini del campione di controllo hanno probabilmente visto la terapeuta e il conduttore come due persone che si occupano di cavalli, ma che non ricoprono un ruolo particolare per la loro vita, al contrario del campione sperimentale che invece ha perfettamente chiaro il ruolo terapeutico delle persone che li circondano. Questo emerge chiaramente anche dal fatto che la frequenza degli sguardi rivolti alla terapeuta nella fase a cavallo è molto più alta degli sguardi rivolti al conduttore, e non solo perché la terapeuta cammina di fianco al cavallo mentre il conduttore cammina davanti e quindi è più distante dal bambino, ma probabilmente perché il bambino è consapevole del ruolo ricoperto dalla terapeuta e per questo motivo interagisce di più con lei. Analizzando l'andamento dei grafici degli sguardi rivolti al cavallo nel corso di tutta la terapia, emerge chiaramente come le frequenze tendano costantemente a crescere e questo può indicare che il bambino, con il passare del tempo, acquisisce maggiore familiarità con il cavallo ed impara ad interagire con lui. A sostegno di questa affermazione si può analizzare anche l'item relativo al contatto del bambino con il cavallo: non solo questo item mostra frequenze molto alte, soprattutto nella fase di salita che rappresenta il primo contatto della seduta con il cavallo, ma confrontato con altri item di contatto (quali: tocca un oggetto, la terapeuta, un bambino, il cane) è l'unico che mostra frequenze alte. Questo potrebbe indicare che il cavallo aiuta questi bambini ad interagire e facilita in loro la ricerca del contatto corporeo.

E' importante fare anche un confronto tra l'andamento delle frequenze nei diversi item. La quantità di sguardi rivolti all'accompagnatore, confrontata con le frequenze relative agli

sguardi rivolti alla terapeuta, al cavallo ed al conduttore, è piuttosto bassa, però non si presentano mai frequenze nulle: il bambino è maggiormente interessato ad interagire con il cavallo attraverso l'aiuto della terapeuta e del conduttore, ma dal momento che si trova in una situazione relativamente nuova e forse anche stressante, ricerca comunque il contatto rassicurante, seppur visivo, con la figura d'attaccamento.

Gli sguardi rivolti alla terapeuta, nella fase di salita e di discesa da cavallo, hanno frequenze piuttosto alte e seguono lo stesso andamento degli sguardi rivolti al cavallo, anche se questi ultimi hanno valori più alti. Inoltre nella terapia a cavallo si possono evidenziare le frequenze in assoluto più alte, anche in riferimento alle frequenze relative agli sguardi rivolti al cavallo. Si può quindi ipotizzare che il bambino veda nella terapeuta la persona più importante ed inoltre che si renda conto che per imparare ad interagire con il cavallo deve prima di tutto interagire con la terapeuta ed imparare da lei come comunicare con il cavallo e comportarsi correttamente con lui (Capponi, 1979 – 80). Anche in questo caso, il grafico relativo all'item "guarda la terapeuta" mostra un andamento crescente, questo può indicare che, nel corso del tempo, il bambino impara ad interagire di più con la terapeuta e di conseguenza con le persone che lo circondano. L'importanza ricoperta dalla terapeuta emerge anche nella terapia a terra, infatti nonostante in questa fase della terapia la terapeuta non sia direttamente coinvolta e presente, le frequenze sono comunque piuttosto alte e, nelle ultime sedute analizzate, in alcuni punti sono addirittura più alte delle frequenze relative agli sguardi rivolti all'accompagnatore: la terapeuta nel corso del tempo diventa una figura significativa per il bambino che impara ad interagire sempre più e sempre meglio con lei.

L'importanza della terapeuta e dell'interazione che il bambino intrattiene con lei si vede anche analizzando l'item "guarda un oggetto": in tutte le fasi della terapia le frequenze relative a questo item sono sempre abbastanza alte. E' importante ricordare che con oggetto si intende una carota che il bambino dà al cavallo come premio alla fine della terapia piuttosto che un gioco portato all'interno della terapia dalla terapeuta per aumentare l'attenzione del bambino, stimolandone le capacità di interazione.

Anche il conduttore riveste un ruolo sicuramente importante all'interno della terapia: nella fase di salita a cavallo le frequenze sono sempre piuttosto alte e l'andamento è in crescita, la stessa cosa si può evidenziare anche nella terapia a cavallo e nella fase di discesa. Questo indica che il bambino riconosce il ruolo ricoperto dal conduttore nella terapia e nel corso delle sedute aumenta il tempo in cui interagisce con lui. Confrontando le frequenze relative agli

sguardi rivolti alla terapeuta e al conduttore emerge come la figura predominante all'interno della terapia resti comunque la terapeuta.

Un'altra figura presente all'interno del maneggio e direttamente coinvolta nella terapia è il volontario. Nelle fasi di salita e di discesa da cavallo è coinvolto solo marginalmente, infatti le frequenze non sono molto alte, soprattutto se confrontate con le altre analizzate fino ad ora. Nonostante questa marginalità, si può comunque evidenziare un incremento della quantità di sguardi rivolti al volontario nella fase di salita e una stabilizzazione delle frequenze nella fase di discesa. L'importanza del volontario emerge nella terapia a terra: in questa fase infatti la quantità di sguardi rivolti al volontario è sempre molto alta e, confrontando queste frequenze con quelle relative agli sguardi rivolti ad un oggetto, si nota subito come il bambino rivolga molta più attenzione alla persona che gli è vicino e con cui sta interagendo che al compito che sta svolgendo.

L'importanza che l'interazione riveste per il bambino all'interno della terapia emerge anche dall'analisi dell'item "guarda un bambino": nella fase di salita a cavallo questo item non presenta frequenze molto elevate, forse perché il bambino è completamente assorbito dalla relazione con il cavallo. Nel corso delle terapie a cavallo la quantità di sguardi rivolti agli altri bambini presenti in maneggio aumenta moltissimo (frequenza nella I seduta: 0; frequenza nella VI seduta: 179): questo potrebbe voler dire sia che il bambino si sente più sicuro in sella e per questo motivo si azzarda a distogliere l'attenzione dal compito che sta svolgendo per guardare le altre persone presenti nel maneggio, ma non direttamente coinvolte nella sua terapia, sia che la sua capacità di interazione con gli altri sta migliorando e per questo ricerca il contatto, non solo con la terapeuta e il conduttore, ma anche con i suoi compagni di terapia. E' importante non sottovalutare item come "guarda in giro", "guarda per terra" e "guarda davanti". Questi tre item possono aiutare a capire quanto il bambino sia coinvolto nella terapia e in quale fase della terapia è più facilmente distraibile dal compito che sta svolgendo e dall'interazione sia con la terapeuta che con il cavallo. Nella terapia a cavallo, infatti, la frequenza degli sguardi rivolti a terra è, nella I seduta, in assoluto la più alta: il bambino sale per la prima volta a cavallo e riteniamo sia normale che guardi per terra temendo probabilmente di cadere da un momento all'altro. Questa paura è ancora più comprensibile se si pensa che molti di questi bambini trascorrono la maggior parte del loro tempo seduti su una carrozzina e a cavallo si vedono sollevati da terra di un paio di metri. Nella I seduta, quindi, tutta l'attenzione del bambino sembra concentrata sulla distanza che lo separa dal suolo e

sulla paura di cadere, infatti anche le frequenze degli sguardi rivolti alla terapeuta e al conduttore, in questa seduta, sono in assoluto le più basse.

Dalla III seduta in poi, la quantità di sguardi rivolti per terra diminuisce e di pari passo aumentano le frequenze relative agli sguardi rivolti alla terapeuta e agli altri partecipanti attivi alla seduta; la situazione appare più strutturata e il bambino sembra concentrarsi maggiormente sulle interazioni all'interno del contesto terapeutico. Connesso a ciò è possibile ipotizzare che il bambino abbia anche meno paura di cadere, questo probabilmente per via dell'abitudine ad andare a cavallo.

Per quanto riguarda invece gli sguardi rivolti in giro, cioè gli sguardi che più di ogni altro possono indicare distrazione e disinteresse nella relazione, è importante sottolineare come le frequenze siano relativamente basse nelle prime due sedute. Questo concorda con la frequenza alta degli sguardi rivolti per terra: il bambino è concentrato sullo stare a cavallo e non si distrae guardando in giro; inoltre le frequenze degli sguardi rivolti in giro aumentano tra la III e la V seduta per poi calare drasticamente nella VI. Questo può indicare che il bambino, nel corso delle sedute ha acquisito una certa familiarità con il compito e per questo si "permette" di distrarsi con maggiore facilità, mentre il calo delle frequenze nella VI seduta, cioè un aumento dell'attenzione rivolta al compito, potrebbe essere dovuto all'introduzione di un nuovo esercizio nella terapia che quindi richiede al bambino una quota più elevata di attenzione. Anche la frequenza degli sguardi rivolti davanti confermano il discorso condotto fino ad ora: nelle prime sedute il bambino guarda poco davanti a sé, perché è più interessato a tutto quello che gli si muove vicino, nel corso delle sedute poi concentra maggiormente la sua attenzione sul cavallo e sui comandi che gli vengono dati dalla terapeuta, questo lo porta anche a prestare attenzione a dove va il cavallo e a come si muove all'interno del maneggio.

Per quanto riguarda questi stessi tre item nella altre fasi della terapia: l'item "guarda per terra" non presenta frequenze significative, questo potrebbe confermare l'ipotesi che il bambino posto a cavallo per le prime volte guardi per terra per la paura di cadere, mentre nelle altre fasi della terapia non abbia motivo di guardare per terra. Per quanto riguarda gli item "guarda in giro" e "guarda davanti", le frequenze sono piuttosto alte, anche se comunque non paragonabili a quelle relative agli sguardi rivolti al cavallo o alla terapeuta; questo potrebbe indicare un calo di attenzione nella fase iniziale e finale della terapia, attenzione che poi, come si è evidenziato, viene comunque mantenuta alta nella terapia a cavallo.

Gli ultimi due item sui quali è importante fermare l'attenzione sono il sorriso e il pianto. Nella fase di salita a cavallo, il grafico relativo alla quantità dei sorrisi mostra frequenze molto alte e che tendono a crescere nel corso delle terapie. Questo grafico è paragonabile, sia per l'andamento che per le frequenze, a quello relativo agli sguardi rivolti al cavallo, alla terapeuta ed al conduttore. E' quindi possibile ipotizzare che il bambino viva questo tipo di terapia in modo positivo, che sia contento di imparare ad andare a cavallo e, per fare questo, di interagire con la terapeuta e il conduttore, le persone che gli possono insegnare come comunicare con il cavallo in modo corretto. Inoltre il pianto si verifica, nella fase di salita, molto raramente e questo indica, ancora una volta, come il bambino non sia spaventato di fronte a questo animale così grosso ed imponente, perché sa di poter contare su persone competenti che sanno come aiutarlo. Nella fase a cavallo e nella fase di discesa, la frequenza dei sorrisi è piuttosto alta e, per contro, gli episodi di pianto sono praticamente nulli. Da evidenziare il fatto che l'andamento dei grafici mostra un decremento delle frequenze passando dalla I alla VI seduta; questo potrebbe essere dovuto al fatto che alla novità iniziale si sostituisce poco per volta l'impegno nel compito e quindi l'attenzione posta nell'interazione con la terapeuta, il conduttore e il cavallo. Anche nella terapia a terra il sorriso è un comportamento molto frequente, inoltre il grafico di questo item ha un andamento molto simile a quello relativo agli sguardi rivolti al volontario. E' possibile quindi ipotizzare che il bambino viva anche l'interazione con il volontario in modo piacevole, esattamente come abbiamo visto per l'interazione con la terapeuta, il conduttore ed il cavallo.

5.6.1. LIMITI DELLA RICERCA

Questa ricerca può essere definita di tipo osservativo dal momento che ci si è limitati a registrare il comportamento dei bambini cercando di essere meno intrusivi possibile. E' stato perciò necessario adattarsi al lavoro svolto nel centro senza interferire con la loro normale routine.

In una situazione ideale, per esempio, la videocamera che filmava il bambino avrebbe dovuto essere collocata al centro dell'area del maneggio, ma all'atto pratico si è constatato che questo interferiva troppo con il lavoro dei terapisti.

Si è quindi deciso di collocare la videocamera sulle tribune: questa non è sicuramente una situazione ideale. Per prima cosa perché la videocamera è comunque visibile al bambino che può esserne distratto. Secondariamente perché non è possibile filmare il comportamento del bambino per l'intero giro del maneggio, visto che in parte volta le spalle, ma solo per tre

quarti. Inoltre da quella posizione non è possibile registrare ciò che viene detto durante la terapia e quindi non si può effettuare alcuna analisi del discorso da mettere in relazione a quanto emerso dai filmati.

In una situazione ideale, la durata e lo svolgimento della terapia a cavallo e della terapia a terra dovrebbero essere uguali per tutti i bambini. Nella realtà, la terapia a terra varia molto a seconda della stagione, ma anche della disponibilità di tempo e della motivazione del bambino a lavorare. La terapia a cavallo è molto più standardizzata anche se, soprattutto durante la bella stagione, si possono alternare sedute all'aperto e al coperto. Questo comporta sicuramente una diversa reattività del cavallo e anche una diversa attenzione del bambino agli esercizi proposti, dal momento che ci sono molte più fonti di distrazione.

Inoltre è importante sottolineare che questa analisi dei dati è la fase iniziale e descrittiva; il lavoro sarà ulteriormente sviluppato attraverso un'analisi più fine dei dati che nella stesura del presente lavoro sono parsi maggiormente interessanti.

CONCLUSIONI

“Perché chi ha visto una volta l’intima bellezza della natura diventa poeta o naturalista, e se ha la vista buona e la capacità di osservazione abbastanza acuta può diventare tutte e due le cose” (Lorenz, 1989).

L’obiettivo che ci si è proposti all’inizio di questa ricerca era di verificare se le capacità di interazione dei pazienti che si sottopongono alla riabilitazione equestre tendono a modificarsi, e a migliorare, nel corso della terapia. La discussione dei risultati emersi dall’analisi statistica ha permesso di evidenziare più volte come la riabilitazione equestre, utilizzata soprattutto per i suoi benefici fisici, ben documentati scientificamente, dia anche dei benefici a livello psicologico ed in particolare a livello relazionale. Si è infatti visto come il bambino aumenti, nel corso del tempo, l’interazione sia con la terapeuta che con il conduttore e i volontari, questo probabilmente in funzione della relazione che cerca di instaurare e migliorare con il cavallo.

Che il rapporto uomo – animale abbia avuto una certa importanza si è sempre saputo; solo da poco tempo, però, il mondo scientifico ha iniziato a prendere coscienza dei reali benefici apportati all’uomo dal contatto con un animale, benefici che possono essere tradotti in un metodo terapeutico strutturato.

Per questo motivo sono necessari ulteriori studi che puntino l’attenzione sui benefici che possono derivare dalla vicinanza di un animale. In particolare, per quanto riguarda l’ambito della riabilitazione equestre, è importante analizzare i benefici psicologici di cui possono beneficiare i pazienti che vi si sottopongono.

Come ho già avuto modo di anticipare nell’introduzione, è mia intenzione proseguire questa ricerca e seguire nuovamente il campione sperimentale per osservare se, a distanza di un anno, si sia verificata una eventuale costanza o modificazione dei risultati illustrati.

BIBLIOGRAFIA

- ALTIERI, R., ANGELINI, N., GIANNOTTI, A. (1994). *La riabilitazione equestre: una prospettiva d'integrazione neuro – psichiatrica*. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 61, pp. 287-295.
- ANTHONY, W.A., LIBERMAN, R.P.(1997). *Principi e pratica della riabilitazione psichiatrica*. In Liberman, R.P. (a cura di) *La riabilitazione psichiatrica*. Cortina Editore, Milano.
- ARGYLE, M. (1978). *Il corpo e il suo linguaggio*. Zanichelli, Bologna.
- BA, G. (1997). *La riabilitazione psicosociale: significato, metodologia, strutture*. In Ba, G. (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli, Milano.
- BA, G., FANZAGA, M. (1997). *La danzaterapia*. In Ba, G (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli, Milano.
- BA, G., LABANCA, S. (1997). *La comunicazione non verbale*. In Ba, G (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli, Milano.
- BA, G., PESERICO, M. (1996). *La riabilitazione in psichiatria* In Invernizzi, G. (a cura di) *Manuale di psichiatria e di psicologia clinica*. Mc Graw- Hill.
- BA, G., ROBERTI, A. (1997). *L'empatia*. In Ba, G. (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli, Milano.
- BALLARINI, G. (1995). *Animali amici della salute. Curarsi con la pet therapy*. Xenia, Milano.
- BERENGO, G., FORNARA, A., BA, G. (1997). *Rapporto tra famiglia e istituzione all'interno del processo terapeutico riabilitativo secondo l'ottica sistemica*. In Ba, G. (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli, Milano.
- BIERY, M.J. (1985). *Il cavallo e l'handicappato*. In Quackenbush, J., Voith, V.L. (a cura di) *Il legame tra l'uomo e l'animale da compagnia*. Delfino Editore, Roma.
- BURCH, M.R., BUSTAD, L.K., DUNCAN, S.L., FREDRICKSON, M., TEBAY, J. (1995). *The role of pets in therapeutic programmes*. In Robinson, I (a cura di) *The waltham book of human – animal interaction: benefits and responsibilities of pet ownership*. Pergamon. Elsevier science Ltd, Oxford, UK.
- CAPPONI, D. (1979 – 80). *Riabilitazione equestre. Aspetti neurologici dell'età evolutiva*. ANIRE – tesi di Laurea, Milano.
- CARBONI, F. (1996). *Esperienza di riabilitazione equestre con bambini autistici*. In Papini, M., Pasquinelli, A. (a cura di) *Principi pratici di riabilitazione equestre*. UTET, Milano.
- CARRUBBA, L. (1997). *L'espressione del volto*. In Mancini, A. (a cura di) *Il corpo ritrovato. Introduzione ai segnali della comunicazione non verbale*. ISU, Università Cattolica.
- CONTI, B., ROSCIO, A., REVERDITO, P. (1990). *La riabilitazione equestre in un moderno progetto riabilitativo*. *La Riabilitazione*, 23 (3), pp. 143 – 149.
- CORRIGAN, P.W., SCHADE, M.L., LIBERMAN, R.P. (1997). *Social skills training*. In Liberman, R.P. (a cura di) *La riabilitazione psichiatrica*. Cortina, Milano.
- DEBOER, M.M., BOXER, A.M. (1979). *Signal functions of infant facial expression and gaze direction during mother – infant face-to-face play*. *Child development*, 50, pp. 1215-1218.
- DEL NEGRO, E. (1998). *Pet therapy: un metodo naturale*. Franco Angeli, Milano.
- DE LUBERSAC, R., LALLERY, H. (1977). *Rieducare con l'equitazione*. IGIS edizioni, Milano.

- DE MATTEIS, A., PESERICO, M. (1997). *L'uso dei burattini*. In Ba G. (a cura di) Metodologia della riabilitazione psicosociale. Franco Angeli, Milano.
- DE MICHELE, R. (1998). Musicoterapia nella riabilitazione psichiatrica. In Scala, A. (a cura di) L'agire riabilitativo. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- EKMAN, P. (1982). *Methods of measuring facial action*. In Scherer, K.R., Ekman, P. (a cura di) Handbook of methods in nonverbal behavior research. Cambridge University Press, Cambridge.
- EKMAN, P., FRIESEN, W.V. (1978). *Facial Action Coding System (FACS): A technique for the measurement of facial action*. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- EKMAN, P., FRIESEN, W.V. (1972). *Emotion in the human face*. Cambridge University Press, Cambridge.
- EKMAN, P., OSTER, H. (1979). *Facial expressions of emotion*. Annual Review of Psychology, 30, pp. 527-554.
- EKMAN, P., O'SULLIVAN, M. (1991). *Facial expression: methods, means and moes*. In Feldman, R.S., Rimè, B. (a cura di) Fundamentals of nonverbal behavior. Cambridge University Press, Cambridge.
- ENDENBURG, N., BAARDA, B. (1995). *The role of pets in enhancing human well being: effects on child development*. In Robinson, I (a cura di) The waltham book of human – animal interaction: benefits and responsibilities of pet ownership. Pergamon. Elsevier science Ltd, Oxford, UK.
- ENGEL, B.T. (1992). *Therapeutic riding: its benefits, professions and divisions*. In Engel, B.T. (a cura di) Therapeutic riding programs. Barbara Engel Therapy Service. Durango Colorado.
- FACCO, F., BELLINZONI, S., BA, G. (1997). *L'arte terapia*. In Ba, G. (a cura di) Metodologia della riabilitazione psicosociale. Franco Angeli, Milano.
- FAVA, E., LORA, A. (1997). *La valutazione della disabilità e dell'efficacia dei trattamenti riabilitativi*. In Ba, G. (a cura di) Metodologia della riabilitazione psicosociale. Franco Angeli, Milano.
- FILOSA, L. (1998). *La riabilitazione in psichiatria: aspetti introduttivi*. In Scala, A (a cura di) L'agire riabilitativo. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- FRANCHI, A. (1997). *La forma più antica di comunicazione: il contatto corporeo*. In Mancini, A. Il corpo ritrovato. Introduzione ai segnali della comunicazione non verbale. ISU, Università Cattolica, Milano.
- FRIEDMANN, E. (1995). *The role of pets in enhancing human well being: physiological effects*. In Robinson, I (a cura di) The waltham book of human – animal interaction: benefits and responsibilities of pet ownership. Pergamon. Elsevier science Ltd, Oxford, UK.
- GENTILE, A. (1996). *Valutazione morfofunzionale del cavallo per la riabilitazione equestre*. In Papini, M., Pasquinelli, A. (a cura di) Principi pratici di riabilitazione equestre. UTET, Milano.
- GENTILE, F. (1996). *Applicazione delle andature del cavallo alla riabilitazione equestre*. In Papini M., Pasquinelli, A. (a cura di) Principi pratici di riabilitazione equestre. UTET, Milano.
- GENTILE, F. (1996). *Bardatura del cavallo. Esercizi di cavallerizza. Applicazioni in riabilitazione equestre*. In Papini M., Pasquinelli, A. (a cura di) Principi pratici di riabilitazione equestre. UTET, Milano.

- GENTILE, F., VIVIANI, A. (1996). *Metodologia di riabilitazione equestre e sue applicazioni in soggetti con handicap motorio*. In Papini, M., Pasquinelli, A. (a cura di) Principi pratici di riabilitazione equestre. UTET, Milano.
- GIACON, M. (1992). *Pet therapy. Psicoterapia con l'aiuto di "amici" del mondo animale*. Edizioni Mediterranee, Roma.
- GITTER, A.G., MOSTOFISKY, D., GUICHARD, M. (1972). *Some parameters in the perception of gaze*. The Journal of Social Psychology, 88, pp. 115-121.
- GLYNN, S.M., MUESER, K.T. (1997). *Programmi di social learning*. In Liberman, R.P. (a cura di) La riabilitazione psichiatrica. Cortina, Milano.
- GOLDWURM, G.F., MENEGHELLI, A., SCARLATO, A. (1997). *Modelli cognitivo comportamentali nella riabilitazione dei pazienti psicotici*. In Ba, G. (a cura di) Metodologia della riabilitazione psicosociale. Franco Angeli, Milano.
- HART, L.A. (1995). *The role of pets in enhancing human well being: effects for older people*. In Robinson, I. (a cura di) The waltham book of human – animal interaction: benefits and responsibilities of pet ownership. Pergamon. Elsevier science Ltd, Oxford, UK.
- INTERNET (2000). <http://uni.abramo.it/server/server/Cubo20/editoria/libri/HCI/ele/cap4.html>.
- KANDEL, E.R., JESSELL, T.M. (1988). *Il tatto*. In Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M. (a cura di) Principi di neuroscienze. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- KATCHER, A.H. (1985). *Risposte fisiologiche e comportamentali agli animali da compagnia*. In Quackenbush, J., Voith, V.L. (a cura di) Il legame tra l'uomo e l'animale da compagnia. Delfino Editore, Roma.
- KIMBLE, C.E., OLSZEWSKI, D.A. (1980). *Gaze and emotional expression: the effects of message positivity – negativity and emotional intensity*. Journal of Research in Personality, 14, pp. 60-69.
- KREISLER, L. (1994). *La depressione del lattante*. In Lebovici, S., Weil – Halpern, F. (a cura di) Psicopatologia della prima infanzia. Bollati Boringhieri, Torino.
- KNUTSON, B. (1996). *Facial expressions of emotion influence interpersonal trait inferences*. Journal of Nonverbal Behavior, 20(3) pp.165-181.
- LORENZ, K. (1989) *L'anello di Re Salomone*. Adelphi, Milano
- LUPO, E. (1998). *La residenzialità*. In Scala, A. (a cura di) L'agire riabilitativo. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- MANCINI, A. (1997). *Il corpo ritrovato*. In Mancini, A. Il corpo ritrovato. Introduzione ai segnali della comunicazione non verbale. ISU, Università Cattolica, Milano.
- MARCELLI, D. (1995). *Psicopatologia del bambino*. Masson, Milano.
- MINERO, M., CANALI, E., VERGA, M. (1995). *Un approccio etologico per la scelta dei cavalli da riabilitazione equestre*. Il Processo Veterinario N° 6 pp. 189 – 191.
- MORRIS, D. (1977). *L'uomo e i suoi gesti*. Arnoldo Mondadori, Milano.
- MORVIDUCCI, C., GUERRIERO, S., MADONNA, G. (1998). *Il lavoro con le famiglie*. In Scala, A. (a cura di) L'agire riabilitativo. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- MULARONI, D. (1997). *Lo sguardo: un canale dalle molteplici funzioni*. In Mancini, A. (a cura di) Il corpo ritrovato. Introduzione ai segnali della comunicazione non verbale. ISU, Università Cattolica, Milano.
- ONOFRI, M.P., CAVIEZEL, M.S., ROSCIO, A.L. (1996). *Il vissuto della patologia nel bambino disabile e nella sua famiglia: studio in riabilitazione equestre*. La Riabilitazione, 29 (4) pp. 243 – 256.

- OTTONE, M. (1997). *I gesti e i movimenti del corpo*. In Mancini, A. (a cura di) *Il corpo ritrovato. Introduzione ai segnali della comunicazione non verbale*. ISU, Università Cattolica, Milano.
- PESERICO, M., BA, G. (1997). *Il gruppo come strumento terapeutico*. In Ba, G. (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli, Milano.
- QUAGLIA, A. (1997). *La postura: la posizione del corpo nello spazio*. In Mancini, A. (a cura di) *Il corpo ritrovato. Introduzione ai segnali della comunicazione non verbale*. ISU, Università Cattolica, Milano.
- RINALDI, A. (1996). *Principi di equitazione. L'assetto del cavaliere*. In Papini, M., Pasquinelli, A. (a cura di) *Principi pratici di riabilitazione equestre*. UTET, Milano.
- RYDER, E.L. (1985). *Gli animali e gli anziani*. In Quackenbush, J, Voith, V.L. (a cura di) *Il legame tra l'uomo e l'animale da compagnia*. Delfino Editore, Roma.
- ROBERTI, A., MAGNOTTI, R., FACCO, F. (1997). *L'espressione corporea nella riabilitazione del paziente psicotico*. In Ba, G. (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli, Milano.
- ROCCO, S. (1997). *L'animazione teatrale*. In Ba, G. (a cura di) *Metodologia della riabilitazione psicosociale*. Franco Angeli, Milano.
- ROSSETTI, R., MANNU, G., LIOTTI, G., REDA, M. (1983). *Mutamento della comunicazione non verbale e cambiamento cognitivo*. In Attili, G., Ricci-Bitti, P.E. (a cura di) *I gesti e i segni*. Bulzoni Editore, Roma.
- SARACENO, B. (1996). *La fine dell'intrattenimento*. Etas libri, Milano.
- SCALA, A. (1998). *Normalità e follia: gli incerti confini*. In Scala, A. (a cura di) *L'agire riabilitativo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- SCALA, A. (1998). *Il comportamento degli operatori nelle situazioni di disagio psichico acuto*. In Scala A. (a cura di) *L'agire riabilitativo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- SCALA, A., FORTE, G. (1998). *Le strutture intermedie in psichiatria: la funzione riabilitativa*. In Scala, A. (a cura di) *L'agire riabilitativo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- SCALA, A., LUPO, E. (1998). *Spazi e tempi dell'integrazione psicosociale: il problema delle strutture*. In Scala, A. (a cura di) *L'agire riabilitativo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- SCALA, A., RUGGIERO, G. (1998). *La formazione degli operatori*. In Scala, A. (a cura di) *L'agire riabilitativo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- SCHERDHACKER, M. (1994). *No pretension to being cured – but softening of symptoms and improvement of the quality of life*. In Eaton, P.A. (a cura di) *8° International Therapeutic Riding Congress: The Complete Papers*. Hamilton, New Zealand, 17-20 Gennaio; pp. 97-99. National Training Resource Centre.
- SCHERER, K.R., EKMAN, P. (1982). *Methodological issues in studying nonverbal behavior*. In Scherer, K.R., Ekman, P. (a cura di) *Handbook of methods in nonverbal behavior research*. Cambridge University Press, Cambridge.
- SERRA, G. (1996). *Selezione comportamentale dei cavalli per la riabilitazione equestre*. In Papini, M., Pasquinelli, A. (a cura di) *Principi pratici di riabilitazione equestre*. UTET, Milano.
- STRAUSS, I (1995). *Hippotherapy. Neurophysiological therapy on the horse*. Ontario therapeutic riding association.
- TEYSSANDIER, M.J., TEYSSANDIER, M.T., CONTI, B., ROSCIO, A.L. (1989). *Rachialgie comuni ed equitazione*. *La Riabilitazione*, 22 (3) pp. 175-182.

- VERGA, M., CANALI, E., MINERO, M. (1997). *Pet therapy e riabilitazione equestre: aspetti metodologici*. In Convegno Internazionale “Pet Therapy – curarsi con gli animali”, 2 marzo, Padova.
- VOITH, V.L. (1985). *Attaccamento dell’uomo agli animali da compagnia*. In Quackenbush, J., Voith, V.L. (a cura di) *Il legame tra l’uomo e l’animale da compagnia*. Delfino Editore, Roma.
- WAGNER, H.L. (1998). *I metodi per lo studio del comportamento facciale*. In Russell, J.A., Fernandez, J.M.-Dols (a cura di) *Psicologia delle espressioni facciali*. Erikson, Trento.
- ZANI, B (1996). *Il lavoro dello psicologo nei servizi territoriali*. In Zani, B., Palmonari, A. (a cura di) *Manuale di psicologia di comunità*. Il Mulino, Bologna.

ALLEGATI