



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia

Corso di laurea in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione

Tesi di laurea Magistrale

Outdoor e skill training: uno studio esplorativo con adolescenti.

Outdoor and skill training: an exploratory study with adolescents.

Relatrice/Relatore

Prof.ssa/Prof. Barbara Arfè

Correlatrice/ esterna

Dott.ssa Chiara Marchi

Laureanda/o: Margherita Mori

Matricola: 2018860

Anno Accademico: 2021-2022

INDICE

ABSTRACT.....	3
1. ADOLESCENZA	4
1.1. Sfide evolutive dell'adolescenza	4
1.2. Difficoltà scolastiche e socio-emotive	7
1.3. Outdoor	13
2. RASSEGNA	23
2.1. Benefici della terapia outdoor	29
2.2. Limiti della terapia outdoor	38
2.3. Difficoltà di apprendimento e competenza sociale	51
2.4. Conclusioni	62
3. RICERCA	65
3.1- Descrizione della ricerca	65
3.2- Materiali e Metodi	66
3.3- Risultati	68
3.4- Limiti della ricerca e obiettivi futuri	70
4. CONCLUSIONI	73
BIBLIOGRAFIA	75

ABSTRACT

L'adolescenza è un momento della vita caratterizzato da cambiamenti, finalizzati alla conquista dell'autonomia, e da alcuni compiti evolutivi, come ad esempio: instaurare relazioni nuove e più mature, accettare le manifestazioni del proprio corpo, conseguire l'indipendenza dai genitori, sviluppare capacità intellettuali e raggiungere un comportamento socialmente responsabile (Pace & Guzzo, 2012). La scuola è uno dei più importanti contesti di crescita per gli adolescenti (Lancini e Salvi, 2018), tuttavia viene da loro considerata come una delle esperienze più difficili da affrontare (Palmonari, 2018), in particolare possiamo osservare questa situazione negli adolescenti che hanno difficoltà di apprendimento, per i quali le difficoltà possono ripercuotersi anche a livello di malessere e disagio socio-relazionale (Magenes, Curti, Monti, Antonietti & Traficante, 2021). Obiettivo del presente studio è investigare se la partecipazione ad un percorso di skill training di gruppo svolto in outdoor, possa migliorare il benessere psicologico individuale e le competenze sociali in adolescenti, con difficoltà scolastiche e socio-emotive, e quanto il training descritto possa essere significativamente utile rispetto alla stessa tipologia di training condotto in un contesto indoor. La letteratura scientifica suggerisce infatti come il contesto naturale supporti in modo significativo le abilità sociali e il benessere psicologico (Russell, 2003; Johnson, et al., 2020; Fernee et al., 2019), e fornisca inoltre l'opportunità di organizzare attività in cui gli adolescenti possono sperimentare in gruppo coesione, cooperazione, rispetto, autostima e cura degli altri (Torkos, 2017). Molti sono i programmi svolti in natura allo scopo di migliorare le abilità sociali (Gutman & Schoon, 2015), il presente studio, in linea con questi, ipotizza un potenziamento nei benefici dei training per adolescenti con difficoltà scolastiche e socio-emotive rappresentato dall'esposizione alla natura in diversi contesti outdoor strutturati ad hoc.

1-ADOLESCENZA

1.1- Sfide evolutive dell'adolescenza

Generalmente si considera l'età adolescenziale come quel periodo che va dai 14 ai 18/19 anni, che è preceduto dalla preadolescenza ed in cui si verifica la transizione dallo stato di bambino a quello di adulto (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2021). Copre un periodo piuttosto lungo, mutevole da individuo a individuo e da cultura a cultura, durante il quale, a fronte delle numerose trasformazioni fisico-corporee, si assiste a profondi cambiamenti psicologici, che interessano le capacità cognitive e affettive e le competenze sociali della persona (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2021). Caratteristica di questo periodo complesso è la dimensione della sperimentazione: l'adolescente vive un momento di transizione per cui non si sente più bambino, ma ancora non riesce a percepirsi come un adulto. È un periodo di maturazione sessuale e cognitiva ed è in questo momento che il ragazzo è chiamato ad abbandonare le identificazioni della fanciullezza, sperimentando un nuovo modo di relazionarsi con gli altri e di percepire le cose (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2021). L'adolescenza è quella fase della vita in cui l'individuo acquisisce nuove competenze e responsabilità e, sul piano cognitivo, si assiste ad una progressiva acquisizione delle capacità di ragionamento. Quindi, possiamo notare come in questo processo, siano coinvolti fattori biologici, psicologici e sociali (Pace & Guzzo, 2012). L'adolescenza è un momento della vita caratterizzato da cambiamenti finalizzati alla conquista dell'autonomia ed a questo proposito, alcuni dei principali compiti evolutivi sono: instaurare relazioni nuove e più mature, accettare le manifestazioni del proprio corpo, conseguire l'indipendenza dai genitori, sviluppare capacità intellettuali e raggiungere un comportamento socialmente responsabile, con la conseguente acquisizione un sistema di valori e una coscienza etica (Pace & Guzzo, 2012).

Negli ultimi anni, gli aspetti fisiologici e psicologici dell'adolescenza vengono osservati in una dimensione dinamica, in cui sia le caratteristiche dell'individuo sia quelle dell'ambiente

sono soggette a continui cambiamenti, attraverso processi reciproci di influenza (Pace & Guzzo, 2012). L'adolescente, spinto dai repentini e improvvisi cambiamenti corporei, dall'abbandono delle dipendenze dai genitori, dall'esplorazione dell'ambiente esterno e dall'avvicinamento verso il gruppo dei pari, cerca di costruire un senso di unicità e continuità. Di conseguenza, quando si parla di costruzione di identità, il compito dell'adolescente è quello di percepirsi sempre come "se stesso", nonostante gli eventi di sviluppo e le esperienze della vita lo pongano di fronte a continui cambiamenti (Pace & Guzzo, 2012). Questi molteplici processi di sviluppo possono tuttavia generare vissuti di incertezza e di vuoto, che si viene a creare tra la perdita dell'immagine infantile e la non ancora strutturata identità adulta. Alcuni adolescenti tollerano i sentimenti di malessere che derivano da tutti questi processi, ma altri possono cadere in una crisi più intensa, in cui possono trovare spazio diversi sintomi, come ad esempio la depressione oppure l'evitamento delle relazioni sociali (Pace & Guzzo, 2012). Il disagio adolescenziale può essere inteso come l'esito di una deviazione da una traiettoria normativa, frutto della relazione dinamica disfunzionale tra individuo e ambiente (Pace & Guzzo, 2012). La disfunzionalità relazionale caratterizza i vissuti di disagio di coloro che, durante la tensione del cambiamento, nel tentativo di rispondere alla spinta di costruzione dell'identità, si sentono soli e incompresi: può succedere infatti che questi ragazzi non riescano a ricevere, per diverse ragioni, un supporto adeguato e, di fronte alla spinta di autonomia emotiva, essi rispondano rompendo con la rottura dei legami che sentono vincolanti per la propria autonomia identitaria. La capacità dell'adolescente di sfruttare la sua rete sociale quindi è importante per determinare la qualità del suo sviluppo (Pace & Guzzo, 2012). L'adolescente, arricchendosi di nuovi strumenti emotivi e cognitivi, avvia il processo di autonomia dalla famiglia d'origine, tramite la volontà e la possibilità di rivolgersi al mondo dei coetanei che, in quanto sostegno e supporto in attività di gruppo e nell'ambito scolastico, possono costituire, tanto a scuola quanto nelle attività gruppali, un importante banco di prova per

sperimentare e affinare le inedite capacità relazionali, sociali ed affettive (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2021).

Famiglia, scuola e gruppo dei pari costituiscono i tre ambiti nei quali gli adolescenti si mettono alla prova per costruire la propria identità personale (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2021). In questo modo, sia la famiglia che il gruppo dei coetanei, costituiscono fonti di sostegno complementari per l'inserimento dell'adolescente nel mondo degli adulti: alla famiglia viene riconosciuto un ruolo più significativo nella risoluzione di problemi riguardanti ambiti legati al futuro, come ad esempio scelte scolastiche o di lavoro, mentre il gruppo dei pari rappresenta un sostegno nel far fronte a molti problemi relazionali del momento (Palmonari, 2018). Quello della socializzazione è un altro compito evolutivo cruciale in adolescenza: il gruppo dei coetanei, infatti, rappresenta un'area intermedia di passaggio tra famiglia e società e, attraverso la sua funzione di rispecchiamento, è in grado di sostenere l'adolescente nel percorso di definizione identitaria (Lancini e Salvi, 2018). La realizzazione di tali compiti evolutivi è dunque alla base del processo di costruzione dell'identità in adolescenza ed è fondamentale per poter affrontare le sfide connesse alle successive fasi del ciclo di vita, anche se non sempre questo cammino risulta essere lineare (Lancini e Salvi, 2018).

La scuola, un luogo in cui gli adolescenti trascorrono molto tempo, è un contesto importante in cui sostenere lo sviluppo dell'identità degli adolescenti e costituisce una fra le esperienze più significative che i ragazzi vivono in questi anni (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2021). È nota l'influenza che l'esperienza scolastica ha sul processo di costruzione di identità in adolescenza, per cui non può essere considerata solo come luogo di trasmissione e costruzione di conoscenza, ma anche come contesto in cui gli adolescenti sperimentano le nuove competenze cognitive, affettive e relazionali che emergono in questo periodo (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2021). Accanto alla famiglia quindi, la scuola risulta essere uno dei più importanti contesti di crescita per gli adolescenti: in questo contesto infatti gli adolescenti vi

trascorrono gran parte del loro tempo ogni giorno e lo percepiscono principalmente come luogo di aggregazione e socializzazione tra pari (Lancini e Salvi, 2018). Tuttavia, la scuola viene considerata da moltissimi adolescenti come una delle esperienze più difficili da affrontare (Palmonari, 2018). Molte situazioni infatti possono provocare anche ansia, tensione e paura, che possono portare gli studenti a dirottare su obiettivi extrascolastici i propri interessi più significativi, come ad esempio lo sport, la musica o la popolarità fra i coetanei. La riuscita personale ottenuta grazie a queste scelte, rispetto all'impegno scolastico, permette di conservare un'elevata autostima ed avere una positiva rappresentazione di sé. In caso di non riuscita, invece si potrebbe raggiungere una situazione in cui, chi è bloccato dalla paura delle difficoltà scolastiche e non trova alternative su cui impiegare le proprie energie, giunge alla piena demotivazione (Palmonari, 2018). Per questo motivo, tali situazioni sono state descritte e interpretate tramite l'utilizzo della nozione di "disagio scolastico", ovvero una sindrome di malessere psicologico, causato da un'esperienza scolastica insoddisfacente da vari punti di vista (Palmonari, 2018).

1.2- Difficoltà scolastiche e socio-emotive

Le difficoltà che affrontano quotidianamente gli adolescenti a scuola sono ancora più accentuate per gli adolescenti con qualche tipo di difficoltà di apprendimento. Questi studenti vivono la scuola come fonte delle loro maggiori difficoltà, le quali possono ripercuotersi a livello di reputazione sociale, isolamento, malessere e disagio socio-relazionale (Magenes, Curti, Monti, Antonietti & Traficante, 2021). Essi possono sviluppare forme di disagio emotivo che si traducono in bassi livelli di resilienza ed elevati livelli di distress scolastico. Di conseguenza, risulta importante studiare il ruolo che i sistemi di supporto hanno nel ridurre le possibili minacce al concetto di sé in questi studenti (Magenes et al., 2021). Lo studente che vive un'esperienza di successo scolastico svilupperà delle convinzioni positive sulle proprie competenze e sarà

motivato a ripetere quei comportamenti, come ad esempio l'impegno e lo studio, che lo hanno portato a questo successo. Al contrario lo studente con difficoltà manifesta una bassa autoefficacia, ed è noto che livelli minori di autostima siano associati a basse prestazioni scolastiche, che spesso portano lo studente a sentirsi ansioso ed a percepirsi meno efficace (Magenes et al., 2021). Studiare la relazione tra questa dimensione e l'autostima nel caso di studenti con difficoltà scolastiche, può dunque fornire elementi utili per proporre interventi di supporto del benessere scolastico e generale (Magenes et al., 2021). Alcuni studi recenti hanno inoltre rilevato che una delle più grandi interruzioni nella vita dei giovani durante la pandemia di COVID-19 è risultata essere proprio la chiusura delle scuole. Nel giro di poche settimane gli studenti sono passati bruscamente all'apprendimento a distanza, con un conseguente impatto su studenti, genitori e insegnanti. Cambiamento avvenuto quindi, non solo sull'apprendimento degli studenti, che è di per sé sostanziale, ma anche sulle routine che promuovono il benessere e i legami sociali con i compagni e gli insegnanti (Becker et al., 2020). Considerando l'apprendimento a distanza durante la pandemia, è stato osservato che gli studenti con risultati scolastici elevati tendono ad essere minimamente colpiti dalla scuola online, che ha invece avuto un impatto più severo per gli studenti vulnerabili e in difficoltà (Becker et al., 2020). L'apprendimento a distanza quindi può probabilmente risultare particolarmente difficile per i giovani con difficoltà scolastiche, che spesso hanno una motivazione accademica inferiore, minori capacità di pianificazione e gestione del tempo e difficoltà emotive (Becker et al., 2020). Le difficoltà di apprendimento possono inoltre compromettere in modo significativo l'apprendimento scolastico e la motivazione degli studenti, ma anche aumentare il rischio di problemi di salute mentale e di abbandono scolastico (Sainio, Eklund, Ahonen & Kiuru, 2019).

Queste difficoltà possono anche manifestarsi come disturbi specifici dell'apprendimento e, gli studenti con queste difficoltà, si trovano ad affrontare frequenti sfide nell'assolvere i diversi compiti scolastici, che possono aumentare la loro vulnerabilità nel provare emozioni più negative

associate alle materie scolastiche (Sainio et al.,2019). Le emozioni attivanti positive, come la speranza e il divertimento, possono avere un impatto positivo sull'apprendimento, in quanto risultano essere correlate a risultati accademici superiori e a un maggiore livello di rendimento scolastico (Sainio et al.,2019). Al contrario, le emozioni accademiche negative, come ansia e disperazione, potrebbero avere un impatto sull'apprendimento attraverso diversi meccanismi comportamentali, come la crescente preoccupazione ed attraverso una maggiore tendenza ad evitare situazioni che richiedono lo svolgimento di compiti che potrebbero innescare emozioni negative, ostacolando così i progressi nelle abilità accademiche (Sainio et al.,2019). L'ansia è un'emozione che è stata tipicamente correlata a scarsi risultati di apprendimento ed è quindi possibile che le difficoltà dell'apprendimento abbiano un effetto dannoso sul successivo rendimento scolastico anche a causa di emozioni disadattive legate alle attività scolastiche (Sainio et al.,2019). Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5, 2015) i disturbi specifici di apprendimento (DSA), sono caratterizzati dalla persistente difficoltà di apprendimento delle abilità scolastiche per un periodo di almeno 6 mesi, che consistono in una lettura delle parole lenta o imprecisa e faticosa, difficoltà nella comprensione del significato di ciò che viene letto, difficoltà nello spelling, difficoltà con l'espressione scritta, difficoltà nel padroneggiare il concetto di numero, i dati numerici o il calcolo e/o difficoltà nel ragionamento matematico. Le abilità scolastiche sono in questo caso al di sotto di quelle attese per l'età cronologica e causano interferenza con il rendimento scolastico o lavorativo ed, in alcuni casi, anche con le attività della vita quotidiana (DSM 5, 2015). I DSA hanno un carattere evolutivo, per cui si possono manifestare a diverse età, anche se spesso queste difficoltà si palesano con l'inizio del percorso scolastico, quindi quando il bambino inizia a leggere, a scrivere e a fare i calcoli. Tuttavia, il DSM 5 riconosce la possibilità che il disturbo possa rimanere latente per un lungo periodo e manifestarsi in seguito, durante l'adolescenza. Il DSM 5 non si focalizza solo sulle ricadute scolastiche, ma considera i DSA come disturbi che possono avere un impatto anche

a lungo termine, ad esempio sulla soddisfazione personale dell'individuo e sulla sua capacità lavorativa.

In quest'ottica, si dà ai DSA una nuova interpretazione, considerandoli disturbi a carattere più generale che possono manifestarsi in diversi ambiti.

I disturbi specifici dell'apprendimento si possono distinguere in:

- dislessia, ovvero una compromissione della lettura, in particolare nell'accuratezza nella lettura delle parole, nella velocità o fluenza della lettura e comprensione del testo;
- disgrafia, cioè la compromissione del tratto grafico e dell'espressione scritta;
- disortografia, che comporta difficoltà nell'applicazione delle regole ortografiche;
- discalculia, una compromissione del calcolo, del concetto di numero, memorizzazione di fatti aritmetici, calcolo accurato o fluente e ragionamento matematico corretto (DSM 5, 2015).

Alcuni studi dimostrano che i deficit dello sviluppo neuro-motorio nei bambini con DSA possono causare limitazioni anche nelle aree di prestazione professionale a causa delle difficoltà nelle abilità sequenziali o debolezza nelle abilità motorie (Şahin , Kaya Kara, Köse,, & Kara, 2020). È stato osservato che bambini con DSA devono affrontare restrizioni alla partecipazione nella loro vita quotidiana mentre svolgono attività che riguardano la cura di sé, come ad esempio allacciarsi le scarpe, vestirsi o abbottonarsi i vestiti; ma anche in relazione alla produzione, come tenere una matita, scrivere in modo leggibile, eseguire operazioni matematiche e annotare un testo dettato dall'insegnante; e durante il tempo libero, quindi durante attività come leggere un libro, dipingere ed eseguire attività all'interno/all'aperto in ambienti domestici, scolastici o comunitari (Şahin et al., 2020). L'obiettivo finale del trattamento di questi studenti è quindi anche la riduzione delle restrizioni alla partecipazione alla vita quotidiana, in quanto, oltre a fornire loro un senso di realizzazione e piacere durante l'infanzia e la giovinezza, la partecipazione a diverse attività aiuta a favorire lo sviluppo positivo nell'età adulta (Şahin et al., 2020).

Quando si considerano le conseguenze negative delle difficoltà di apprendimento, è fondamentale considerare anche le emozioni loro associate, non solo per i risultati di apprendimento a breve termine degli studenti, ma anche per il loro percorso formativo successivo (Şahin et al., 2020). Gli studenti con DSA, spesso presentano problemi socio-emotivi, con un aumento del rischio di sviluppo di problemi come solitudine e bassa autostima (Sarti et al., 2019). Anche la competenza sociale sembra quindi essere una sfida per molti di questi studenti, soprattutto durante l'adolescenza, quando il funzionamento sociale diventa sempre più complesso e sfaccettato (Sarti et al., 2019). Negli ultimi decenni in particolare, si è verificato un aumento di attenzione verso le abilità socio-emotive, anche a causa della loro rilevanza per la previsione di un'ampia serie di risultati consequenziali, che vanno da quelli educativi, comportamentali, fisici, sociali e relativi alla salute mentale e al benessere (Abrahams et al., 2019). La promozione di queste competenze nei contesti educativi è guidata dall'importanza di migliorare il funzionamento adattivo nei bambini e nei giovani attraverso lo sviluppo delle forze personali, che possono servire come strumenti per favorire risultati positivi e per prevenire quelli negativi. Le abilità socio-emotive possono essere descritte come caratteristiche individuali che hanno origine da predisposizioni biologiche e fattori ambientali, che si manifestano attraverso modelli coerenti di pensieri, sentimenti, e comportamenti. Queste caratteristiche, sviluppate attraverso esperienze di apprendimento formale e informale, producono risultati diversi nel corso della vita dell'individuo (Abrahams et al., 2019). L'apprendimento socio-emotivo, è invece definito come il processo attraverso il quale bambini e adulti acquisiscono ed applicano efficacemente le conoscenze, le attitudini e le abilità necessarie a comprendere e gestire le emozioni, a stabilire e raggiungere obiettivi positivi, a sentire e mostrare empatia per gli altri, oltre che a stabilire e mantenere relazioni positive e prendere decisioni responsabili (Abrahams et al., 2019). È stato ad esempio evidenziato che gli studenti DSA sperimentano relazioni di bassa qualità con i loro coetanei, vivono situazioni di maggiore rifiuto e minore accettazione ed hanno difficoltà a

percepire gli insegnanti come una base sicura (Sarti et al., 2019). Alcuni ricercatori suggeriscono che queste difficoltà nella competenza sociale possano essere il risultato dello stigma sociale frequentemente e generalmente associato alle popolazioni affette da disturbi del neurosviluppo. In particolare, a causa del loro scarso rendimento scolastico, gli studenti con DSA sono spesso percepiti come meno sicuri e più pigri rispetto ai loro coetanei e di conseguenza possono sviluppare la tendenza a credere e interiorizzare questa prospettiva distorta nei confronti di se stessi (Sarti et al., 2019), con una conseguente influenza sui comportamenti in contesti sociali. L'accettazione da parte dei pari è inoltre una parte essenziale dell'identità personale dell'adolescente ed ha una forte influenza sul benessere psicologico. Difficoltà in questo settore di funzionamento, aggravate da una lotta per raggiungere un livello adeguato nei risultati scolastici, potrebbero influenzare negativamente l'impegno scolastico ed il benessere generale dell'individuo (Sarti et al., 2019). È però possibile ipotizzare che gli studenti con DSA rappresentino una popolazione vulnerabile, in quanto segnalano più problemi di interiorizzazione ed esternalizzazione e maggiori difficoltà di raggiungere relazioni soddisfacenti e di supporto (Sarti et al., 2019). In generale, i comportamenti esternalizzanti dello studente esibiti a scuola sono descritti come oppositivi, aggressivi, iperattivi, impulsivi, provocatori e antisociali, mentre quelli interiorizzanti, possono essere depressione, ritiro sociale, paura e ansia (Antunes, Fernandes & Lemos, 2022), per cui, oltre alle sfide accademiche, i giovani con DSA, potrebbero essere a rischio di disadattamento socio-emotivo (Haft, Chen, LeBlanc, Tencza, & Hoeft, 2019). Questi giovani spesso si sentono meno legati ai loro coetanei e sono più propensi a provare sentimenti di solitudine. La ricerca ha evidenziato che gli individui con DSA hanno un'autostima inferiore ai loro coetanei, che può, a sua volta, diventare un fattore di rischio per lo sviluppo aggiuntivo di disturbi della salute mentale (Haft et al., 2019). Dato l'impatto di vasta portata di questi disturbi, sta crescendo l'interesse per gli interventi che costruiscono risorse socio-emotive e proteggono la salute mentale in questa popolazione (Haft et al., 2019). Diversi studi

evidenziano infatti come i giovani con DSA presentino tassi più elevati di ansia e depressione rispetto ai loro coetanei senza una diagnosi, sottolineando quindi come il ruolo delle emozioni nelle difficoltà scolastiche e nei risultati accademici degli studenti sia importante e debba essere considerato quando si pianifica il supporto educativo per gli studenti con queste difficoltà (Sainio, Eklund, Ahonen & Kiuru, 2019). Ad esempio, i risultati di uno studio di Sainio e colleghi del 2020, hanno infatti mostrato che gli studenti con queste difficoltà hanno minori speranze legate al successo nelle materie scolastiche, maggiore ansia e minori soddisfazioni. Nel complesso, i risultati suggeriscono chiaramente che la speranza, in particolare, emerge come un'importante emozione per questi studenti: minore speranza è stata correlata ad una minore autostima, a maggiori aspettative di fallimento ed al comportamento di evitamento di compiti, tutte conseguenze che possono compromettere i risultati dell'apprendimento (Sainio et al., 2019). I risultati indicano come anche gli insegnanti dovrebbero essere consapevoli dell'associazione presente tra emozioni accademiche disadattive e difficoltà scolastiche degli studenti, prendendo coscienza di come il ruolo dell'istruzione speciale sia essenziale per garantire agli studenti esperienze di apprendimento positive e un aumento del senso di autoefficacia e per garantire un supporto nello sviluppo di strategie di apprendimento efficaci. Tale supporto educativo potrebbe aumentare la motivazione per gli studi, spingendoli a coltivare emozioni accademiche più positive (Sainio et al., 2019).

1.3- Outdoor

Con il termine “outdoor” si intende il “fuori”, l'ambiente esterno naturale, le zone rurali o selvagge fuori dagli ambienti chiusi delle aule scolastiche, dell'ambiente ospedaliero o dello studio del terapeuta (Torkos, 2017, Johnson et al., 2020, Fernee et al., 2019, Gillis, 2021). L'ipotesi alla base della presente ricerca, suggerisce che gli interventi per gli adolescenti che hanno difficoltà scolastiche e socio-emotive potrebbero avere un'efficacia maggiore se svolti in

contesti outdoor strutturati ad hoc. L'effetto potenzialmente positivo della natura sulla salute umana può essere utile come importante intervento su larga scala: le nostre relazioni con la natura sono componenti fondamentali di una buona salute e, interrompendo la connessione con la natura, la nostra salute psico-fisica potrebbe essere modificata ed anche danneggiata (Annerstedt & Währborg, 2011). Ulteriori prospettive riguardo la connessione tra natura e salute derivano principalmente da studi psicologici (Ulrich, 1993, Kaplan & Kaplan, 1989) che si sono occupati degli aspetti dannosi dello stress e dell'affaticamento mentale, e secondo cui gli ambienti naturali possono offrire benefici, come ridurre lo stress o l'affaticamento dell'attenzione, e quindi incrementare lo stato di salute (Annerstedt & Währborg, 2011). Empiricamente l'uso degli ambienti naturali per promuovere la salute e prevenire la malattia è riconosciuto: ad esempio, vi sono differenze nei livelli di stress di persone che vivono in zone urbane o rurali, oppure vi sono effetti di diminuzione dello stress causati dalla ricreazione all'aperto e dall'accessibilità ad uno spazio naturale (Annerstedt & Währborg, 2011).

I programmi di avventura all'aria aperta sono diventati sempre più numerosi e popolari negli ultimi decenni (Gutman & Schoon, 2015); questi forniscono opportunità di apprendimento che incoraggiano lo sviluppo di capacità di problem solving, così come sentimenti di auto-competenza e realizzazione personale. La maggior parte dei programmi comprende anche attività di gruppo, le quali richiedono collaborazione, comunicazione e cooperazione e, in aggiunta, lo sviluppo del lavoro di squadra e di abilità sociali e interpersonali (Gutman & Schoon, 2015). Questi programmi possono differire nella loro progettazione, implementazione e struttura e sono impiegati come una strategia di intervento per affrontare questioni critiche, come dipendenza/abuso di sostanze, comportamenti problema e delinquenza, difficoltà psicologiche, bassa autostima e disturbi dell'alimentazione/gestione del peso. Sono utilizzati per promuovere la resilienza per le popolazioni a rischio e più in generale per migliorare la leadership, il team building e le abilità sociali (Gutman & Schoon, 2015). Le attività all'aperto possono essere una

risposta adeguata e positiva al bisogno sociale di organizzare attività per cui gli adolescenti possono praticare in gruppo coesione, cooperazione, rispetto, autostima, autodisciplina, cura degli altri e benessere (Torkos, 2017). Questi programmi si basano sulla filosofia dell'educazione esperienziale (Gutman & Schoon, 2015), secondo la quale l'apprendimento all'aperto è un concetto che mira ad un'educazione basata su attività pratiche ed esperienze di apprendimento che vengono svolte al di fuori degli ambienti classici. Si tratta di un tipo di approccio relativamente nuovo, conosciuto in letteratura come “metodo di apprendimento esperienziale”, noto come una buona strategia per sviluppare nei bambini e negli adolescenti concetti come la comprensione del mondo naturale e di ciò che li circonda. Questo approccio produce effetti educativi a lungo termine, oltre a sviluppare caratteristiche psicosociali e spirito di squadra (Torkos, 2017). I partecipanti sono stimolati ad apprendere attraverso le esperienze dirette e l'esposizione dell'ambiente naturale, ma anche attraverso i processi di riflessione e osservazione, per accrescere conoscenze e, soprattutto, per sviluppare competenze socialmente preziose (Torkos, 2017). L'educazione esperienziale incoraggia i bambini e gli adolescenti a partecipare alle attività fisicamente, emotivamente e mentalmente, stimolando anche l'esplorazione, i processi decisionali e il gioco. Lo scopo principale è quindi quello di produrre cambiamenti a livello di capacità fisiche, a livello interpersonale, a livello di relazione con gli altri membri del gruppo, ma anche a livello personale (Torkos, 2017). È un intero processo di apprendimento che si svolge in un ambiente naturale, considerato come un completamento del tipo di istruzione formale, ma che si svolge nel modo più piacevole possibile, attraverso l'uso di metodi moderni quali giochi di squadra, discussioni, giochi di ruolo, recitazione, attività pratiche di gruppo, brainstorming, apprendimento attraverso azioni/attività, viaggi, visite, organizzazione di eventi. In sintesi questa modalità permette agli alunni e a tutte le persone coinvolte, la possibilità di imparare facendo (Torkos, 2017) e presuppone pianificazione, riflessione e osservazione delle attività che prenderanno luogo ed anche lo sforzo di applicare gli apprendimenti acquisiti in

nuove situazioni. L'educazione esperienziale deve quindi contenere partecipazione attiva e attività appositamente progettate in natura. Tuttavia, è importante sottolineare che l'apprendimento all'aperto, non consiste semplicemente nel portare i ragazzi all'esterno, ma deve comportare attività, esperienza, apprendimento e comunicazione. Non è solo uscire e partecipare ad attività ricreative in natura, ma comporta uno sforzo umano di pianificazione e sviluppo, lavorando in modo interdisciplinare. L'obiettivo è intensificare le relazioni e il coinvolgimento in ogni tipo di attività e favorire la socievolezza (Torkos, 2017). Si ritiene, quindi, che l'uso della terapia esperienziale possa essere meno limitante rispetto alle tradizionali modalità terapeutiche, portare meno stigma e coinvolgere in modo maggiore attraverso diverse attività come, ad esempio, l'attività fisica, l'arte, la pet therapy, attività avventurose e altre forme di esperienza che possano aiutare i giovani a comprendere meglio i problemi emotivi alla base del loro bisogno di trattamento (Russell & Gillis 2010). Vi sono diverse terminologie per indicare questi programmi che si svolgono all'aperto e le più comunemente utilizzate sono: "wilderness therapy", "adventure therapy" o "outdoor behavioral healthcare".

La Wilderness Therapy (WT) è un approccio complementare/integrativo spesso usato per trattare gli adolescenti in difficoltà. È un tipo di trattamento che varia in durata e modalità, ma che comporta normalmente l'uso delle tecniche psicoterapiche tradizionali (come la terapia individuale e di gruppo) e dell'avventura all'aperto o altre attività progettate per promuovere la crescita personale e interpersonale (Johnson, Davis, Johnson, Pressley, Sawyer, & Spinazzola 2020). Come approccio integrativo all'assistenza sanitaria mentale convenzionale, è stato suggerito che la WT può avere il potenziale per coinvolgere e trattare i pazienti adolescenti, compresi quegli individui che sembrano resistenti o meno sensibili ai metodi tradizionali di trattamento che si svolgono nello studio del terapeuta (Fernee, Gabrielsen, Andersen & Mesel, 2015). L'ambiente naturale potrebbe infatti ridurre la resistenza degli adolescenti verso il trattamento, riconoscendo il loro bisogno di libertà e di non sentirsi vincolati, potrebbe inoltre

essere un veicolo per il cambiamento, in grado di aprire nuove esperienze e nuovi modi alternativi di socializzazione, ma anche indurre stati riflessivi e stimolare il funzionamento cerebrale ottimale (Fernee et al., 2015). Obiettivo della WT è lo sviluppo di forti relazioni positive, non solo tra paziente e terapeuta, ma anche tra i pazienti che partecipano al gruppo (Johnson et al., 2020). Le componenti più comuni dei programmi WT sono esperienze che comportano l'immersione nell'ambiente naturale e che sfruttano l'influenza curativa della natura, esperienze di avventura progettate per promuovere esperienze positive, esperienze di gruppo integrate da sessioni di terapia di gruppo e sessioni di terapia individuale, che possono essere ulteriormente integrate da sessioni di terapia familiare (Johnson et al., 2020). La WT è un trattamento di gruppo che cerca di argomentare le qualità riparatrici della natura attraverso un lavoro terapeutico strutturato e intenzionale, che coinvolge principalmente tre fattori: la natura, il sé fisico e il sé psicosociale. Pubblicazioni recenti continuano a supportare l'efficacia di queste terapie per gli adolescenti con problemi comportamentali socio-emotivi, tuttavia, nonostante le ricorrenti dimostrazioni di risultati desiderabili nella ricerca della terapia dell'avventura, la comprensione del processo di trattamento e i fattori terapeutici specifici coinvolti non sono ancora del tutto chiari (Fernee, Mesel, Andersen & Gabrielsen, 2019). Oggi, la WT è praticata all'interno di programmi privati, centri di trattamento residenziale e cliniche per fornire assistenza agli adolescenti che soffrono di problemi emotivi, comportamentali, psicologici e/o di abuso di sostanze. Tuttavia, poiché queste pratiche spesso sono sfaccettate e diverse, arrivare a una definizione precisa e integrativa di WT rimane impegnativo (Fernee et al., 2015). L'approccio incorpora l'uso di pratiche cliniche basate sull'evidenza, tra cui la valutazione dei pazienti, attraverso psicoterapia individuale e di gruppo condotta da personale autorizzato e lo sviluppo di un trattamento individuale e dei piani di assistenza post-terapia. La WT opera principalmente in contesti remoti selvaggi, in cui la vita all'aperto e l'esperienza della natura sono parte integrante del processo di trattamento (Fernee et al., 2015). Le differenze tra protocolli simili si trovano in

termini di ambiente fisico, durata, dati demografici dei partecipanti, dimensioni del gruppo (comunemente tra 6-8 adolescenti), rapporto personale-paziente e la composizione del team. Tuttavia, nonostante le molte differenze, ci sono alcuni punti in comune importanti: la natura come ambiente riparativo, la vita all'aperto che incorpora compiti e sfide, il lavoro terapeutico individualizzato, l'istituzione di un gruppo di pari di supporto e la fornitura di terapia di gruppo (Fernee et al., 2015). Nel corso del trattamento, i partecipanti sono guidati nell'acquisizione di abilità di vita di base per stare nella natura ed ogni individuo riceve un supporto al fine di acquisire un maggior livello di autosufficienza fisica ed emotiva, attraverso l'elaborazione e la riflessione, così da avere l'opportunità di trasferire queste esperienze in altre aree di vita quotidiana. L'obiettivo è quello di aumentare l'autoefficacia, favorire la coesione del gruppo e massimizzare i benefici terapeutici (Hill, 2007). La terapia naturale utilizza generalmente un approccio olistico che sposta l'attenzione dalla disfunzione e dal fallimento verso l'identificazione e la promozione delle capacità e delle risorse di ciascun individuo. Nella fase iniziale del trattamento, una valutazione clinica e la formulazione dell'ipotesi diagnostica vengono spesso eseguite in collaborazione con ciascun adolescente, come primo passo nella creazione di un piano di trattamento individuale e, durante tutto il programma, viene facilitato il lavoro terapeutico sia individuale che di gruppo (Hill, 2007). Un ambiente di gruppo di supporto è vitale per il processo di trattamento, in cui ai partecipanti viene offerta l'opportunità di apprendere e praticare le capacità interpersonali, oltre allo sviluppo di un senso di appartenenza e fiducia nel gruppo (Hill, 2007). Il terapeuta non è vincolato in termini di tempo, spazio e ruoli abituali. Situazioni ed obblighi che si trovano spesso negli ambienti di trattamento tradizionali, in quanto interagisce in modo più diretto con i pazienti. Questa interazione comprende infatti dinamiche particolari come sopportare le stesse condizioni impegnative del paziente e condividere le molte sfaccettature della vita all'aperto, situazioni che sembrano creare la base per una potente alleanza terapeutica (Fernee et al., 2015).

Un altro termine con cui si fa riferimento alla terapia naturale è l'Adventure Therapy (AT), una psicoterapia di gruppo con un approccio esperienziale, pensata per esplorare le dinamiche di gruppo attraverso una varietà di programmi che operano all'aperto e all'interno di servizi per adolescenti, giovani adulti e famiglie (Gillis, 2021). Gli obiettivi di questo programma sono innanzitutto dar luogo a una relazione terapeutica genuina, empatica e positiva tra i membri del gruppo e tra membri del gruppo ed il terapeuta, aggiungere esperienze cinestetiche e orientate all'azione ed inoltre coinvolgere in modo sicuro i partecipanti nella natura, incrementando i processi di gruppo e di riflessione (Gillis, 2021). Gli approcci esperienziali nella terapia di gruppo includono un'ampia varietà di pratiche, tra cui terapie espressive (letterarie e musicali), movimento e attività fisica. La terapia dell'avventura è tradizionalmente praticata con i giovani, in un quadro in cui efficaci dinamiche di gruppo come la comunicazione, cooperazione, risoluzione dei problemi, fiducia e divertimento sono necessarie (Gillis, 2021).

Infine vi è l'Outdoor Behavioral Healthcare (OBH), una terapia innovativa di crescente interesse, che consiste in un intervento per adolescenti che presentano difficoltà emotive, comportamentali, disturbi relazionali o problemi di abuso di sostanze (DeMille, 2018). Le componenti chiave dell'approccio OBH includono: viaggi ed esperienze di vita nella natura selvaggia, abbastanza lunghe per consentire la valutazione clinica, utilizzo attivo e diretto della partecipazione dei pazienti nel loro percorso terapeutico, vita di gruppo continua e sessioni formali regolari di terapia di gruppo, per favorire il lavoro di squadra e le interazioni sociali. Sono poi previste sessioni terapeutiche individuali, che possono essere supportate dall'inclusione della terapia familiare, esperienze di avventura utilizzate per migliorare adeguatamente il trattamento e una forte etica della cura e del supporto durante tutta la terapia esperienziale (DeMille, 2018). I partecipanti di OBH vivono spesso nella natura selvaggia in contesti di gruppo, apprendendo abilità, che ad esempio riguardano la navigazione o l'arrampicata. L'OBH integra la valutazione psicologica e la psicoterapia tradizionale, quindi terapie cognitive e

comportamentali, terapia psicodinamica, terapia familiare, in un ambiente di trattamento all'aperto (DeMille, 2018). L'OBH è considerato più come un tipo di programma di trattamento, simile al trattamento ambulatoriale o al trattamento residenziale, piuttosto che a una modalità terapeutica (Russell, 2003). La maggior parte dei programmi OBH adottano un approccio empatico alla scoperta di sé e potrebbe essere una valida alternativa al trattamento residenziale, in quanto fornisce un'alternativa per gli adolescenti che hanno spesso provato trattamenti che non sono riusciti a fornire risultati apprezzabili (Russell, 2003). I risultati generalmente riportati come esito della partecipazione ai programmi OBH e confermati nelle meta-analisi sono essenzialmente due: sviluppo personale, comprendente anche il concetto di sé, e lo sviluppo interpersonale, di abilità sociali appropriate e adattive (Russell, 2003). Il trattamento OBH viene erogato utilizzando un approccio di gruppo che consiste nella presenza di:

- un supervisore clinico, che è responsabile del trattamento clinico dell'adolescente e che sovrintende le operazioni cliniche del programma;
- un supervisore medico, che è responsabile per l'assistenza medica e la cura dell'adolescente;
- un terapeuta di campo, che è responsabile dello sviluppo, dell'attuazione e del follow-up dei singoli piani di trattamento che guidano la cura e il trattamento dei pazienti;
- un leader o guida della natura, che sono responsabili della vita quotidiana, della sicurezza e dei viaggi dei gruppi (Russell, 2003).

I fattori terapeutici chiave che lo distinguono da altri tipi di counseling e approcci terapeutici che si sono rivelati efficaci nel trattamento degli adolescenti con una varietà di disturbi emotivi e comportamentali includono: la promozione di autoefficacia attraverso il compimento di compiti facilitato da esperienze nella natura, una ristrutturazione della relazione terapeuta-cliente e la promozione della coesione di gruppo attraverso la vita di gruppo all'aperto (Russell, 2003). Coesione e sviluppo del gruppo nel corso dell'esperienza, aiutano a stabilire un insieme

di norme e aspettative, che giocano un ruolo chiave nell'aiutare l'adolescente a sviluppare una sana identità prosociale (Russell, 2003).

Alcuni programmi di terapia di avventura all'aperto soddisfano specificamente i bisogni degli adolescenti e hanno come obiettivo quello di assistere determinati problemi di salute mentale, altri sono invece concentrati sulla prevenzione, educazione e sui percorsi di crescita. Affinché questi programmi siano accettati come opzioni di trattamento praticabili, devono però essere dimostrati come efficaci (Berman & Davis-Berman, 2013). Per far avanzare il campo di ricerca dei programmi terapeutici svolti in natura gli studi dovrebbero essere replicati e, gruppi di popolazione omogenei dovrebbero essere usati per aiutare a identificare quali sono i tipi di persone che il trattamento aiuta. Inoltre, si dovrebbe utilizzare un'assegnazione casuale ai gruppi di trattamento e di controllo. Gli elementi del programma, le attività e la struttura dovrebbero essere ben definiti e i metodi di misura oggettiva dovrebbero essere validi e affidabili (Berman & Davis-Berman, 2013). Il modello della terapia esperienziale nasce con l'idea che la volontà di uno studente di impegnarsi in terapia sia potenziata attraverso l'uso dell'attività e dell'esperienza (Russell & Gillis, 2010). Le attività esperienziali producono un apprendimento immediato e tangibile, durante questo processo infatti, il personale e i terapeuti dei programmi sono in grado di osservare e lavorare con gli studenti in tempo reale e assistere direttamente al progresso e al risultato attraverso l'interazione con essi. Questo processo è considerato molto vantaggioso e non così facilitato nelle impostazioni più tradizionali (Russell & Gillis, 2010). Secondo uno studio di Russel e Gillis del 2010, ciò che rende il programma efficace è il gruppo di pari, quindi l'arruolare giovani responsabili per aiutare coetanei a praticare nuove abitudini, sfidare vecchie convinzioni e, ogni giorno, sviluppare competenze che sono state suggerite nelle loro tradizionali sedute terapeutiche. Infine, i risultati terapeutici che emergono da questo processo sono costituiti da abilità intra e interpersonali e miglioramenti del benessere fisico, un aspetto unico e significativo

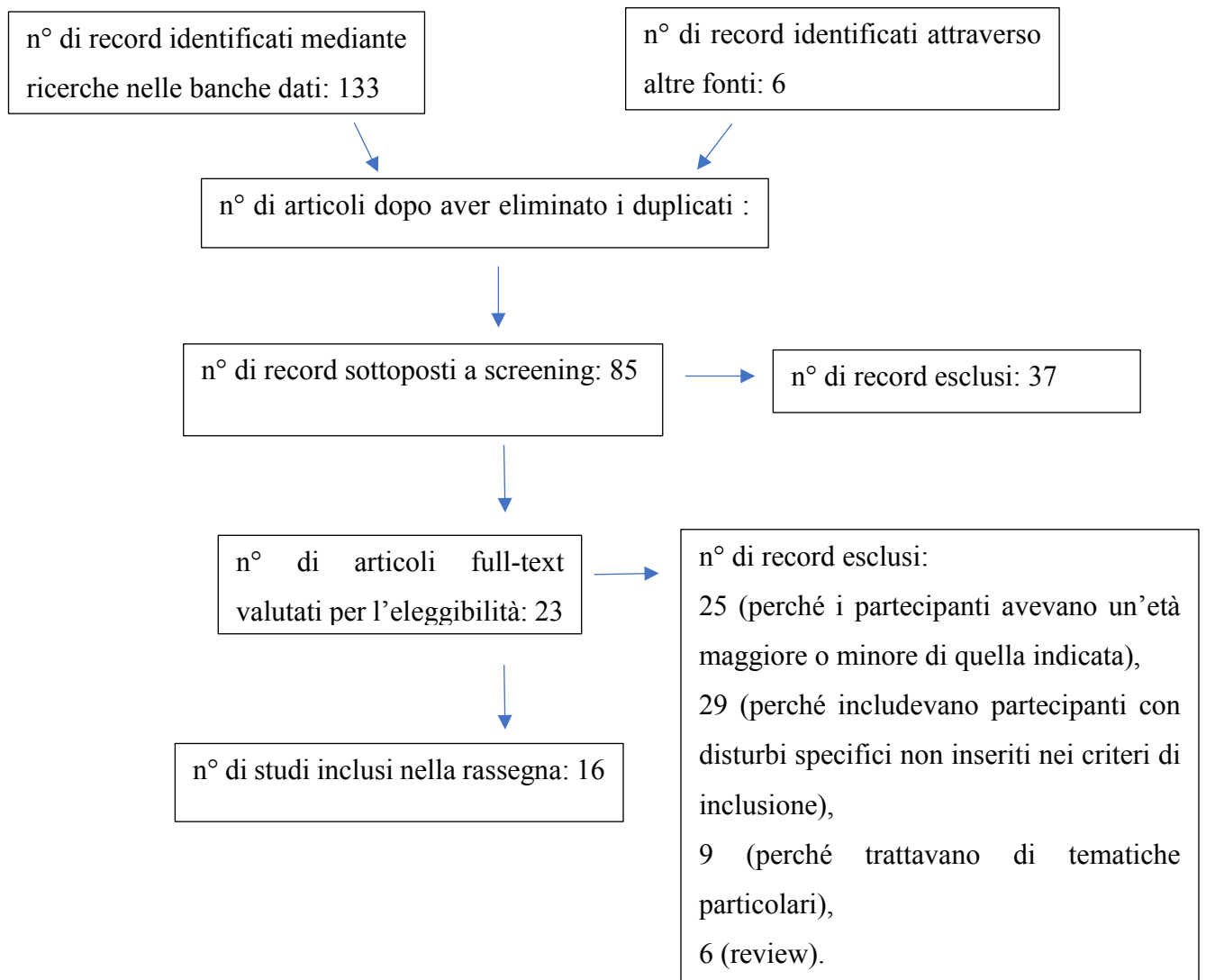
del processo. Questi tipi di vantaggi sono stati considerati come integrali per lo sviluppo dei ragazzi, soprattutto data la fase adolescenziale delle loro vite (Russell & Gillis, 2010).

2-RASSEGNA

Il modello utilizzato nella presente rassegna è quello offerto dal framework PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & TP Group, 2009). La domanda che ha guidato la rassegna, deriva dalla volontà di indagare la possibilità che i benefici dei training con adolescenti con difficoltà socio-emotive e DSA, possano essere potenziati se svolti in contesti outdoor strutturati ad hoc. La letteratura scientifica suggerisce infatti come il contesto naturale supporti in modo significativo le abilità sociali e in generale il benessere psicologico (Russell, 2003; Johnson, et al., 2020; Fernee et al., 2019).

Per la realizzazione di questa rassegna è stata effettuata una ricerca bibliografica sistematica tramite le banche dati di Scopus, PsycINFO e Pubmed usando le seguenti parole chiave: “adolescents, group therapy, outdoor, skills training, learning difficulties e socio-emotional problems.” Da queste banche dati sono stati selezionati articoli con data di pubblicazione dal 2000 al 2022. Inoltre è stata effettuata una ricerca sulla bibliografia in 10 degli articoli individuati, che ha consentito di reperire altri 6 studi. Successivamente è stato fatto uno screening dei titoli, degli abstract e in seguito dei full text per poter valutare se lo studio rispondeva ai criteri di inclusione: in particolare, si è stabilito di includere articoli pubblicati su riviste in lingua inglese e svolti con adolescenti di età compresa circa tra i 14 e i 19 anni. Sono quindi state escluse pubblicazioni in lingua differente da quella inglese (6 in totale), studi con partecipanti con un'età maggiore o minore di quella indicata (25 in totale), documenti che trattavano dei benefici dell'attività fisica e sportiva (8 in totale), studi che trattavano della salute mentale durante il periodo di epidemia (14 in totale), studi che esplicavano programmi specifici per migliorare la comprensione della lettura (3 in totale), studi relativi all'organizzazione dei cortili scolastici/parchi (2 in totale) e studi di terapia familiare (4 in totale). Inoltre, sono stati esclusi studi in cui venivano inclusi partecipanti con: autismo (8 in totale), ADHD (3 in totale),

epilessia (2 in totale), depressione o disturbo post-traumatico da stress (3 in totale), partecipanti che hanno subito gravi lesioni cerebrali o con gravi disabilità (13 in totale) e studi perché duplicati (17 in totale). Infine, sono stati esclusi articoli che trattavano tematiche particolari non in linea con la presente ricerca come: abuso di alcohol/droghe (2), utilizzo di videogiochi (1), obesità (1), razzismo (1), bullismo/cyber-bullismo (2), musicoterapia (1), isolamento sociale (1). Complessivamente sono stati considerati 16 articoli.



<p>Al-Yagon M. (2016). Perceived Close Relationships With Parents, Teachers, and Peers: Predictors of Social, Emotional, and Behavioral Features in Adolescents With LD or Comorbid LD and ADHD. <i>Journal of learning disabilities</i>, 49(6), 597–615.</p>	<p>Questo studio ha esaminato il ruolo delle relazioni strette percepite dagli adolescenti con gli altri significativi nello spiegare le differenze nel funzionamento socio-emotivo e comportamentale, tra gli adolescenti con difficoltà di apprendimento, con comorbidità DSA e disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) o con sviluppo tipico. I partecipanti erano adolescenti di età compresa fra i 15 e i 17 anni e gli strumenti di ricerca consistevano in sette misure self-report per gli adolescenti, che valutavano le percezioni di: sicurezza degli adolescenti nella relazione genitore-figlio, del loro insegnante di scuola come una figura di attaccamento, della loro relazione con il loro migliore amico, del loro senso di solitudine, dei propri affetti e dei problemi emotivi e comportamentali.</p>
<p>Bettmann, J. E., Russell, K. C., & Parry, K. J. (2013). How substance abuse recovery skills, readiness to change and symptom reduction impact change processes in wilderness therapy participants. <i>Journal of Child and Family Studies</i>, 22, 1039–1050.</p>	<p>Questo studio ha cercato di esplorare l'impatto della motivazione al cambiamento tra gli adolescenti partecipanti a un programma WT. I partecipanti avevano un'età media di 15 anni e sono stati valutati tramite questionario, prima di iniziare il trattamento, alla dimissione e al seguente periodo di follow-up post-trattamento.</p>
<p>DeMille, S., Tucker, A. R., Gass, M. A., Javorski, S., VanKanegan, C., Talbot, B., & Karoff, M. (2018). The effectiveness of outdoor behavioral healthcare with struggling adolescents: A comparison group study. <i>Children and Youth Services Review</i>, 88, 241–248.</p>	<p>Obiettivo di questo studio è valutare se i programmi OBH svolti con adolescenti possono essere utili per affrontare le dinamiche di disfunzione in famiglia. In questo programma settimanalmente sono stati forniti anche 60 minuti di terapia familiare e, per il gruppo di trattamento, è stato somministrato un questionario ai caregiver all'atto dell'ammissione al trattamento OBH e circa un anno dopo che il paziente ha completato il trattamento. I partecipanti di questo studio avevano un'età compresa fra i 12 e i 17 anni.</p>
<p>Ferne, CR., Mesel, T., Andersen, A. J. W., & Gabrielsen, L. E. (2019). Therapy the Natural Way: A Realist Exploration of the Wilderness Therapy Treatment Process in Adolescent Mental Health Care in Norway. <i>Qual Health Res</i>, 29(9), 1358-1377.</p>	<p>In questo studio, l'obiettivo è acquisire una comprensione più profonda delle opportunità che si presentano nel contesto della terapia outdoor attraverso interviste per valutare gli esiti del programma WT. I partecipanti hanno un'età compresa fra i 16 e i 18 anni.</p>

<p>Gabrielsen, L.E., Harper, N.J., & Fernee, C.R. (2019). "What are constructive anxiety levels in wilderness therapy? An exploratory pilot study." <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> 37, pp. 51-57.</p>	<p>Si tratta di uno studio esplorativo sullo stato d'ansia quotidiano dei partecipanti durante un intervento di terapia nella natura selvaggia. I partecipanti hanno un'età compresa fra i 16 e i 18 anni e il loro livello di ansia è stato valutato attraverso questionari self-report.</p>
<p>Gillis, Jr., & Harold, L. (2021). Psychotherapeutic applications of adventure activities with groups: Everything old is new again. <i>Group Dynamics: Theory, Research, and Practice</i>, 25(2), 190–204.</p>	<p>Questo studio riporta un esempio di Adventure Therapy, in cui, una volta completata l'escursione in natura, il gruppo ha condiviso riflessioni sull'esperienza. I partecipanti hanno un'età media di 18 anni e sono stati valutati attraverso momenti di riflessione, per ottenere una comprensione più chiara dei problemi del gruppo, e attraverso un questionario, per valutare l'utilità del programma e la consapevolezza dei partecipanti.</p>
<p>Graefen, J., Kohn, J., Wyschkon, A., & Esser, G. (2015). Internalizing problems in children and adolescents with math disability. <i>Zeitschrift Für Psychologie</i>, 223(2), 93–101.</p>	<p>Questo studio esamina la relazione fra le difficoltà in matematica (MD) e i problemi interiorizzanti, come depressione o sintomi ansiosi, I partecipanti avevano un'età compresa fra i 9 e i 18 anni e il loro QI e i loro risultati in matematica e nella lettura sono stati misurati attraverso test. Inoltre sono stati somministrati questionari a genitori, insegnanti e adolescenti che hanno più di 11 anni, per valutare le difficoltà, i problemi emotivi e il comportamento degli adolescenti.</p>
<p>Haft, S. L., Chen, T., LeBlanc, C., Tencza, F., & Hoeft, F. (2019). Impact of mentoring on socio-emotional and mental health outcomes of youth with learning disabilities and attention-deficit hyperactivity disorder. <i>Child and Adolescent Mental Health</i>, 24(4), 318-328.</p>	<p>Il presente studio ha valutato l'impatto di un programma di tutoraggio tra pari per giovani con LD/ADHD progettato per promuovere il benessere socio-emotivo. Il programma di tutoraggio prevede che, ogni settimana, un gruppo di allievi delle scuole, di età compresa fra gli 8 e i 16 anni, si incontrano con il gruppo di tutor in un doposcuola. Durante questo periodo, i tutor utilizzano progetti artistici e attività con specifici obiettivi socio-emotivi per discutere sui punti di forza e le sfide associate alle difficoltà di apprendimento/attenzione e sviluppare relazioni con gli allievi.</p>
<p>Harper, N. J., Russell, K. C., Cooley, R., & Cupples, J. (2007). Catherine Freer Wilderness Therapy expeditions: An exploratory case study of adolescent</p>	<p>Obiettivo di questo studio era quello di esplorare i risultati pratici che derivano da un programma WT per un adolescente e la sua famiglia, che potrebbero tradursi in</p>

<p>wilderness therapy, family functioning, and the maintenance of change. <i>Child Youth Care Forum</i>, 36, 111–129.</p>	<p>comportamenti quotidiani post-trattamento in casa e a scuola. Il programma prevede spedizioni in natura per adolescenti di età compresa fra i 13 e i 18 anni e, allo stesso tempo, coinvolge le famiglie, che sono invitate a partecipare a un incontro prima e dopo il trattamento e a compilare i questionari all'ammissione 2 e 12 mesi dopo il trattamento.</p>
<p>Johnson, E. G., Davis, E. B., Johnson, J., Pressley, J. D., Sawyer, S., & Spinazzola, J. (2020). The effectiveness of trauma-informed wilderness therapy with adolescents: A pilot study. <i>Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy</i>, 12(8), 878–887.</p>	<p>Questo studio ipotizza che la Wilderness Therapy può aiutare a migliorare il modo in cui gli adolescenti in difficoltà si comportano e si relazionano con gli altri. L'impatto dei programmi adolescenziali in natura è stato esaminato basandosi su dati esito di questionari raccolti in fase di assunzione al programma, alla dimissione e dopo periodi di follow up. I partecipanti hanno un'età compresa fra i 13 e i 17 anni.</p>
<p>Liermann, K., & Norton, C. L. (2016). Enhancing family communication: Examining the impact of a therapeutic wilderness program for struggling teens and parents. <i>Contemporary Family Therapy</i>, 38, 14–22.</p>	<p>Questo studio ha raccolto dati qualitativi da nove famiglie con l'obiettivo di determinare quali risultati positivi emergono nella relazione tra i genitori e il loro figlio adolescente, dopo la partecipazione a un programma svolto a contatto con la natura, e quali aspetti del curriculum del programma sono stati utili per migliorare la relazione. Questo studio ha interrogato le famiglie attraverso questionari aperti e interviste pre e post programma.</p>
<p>Russell, K. (2003). An assessment of outcomes in outdoor behavioral healthcare treatment. <i>Child & Youth Care Forum</i>, 32, 355–381.</p>	<p>Questo studio, in cui sono stati inclusi adolescenti di età compresa tra 16 e 18 anni, ha cercato di capire in che misura varia l'esito del trattamento, non solo in base all'età, al sesso e alla diagnosi dei pazienti, ma anche in base alla lunghezza del programma OBH, esaminando l'impatto dei programmi basandosi su dati esito di questionari raccolti in fase di assunzione al programma, alla dimissione e dopo periodi di follow up.</p>
<p>Russell, K., & Gillis, H. (2010). Experiential therapy in the mental health treatment of adolescents. <i>Journal of Therapeutic Schools and Programs</i>, 1, 47–79.</p>	<p>Lo studio è guidato dalla domanda: cosa è la terapia esperienziale e che aspetto ha quando viene praticata con gli adolescenti? In questo studio pilota, un'associazione di programmi residenziali per giovani ha fornito la sua mailing list per un sondaggio on-line</p>

	<p>progettato per suscitare risposte riguardo la natura e il grado in cui ciascun programma utilizzava l'esperienza in terapia. Perché lo studio era di natura esplorativa, una serie di domande aperte ha chiesto agli intervistati di descrivere l'approccio teorico che guida il processo terapeutico del programma.</p>
<p>Şahin, S., Kaya Kara, Ö., Köse, B., & Kara, K. (2020). Investigation on participation, supports and barriers of children with specific learning disabilities. <i>Research in Developmental Disabilities, 101</i>.</p>	<p>Questo studio esamina la partecipazione e le caratteristiche ambientali dei bambini con DSA rispetto ai bambini senza DSA. I genitori di bambini e ragazzi di età compresa tra 5 e 17 anni con DSA e i genitori dei partecipanti al gruppo di controllo sono stati inclusi in questo studio per misurare la partecipazione dei bambini e dei ragazzi in casa, a scuola e nella comunità.</p>
<p>Sarti, D., Bettoni, R., Offredi, I., Tironi, M., Lombardi, E., Traficante, D., & Lorusso, M. L. (2019). Tell me a story: Socio-emotional functioning, well-being and problematic smartphone use in adolescents with specific learning disabilities. <i>Frontiers in Psychology, 10</i>.</p>	<p>In questo studio, si mira ad indagare il funzionamento socio-emotivo e la sua relazione con il benessere e con il coinvolgimento scolastico. Le abilità sociali ed emotive di un gruppo adolescenti con diagnosi di DSA sono state valutate attraverso un test narrativo, attraverso il quale gli è stato chiesto di narrare delle storie suscitate da immagini che rappresentano situazioni sociali. I partecipanti hanno un'età compresa fra i 6 e i 18 anni.</p>
<p>Shechtman, Z., & Katz, E. (2007). Therapeutic Bonding in Group as an Explanatory Variable of Progress in the Social Competence of Students with Learning Disabilities. <i>Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 11</i>(2), 117–128.</p>	<p>Questo studio, esplora l'efficacia della psicoterapia di gruppo nell'aiutare gli adolescenti con difficoltà di apprendimento e deficit di attenzione per aumentare la competenza sociale. I partecipanti, che avevano un'età compresa fra i 14 e i 16 anni, hanno compilato questionari che valutavano la loro competenza sociale, prima del trattamento e due settimane dopo la terminazione, e i rapporti con il terapeuta e con i membri del gruppo. Alla fine del programma, inoltre i consulenti sono stati intervistati per catturare le loro impressioni sul processo di trattamento.</p>

2.1- Benefici della terapia outdoor

La salute e il benessere umani sono descritti come dipendenti da uno stato di equilibrio, non solo in relazione a se stessi e gli altri, ma anche in termini di interazione con l'ambiente, compreso la natura (Fernee et al., 2019). Per questo motivo, nell'ultimo decennio, ci sono stati crescenti sforzi per integrare l'uso della natura all'interno dei vari servizi di trattamento che tutelano la salute. Per affrontare il disadattamento e lo stress rappresentati nella popolazione adolescenziale in modo più specifico, alcuni professionisti promuovono la terapia in natura come un promettente trattamento di gruppo che può fornire il tempo e lo spazio per riconnettersi con se stessi, con altri esseri umani e con la natura (Fernee et al., 2019). Includere le attività di apprendimento all'aperto come completamento delle attività indoor sembra fornire risultati positivi (Torkos, 2017). Gli interventi svolti in outdoor possono implicare un maggior coinvolgimento nelle attività didattiche, modifiche dell'atteggiamento verso i pari attraverso la creazione di relazioni nel gruppo, ma anche un miglioramento dell'immagine di se stessi e del ruolo che ci si dà all'interno del gruppo a cui si appartiene (Torkos, 2017). A seguito di questi interventi, è inoltre possibile notare nei pazienti più sicurezza e fiducia in se stessi e miglioramenti nell'attività accademica (Torkos, 2017). Questo tipo di attività, che coinvolgono la natura, sono benefiche non solo a livello individuale, ma anche a livello del gruppo, in quanto l'atteggiamento del gruppo può cambiare a causa dell'ambiente libero che supporta l'intera attività di apprendimento (Torkos, 2017). I programmi di avventura all'aria aperta enfatizzano le relazioni tra le persone e le risorse naturali e sono anche una buona strategia di apprendimento esperienziale che richiede il pieno uso dei sensi e coinvolge tutti e tre i domini dei partecipanti: cognitivo, affettivo e motorio (Torkos, 2017). Questi programmi implicano il costruire relazioni e sottolineano il modo in cui le persone collaborano tra loro, come comunicano e come si fidano l'uno dell'altro. Queste attività fanno sì che le persone si sentano più sicure, capaci di risolvere i

problemi in modo cooperativo e di effettuare giudizi su sé stessi, su altre persone, idee e ambienti, contribuendo inoltre, alla realizzazione di un clima sociale migliore (Torkos, 2017).

Diversi studi sostengono queste ipotesi e esaminano l'impatto dei programmi adolescenziali in natura sulla base di dati raccolti tramite interviste o questionari somministrati a inizio programma, alla fine e dopo periodi di follow up (Russell, 2003; Johnson, et al., 2020; Fernee et al., 2019). Russell (2003), in uno studio in cui sono stati inclusi adolescenti di età compresa tra i 16 e i 18 anni, ha indagato in che misura potesse variare l'esito del trattamento, non solo in base all'età, al sesso e alla diagnosi dei pazienti, ma anche in base alla lunghezza del programma. Nello studio vi erano sette tipologie di programma OBH, che variavano principalmente per la durata e in base a come utilizzavano l'ambiente esterno. Ai partecipanti sono stati principalmente diagnosticati una varietà di disturbi, tra cui disturbo oppositivo provocatorio, disturbi da abuso di sostanze e disturbi depressivi. Due programmi avevano una durata di tre settimane, quattro di otto settimane e un programma di 25 settimane e queste differenze nella durata del programma hanno fornito un'opportunità di confronto fra i trattamenti intensivi nella natura a breve termine con quelli a lungo termine. Ogni programma aveva un supervisore clinico che visitava periodicamente i gruppi sul campo e, in questo studio, i questionari sono stati utilizzati per valutare le impressioni dei genitori e degli adolescenti riguardo ai sintomi emotivi e comportamentali dei pazienti a inizio, durante e al termine della terapia e ad intervalli di follow-up (Russell, 2003). Johnson, in uno studio del 2020, ha affermato che si possono evidenziare miglioramenti, in seguito a un programma outdoor, relativi al funzionamento psicologico dei pazienti e dei rapporti familiari. I dati relativi allo studio sono stati raccolti attraverso questionari self-report e questionari per i caregiver e, il miglioramento del funzionamento psicofisiologico in particolare, è stato misurato mediante coerenza del ritmo cardiaco (Johnson et al., 2020). Lo studio ipotizzava anche che ciascuno di questi benefici terapeutici si fosse mantenuto durante un periodo di un anno e che i miglioramenti psicologici e

del funzionamento familiare e psicofisiologico fossero correlati tra loro. Tale studio ipotizzava inoltre che non vi sarebbero state differenze nei risultati associate ai fattori demografici o alla storia dei trattamenti passati, all'esposizione al trauma, alla lunghezza del trattamento, alla motivazione del trattamento ed allo sforzo terapeutico. Secondo i criteri di inclusione per la partecipazione, i partecipanti dovevano avere tra i 13 e i 17 anni e rispondere a tutti i questionari. Le diagnosi più comuni dei pazienti inseriti nello studio erano: disturbo post-traumatico da stress, depressione, disturbi d'ansia o disturbo del comportamento dirompente. Il trattamento è durato circa 80 giorni (10-12 settimane) ed in media sono state effettuate due sessioni a settimana. Lo studio descriveva un trattamento multimodale che incorporava diversi interventi complementari/integrativi, come yoga, pet therapy e interventi espressivi di arte/scrittura e sottolineava l'importanza delle relazioni dei pazienti costruite con il personale e con i colleghi, all'interno di un ambiente in cui erano frequenti escursioni e altre attività di avventura all'aperto. Il programma poneva così la sua più forte enfasi sulla costruzione di un senso di sicurezza psico-fisiologica, coesione di gruppo e stabilità emotiva (Johnson, et al., 2020). Uno studio di Fernee e colleghi del 2019, ha utilizzato invece le interviste per valutare gli esiti del programma WT. Il programma è stato pensato per un gruppo di adolescenti di età compresa tra i 16 anni e i 18 ed è stato definito come "un approccio specializzato al trattamento della salute mentale, che combina il lavoro terapeutico di gruppo con la vita all'aperto, coinvolgendo i partecipanti attraverso processi ecologici, fisiologici e psicologici" (Fernee et al., 2019). Si trattava di un intervento di 10 settimane, che ha incluso un totale di otto sessioni e due viaggi, rispettivamente di 3 e 6 giorni. I gruppi clinici erano composti da 8 a 10 partecipanti e l'obiettivo generale era quello di promuovere la coesione di gruppo e stabilire una base sicura per il lavoro terapeutico. I criteri di esclusione considerati erano la presenza di: psicosi, gravi ansie, problemi di abuso di sostanze significativi e/o altri problemi che sono stati considerati incompatibili con un trattamento intensivo basato su gruppo e la natura. Il campione totale comprendeva 14 adolescenti, di cui circa la metà avevano una diagnosi, o una

combinazione di diagnosi, di disturbi d'ansia e/o depressione. Altre diagnosi presenti nel campione erano l'iperattività, deficit di attenzione, disturbo da stress post-traumatico, disturbo della condotta. A fine programma sono state effettuate interviste individuali con i partecipanti adolescenti, che consistevano in un'intervista semi-strutturata iniziale, per vedere come i partecipanti descrivevano le loro difficoltà psicosociali e la loro esperienza di trattamento precedente, seguita da una successiva intervista, per esplorare le esperienze soggettive della partecipazione al programma (Fernee et al., 2019).

Dai risultati dei questionari del primo studio è emerso che i ragazzi che hanno partecipato allo studio avevano sintomi comportamentali ridotti, indicando un ritorno a una normale gamma di sintomi al momento della dimissione (Russell, 2003). Dai risultati è emerso inoltre che i disturbi dell'umore hanno mostrato un maggior miglioramento, che tutti i modelli di programmi OBH hanno indicato differenze significative tra punteggi di ammissione e punteggi di dimissione, sia nell'autovalutazione dei ragazzi, che nelle valutazioni dei genitori. In particolare, i programmi di otto settimane hanno dimostrato il livello più alto di riduzione dei punteggi, mentre i programmi più brevi, hanno mostrato la minor riduzione dei punteggi (Russell, 2003). Anche dai risultati del secondo studio sono emersi miglioramenti nel funzionamento psicologico (Johnson, et al., 2020). A seguito dell'intervento, gli adolescenti hanno infatti riportato riduzioni significative dell'angoscia complessiva, comprese riduzioni del disagio emotivo, dell'angoscia somatica, dei problemi relazionali, dei problemi socio-comportamentali, delle disfunzioni comportamentali e dei problemi clinicamente critici, tendenze che sono state riferite anche dalla prospettiva dei caregiver. Alla dimissione l'87,8% degli adolescenti è stato classificato come avente un disagio complessivo basso o moderato, anche a seguito di significativi miglioramenti del funzionamento familiare e psicofisiologico. Per quanto riguarda il funzionamento psicologico, i benefici sono stati mantenuti sia a 6 mesi che a un anno dal trattamento, in particolare, dopo un anno, è stata mantenuta una significativa diminuzione dei comportamenti

sociali problematici. Il funzionamento familiare ha dimostrato un andamento diverso. I benefici auto-segnalati dagli adolescenti sono stati mantenuti nel funzionamento familiare, sia a 6 mesi che a 1 anno dopo aver partecipato al programma, mentre i benefici segnalati dai caregiver sono stati mantenuti solo per 6 mesi. Dai risultati è inoltre emerso che i miglioramenti psicologici, familiari e del funzionamento psicofisiologico erano correlati tra loro e che non vi era nessuna differenza basata sui dati demografici, storia dei trattamenti passati o luogo del trattamento. Infine, una serie di analisi ha indicato che l'esposizione al trauma non ha comportato differenze per qualsiasi cambiamento psicologico, familiare o psicofisiologico. A differenza dello studio di Russell (2003), qui non ci sono stati effetti differenziali basati sulla lunghezza del trattamento e neanche sulla motivazione del trattamento auto-riferita inizialmente, ma, gli adolescenti che hanno riferito di impegnarsi molto nel trattamento, hanno anche segnalato maggiori benefici. Questo studio non ha trovato risultati diversi tra i pazienti in base ai loro problemi o all'esposizione a traumi e questo ha potuto suggerire che il trattamento è ugualmente efficace per giovani che hanno e non hanno avuto esposizione a eventi potenzialmente traumatici (Johnson, et al., 2020). Dalle interviste del terzo studio infine, è emerso che le descrizioni dei partecipanti dell'essere in natura erano legate a sentimenti di tranquillità e quiete (Ferneer et al., 2019). L'opportunità di sperimentare momenti di serenità in natura sembrava abilitare i processi cognitivi, in quanto i partecipanti hanno riferito di avere il tempo e lo spazio per accedere ai loro pensieri e impegnarsi nei processi di riflessione. Essere attivi in natura potrebbe anche essere un mezzo per placare il caos, spostando l'attenzione dalle preoccupazioni interne agli stimoli esterni dall'ambiente naturale. Non avere accesso a Internet e ai dispositivi tecnologici sembrava promuovere opportunità per nuove esperienze e prospettive durante la partecipazione al programma. Per alcuni partecipanti, l'isolamento sociale rappresentava la principale sfida e quel tempo trascorso nella natura, è stato una forma diretta di terapia. In questo modo, la natura ha avuto un doppio scopo, fornendo disconnessione dalle molte preoccupazioni della vita moderna

e offrendo un ambiente tranquillo per i partecipanti, non solo per riconnettersi con se stessi e con la natura, ma anche con gli altri. Relazioni e amicizie, si sono sviluppate tra i partecipanti e la struttura del programma ha contribuito così a creare un clima meno giudicante all'interno del gruppo, dove i partecipanti si sono sentiti a proprio agio (Fernee et al., 2019). Tuttavia, lo sviluppo di relazioni e amicizie all'interno del gruppo, non è stato necessariamente un processo lineare, dove l'apertura e la fiducia sono aumentate costantemente nel tempo. Innanzitutto, l'aspettativa implicita di aprirsi al gruppo ed essere vulnerabile in presenza degli altri è risultata essere un complicato problema nel processo di trattamento. I fattori che hanno influenzato questa complessità sono stati, ad esempio, la vulnerabilità che spesso derivava da esperienze traumatiche di relazioni sociali con coetanei o adulti, anche se, l'assistenza diretta dei terapisti durante il programma, sembrava favorire fiducia e consentire ai partecipanti in generale di sentirsi al sicuro. I fattori che hanno contribuito a stabilire un'alleanza sono stati la quantità di tempo trascorso insieme e la familiarità che è stata in grado di instaurarsi tra il terapeuta e i pazienti quando, ad esempio, si sono svolte le escursioni, questa è una delle particolarità del programma che lo hanno distinto dagli approcci più tradizionali di trattamento. Questo tipo di trattamento in natura sembrava generare anche più connotazioni positive. Spostare l'intervento lontano dall'ambiente ospedaliero, quindi dall'interno all'esterno, come è stato ribadito anche dai partecipanti attraverso le interviste, sembra essere un aspetto positivo. L'impostazione del programma ha così fornito ai partecipanti lo spazio per rilassarsi, il tempo di aprirsi e condividere, in un ambiente naturale calmante, ma stimolante (Fernee et al., 2019). Le difficoltà dei partecipanti adolescenti che hanno partecipato allo studio includevano esperienze di abbandono scolastico, di bullismo e di difficoltà comunicative-relazionali con i loro coetanei e/o famiglie e, la serie di fallimenti percepiti, erano in molti casi accompagnati da un esaurimento di energia e/o un senso di insicurezza che spesso provocavano l'isolamento sociale e le ansie. La sola scelta di partecipare al trattamento, nonostante le diverse barriere e preoccupazioni, è quindi stato il primo

passo per questi giovani sulla strada per ristabilire il loro equilibrio. La base volontaria sembra così essere una condizione importante per stabilire e mantenere una motivazione intrinseca in ciascun partecipante (Fernee et al., 2019). Gli adolescenti sono stati in questo modo considerati come agenti attivi e intraprendenti che decidono come desiderano riorganizzare le loro vite e relazioni e sono stati invitati a essere i principali autori delle loro iniziative all'aperto. Ogni adolescente ha potuto collaborare con i compagni co-creando il loro percorso verso il cambiamento. In questo modo, durante l'esperienza, la combinazione delle dimensioni ecologiche, fisiche e psicosociali è stata allineata con la concettualizzazione di salute e benessere umano come stato di equilibrio in relazione a se stessi, agli altri e all'ambiente naturale (Fernee et al., 2019).

Tuttavia, esistono diversi limiti e potenziali fonti di errore o distorsioni in questi studi. Il primo limite da notare è che nessun gruppo di controllo è stato utilizzato (Russell, 2003; Johnson, et al., 2020; Fernee et al., 2019). In particolare, nel primo studio, nessuna differenza significativa è stata trovata fra i ragazzi che hanno utilizzato servizi di assistenza post-trattamento e i ragazzi che non li hanno utilizzati, non sono stati raccolti dati sulla lunghezza del programma di questi servizi di assistenza post-trattamento e, per quei ragazzi che invece sono tornati a casa, non era chiaro in che misura hanno usufruito di servizi ambulatoriali o di altri servizi disponibili. Gli adolescenti potrebbero aver utilizzato diversi servizi post-assistenza per ricevere un aiuto allo scopo di mantenere i progressi ottenuti, per queste ragioni, tali servizi dovrebbero essere meglio tracciati ed esaminati (Russell, 2003). Una grande limitazione del secondo studio è stata l'assenza di un sotto-campione esposto a nessun trauma, per cui la ricerca futura potrebbe valutare in modo più completo ed esaminare l'efficacia della WT nei giovani che non hanno avuto storie di esposizione al trauma e compromissione post-traumatica (Johnson, et al., 2020). Anche in questo studio non è stato previsto un gruppo di confronto con un trattamento alternativo e, pertanto non è stato possibile confrontare i pazienti che hanno partecipato al programma WT con pazienti che

non hanno ricevuto alcun trattamento o che hanno ricevuto altri tipi di trattamento. Tuttavia, i risultati del presente studio hanno sostenuto che la WT potrebbe essere un promettente intervento complementare/integrativo per migliorare il funzionamento psicologico, familiare e psicofisiologico degli adolescenti in difficoltà (Johnson, et al., 2020). Infine, è importante sottolineare che anche gli autori del terzo studio (Fernee et al., 2019) erano consapevoli che il trattamento potesse potenzialmente mantenere squilibri e aggiungere angoscia per gli adolescenti vulnerabili che venivano portati in un ambiente naturale, piuttosto che stabilire un senso di sicurezza e supporto, per cui il programma non garantiva di riuscire sempre a soddisfare i bisogni di ogni individuo (Fernee et al., 2019). Inoltre, era probabile che i risultati fossero altamente dipendenti dal contesto, non necessariamente rappresentativo oltre il campione incluso, poiché potenzialmente vi potrebbero essere differenze tra i gruppi, le condizioni interne al programma stesso e i contesti culturali (Fernee et al., 2019).

In conclusione, quello che emerge da questi studi è che alcuni risultati indicano che la partecipazione a un trattamento di terapia in natura può portare ad una riduzione dei sintomi comportamentali ed emotivi dei pazienti (Russell, 2003; Johnson, et al., 2020; Fernee et al., 2019). Altri risultati positivi si rilevano in relazione agli impatti sull'autoefficacia del paziente, la forza dell'alleanza di lavoro tra personale e ragazzi e il livello di coesione del gruppo, stabilito attraverso le dinamiche della vita in natura; a questo proposito, capire come questi fattori contribuiscano al risultato potrebbe essere un passo importante nella comprensione di come funziona il trattamento e per quale tipo di utenza sia più appropriato (Russell, 2003).

Risultati simili emergono anche in uno studio di Gillis del 2021, che riporta un esempio di Adventure Therapy. Il modello è semplificato in tre step. Dopo aver valutato il gruppo, il primo passaggio consiste nell'abbinare un'attività di avventura con gli obiettivi terapeutici stabiliti. Nel secondo passaggio, il terapeuta invita i pazienti a muoversi e a sperimentare l'attività di avventura e qui le attività sono progettate per promuovere il terzo passaggio: un trasformativo

processo di modifica, attraverso momenti di riflessione in gruppo. Una volta completata l'escursione in natura, infatti, il gruppo condivide l'esperienza offrendo suggerimenti per completare il viaggio nel modo più sicuro e, una volta tornato al campo base, i partecipanti al gruppo riflettono sulla loro capacità di agire. In contrasto con il trattamento tradizionale, l'AT crea distinzioni tra un piano di discussione ed uno esperienziale, quindi oltre alla partecipazione verbale è necessario in questo contesto alzarsi, interagire con il gruppo e muoversi. Si tratta di un'esperienza immersiva, completamente coinvolgente per i partecipanti, che possono partecipare, oltre alle sessioni di gruppo settimanali di un'ora, a spedizioni estese nella natura. Le attività sono caratterizzate da flessibilità, per cui le regole standard e i tempi possono essere modificati per migliorare le attività e l'apprendimento. L'AT è un'opportunità per i pazienti per imparare abilità come la gestione dei conflitti, la tolleranza alla frustrazione o la gestione della rabbia attraverso un'esperienza in vivo. Il gruppo viene valutato attraverso la riflessione per ottenere una comprensione più chiara dei problemi del gruppo e delle potenziali soluzioni.

In particolare, nello studio di Gillis (2021), è stato reclutato un campione composto da pazienti di età media di 18 anni e, dai risultati, sono emerse differenze significative fra i maschi e le femmine per quanto riguarda i processi di gruppo e la riflessione. In seguito, è stato somministrato un questionario per valutare l'utilità del programma e consapevolezza dei partecipanti, con domande come, ad esempio, "indica quanto la tua esperienza dell'avventura ti ha aiutato a raggiungere il tuo obiettivo di trattamento", i dati ottenuti sono stati misurati su una scala Likert. Complessivamente i risultati hanno dimostrato come questa terapia di avventura produca miglioramenti, in particolare nelle aree di comunicazione e vicinanza con gli altri partecipanti e capacità di risoluzione dei problemi, evidenziando inoltre come la terapia di avventura sia utile per ridurre lo stress, aumentare le capacità di coping e costruire un rapporto terapeutico con il terapeuta (Gillis, 2021).

2.2- Limiti della terapia outdoor

In genere i pazienti introdotti in un ambiente outdoor possono sperimentare un senso iniziale di squilibrio, causato, ad esempio da paura e ansia. Infatti, gli approcci basati sull'avventura sono criticati a causa delle diverse componenti di rischio, sia fisiche sia emotive, che possono influire sui risultati per diverse popolazioni (Gabrielsen, Harper & Fernee, 2019). Questi rischi possono essere dovuti non solo agli aspetti di rischio intrinseci delle attività all'aperto, ma anche essere causati da varie forme di rischio percepito, come ad esempio la divulgazione di informazioni all'interno del gruppo e la paura di essere un peso per il gruppo. I partecipanti indirizzati al trattamento, spesso riferiscono di avere considerevoli difficoltà in termini di benessere mentale e funzionamento della vita quotidiana, con ansia e depressione come sintomi predominanti (Gabrielsen, Harper & Fernee, 2019). Prevedere le fluttuazioni dei livelli di ansia dei pazienti durante l'intervento è piuttosto difficile perché ci sono molte variabili da considerare contemporaneamente, tuttavia molti partecipanti hanno descritto l'interazione sociale prolungata con altri pazienti e terapisti come un grande ostacolo da superare, poiché ha spesso provocato una serie continua di situazioni ansiose durante l'intervento (Gabrielsen, Harper & Fernee, 2019).

In uno studio di Gabrielsen e colleghi del 2019, sono state presentate due versioni di un programma WT. Il campione consisteva in sei gruppi di 5-9 adolescenti, di età compresa tra i 16 e i 18 anni, che ha partecipato allo studio. Le diagnosi più frequenti erano di ansia sociale, depressione, disturbi comportamentali, espressi con sintomi come ritiro sociale, bassa autostima, apatia e ridotto senso di autoefficacia. L'ansia dei partecipanti è stata valutata attraverso questionari self-report, dai quali è emerso che l'ultimo giorno è stato l'unico giorno nel quale la media del campione è stata al di sotto del cut-off clinico, cioè l'unico giorno in cui i pazienti hanno riportato uno stato d'ansia inferiore rispetto al primo giorno. Sebbene i programmi fossero concettualmente simili, variabili, come ad esempio le squadre terapeutiche, le posizioni

geografiche e le condizioni meteorologiche, hanno avuto influenza su tutte le ricerche WT. I punteggi ottenuti dai questionari hanno indicato che, sebbene le richieste psicologiche e fisiologiche fossero aumentate oggettivamente nel corso del viaggio, i livelli di ansia dei partecipanti sono rimasti per lo più stabili. Nel tentativo di comprendere questi risultati, Gabrielsen e colleghi (2019) hanno proposto alcune possibili spiegazioni: man mano che l'intervento si svolgeva, i partecipanti hanno aumentato gradualmente il loro benessere psicologico, rispondendo alle crescenti esigenze del programma, aumentando la familiarità con i membri del gruppo e con l'affrontare le sfide. Abituazione, desensibilizzazione e aumento delle capacità pratiche potrebbero infatti aver contribuito a diminuire i livelli di ansia (Gabrielsen, Harper & Fernee, 2019). Tuttavia, questo effetto è stato annullato dall'aumento dello stress nel tempo, man mano che si svolgeva il programma, che, a sua volta, è probabile che abbia spinto i livelli di ansia verso l'alto, quindi quando misurato, è sembrato che il livello d'ansia sia rimasto stabile. Inoltre, anche se i livelli d'ansia sono risultati significativamente più bassi l'ultimo giorno rispetto al primo giorno, questo risultato potrebbe essere stato causato anche dal sollievo dei partecipanti della fine del programma (Gabrielsen et al., 2019). Esaminando il campione totale, si è poi notato che i più bassi livelli medi di ansia durante il viaggio sono stati riportati dai partecipanti maschi, tuttavia questa differenza tra i sessi non è stata completamente spiegata dalla differente presenza di sintomi, anche a causa del campione ristretto di partecipanti. È possibile che diversi elementi del programma WT siano stati strettamente connessi a comportamenti maschili tradizionali (ad esempio, il trasporto di pesanti zaini) e sfide associate ai rischi percepiti (come perdersi) o rischi reali di lesioni (ad esempio, tagliando la legna da ardere), per cui un fattore che ha influenzato i risultati potrebbe essere stato il ruolo di genere con cui alcuni maschi si sono identificati, per il quale l'essere un uomo comporta il non provare ansia in queste circostanze.

La natura stessa della WT implica attività che per molti non sono familiari, insieme a membri del gruppo e terapeuti inizialmente sconosciuti. Di fondamentale importanza è quindi stabilire una relazione terapeutica, che risulta essere un prerequisito per sentirsi curati (Gabrielsen et al., 2019). Gli autori suggeriscono che potrebbe essere utile comprendere le relazioni tra variabili come sesso, età, diagnosi e che sarebbe interessante investigare come queste variabili possono interagire con l'ansia e con altre variabili situazionali. Una ricerca in questa direzione potrebbe essere utile per apportare modifiche terapeutiche ed efficaci per l'intervento, come anche effettuare osservazioni e interviste dirette con i pazienti (Gabrielsen et al., 2019).

La motivazione al cambiamento si pone come un'ulteriore difficoltà per i programmi WT che trattano spesso pazienti immotivati, che sono in trattamento a causa della coercizione da parte dei genitori o di altre autorità, e non per loro volontà. A partire da questo, uno studio di Bettmann e colleghi (2013) ha cercato di esplorare l'impatto della motivazione al cambiamento tra gli adolescenti partecipanti alla WT. In questo studio partecipanti avevano un'età media di 15 anni e sono stati selezionati in base ai seguenti criteri: dovevano acconsentire di partecipare ai processi di monitoraggio dal programma e completare una valutazione tramite questionario, prima di iniziare il trattamento, che poteva essere utilizzata come misura di base del loro benessere al momento dell'assunzione. Per essere inclusi in questo studio, una serie completa di valutazioni sono state richieste all'ammissione, alla dimissione e al seguente periodo di follow-up post-trattamento. Questo modello comprendeva inoltre lo sviluppo di un piano di assistenza post-terapia dettagliato, avente il fine di aiutare i ragazzi a trasferire i loro apprendimenti alla loro vita quotidiana dopo il trattamento e a fare ritorno con successo negli ambienti familiari, scolastici e con i coetanei. I risultati dei test di dimissione hanno indicato miglioramenti clinicamente e statisticamente significativi, suggerendo che per questo campione, il trattamento è stato efficace su più dimensioni: emotive, somatiche e interpersonali. L'analisi a sei mesi dopo il trattamento non ha mostrato differenze significative tra i punteggi delle dimissioni e punteggi di follow-up,

ad eccezione della dimensione “problemi sociali”, che erano significativamente migliorati. I risultati hanno mostrato che i pazienti hanno mantenuto i loro esiti positivi del trattamento. Analizzando i punteggi in base alla partecipazione all'assistenza post-terapia, non si sono riscontrate differenze significative, sebbene la maggior parte del campione fosse impegnata in qualche tipo di assistenza esterna al programma WT. Questi risultati hanno così suggerito che questo trattamento potrebbe essere efficace nel trattare una serie di comportamenti problematici e lo studio ha rivelato anche che la motivazione al cambiamento potrebbe non essere necessaria affinché la WT sia efficace, suggerendo che gli individui potrebbero apportare modifiche, nonostante siano resistenti al cambiamento all'inizio del trattamento.

Da questi risultati è quindi emerso che il cambiamento si può verificare ad un certo punto durante il processo di trattamento e questo risultato potrebbe avere implicazioni incoraggianti per il campo, poiché molti adolescenti che frequentano la WT, lo fanno involontariamente o perché spinti dai genitori. Il programma si è anche concentrato sull'aiutare i pazienti a ricostruire le relazioni di attaccamento con i membri della famiglia ed a sviluppare relazioni più sane con i coetanei, di conseguenza potrebbe essere utile anche per aiutare i ragazzi a connettersi in modo più sicuro con le relazioni nelle loro vite e ad essere più propensi a rivolgersi alle persone per ricevere supporto di fronte a difficoltà. Tuttavia, ci sono diverse limitazioni nello studio. Primo, non è stato utilizzato nessun gruppo di controllo. Un'altra limitazione è il piccolo campione di studio, che limita la generalizzazione dei risultati. Per la ricerca futura sarebbe utile quindi incorporare campioni più grandi di partecipanti e i ricercatori potrebbero indagare perché, come e per chi tale trattamento è efficace. Chiarire questi fattori potrebbe portare a un miglioramento dei servizi per gli adolescenti (Bettmann et al., 2013).

I programmi WT spesso sono rivolti solo agli adolescenti e non alle famiglie, ma la ricerca sul trattamento degli adolescenti suggerisce che le famiglie dovrebbero svolgere un ruolo fondamentale nel lavoro con gli adolescenti durante tutto il processo di trattamento e indica

inoltre che i risultati migliorerebbero anche dal coinvolgimento della famiglia prima e post-trattamento (Harper, Russell, Cooley & Cupples, 2007). La maggior parte della ricerca sugli interventi di WT si è concentrata su costrutti come il concetto di sé o le capacità interpersonali, eppure ci dice poco su come i cambiamenti comportamentali ed emotivi possono manifestarsi in una varietà di ambienti post-trattamento, in particolare in famiglia (Harper et al., 2007). Il sistema familiare è parte integrante del benessere sociale, emotivo e comportamentale dell'adolescente. La salute e il funzionamento del sistema familiare possono svolgere un ruolo importante nello sviluppo dell'adolescente e una forte connessione familiare può essere un fattore protettivo che promuove il funzionamento giovanile (Liermann & Norton, 2016). Tuttavia, quando i giovani sperimentano dinamiche familiari negative, come scarsa comunicazione, rabbia e sfiducia, possono sperimentare problemi nel funzionamento della famiglia. Sebbene esista una vasta gamma di interventi di terapia familiare sistemica, la ricerca dimostra che i programmi terapeutici in natura possono migliorare sia il funzionamento giovanile che quello familiare (Liermann & Norton, 2016).

Diversi studi hanno cercato così di coinvolgere anche le famiglie nel processo di trattamento (DeMille, et al., 2018; Harper et al., 2007; Liermann & Norton, 2016; Russell & Gillis, 2010). In uno studio di DeMille e colleghi del 2018, il cui obiettivo era quello di valutare se i programmi OBH svolti con adolescenti possano essere utili per affrontare le dinamiche di disfunzione in famiglia, è stato reclutato un campione di adolescenti di età compresa tra i 12 e 17 anni. La durata media del trattamento nel programma OBH era di 80 giorni e i partecipanti inclusi nel programma avevano disturbi emotivi, comportamentali o correlati all'abuso di sostanze. Questo programma ha utilizzato un modello in cui il team di trattamento (terapista, personale medico e personale di assistenza diretta) e i pazienti erano in spedizione nella natura. I partecipanti erano quindi impegnati in un ambiente di trattamento che coinvolgeva natura, gruppi di psico-educazione, esperienze di terapia avventurosa e uno stile di vita sano. Per

affrontare le dinamiche di disfunzione in famiglia e preparare i partecipanti a reintegrarsi a casa dopo il trattamento, settimanalmente venivano forniti anche 60 minuti di terapia familiare. Per il gruppo di trattamento, è stato somministrato un questionario ai caregiver, cioè ai genitori o tutori degli adolescenti, all'atto dell'ammissione al trattamento OBH e circa un anno dopo che il paziente ha completato il trattamento. Per il gruppo di confronto, invece, i genitori dei partecipanti completavano il questionario e venivano successivamente contattati, e invitati a completarne un secondo, circa 17 mesi dopo il completamento del questionario iniziale (DeMille, et al., 2018). In un altro studio di Harper e colleghi del 2007 l'obiettivo era proprio quello di esplorare i risultati pratici che derivano da un programma WT per un adolescente e la sua famiglia, che potrebbero tradursi in comportamenti quotidiani in casa e a scuola, rispetto a comportamenti specifici che possono essere al centro del trattamento, come ad esempio l'abuso di sostanze o problemi di gestione della rabbia. Comportamenti specifici intrapresi dalla famiglia (ad esempio, passare del tempo insieme, mangiare insieme e comunicare apertamente dei problemi), utilizzati per riflettere su un funzionamento familiare positivo, sono stati considerati come metriche in questo studio per esplorare questi problemi. L'obiettivo di tale valutazione era quello di esplorare più da vicino come un programma di trattamento residenziale, che lavora specificamente con un adolescente e perifericamente con la famiglia, possa avere un impatto sul sistema familiare nel suo insieme. Secondo gli autori dello studio, indipendentemente dalla composizione o dalla definizione, la famiglia è motivata a operare come un sistema e sperimentare interazioni e reazioni tra i suoi membri, e può essere vista come l'istituzione sociale con la maggiore influenza sugli individui nella società moderna (Harper et al., 2007). Il programma che è stato utilizzato in questo studio, "Catherine Freer Wilderness Therapy Expeditions" (CFWT), era un programma a breve termine, della durata di 3 settimane, che tentava di includere le famiglie nel processo di trattamento e nelle pratiche di follow-up. Si trattava di un programma per adolescenti con disturbi emotivi, comportamentali e problemi di

abuso di sostanze che offriva spedizioni in natura di 3/7 settimane, a seconda delle esigenze del paziente e del successo del trattamento. Le spedizioni generalmente prevedevano gruppi di sette giovani assistiti da un'équipe di trattamento composta da un supervisore clinico, supervisore medico e dai terapisti sul campo, che lavoravano in collaborazione per fornire un intervento sicuro, etico e significativo per ogni paziente. Le spedizioni di terapia nella natura consistevano in attività che prevedevano l'adattarsi a condizioni di vita all'aperto e la partecipazione attiva degli individui nei gruppi. La CFWT lavorava con le famiglie in diversi modi: incoraggiando gli adolescenti e i membri della famiglia a lavorare con i terapeuti per identificare problemi e obiettivi del trattamento, coinvolgendo le famiglie a partecipare a un incontro prima e dopo il trattamento con terapeuti e personale sul campo, supportando le famiglie nel processo di trattamento ed infine creando una collaborazione fra famiglie e team clinico. Il programma faceva intenzionalmente riferimento al gruppo in trattamento e al personale come un sistema familiare metaforico in cui gli adolescenti potevano imparare e praticare nuovi modi di comunicare e comportarsi. Attività di gruppo e esperienze di vita all'aperto creavano così una "micro-comunità" simile nei modi, a un sistema familiare dinamico, fornendo ampie opportunità per il team clinico di affrontare problemi individuali e familiari durante il periodo di trattamento. I processi chiave del programma a supporto di un trattamento efficace erano: il rapporto con il consulente e il terapeuta, una forte dinamica di gruppo supportata da pari e la facilitazione della riflessione. I genitori dei ragazzi sono stati contattati telefonicamente a inizio programma, due mesi dopo il trattamento e 12 mesi dopo il trattamento per completare un questionario, che comprendeva domande di base in merito al funzionamento familiare ed esperienze quotidiane della famiglia. Gli item esploravano una varietà di problemi familiari e adolescenziali, comprese le routine familiari a casa, frequenza e successo scolastico degli adolescenti, problemi di salute mentale critici, come la gestione della rabbia, e la partecipazione ad attività positive della comunità. I partecipanti avevano un'età compresa tra 13 e 18 anni e i problemi di comportamento,

seguiti dal rispettare le regole della casa, l'impulsività, la gestione della rabbia e la comunicazione con i genitori, rappresentavano le difficoltà maggiori per questi adolescenti (Harper et al., 2007).

Un altro esempio di programma svolto in natura che coinvolge l'intero sistema familiare, è l' "Outward Bound's Intercept", un programma per adolescenti in difficoltà, che incorpora la famiglia nell'esperienza dell'adolescente (Liermann & Norton, 2016). Si tratta di una terapia di 28 giorni, rivolta agli adolescenti in difficoltà e le loro famiglie, che sono preoccupate per la perdita di fiducia, scarsa comunicazione e/o altri comportamenti ad alto rischio che stanno vivendo con i loro figli. Liermann e Norton, in uno studio del 2016, si sono posti l'obiettivo di determinare quali risultati positivi possono emergere nella relazione tra i genitori e il loro figlio adolescente, dopo la partecipazione a un programma svolto a contatto con la natura. In questo studio, lo staff del programma lavorava in primis con l'adolescente, ma anche il genitore svolgeva un ruolo importante: era infatti responsabilità dei genitori valutare la propria genitorialità e il rapporto con il proprio figlio, completando settimanalmente attività a casa, e partecipando a un seminario alla fine del programma. Il terapeuta lavorava così anche con la famiglia, aiutandola a utilizzare le nuove competenze apprese dai figli al loro ritorno a casa. In questo studio è stato utilizzato un approccio fenomenologico e qualitativo per ottenere informazioni approfondite e descrittive sulle esperienze vissute delle famiglie che partecipano al programma. Questo studio ha interrogato le famiglie attraverso questionari aperti pre e post corso, somministrati ai genitori un mese prima e 6 mesi dopo il programma, nonché interviste telefoniche approfondite con i genitori condotte 3 mesi dopo il programma. Le domande aperte utilizzate nel questionario e nelle interviste qualitative erano incentrate su come la relazione genitore-adolescente è cambiata, soprattutto per quanto riguarda comunicazione, fiducia e connessione. Venivano poi poste anche domande relative agli aspetti del corso che sono stati utili a migliorare la relazione genitore-adolescente, con un focus sulle competenze specifiche che la famiglia ha utilizzato da quando ha iniziato a partecipare al programma. Il seminario conclusivo era composto da diverse

componenti: discussioni di gruppo sul curriculum del corso e sullo sviluppo adolescenziale, una conferenza che forniva ai genitori informazioni su come si erano comportati i loro ragazzi nella spedizione nella natura e presentazioni di gruppo degli studenti ai genitori in cui i giovani mostravano una proiezione di diapositive con foto del loro viaggio, condividendo ciò che avevano imparato e portato a casa. Attraverso questi momenti i genitori hanno potuto apprendere così le abilità che il loro figlio aveva imparato e utilizzato nella spedizione nella natura, abilità legate alla comunicazione, alla fiducia e ad altri bisogni specifici (Liermann & Norton, 2016).

Dai risultati è emerso che i partecipanti hanno mostrato tutti un miglioramento significativo come risultato del trattamento (DeMille, et al., 2018; Harper et al., 2007; Liermann & Norton, 2016; Russell & Gillis, 2010). In particolare, per quanto riguarda il primo studio di DeMille (2018), i giovani nel gruppo OBH hanno mostrato più miglioramenti rispetto a quelli del gruppo di confronto e, per entrambi i gruppi, non ci sono stati effetti principali per il genere, per l'etnia o per l'età. Lo studio ha rilevato una diminuzione dei sintomi degli adolescenti anche un anno dopo il trattamento, come testimoniato dai genitori dei giovani, supportando così l'idea che questo intervento OBH ha avuto effetti positivi sul partecipante anche a lungo termine (DeMille, et al., 2018). I risultati dello studio di Harper (2007) hanno rilevato invece differenze relative al sesso dei partecipanti, in quanto le femmine avevano più problemi con il seguire le regole della casa e con il comunicare con genitori, mentre i maschi mostravano più problemi di abuso di sostanze. Inoltre, il miglioramento delle prestazioni scolastiche è stato più pronunciato per i maschi rispetto che alle femmine. Esaminando più da vicino le variabili di funzionamento della famiglia, l'unica variabile a mostrare un miglioramento significativo è stata la partecipazione più attiva alle faccende domestiche. Si è notato anche che il 78% delle valutazioni condotte nel periodo di follow-up a due mesi è nuovamente migliorato dopo 12 mesi, anche se, a due mesi dopo il trattamento, i risultati erano statisticamente più robusti rispetto a quelli dopo 12 mesi e, due elementi in particolare (cenare insieme e trascorrere del tempo insieme la sera)

hanno mostrato invece una regressione significativa dei punteggi (Harper et al., 2007). Per quanto riguarda lo studio Liermann e Norton (2016), dalle interviste è emerso che i genitori hanno riferito che la conferenza finale e la presentazione di gruppo del lavoro sono stati i momenti più utili per migliorare la loro relazione con i loro ragazzi e questo è stato confermato anche nelle interviste telefoniche tre mesi dopo il programma. I dati qualitativi raccolti hanno mostrato in particolare due aspetti che hanno contribuito a una migliore comunicazione tra i genitori e i loro ragazzi: l'ascolto migliorato e l'utilizzo delle abilità di comunicazione specifiche insegnate. Sei mesi dopo il programma, i genitori hanno riferito miglioramenti nelle relazioni, come ad esempio una maggiore fiducia e una migliore comprensione reciproca, e che le abilità di comunicazione acquisite erano ancora presenti. Inoltre, hanno riferito di assistere a un aumento della fiducia dei loro ragazzi, quindi l'impatto positivo che la natura ha avuto sul loro figlio. Questo studio ha anche esaminato quali aspetti del programma hanno contribuito a migliorare i risultati positivi delle relazioni all'interno della famiglia. In particolare, le presentazioni di gruppo a fine programma hanno dato ai giovani un'opportunità per insegnare alcune di queste abilità ai loro genitori, assumendo un ruolo di leadership nel miglioramento del funzionamento della famiglia. Il programma ha trovato così il modo di coinvolgere i genitori nel processo, tramite la riflessione attiva sulla loro relazione con i loro ragazzi e sulla loro genitorialità e frequentato il seminario in modo esperienziale, imparando le abilità interpersonali che vengono insegnate ai loro ragazzi (Liermann & Norton, 2016).

Tuttavia, ci sono diversi limiti importanti da riconoscere: lo studio di DeMille e colleghi (2018) non ha esaminato specificamente le differenze di diagnosi. Un'altra area di limitazioni riguarda gli interventi ricevuti da ogni gruppo, infatti sono state raccolte informazioni limitate in merito ai servizi che il gruppo di controllo ha ricevuto nelle proprie comunità. I partecipanti al gruppo di controllo hanno ricevuto servizi di terapia individuale, terapia familiare e o altri servizi psichiatrici, ma i dettagli relativi a questi servizi sono limitati. Differenze nel trattamento

potrebbero anche essere variabili limitanti nel confrontare i gruppi. Il gruppo di trattamento ha ricevuto infatti ulteriori vantaggi dati dall'essere in un programma OBH che includeva viaggi, esperienze di vita nella natura, esperienze di gruppo con i coetanei, feedback formali e informali regolari da parte dei coetanei. Il gruppo di controllo probabilmente non ha effettuato esperienze di trattamento equivalenti all'interno dei servizi di cura della comunità, quindi l'aspettativa di miglioramento può essere limitata. Pertanto, quando si interpretano i risultati di questo studio, le limitazioni del gruppo di controllo dovrebbero essere considerate. Inoltre, non è ancora chiaro quali componenti specifici del trattamento OBH producano cambiamenti nei partecipanti. In futuro potrebbe essere necessario continuare a esplorare e articolare meglio le componenti dei programmi OBH che promuovono il cambiamento nei ragazzi. Infine, questi risultati sono basati solo sulle valutazioni dei genitori senza triangolazione da parte di giovani o personale, per cui la ricerca futura dovrebbe concentrarsi su più informatori per aumentare l'affidabilità e la fiducia nei risultati (DeMille, et al., 2018). Nello studio di Harper (2007) invece non è stato inserito un gruppo di controllo. Inoltre, questo studio ha utilizzato uno strumento che è stato sviluppato con i professionisti per gli scopi pratici, ma che non è stato valutato statisticamente, quindi non standardizzato ed empiricamente validato. I risultati di questo studio suggeriscono che gli effetti del trattamento possono contribuire a un cambiamento duraturo per i pazienti e le loro famiglie e che un intenzionale e diretto coinvolgimento delle famiglie nel processo di cambiamento può essere appropriato per aiutare le famiglie stesse ad affrontare i problemi che impediscono un loro efficace funzionamento (Harper et al., 2007). In che misura il tipo e la durata del coinvolgimento della famiglia nella WT possa contribuire al cambiamento risultante è ancora sconosciuto. Un elemento chiave potrebbe essere l'alleanza terapeutica di lavoro promossa dai terapeuti con i genitori, in quanto potrebbe incrementare la partecipazione della famiglia, aumentare l'aderenza al trattamento e incoraggiare il processo di trattamento collaborativo tra genitore e terapeuta, migliorando successivamente anche l'efficacia di interventi e la sostenibilità a lungo termine del

cambiamento. Sono quindi necessarie ulteriori indagini per esaminare i processi che possono migliorare l'efficacia della WT come alternativa modalità di trattamento adolescenziale (Harper et al., 2007) e condurre ulteriori ricerche sul funzionamento dei giovani dopo un'esperienza terapeutica nella natura, per chiarire ed estendere risultati e studi di tipo quantitativo (Liermann & Norton, 2016).

Sebbene la psicoterapia ambulatoriale sia la più comune e probabile forma di trattamento, in molti casi questo intervento non riesce per molti giovani, che continuano a muoversi attraverso il continuum di cura dopo il fallimento dei suddetti tipi di interventi (Russell & Gillis, 2010). Per questo motivo si parla sempre più di "programmi di terapia esperienziale", che utilizzano approcci alternativi. Per comprendere meglio questo approccio terapeutico emergente nell'ambito della salute mentale degli adolescenti, uno studio di Russell e Gillis (2010) ha proposto di esplorare come viene praticata la terapia esperienziale nei programmi residenziali. In questo studio pilota, un'associazione di programmi residenziali per giovani ha fornito la sua mailing list per un sondaggio on-line progettato per suscitare risposte riguardo la natura e il grado in cui ciascun programma utilizzava l'esperienza in terapia. Gli elementi iniziali richiedevano brevi domande demografiche da utilizzare per confrontare il campione sviluppato con altri studi. Perché lo studio era di natura esplorativa, una serie di domande aperte sono state poste agli intervistati per descrivere l'approccio teorico che guidava il processo terapeutico del programma, quindi veniva chiesto loro se credevano nell'approccio esperienziale, in che modo il loro programma era esperienziale, se ritenevano che la terapia esperienziale sia stata una cosa aggiuntiva o primaria nel trattamento e una serie di domande che chiedevano di esplorare come la terapia esperienziale sia stata messa in pratica nel programma. Il sondaggio veniva inviato via email a ogni persona in contatto con l'organizzazione. Nel set di dati sono stati inclusi solo quelli che hanno risposto "sì" alla domanda che chiedeva agli intervistati se consideravano il loro approccio di terapia esperienziale, ossia la maggioranza significativa. Veniva anche chiesto loro

se la terapia esperienziale fosse prima per importanza e diretta e immediata nel suo utilizzo, o aggiuntiva, cioè una componente aggiuntiva di trattamento utilizzata in abbinamento ai modelli più tradizionali, o tangenziale: indirettamente correlata al trattamento e utilizzata più come uno sbocco ricreativo per studenti. Per esplorare il significato del termine "terapia esperienziale", sono state poste a ciascun intervistato una serie di domande per elaborare aspetti specifici del come la terapia esperienziale sia stata integrata nei loro approcci terapeutici, ma a causa della natura esplorativa dello studio, le risposte a queste domande sono state analizzate utilizzando tecniche di analisi qualitativa. Dalle loro risposte sono emersi due temi chiave: che la terapia esperienziale veniva utilizzata per sviluppare un certo ambiente di trattamento, che facilita i fattori terapeutici per effettuare il cambiamento, e che la terapia esperienziale veniva descritta come attività attuata durante tutto il processo terapeutico, che può essere utilizzata in modalità individuale, di gruppo o familiare. La vita di gruppo e l'esperienza diretta condivisa facevano in modo che la terapia avvenisse su base continuativa in un ambiente naturale, considerando i metodi esperienziali come un modo per aiutare gli adolescenti a sviluppare relazioni in modo non strutturato (Russell & Gillis, 2010).

Questi fattori catturano l'essenza di come le attività esperienziali vengano utilizzate per sviluppare un ambiente terapeutico significativo per lo sviluppo di apprendimenti e abilità sociali ed emotive. La terapia non si svolge esclusivamente nello studio del medico, ma attraverso il supporto tra pari la terapia si svolge ad esempio anche durante una passeggiata. L'essenza di questo approccio è la natura non strutturata dell'ambiente, il focus sull'esperienza degli interventi e il supporto tra pari che accompagna le attività. In questo modo l'attività, l'esperienza e il successivo l'apprendimento personale e interpersonale che si verifica, viene rivisitato e utilizzato per contribuire a rendere più reali i concetti, le idee e le comprensioni più astratte, che sono spesso difficili per gli adolescenti (Russell & Gillis, 2010).

2.3- Difficoltà di apprendimento e competenza sociale.

Nonostante i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) siano descritti come difficoltà specifiche per una o più aree accademiche, spesso vengono associati a problematiche socio-emotive, relative sia all'impegno scolastico, sia al benessere (Sarti et al., 2019) e possono quindi essere accompagnate da significative difficoltà socio-emotive e problemi di salute mentale (Haft et al., 2019). Bambini e adolescenti con difficoltà di apprendimento infatti, non solo hanno problemi di adattamento scolastico, ma tendono anche ad avere maggiori problemi interiorizzanti, come depressione o sintomi ansiosi; questo suggerisce che l'esperienza di fallimento scolastico possa essere correlata ad una ridotta competenza auto-percepita, che a sua volta è legata alla successiva depressione (Graefen et al., 2019). D'altra parte, i problemi interiorizzanti interferiscono con l'apprendimento, poiché sono accompagnati da problemi di concentrazione e abbassamento dell'autostima, che minano le capacità cognitive (Graefen et al., 2019).

Diverse ricerche hanno studiato la relazione tra le difficoltà di apprendimento e la competenza sociale: uno studio di Graefen e colleghi del 2015, ad esempio, ha esaminato la relazione fra le difficoltà in matematica (MD, mathematical difficulties) e le difficoltà socio-emotive, mentre uno studio di Al-Yagon del 2016, ha ipotizzato che una maggiore comprensione delle relazioni strette degli adolescenti con le loro figure di attaccamento potrebbe spiegare il funzionamento socio-emotivo e comportamentale e potrebbe essere di particolare interesse per adolescenti a rischio con difficoltà scolastiche durante questo periodo sensibile. Il primo studio di Graefen (2015) si era posto l'obiettivo di rispondere alle seguenti quattro domande di ricerca:

- gli adolescenti con MD mostrano un maggiore livello di sintomi rispetto agli adolescenti senza MD?,
- il rapporto tra MD e sintomi è influenzato dai differenti informatori e diverse modalità di misurazione?,

- ci sono differenze di genere all'interno del gruppo con MD per quanto riguarda i sintomi?,

- quali sintomi sono predominanti negli adolescenti con MD?

Il campione dello studio consisteva in un gruppo di preadolescenti e adolescenti di età compresa fra i 9 e i 18 anni. Sulla base dei punteggi dei risultati in matematica e dei valori del QI, il campione totale è stato diviso in due gruppi: gruppo di controllo e gruppo MD. Il QI, i risultati in matematica e nella lettura sono stati misurati attraverso test ben consolidati. Inoltre sono stati somministrati questionari a genitori, insegnanti e adolescenti, che hanno più di 11 anni, per valutare le difficoltà, i problemi emotivi e il comportamento degli adolescenti (Graefen et al., 2015). I risultati hanno rivelato che gli adolescenti con MD mostravano livelli più elevati di sintomi interiorizzanti rispetto a quelli nel gruppo di controllo (Graefen et al., 2015) e sono anche emerse differenze relative al genere in quanto, dai risultati dei questionari self-report, è emerso che le ragazze con MD hanno riportato sintomi interiorizzanti significativamente maggiori rispetto alle ragazze nel gruppo di controllo e rispetto ai ragazzi (Graefen et al., 2015). Tuttavia, i livelli dei sintomi interiorizzanti erano all'interno dell'intervallo normale per tutti i gruppi e non hanno mai raggiunto livelli clinici, ma anche a livelli subclinici questi sintomi possono aumentare il rischio di sviluppare problemi gravi, come disturbi depressivi o di abuso di sostanze (Graefen et al., 2015). È interessante notare che vi sono stati effetti più significativi per i ragazzi nelle dimensioni relative all'ansia e alla somatizzazione, mentre per le ragazze, nelle dimensioni relative all'ipocondria, alla depressione, ai disturbi alimentari e all'ansia. Uno sguardo più vicino a queste dimensioni ha rivelato inoltre scoperte interessanti sulla natura di questi problemi. Le difficoltà in matematica sono state associate all'ansia per la scuola, ma, mentre l'ansia era il sintomo più importante per i ragazzi, per le ragazze è stata fatta una scoperta inaspettata: fattori come ipocondria, depressione e alimentazione trattenuta erano più pronunciati rispetto all'ansia scolastica. Dunque, gli autori hanno ipotizzato che l'ansia da test fosse una reazione alla MD per

i ragazzi, ma non per le ragazze, che svilupperebbero invece MD come conseguenza della bassa autostima e autoefficacia. Sono però necessarie future analisi longitudinali per indagare questo rapporto. Inoltre, poiché i problemi segnalati dai genitori dei ragazzi erano problemi più esteriori, non è chiaro se i ragazzi tendessero a sottovalutare i sintomi interiorizzanti o se gli aspetti comportamentali siano stati più dominanti per loro (Graefen et al., 2015).

Per quanto riguarda lo studio di Al-Yagon (2016) l'autore ha messo a punto un modello che ha incluso quattro fattori indipendenti: la relazione di attaccamento degli adolescenti con entrambi i caregiver primari, quindi madre e padre, e le loro specifiche relazioni di attaccamento con due figure extrafamiliari, l'insegnante e l'amico. Il campione di partecipanti allo studio di Al-Yagon (2016) era composto da un gruppo di studenti delle scuole superiori israeliane con diagnosi di DSA o con comorbidità DSA-ADHD e un gruppo di confronto di studenti delle stesse classi, al fine di verificare due ipotesi generali: ciascuno di questi gruppi di adolescenti a rischio dovrebbe rivelare modelli più insicuri di relazioni, rispetto ai loro coetanei nel gruppo di controllo, e potrebbero essere più vulnerabili agli effetti delle relazioni insicure con le loro figure di attaccamento significative e con i loro coetanei. Il campione comprendeva 90 adolescenti con diagnosi di DSA formalmente diagnosticata, 91 adolescenti con comorbidità formalmente diagnosticata di DSA e ADHD e 99 adolescenti con sviluppo tipico. L'età variava dai 15 ai 17 anni. Gli strumenti di ricerca consistevano in sette misure self-report per gli adolescenti, che valutavano le percezioni degli adolescenti di: sicurezza nella relazione genitore-figlio, del loro insegnante di scuola come una figura di attaccamento, della relazione con il loro migliore amico, del loro senso di solitudine, dei propri affetti e dei problemi emotivi e comportamentali (Al-Yagon, 2016). Dai risultati è emerso che gli adolescenti con DSA, hanno riportato punteggi più elevati negli affetti negativi e nella solitudine rispetto agli adolescenti con sviluppo tipico, ma punteggi significativamente inferiori negli affetti negativi rispetto agli adolescenti con comorbidità DSA-ADHD. Per quanto riguarda le relazioni strette percepite dagli adolescenti con

gli individui significativi, gli adolescenti con DSA che si sentivano più legati ai genitori, che valutavano i loro insegnanti come più premurosi e disponibili nei momenti di necessità e che segnalavano una maggiore qualità dei rapporti di amicizia con i loro migliori amici, hanno riportato un minore affetto negativo nella solitudine e nei problemi comportamentali esternalizzati ed affetti positivi più alti (Al-Yagon, 2016). Questo studio ha esaminato poi come queste relazioni di attaccamento potrebbero spiegare differenze nei tre gruppi di adolescenti. In linea con l'ipotesi iniziale, gli adolescenti con comorbidità DSA-ADHD hanno riportato un attaccamento meno sicuro con le madri, rispetto ai loro coetanei con sviluppo tipico e anche rispetto ai loro coetanei con DSA. Tuttavia, in contrasto con le ipotesi, queste differenze nelle relazioni di attaccamento con le madri non emergono tra i gruppi DSA e di controllo (Al-Yagon, 2016). Per quanto riguarda la qualità dell'amicizia degli adolescenti i risultati hanno mostrato che entrambi i gruppi di adolescenti con disturbi sembravano leggermente più vulnerabili agli effetti della bassa qualità di relazioni tra pari. Di particolare importanza, i risultati dello studio chiaramente hanno dimostrato che gli adolescenti con DSA e comorbidità DSA-ADHD manifestano più difficoltà socio-emotive/comportamentali rispetto ai loro coetanei (Al-Yagon, 2016).

In uno studio più recente di Sarti e colleghi del 2019, è stato indagato il funzionamento socio-emotivo e la sua relazione con il benessere. In altre parole, lo studio ha evidenziato l'importanza di una migliore comprensione del funzionamento socio-emotivo, al fine di migliorare l'esperienza accademica e, in generale, la qualità della vita di questi ragazzi (Sarti et al., 2019). Le abilità sociali ed emotive degli adolescenti sono state valutate con un test, attraverso il quale agli adolescenti è stato chiesto di narrare in modo completo delle storie suscitate da immagini che rappresentano situazioni sociali, mentre le informazioni sul benessere sono state raccolte tramite questionari. Il campione di partecipanti era composto da 19 adolescenti con una diagnosi di DSA e con un'età media di 15 anni e 19 adolescenti a sviluppo tipico con un'età media

sempre di 15 anni. Sono stati inclusi studenti del liceo scientifico (21%), scuola tecnica (39,5%) e scuola professionale (39,5%), in grado di soddisfare i seguenti criteri: parlare correntemente italiano e avere un punteggio di intelligenza compreso nell'intervallo normale, in un test di intelligenza standardizzato. Tutti i partecipanti con DSA avevano ricevuto una diagnosi clinica sulla base dei criteri standard di inclusione ed esclusione del DSM 5, comorbidità con altre condizioni psicopatologiche sono state escluse. Per essere inseriti nel gruppo di controllo invece, gli adolescenti dovevano ottenere un punteggio nella norma in velocità di lettura, precisione della lettura, comprensione e dettatura che si ottenevano attraverso la somministrazione di alcuni test italiani. Dai risultati sono emerse significative differenze tra gli adolescenti con e senza diagnosi di DSA per quanto riguarda le funzioni che stanno alla base della capacità di raccontare una storia complessa e articolata, come riconoscere, spiegare e risolvere una situazione sociale problematica (Sarti et al., 2019). Nello specifico, il gruppo sperimentale è stato meno in grado di identificare i problemi nelle foto che rappresentano situazioni sociali, di fornire soluzioni adattive e complesse a essi e di produrre storie complete selezionando e organizzando gli elementi principali nelle immagini mostrate durante il test (Sarti et al., 2019). Per quanto riguarda il supporto sociale, i dati hanno suggerito che gli studenti con DSA percepivano l'ambiente sociale come meno disponibile e affidabile e questo potrebbe essere parzialmente spiegato dalla percezione spesso negativa dei genitori, degli insegnanti e dei compagni di classe, che possono abbassare l'autostima e l'autoefficacia di questi studenti, rendendo ancora più difficile chiedere e ricevere aiuto (Sarti et al., 2019).

Tuttavia, i risultati non consentono di stabilire la natura di queste difficoltà sociali, che dovrebbero essere oggetto di ulteriori studi. Comprendere i processi alla base del funzionamento sociale può essere altamente informativo, specialmente per gli studenti DSA. Infatti, la percezione del sostegno da parte degli altri e la sensazione che è possibile chiedere aiuto quando serve, sono risorse chiave per affrontare i problemi della vita. Questo è particolarmente vero a

scuola, che è sia un contesto di apprendimento sia un contesto sociale, dove la possibilità di chiedere e ricevere aiuto è fondamentale per superare le sfide quotidiane. Purtroppo però i dati di questo studio non consentono di specificare che tipo di meccanismo può essere alla base dell'elaborazione delle emozioni nei ragazzi con DSA e sarebbero necessarie ulteriori indagini (Sarti et al., 2019).

In linea con i risultati di questi studi, diverse ricerche hanno esplorato l'efficacia della psicoterapia di gruppo nell'aiutare gli adolescenti con difficoltà di apprendimento e deficit di attenzione per aumentare la competenza sociale (Shechtman e Katz, 2007, Şahin et al., 2020; Haft et al., 2019). Gli adolescenti con difficoltà di apprendimento spesso riscontrano difficoltà a stabilire e mantenere relazioni sociali soddisfacenti con coetanei e solitudine, bassa autostima e mancanza di fiducia caratterizzano questi ragazzi (Shechtman e Katz, 2007). In uno studio di Shechtman e Katz del 2007, è stato reclutato un campione di adolescenti con una diagnosi di difficoltà di apprendimento o di disturbo di attenzione. La maggior parte dei partecipanti, aveva 14 anni, solo dieci studenti hanno 16 anni. Le variabili dipendenti includevano due distinti costrutti delle relazioni sociali: competenza sociale e intimità nelle amicizie. La competenza sociale è stata misurata attraverso un questionario sulle competenze interpersonali dell'adolescente, in cui gli item riguardavano la loro relazione con un migliore amico del loro stesso sesso, che è stato completato prima del trattamento e, ancora una volta, due settimane dopo la terminazione; mentre i rapporti con il terapeuta e con i membri del gruppo sono stati invece misurati attraverso il questionario dell'alleanza di lavoro, uno strumento che ha misurato la qualità del legame emotivo, l'accordo sullo scopo delle sessioni e l'accordo sugli obiettivi della terapia. Alla fine del programma, i consulenti sono stati poi intervistati per catturare le loro impressioni del processo, per cui a ciascuno sono state poste due domande: "Quali cambiamenti hai osservato nei ragazzi?" e "Qual è stato l'aspetto più critico nel processo?". La terapia di gruppo è stata fornita all'interno del programma scolastico in quindici sessioni di 45 minuti,

utilizzando una modalità che ha posto una forte enfasi sull'espressività di sé e il supporto di gruppo. L'attenzione era focalizzata sull'espressione dei sentimenti e sul condividere esperienze, avendo principalmente l'obiettivo di ridurre lo stress e l'ansia dei partecipanti. Sono state poi condotte interviste di gruppo con i terapeuti 2 e 3 mesi dopo la fine del trattamento (Shechtman e Katz, 2007). Un altro studio, condotto da Şahin e colleghi (2020), è stato progettato per indagare la partecipazione, il supporto e le barriere che i bambini e ragazzi con DSA affrontano a casa, a scuola o nella comunità. Lo studio è stato condotto con caregiver che si prendevano cura di bambini e giovani con DSA (gruppo di studio) o con sviluppo tipico (gruppo di controllo) residenti in Turchia. I partecipanti sono stati considerati idonei per il gruppo di studio se avevano una diagnosi di DSA (diagnosi clinica stabilita da un esperto), se sapevano leggere il turco e se avevano un'età compresa tra i 5 e i 17 anni. I partecipanti sono invece stati considerati non idonei se avevano una disfunzione neurologica minore o maggiore, se avevano partecipato in precedenza a qualsiasi programma di trattamento (terapia occupazionale, fisioterapia, ecc.) e se non volevano o non erano in grado di partecipare allo studio. È stato utilizzato un questionario per valutare la partecipazione dei ragazzi in casa, a scuola e nella comunità, in cui, per ogni item, ai genitori veniva chiesto di identificare la frequenza di partecipazione del proprio figlio (da giornaliera, a mai) per determinare la frequenza di partecipazione su una scala Likert a cinque punti e per indicare il cambiamento desiderato (i genitori vogliono vedere un cambiamento nella partecipazione del bambino a questo tipo di attività?: sì [1] o no [0]). La seconda parte del questionario riguardava i fattori ambientali, che venivano valutati per identificare il supporto sociale e le barriere, cioè, se i fattori ambientali aiutavano o rendevano più difficile per il bambino partecipare ad attività in ambito domestico, scolastico o comunitario (Şahin et al., 2020). Uno studio di Haft e colleghi del 2019 ha valutato invece l'impatto di un programma di tutoraggio tra pari per giovani con DSA/ADHD, progettato per promuovere il benessere socio-emotivo. Sono stati confrontati i risultati di tre gruppi: giovani che hanno partecipato al programma di tutoraggio

con DSA/ADHD, giovani con DSA/ADHD che non hanno partecipato al programma e il gruppo di controllo composto da giovani senza DSA/ADHD. In primo luogo, sono state esaminate le differenze nelle misure socio-emotive tra giovani con e senza DSA/ADHD, ipotizzando che questi giovani potrebbero mostrare punteggi più bassi sull'autostima e sulle relazioni interpersonali e punteggi più alti su ansia e depressione rispetto al gruppo di controllo. Successivamente, è stato esaminato l'impatto del programma di tutoraggio, confrontando i tre gruppi in due momenti, pre e post trattamento. Infine, sono state studiate le associazioni tra cambiamenti significativi e qualità del tutoraggio. I tutor dovevano avere una diagnosi di DSA/ADHD confermata dalla documentazione scolastica, completare il modulo di richiesta, avere un'età compresa tra 16 e 32 anni e completare un corso di formazione, in cui venivano trasmesse informazioni relative agli obiettivi e ai progetti del programma, informazioni su DSA/ADHD e caratteristiche per essere un tutor efficace. Il programma di tutoraggio rispecchiava quello dell'anno scolastico e, ogni settimana, un gruppo di allievi delle scuole si incontrava con il gruppo di tutor in un doposcuola. Durante questo periodo, i tutor utilizzavano progetti artistici e attività con specifici obiettivi socio-emotivi per discutere sui punti di forza e le sfide associate a DSA/ADHD e sviluppare relazioni con gli allievi. Questo curriculum e gli obiettivi socio-emotivi, ruotavano attorno all'utilizzo di progetti artistici, che non richiedevano lettura, scrittura o calcolo, in quanto potevano indurre frustrazione negli studenti con DSA/ADHD. Questo studio ha analizzato i dati di un campione di bambini e adolescenti di età compresa fra gli 8 e i 16 anni e i criteri di inclusione erano: capacità di leggere e capire l'inglese e nessuna diagnosi di un disturbo del neurosviluppo o psichiatrico maggiore (oltre a DSA/ADHD). Tutti i partecipanti dovevano fornire il consenso informato per tutti gli aspetti dello studio e sono stati valutati tramite misure di autovalutazione con questionari somministrati online. Tutte le misure (ansia, depressione, relazioni interpersonali e autostima) sono state raccolte attraverso un questionario che valutava i problemi di comportamento ed emotivi nei

bambini e negli adolescenti, mentre la qualità del tutoraggio è stata misurata attraverso un questionario che chiedeva agli allievi di valutare quanto fossero vere alcune affermazioni positive dei loro tutor. Informazioni demografiche e diagnostiche come l'età, il sesso, attività extracurricolari e il tipo di diagnosi, sono state raccolte attraverso questionari forniti ai partecipanti di tutti i gruppi e ai loro genitori (Haft et al., 2019).

I risultati di questi studi hanno indicato effetti significativi del trattamento per la competenza sociale e non hanno trovato effetti significativi relativi al sesso e alla diagnosi dei partecipanti o alla durata del trattamento (Shechtman & Katz, 2007; Şahin et al., 2020; Haft et al., 2019). Le analisi dello studio di Shechtman e Katz (2007) hanno mostrato un significativo miglioramento per i partecipanti nella condizione di trattamento sperimentale nella competenza sociale, in particolare nell'iniziativa, nella rivelazione di sé e nella capacità di far fronte ai conflitti (Shechtman & Katz, 2007). Le analisi hanno suggerito inoltre che l'alleanza con il gruppo di trattamento tendesse ad aumentare, mentre l'alleanza con il terapeuta fosse inizialmente alta e poi tendesse a rimanere stabile. I risultati hanno mostrato come il rapporto terapeutico con il gruppo contribuisse significativamente, al di là del contributo della relazione con il terapeuta, solo a vantaggio della divulgazione, e che i rapporti con il terapeuta siano stati più significativi per ottenere maggiori benefici. I dati basati sulle interviste ai terapeuti hanno indicato che i ragazzi parlavano principalmente di sé e delle proprie difficoltà sociali e che le principali aree di progresso erano: accademiche, sociali, individuali e famigliari (Shechtman e Katz, 2007). Dai risultati non è però emerso un progresso nell'intimità delle amicizie, per cui gli autori hanno ipotizzato che sia del tutto possibile che i bambini con DSA, il cui senso di sfiducia era tanto, non siano stati in grado di subire cambiamenti durante un trattamento a breve termine (Shechtman e Katz, 2007). Scoprire che il legame con il terapeuta sia stato più potente e abbia contribuito a più risultati significativi rispetto al legame con i membri del gruppo, potrebbe essere

spiegato, in primo luogo, dal fatto che i ragazzi guardino i loro terapeuti come figure di autorità e di aiuto.

Gli adolescenti vogliono separarsi dalla figura significativa dell'adulto, ma allo stesso modo trovano difficile essere indipendenti e, questa ambiguità, può sottolineare la necessità di un legame con un adulto. Rivivere relazioni positive con un adulto premuroso e solidale è un'esperienza di guarigione per bambini e adolescenti, in particolare per chi ha relazioni difficili, come i bambini con DSA, che sperimentano spesso difficoltà con i genitori e con gli insegnanti a causa delle loro difficoltà comportamentali e di apprendimento, per cui esperienze così positive con gli adulti sono particolarmente importanti; tuttavia un maggior contributo assegnato al legame con il terapeuta non diminuisce l'importanza di avere rapporti con i membri del gruppo (Shechtman e Katz, 2007).

Secondo i risultati dello studio di Şahin e colleghi (2020), i bambini e i ragazzi con DSA partecipavano meno frequentemente ed erano meno coinvolti nell'ambiente scolastico (Şahin et al., 2020). I genitori degli studenti con DSA desideravano più cambiamenti nella partecipazione dei loro figli in tutte le strutture, rispetto ai genitori di figli con sviluppo tipico e, i confronti tra i gruppi, hanno rivelato significativamente meno supporti ambientali e più barriere in casa, nei contesti scolastici e comunitari nel gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo (Şahin et al., 2020). In questo studio, la differenza statistica tra i gruppi in termini di punteggi relativi ai supporti e alle barriere ambientali generali è stata significativa, in quanto i genitori di bambini con DSA hanno riferito di affrontare più fattori ambientali restrittivi rispetto ai fattori ambientali di supporto. Inoltre, è emerso che le richieste cognitive nelle attività, nei programmi e nei servizi tipici della scuola (come doposcuola o attività ricreative) e denaro sufficiente per sostenere la partecipazione dei propri figli a casa, a scuola e nella comunità, erano considerati gli ostacoli più comuni per i bambini con DSA (Şahin et al., 2020). Infine, questo studio ha mostrato come questi bambini abbiano bisogno di un maggiore supporto da parte degli insegnanti, terapeuti e altri

membri della comunità in tutti e tre i contesti indagati (Şahin et al., 2020). Anche per lo studio di Haft e colleghi (2019), la maggior parte delle ipotesi è stata supportata dai risultati, che suggerivano differenze socio-emotive tra giovani con e senza DSA/ADHD (Haft et al., 2019). Dai risultati è emersa una significativa differenza di gruppo nella depressione con i partecipanti con DSA/ADHD, che hanno riportato punteggi di depressione più elevati e punteggi relativi alle relazioni interpersonali significativamente inferiori rispetto a quelli del gruppo di controllo (Haft et al., 2019). I risultati hanno dimostrato che il tutoraggio ha avuto un impatto positivo sulla depressione, autostima e relazioni interpersonali. Contrariamente all'ipotesi però, i giovani con DSA/ADHD in questo studio non hanno mostrato punteggi di ansia significativamente più alti rispetto al gruppo di controllo, ma poiché la popolazione DSA/ADHD del campione è stata identificata attraverso le strutture scolastiche piuttosto che le cliniche o gli ospedali, la gravità dei disturbi, e quindi il livello di ansia, potrebbe essere stato inferiore rispetto ad altri studi (Haft et al., 2019). I giovani con DSA/ADHD nel campione non hanno mostrato punteggi di autostima significativamente più bassi rispetto ai loro coetanei nel gruppo di controllo, ma questo risultato può anche essere stato dovuto a bias illusori positivi (Haft et al., 2019). I risultati hanno mostrato che i livelli di depressione, per il gruppo che ha partecipato al programma, sono diminuiti in modo significativo, quindi non c'erano più differenze di gruppo tra questo gruppo e quello di controllo alla fine dell'anno scolastico. Al contrario, il gruppo che non ha partecipato al programma ha riportato significativamente più sintomi depressivi a fine anno scolastico (Haft et al., 2019). Questo stesso andamento è stato osservato anche per l'autostima. Sia nei punteggi di depressione che di autostima, il gruppo di controllo è rimasto stabile nel tempo. Sebbene la ricerca in questo ambito sia limitata, questi risultati hanno suggerito che il tutoraggio potrebbe avere un effetto protettivo sulle relazioni interpersonali e che la qualità percepita della relazione, e non solo il contenuto del tutoraggio, ha avuto un importante impatto sui ragazzi che hanno partecipato al programma (Haft et al., 2019).

Tutti gli studi presentati presentano però alcuni limiti. In particolare, nel primo studio di Shechtman e Katz del 2007, i risultati si sono basati su punteggi di questionari self-report, e, sebbene siano rilevanti per la misurazione della competenza sociale e dell'amicizia, altri metodi avrebbero aggiunto forza ai risultati, inoltre, non è stata effettuata una valutazione di follow-up, quindi l'interpretazione dei risultati è stata limitata al solo effetto a breve termine (Shechtman & Katz, 2007). Anche lo studio di Haft e colleghi del 2019 si è basato sui dati di autovalutazione che hanno raccolto informazioni socio-emotive e relative alla salute mentale, ma l'accuratezza delle scale di autovalutazione potrebbe essere stata ostacolata da un social-bias di risposta alla desiderabilità, per cui i partecipanti hanno sottostimato i sintomi negativi per presentarsi più favorevolmente. Gli studi futuri potrebbero quindi considerare l'implementazione di altri strumenti per indicizzare le variabili socio-emotive e raccogliere dati in più punti temporali (Haft et al., 2019). Nello studio di Şahin e colleghi del 2020 i risultati si sono invece basati solo sulle prospettive dei genitori e avrebbero potuto differire se basati anche sulle prospettive dei ragazzi. In questo studio, i partecipanti avevano uno squilibrio di genere in quanto la maggior parte dei ragazzi nel gruppo di studio era composta da maschi. Inoltre, le aspettative per la partecipazione dei bambini negli ambienti domestici, scolastici e comunitari potrebbero variare a seconda dell'età di sviluppo nei gruppi e, per questo motivo, il mancato esame degli effetti in base all'età è stato un altro limite dello studio. I risultati suggeriscono quindi che sono necessari ulteriori studi per rafforzare i risultati (Şahin et al., 2020).

2.4- Conclusioni

Una direzione importante per la ricerca futura potrebbe essere quella di indagare se, quegli stessi deficit neurologici interni che comportano le difficoltà scolastiche, possano influenzare in modo simile la percezione e l'interpretazione socio-emotiva, che a sua volta può compromettere il funzionamento intrapersonale e interpersonale (Al-Yagon, 2016). Nonostante

la crescente consapevolezza che i giovani con DSA siano un gruppo ad alto rischio, con bassa qualità delle relazioni tra pari, gli studi condotti tra gli adolescenti con questi disturbi sono rari (Al-Yagon, 2016). La valutazione della qualità dell'amicizia può essere di particolare interesse in questo periodo di sviluppo, quando gli adolescenti tendono a trasferire le proprie dipendenze dai genitori alle relazioni tra pari. I risultati attuali, soprattutto se convalidati da ulteriori ricerche, possono quindi avere implicazioni significative, mettendo in evidenza il possibile ruolo protettivo delle relazioni (Al-Yagon, 2016). I programmi di avventura all'aria aperta sono risultati strumenti appropriati per il trattamento di adolescenti e offrono uno strumento promettente per la promozione di risultati positivi nei giovani (Gutman & Schoon, 2015). Anche se molte ricerche segnalano l'associazione tra salute e ambiente, solo pochi studi definiscono un rigoroso modello terapeutico o di intervento. Tra questi, molti studi sono insufficientemente validi, ad esempio per la mancanza di un gruppo di controllo o perché la popolazione di riferimento è limitata e omogenea. Altre limitazioni comuni di diversi studi sono i campioni troppo piccoli e gli scarsi strumenti di misurazione dei risultati (Annerstedt & Währborg, 2011). Un altro problema frequente è che i risultati riportati si riferiscono al periodo immediatamente successivo alla fine del trattamento e non presentano dati relativi a periodi di follow up. Quindi non sempre i risultati permettono di capire l'andamento a lungo termine dei benefici che derivano dal trattamento. Dagli articoli inclusi è ancora difficile trarre conclusioni su come viene svolta la terapia in natura e perché alcuni programmi o terapie sono di più efficienti di altre. Si tratta comunque di un intervento complesso per il numero di interazioni tra i componenti, numero e variabilità dei risultati e il grado di flessibilità consentito (Annerstedt & Währborg, 2011). La nostra società moderna e lo stile di vita moderno con molti eventi stressanti e diversi fattori di stress, possono mettere a rischio la salute e, causa di questo scenario, è di fondamentale importanza riconoscere nuovi metodi per promuovere la salute mentale, così come nuove forme di terapia e riabilitazione (Annerstedt & Währborg, 2011). I risultati di questi studi mostrano una coerenza piuttosto elevata

e un supporto all'idea che la terapia in natura sia un intervento efficace. Tuttavia, non sono ancora chiari alcuni aspetti relativi all'evidenza e alla qualità di questi interventi o quali elementi naturali specifici siano più vantaggiosi, per quale popolazione e con quali diagnosi. Sono stati trovati miglioramenti significativi in diversi studi, che evidenziano l'importanza di considerare la natura come una risorsa importante nell'assistenza sanitaria e di fare ulteriori ricerche su questo argomento, tuttavia studi futuri dovrebbero concentrarsi su aspetti dettagliati della terapia in natura e delineare in modo più preciso le associazioni tra aspetti specifici della natura e specifici fattori della salute mentale (Annerstedt & Währborg, 2011).

3- RICERCA

3.1- Descrizione della ricerca

Il presente studio, che si pone come obiettivo quello di capire se la partecipazione ad un percorso di skill training svolto in outdoor possa migliorare il benessere psicologico individuale e le competenze sociali negli adolescenti con difficoltà scolastiche e socio-emotive, è uno studio esplorativo finalizzato a raccogliere dati sui cambiamenti degli adolescenti in situazioni outdoor. Lo skill training proposto è stato pensato sulla base della terapia dialettica comportamentale (DBT), una terapia che prevede delle sessioni riguardanti l'efficacia interpersonale, la regolazione emotiva e la gestione della sofferenza. Il programma ha uno scopo psico-educativo in termini emotivi, per cui le sessioni si sono concentrate principalmente sul riconoscimento e sulla descrizione delle emozioni, in particolare rispetto ai vissuti e esperienze che portano i partecipanti. Obiettivo del programma è quindi insegnare ai ragazzi strategie di mindfulness e modalità per implementare l'efficacia interpersonale e la regolazione emotiva.

Il programma è stato pensato per adolescenti di età compresa fra i 15 e i 19 anni (Tabella 1), e prevedeva 8 incontri totali della durata di 90 minuti circa, con una frequenza variabile (i primi 4 ogni due settimane e gli ultimi 4 ogni settimana). Il gruppo di lavoro era composto da 6 adolescenti, un terapeuta e due osservatori e le sessioni sono state svolte integralmente in un contesto outdoor. I ragazzi del gruppo presentavano diagnosi disturbi dell'apprendimento, in comorbilità con tratti d'ansia sociale e prestazionale abbastanza intrusivi e difficoltà di gestione emotiva (Tabella 1). Poiché la letteratura scientifica ha suggerito come il contesto naturale supporti in modo significativo le abilità sociali e il benessere psicologico (Russell, 2003; Johnson, et al., 2020; Fernee et al., 2019), il presente studio, ha così ipotizzato che i training per adolescenti con difficoltà scolastiche e socio-emotive in contesti outdoor possano apportare benefici.

Tabella 1

Partecipanti	Età	Sesso	Diagnosi
S.	18 anni	maschio	Difficoltà nella gestione emotiva
C.	15 anni	femmina	DSA: discalculia e dislessia
B.	16 anni	femmina	DSA: discalculia
F.	16 anni	maschio	DSA: discalculia e dislessia
J.	15 anni	femmina	Difficoltà nella gestione emotiva e nell'interazione sociale
L.	19 anni	maschio	Difficoltà nelle relazioni sociali, vittima di bullismo

3.2- Materiali e Metodi

Le sessioni di skill training sono state preparate ad hoc, con una struttura più o meno variabile in base all'argomento specifico di ogni incontro. Ogni incontro iniziava con un momento di accoglienza, all'interno della struttura in cui è stato svolto il programma, in cui si aspettavano tutti i partecipanti del gruppo e, solo dopo, quando erano tutti presenti, si recavano insieme all'esterno, nel giardino in cui si sedevano sul prato in cerchio. Il setting era quindi uno spazio semi-strutturato all'aperto, circondato dalla campagna. All'inizio dell'incontro, era il terapeuta che cominciava la discussione e, successivamente, con un andamento in salita, anche i partecipanti prendevano parola e discutevano tutti insieme. Il terapeuta, conduttore del gruppo, accompagnava i partecipanti durante la discussione sottoponendo i ragazzi a stimoli, mentre gli osservatori raccoglievano dati, attraverso l'osservazione diretta, segnando in una tabella gli interventi dei ragazzi. Nel momento in cui iniziava lo spostamento dall'indoor all'outdoor, i due osservatori facevano partire un timer di 5 minuti, durante i quali, segnavano, in tabella, se i

partecipanti comunicavano fra loro o con il conduttore, e lo stesso avveniva negli ultimi 5 minuti finali. L'osservazione avveniva però anche in itinere, ovvero durante l'intera seduta, e, in questo caso, gli osservatori non segnalavano solo se i ragazzi intervenivano, ma anche se intervenivano spontaneamente o se erano stati sollecitati o se le risposte date erano chiuse o aperte. A fine incontro invece, il conduttore riprendeva i temi che erano stati trattati riassumendo quanto è emerso dalla discussione, per poi tornare con tutti i partecipanti nello spazio neutro, in cui ricordava il prossimo appuntamento e salutava.

La modalità terapeutica utilizzata riprende, a grandi linee, la terapia dialettica comportamentale (DBT), un trattamento basato sull'evidenza spesso associato al trattamento del disturbo borderline di personalità (Ritschel, Lim, & Stewart, 2015). Gli individui con questo disturbo, presentano difficoltà pervasive di regolazione delle emozioni e spesso possono mettere in atto comportamenti inefficaci e dannosi: per cui questo trattamento è stato progettato proprio per mitigare questa disregolazione pervasiva mediante l'insegnamento di abilità, al fine di interrompere e sostituire questi comportamenti dannosi con strategie di coping più efficaci (Ritschel, Lim, & Stewart, 2015). Sebbene la DBT sia stata storicamente collegata al disturbo borderline di personalità, diversi fattori hanno portato a una più ampia applicazione della DBT anche in relazione ad altre popolazioni cliniche: per il fatto che gli individui con disturbo borderline di personalità tendono a soddisfare i criteri per almeno un'ulteriore diagnosi e perché l'evidenza empirica per la DBT dimostra che il trattamento è efficace anche per difficoltà psicologiche, come depressione e sintomi traumatici (Ritschel, Lim, & Stewart, 2015). Di conseguenza, negli ultimi anni la DBT è stata maggiormente associata alla disregolazione pervasiva delle emozioni, piuttosto che al disturbo borderline di personalità in particolare. La terapia dialettica comportamentale offre un approccio multimodale, completo e flessibile che può essere utilizzato transdiagnosticamente con adulti e adolescenti che hanno una serie di difficoltà di regolazione delle emozioni (Ritschel, Lim, & Stewart, 2015). L'essenza della DBT risiede

nell'utilizzo di strategie basate sull'accettazione e sul cambiamento che includono interventi come l'esposizione, il problem solving e la ristrutturazione cognitiva (Ritschel, Lim, & Stewart, 2015). Pertanto, gli obiettivi generali della DBT sono: insegnare abilità di regolazione delle emozioni che riducano la necessità di impegnarsi in strategie disfunzionali di regolazione delle emozioni, ridurre i comportamenti e gli ostacoli che interferiscono in modo significativo con la qualità della vita e promuovere comportamenti positivi che consentirebbero alle persone di funzionare in modo adattivo (Ritschel, Lim, & Stewart, 2015).

Durante i momenti di colloquio il tema principale era dunque quello delle emozioni e in diverse sessioni sono stati fatti degli esercizi di mindfulness. L'obiettivo era quello di fare capire ai ragazzi a cosa servono le emozioni, ma anche a osservarle e descriverle, quindi identificare l'emozione, capire come si manifesta e quando, quali pensieri genera e che comportamenti provoca. Per fare questo, il terapeuta, ad esempio, spesso proponeva delle situazioni contestuali tipiche per i ragazzi, che potevano verificarsi a scuola, e li invitava a pensare a delle loro situazioni personali nelle quali potevano provare le stesse emozioni, invitandoli così al dialogo e all'esposizione con i pari. Le sessioni di gruppo sono state quindi importanti per mettere in pratica esercizi di role playing, cioè per mettere in scena delle situazioni, che possono essere più o meno veritiere, alle quali cercare di dare una soluzione attraverso il confronto con altri pari. Oltre ai momenti di colloquio, vi sono stati però anche momenti più conviviali, in cui tutti i partecipanti hanno fatto merenda insieme, e sono state svolte diverse attività di gruppo, per coinvolgere in modo più attivo tutti i partecipanti, quindi per fare in modo che fossero meno distratti e più partecipativi. Ad esempio, durante uno degli incontri, è stata fatta una passeggiata nella campagna circostante al centro, in un altro incontro sono stati fatti giochi in gruppo in cui poter sperimentare la collaborazione, e, in uno degli incontri finali, è stato chiesto ai ragazzi di realizzare insieme un quadro, e quindi di rappresentare in unica tela, i temi riguardanti la natura e le emozioni, affrontati durante gli incontri.

Al termine del ciclo di incontri, con lo scopo di evidenziare gli eventuali cambiamenti osservati nei partecipanti, è stato chiesto al terapeuta ed agli altri professionisti partecipanti allo studio di esporre la propria esperienza e valutare la possibile efficacia del programma in relazione all'utilizzo di un setting outdoor. I dati sono stati raccolti tramite interviste, composte da un totale di 3 domande aperte (Tabella 2), che sono state formulate allo scopo di raccogliere le opinioni dei professionisti sull'efficacia del programma, sui benefici percepiti nello stare in un ambiente naturale e sulle problematiche riscontrate nello stare in quell'ambiente, alle quali hanno risposto al termine del ciclo di incontri, sia il conduttore che gli osservatori (Tabella 3). In aggiunta, allo scopo di ottenere più dettagliate e ampie informazioni relative all'efficacia clinica dello skill training, è stato chiesto al terapeuta, messo a conduzione del gruppo, di stilare un breve profilo per ogni partecipante, prima e dopo l'intervento (tabella 4). Al terapeuta quindi è stato chiesto di compilare i profili di ciascun adolescente evidenziando, secondo la sua opinione, i possibili cambiamenti dovuti al training in oggetto, prestando attenzione alle reazioni dei partecipanti al setting outdoor. In particolare, il terapeuta descrive la situazione di ogni partecipante, cita cosa si aspetta che possa succedere negli incontri di gruppo svolti all'esterno e cosa, a suo parere, effettivamente è stato positivo o negativo di questi incontri.

Tabella 2

1: Il programma è stato utile secondo te?
2: Perché condurre gli incontri nella natura potrebbe essere stato utile?
3: Quali sono state secondo te le difficoltà incontrate outdoor?

Tabella 3

Osservatore 1	Secondo me il programma è stato utile per i ragazzi, in quanto potrebbe essere stata un'opportunità per loro di riflettere sui loro	Secondo me condurre gli incontri nella natura potrebbe essere un buon modo per rendere gli incontri stessi più	A mio parere le difficoltà incontrate durante il programma sono state relativamente poche, in
---------------	---	--	---

	<p>pensieri e sulle emozioni e di fare esperienze di relazione con altri adolescenti e adulti, in un ambiente esterno, circondato dalla natura. Credo che lo stare all'aperto possa agevolare il dialogo tra i partecipanti e favorire un maggiore benessere e una maggiore serenità.</p>	<p>“informali”, più amichevoli e meno simili a delle lezioni. Rispetto agli ambienti chiusi delle aule, in cui i ragazzi potrebbero sentirsi meno a loro agio o annoiarsi, svolgere gli incontri all'aperto, potrebbe far sì che essi si sentano più liberi di esprimersi. Inoltre, credo che lo stare fuori abbia agevolato lo svolgimento delle attività: l'ampio spazio del giardino ha permesso infatti di svolgere giochi in gruppo o attività in cui i partecipanti erano divisi in coppie, che all'interno sarebbe stato difficile mettere in pratica a causa degli spazi più piccoli.</p>	<p>quanto, poiché gli incontri si sono svolti nel periodo primaverile/estivo, le condizioni atmosferiche sono sempre state favorevoli. Tuttavia, il fatto che il giardino in cui si svolgevano gli incontri si trovasse proprio di fianco al parcheggio del centro potrebbe essere stato un fattore di distrazione per il gruppo, che assisteva al via vai di auto e persone che andavano e venivano al centro.</p>
Osservatore 2	<p>Complessivamente il programma è stato utile, in particolare per quanto riguarda la capacità di riflettere in gruppo sulle emozioni, anche ponendo come punto di partenza esperienze altrui. Secondo me l'ambiente di gruppo sereno e non giudicante è stato un elemento importante per promuovere il benessere e la salute dei partecipanti al programma.</p>	<p>Stare nella natura potrebbe essere stato utile per permettere ai partecipanti di sperimentare un nuovo setting e aumentare la loro elasticità, inoltre uno spazio aperto potrebbe favorire la coesione del gruppo (sedersi in cerchio sull'erba). Inoltre la possibilità di stare in uno spazio ampio e aperto può essere stata utile per ridurre la sensazione di stress associata ad una terapia (es. stress collegato a recarsi in uno studio medico).</p>	<p>Stare in ambiente naturale può portare a maggiori distrazioni (passaggio di auto, giocherellare con erba ed altri elementi naturali...), non è sempre costante perché non è possibile farlo in ogni periodo dell'anno (pioggia, freddo...) ed è possibile che i partecipanti facciano fatica ad aprirsi perché pensano di essere ascoltati da persone esterne al gruppo (persone in attesa, passanti).</p>
Conduttore 3	<p>Lo svolgimento del programma è stato utile in quanto ha permesso a tutti i partecipanti di sperimentarsi in attività psicoeducative/emotive, in un confronto attivo con i pari, attraverso la mediazione di adulti competenti. Lo skill training ha anche aiutato i partecipanti a far emergere tematiche di sensibile rilevanza, permettendo di mostrare i propri stati emotivi al</p>	<p>La conduzione delle attività in un contesto outdoor è stato utile perché ha permesso ai partecipanti di sperimentarsi in un contesto meno asettico ed ambulatoriale, come spesso accade. L'immersione nella natura potrebbe aver fatto sentire ai partecipanti una maggior sensazione di libertà e quindi di flessibilità nello stare all'interno di un</p>	<p>Le principali difficoltà incontrate sono state dovute ai maggiori stimoli presenti in natura. I rumori della natura, la possibilità di essere a contatto con il suolo sono stati a volte dei distrattori. In alcuni momenti l'attenzione veniva posta non al compito o all'attività proposta, ma a qualcosa di naturale (es. uccellino, insetto, foglia, albero, ecc...) spostando quindi l'attenzione del</p>

	<p>riguardo, in un contesto accogliente e non giudicante.</p>	<p>programma di intervento comunque strutturato. Il contesto naturalistico potrebbe inoltre aver agevolato degli scambi comunicativi ed una maggior vicinanza proprio per l'assenza di barriere artificiali come spesso accade in aula seduti su una sedia al proprio banco.</p>	<p>gruppo in generale, ma comunque favorendo la socializzazione su quell'argomento. Un altro limite, ma che potrebbe portare ad una riflessione più generale, è che spesso la natura e la scoperta del paesaggio naturalistico, a volte era più attrattiva dell'argomento o dell'attività trattata, perché più piacevole e più benefica di argomenti spinosi come problematiche emotive che hanno portato i soggetti a confrontarsi con un proprio disagio interiore.</p>
--	---	--	---

Tabella 4

<p>C. È una ragazza che presenta un disturbo specifico dell'apprendimento, in comorbilità con tratti d'ansia sociale e prestazionale abbastanza intrusivi. Spesso mostra insicurezza e tentennamento in ciò che fa o che le si chiede di svolgere, e fatica nel confronto con i pari optando sempre per l'evitamento della comunicazione. Durante lo svolgimento delle attività in outdoor C. Ha mostrato una maggior tranquillità generale ed un minor disagio nello stare in gruppo. Frequentemente è riuscita ad inserirsi in una conversazione con altri pari, diminuendo sensibilmente il tremore nella voce e riuscendo a mantenere la direzione dello sguardo verso il suo interlocutore.</p>
<p>L. È il soggetto più grande del gruppo. In passato è stato vittima di bullismo e ha sviluppato un comportamento diffidente nei confronti dei pari ed un maggior ritiro sociale, spesso svolgendo attività in solitaria come un eccessivo uso di dispositivi elettronici. La sua capacità di lettura delle situazioni e di riconoscimento emotivo sono adeguati. Inserendo L. In questo skill training in outdoor con altri pari temevamo potesse interrompere o sottrarsi, sia perché non abituato a contesti naturali senza apparecchi elettronici, sia perché molto esposto al gruppo di adolescenti. L. Ha mostrato una sensibile piacevolezza nello stare in un ambiente naturale, tanto da chiedere sessioni di più lunga durata.</p>
<p>J. È una ragazza con DSA, con un vissuto scolastico difficoltoso, molto preoccupata della sua immagine sociale con tratti severi di rigidità. Fatica nelle relazioni sociali temendo costantemente il</p>

giudizio altrui. Oltre alla scuola, non svolge nessuna attività, e spesso passa le sue giornate in casa sui social. Inserire J. In un percorso con pari e in attività da svolgere all'aperto, le ha permesso di sperimentare una nuova routine. Ha riportato una sensazione di benessere e piacevolezza nello stare a contatto con la natura, soprattutto ha verbalizzato quanto fosse migliore stare seduta su un prato rispetto al divano delle sedute di terapia. Anche nel rapporto con gli altri ho mostrato maggior socialità, aumentando via la vicinanza di seduta rispetto agli altri, e facendo più domande agli altri soggetti del gruppo.

F. Ragazzo con diagnosi di DSA, molto schivo nei rapporti sociali, fatica a mantenere lo sguardo con l'interlocutore, con tratti di ansia sociale. Molto reticente alle regole e ai contesti strutturati. Ci aspettavamo che l'inserimento nel programma di skill traing in outdoor fosse per lui particolarmente difficile, soprattutto per mantenere l'attenzione alle attività in un contesto così libero, ci ha piacevolmente stupiti, perché lo svolgere attività in outdoor sembra essere stato per lui particolarmente motivate. Ha maggiormente interagito con i pari e si è mostrato sempre disponibile alle attività. Spesso "giocava" con elementi naturali, ma era sempre attento alle richieste.

B. Ha una diagnosi di discalculia, socialmente molto adeguata, anche se appare spesso poco motivata e coinvolta. Lo svolgere attività immersa nella natura inizialmente la faceva sentire a disagio, per il timore di sporcarsi, il troppo caldo o di essere punta da qualche insetto. Alla fine del percorso ha invece espresso piacere e beneficio dal non essere chiusa in una stanza, senza poter osservare il cielo.

S. È un ragazzo con difficoltà di gestione emotiva, quando il contesto è troppo richiesto tende a chiudersi o a fuggire dalla richiesta. Fatica nelle nuove relazioni, si apre quando percepisce interesse e condizione di passioni con l'interlocutore. Predilige i contesti naturali, tanto da aver scelto anche una scuola ad indirizzo agrario. Ci aspettavamo che si sentisse a suo agio in attività outdoor e infatti ha mostrato maggior coinvolgimento e partecipazione rispetto ad attività abitualmente svolte in spazi chiusi. Faticava a volte a rimanere concentrato a causa dei troppi stimoli provenienti dalla natura.

3.3- Risultati

L'analisi dei dati è ancora in elaborazione: per quanto riguarda le osservazioni dirette, quindi per quanto riguarda ciò che è emerso dalle tabelle compilate dagli osservatori sugli interventi dei partecipanti, non ci sono ancora dati certi. Quello che si può notare da un'analisi estremamente superficiale, è che effettivamente il numero e la qualità delle interazioni sono, rispettivamente, aumentate e migliorate nelle varie sessioni di intervento. È stata quindi effettuata un'analisi qualitativa delle interviste sottoposte al terapeuta e agli osservatori e dei profili dei partecipanti stilati dal terapeuta al fine di ottenere maggiori informazioni relative all'efficacia clinica dello skill training.

Dalle interviste sottoposte al terapeuta conduttore del gruppo e agli osservatori è emerso che, in generale, il programma è stato utile per i ragazzi. Gli intervistati hanno riferito infatti che partecipare al programma di skill training outdoor potrebbe essere un'opportunità per riflettere sulle emozioni e di fare esperienze di relazione con altri adolescenti e adulti, in un ambiente esterno, circondato dalla natura. In particolare, dalle interviste è emerso come l'ambiente di gruppo sereno e non giudicante sia stato un elemento importante che ha favorito, non solo il benessere e la salute dei partecipanti al programma, ma anche la coesione del gruppo. La possibilità di stare in uno spazio ampio e aperto può essere infatti stata utile per ridurre la sensazione di stress associata ad una terapia e al recarsi in uno studio medico. Stare in un contesto outdoor ha permesso ai partecipanti di sperimentarsi in un contesto meno asettico ed ambulatoriale e di sentirsi più liberi. Il contesto naturalistico ha agevolato gli scambi comunicativi ed una maggior vicinanza proprio per l'assenza di barriere artificiali, come spesso accade in aula seduti su una sedia al proprio banco. Nonostante questi aspetti positivi, sono state riscontrate anche delle difficoltà, dovute ai maggiori stimoli presenti in natura: i rumori della natura e la possibilità di essere a contatto con il suolo sono stati a volte dei distrattori per i partecipanti. Infatti, in alcuni momenti, l'attenzione veniva posta non al compito o all'attività

proposta, ma a qualcosa di naturale (uccellino, insetto, foglia, albero, ecc...), spostando l'attenzione del gruppo in generale, ma comunque favorendo la socializzazione su quell'argomento. Dunque, la natura e la scoperta del paesaggio naturalistico, a volte, era più attrattiva dell'argomento o dell'attività trattata, perché più piacevole e più benefica di argomenti spinosi come le problematiche emotive che hanno portato i soggetti a confrontarsi con un proprio disagio interiore. Inoltre, il fatto che il giardino in cui si sono svolti gli incontri si trovasse proprio di fianco al parcheggio del centro potrebbe essere stato un fattore di distrazione per il gruppo, che assisteva al via vai di auto e persone che andavano e venivano. Nonostante questi limiti, poiché gli incontri si sono svolti nel periodo primaverile/estivo, le condizioni atmosferiche sono sempre state favorevoli ed è sempre stato possibile svolgere gli incontri outdoor.

Esaminando poi i profili raccolti dal terapeuta conduttore del gruppo (tabella 2) è emerso che la maggior parte degli adolescenti che ha partecipato al programma, solitamente mostrava insicurezza e tentennamento in ciò che faceva o che si chiedeva di svolgere, e faticava nel confronto con i pari optando per l'evitamento della comunicazione o svolgendo attività in solitaria, come un eccessivo uso di dispositivi elettronici. Per cui ci si aspettava che inserire alcuni di questi ragazzi in questo skill training in outdoor con altri pari, potesse suscitare in loro imbarazzo o disagio e si temeva che alcuni di loro volessero interrompere o sottrarsi dallo svolgimento del programma, perché non abituati ad esporsi con altri adolescenti e a stare in contesti naturali senza apparecchi elettronici. Si temeva inoltre che per i ragazzi fosse particolarmente difficile mantenere l'attenzione alle attività in un contesto così libero. Una ragazza in particolare ha riferito come lo svolgere attività nella natura inizialmente la facesse sentire a disagio, per il timore di sporcarsi, il troppo caldo o di essere punta da qualche insetto (Tabella 3).

Durante lo svolgimento delle attività in outdoor tuttavia, i ragazzi hanno mostrato una maggior tranquillità generale ed un minor disagio nello stare in gruppo. Infatti si è notato che sono riusciti frequentemente a inserirsi in una conversazione con gli altri pari, diminuendo sensibilmente, nel corso degli incontri, il tremore nella voce e riuscendo a mantenere la direzione dello sguardo verso gli interlocutori. Questo percorso con i pari e lo svolgere attività all'aperto, ha permesso ai ragazzi di sperimentare una nuova routine: alcuni hanno infatti riferito una sensazione di benessere e piacevolezza in seguito allo stare a contatto con la natura e una ragazza, in particolare, ha riferito quanto fosse piacevole stare seduta su un prato rispetto che sul divano delle sedute di terapia (Tabella 3). Anche nel rapporto con gli altri i ragazzi hanno mostrato maggior socialità, aumentando via via la vicinanza di seduta rispetto agli altri, facendo più domande agli altri soggetti del gruppo e mostrandosi disponibili alle attività.

Complessivamente i risultati hanno evidenziato come l'ambiente naturale esterno possa agevolare il dialogo tra i partecipanti e favorire un maggiore benessere e una maggiore serenità. Lo svolgimento del programma ha permesso a tutti i partecipanti di sperimentarsi in attività psicoeducative ed emotive, in un confronto attivo con i pari, attraverso la mediazione di adulti competenti. Infine, lo skill training ha anche aiutato i partecipanti a far emergere tematiche di sensibile rilevanza, permettendo di mostrare i propri stati emotivi al riguardo, in un contesto accogliente e non giudicante.

3.4- Limiti della ricerca e obiettivi futuri

Complessivamente il programma ha apportato risultati significativi, tuttavia, vi sono diversi limiti nel presente studio. In primo luogo, il campione di ragazzi è molto piccolo. In secondo luogo, questo studio utilizza strumenti qualitativi, sviluppati dai professionisti per scopi più pratici ed esplorativi. Agli adolescenti sono stati somministrati test normativi al fine di estendere la ricerca, ma attualmente sono ancora in fase di studio: il presente studio è infatti uno

studio pilota, il cui obiettivo è anche quello di cercare di capire se è utile continuare a effettuare ricerche in questa direzione oppure no. Un principale limite del presente studio è proprio il fatto che le domande delle interviste sono state formulate in modo tendenzioso o non totalmente neutrale, e che di fatto chi risponde a queste domande molto probabilmente crede che il programma outdoor previsto per gli adolescenti funzioni. Alcune osservazioni sullo studio riguardano poi il setting outdoor in sé, che nonostante sia potenzialmente benefico, può anche rappresentare un limite a causa della variabilità che comporta (agenti atmosferici, temperature, comodità in generale, ecc...). Un altro limite relativo al setting è risultato essere la vicinanza alla strada: questo potrebbe rappresentare un fattore di distrazione per i ragazzi e, il rumore delle macchine, potrebbe rendere difficile l'ascolto. Pertanto, gli obiettivi futuri dello studio potrebbero essere quelli di reclutare un campione più ampio di adolescenti e utilizzare strumenti statisticamente più robusti. Gli elementi che potranno essere modificati negli studi futuri potrebbero riguardare anche la durata e la frequenza degli incontri, che potrebbero essere più ravvicinati, in modo da dare più continuità al programma, e il coinvolgimento degli osservatori, che potrebbero, ad esempio sedersi più indietro e non in cerchio con gli altri partecipanti, per essere meno coinvolti.

4- CONCLUSIONI

In generale il gruppo ha dato risultati positivi sia per quanto riguarda il coinvolgimento dei partecipanti sia per quanto riguarda le osservazioni generali dei professionisti coinvolti. Dalle interviste è risultato chiaro come l'elemento naturale possa essere utile all'interno di un'esperienza terapeutica, come è stato sottolineato anche negli studi presenti in letteratura (Gutman & Schoon, 2015; Russell, 2003; Johnson, et al., 2020; Fernee et al., 2019). In particolare dalle interviste è emerso come lo svolgimento delle attività in un contesto outdoor abbia aiutato i partecipanti a sperimentarsi in un contesto meno asettico ed ambulatoriale, facendoli sentire più liberi, e abbia quindi introdotto una maggiore flessibilità all'interno di un programma di intervento comunque strutturato. Il contesto naturalistico potrebbe infatti agevolare gli scambi comunicativi proprio per l'assenza di barriere artificiali, come spesso accade in aula seduti su una sedia al proprio banco o nello studio di un terapeuta. I risultati presenti in letteratura mostrano come l'utilizzo di pratiche terapeutiche nella natura favorisca opportunità di apprendimento, che incoraggiano lo sviluppo di capacità di problem solving, sentimenti di auto-competenza e realizzazione personale (Gutman & Schoon, 2015), e possa essere una strategia di intervento per affrontare diverse difficoltà psicologiche (Gutman & Schoon, 2015). Durante queste attività i partecipanti sono stimolati ad apprendere attraverso esperienze dirette nell'ambiente naturale, ma anche attraverso processi di riflessione (Torkos, 2017), per cui gli adolescenti vengono incoraggiati a partecipare alle attività fisicamente, emotivamente e mentalmente (Russell & Gillis 2010). Si ritiene, quindi, che il fare terapia in un contesto outdoor possa essere meno limitante rispetto alle tradizionali modalità terapeutiche e coinvolgere in modo maggiore gli adolescenti attraverso diverse attività ed esperienze che possano aiutarli a comprendere meglio i problemi emotivi alla base del loro bisogno di trattamento (Russell & Gillis 2010). Stare nella natura potrebbe essere utile per i partecipanti, in quanto potrebbe essere un modo per sperimentare un

nuovo setting e aumentare la loro elasticità, per favorire la relazione con altri pari e per ridurre la sensazione di stress associata ad esempio al recarsi in uno studio medico.

I limiti evidenziati nel presente studio, in particolare per quanto riguarda il campione di partecipanti, il setting e l'oggettività dei risultati, rappresentano motivo di riflessione e potrebbero essere in parte risolti nelle ricerche future tramite il reclutamento di un campione più ampio, tramite l'istituzione di un setting meno disturbato e tramite l'utilizzo di strumenti statisticamente più robusti. L'interesse crescente della comunità scientifica verso l'utilizzo di setting outdoor durante trattamenti terapeutici di vario tipo, più o meno strutturati, ed i risultati ottenuti dai vari studi sulle molte attività studiate, stanno complessivamente evidenziando una nuova visione della natura come elemento utile e benefico per la salute umana (Annerstedt & Währborg, 2011).

BIBLIOGRAFIA

Abrahams, L., Pancorbo, G., Primi, R., Santos, D., Kyllonen, P., John, O. P., & De Fruyt, F. (2019). Social-emotional skill assessment in children and adolescents: Advances and challenges in personality, clinical, and educational contexts. *Psychological Assessment*, 31(4), 460–473.

Al-Yagon M. (2016). Perceived Close Relationships With Parents, Teachers, and Peers: Predictors of Social, Emotional, and Behavioral Features in Adolescents With LD or Comorbid LD and ADHD. *Journal of learning disabilities*, 49(6), 597–615.

American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta Edizione*. A cura di Biondi M. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.

Annerstedt, M., & Währborg, P. (2011). Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(4), 371-388.

Antunes, Q. P., Fernandes, G., & Lemos, S. (2022). Behavioral aspects and learning motivation: a study of middle school adolescents. *CoDAS*, 34(5).

Bettmann, J. E., Russell, K. C., & Parry, K. J. (2013). How substance abuse recovery skills, readiness to change and symptom reduction impact change processes in wilderness therapy participants. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 1039–1050.

Becker, S. P., Breaux, R., Cusick, C. N., Dvorsky, M. R., Marsh, N. P., Sciberras, E., & Langberg, J. M. (2020). Remote Learning During COVID-19: Examining School Practices, Service Continuation, and Difficulties for Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(6), 769–777.

Berman, D., & Davis-Berman, J. (2013). The role of therapeutic adventure in meeting the mental health needs of children and adolescents: Finding a niche in the health care systems of the United States and the United Kingdom. *Journal of Experiential Education*, 36(1), 51-64.

Burlingame, G., Wells, G., Cox, J., Lambert, M. J., Latkowski, M., & Justice, D. (2005). The administration and scoring manual of the Youth Outcome Questionnaire. Wharton, NJ: American Professional Credentialing.

Confalonieri, E. & Grazzani Gavazzi, I. (2021) *Adolescenza e compiti di sviluppo*. Unicopli.

DeMille, S., Tucker, A. R., Gass, M. A., Javorski, S., VanKanegan, C., Talbot, B., & Karoff, M. (2018). The effectiveness of outdoor behavioral healthcare with struggling adolescents: A comparison group study. *Children and Youth Services Review*, 88, 241–248.

Ferneer, C. R., Gabrielsen, L. E., Andersen, A. J. W., & Mesel, T. (2015). Therapy in the open air: Introducing wilderness therapy to adolescent mental health services in Scandinavia. *Scandinavian Psychologist*, 2.

Ferneer, C.R., Mesel, T., Andersen, A. J. W., & Gabrielsen, L. E. (2019). Therapy the Natural Way: A Realist Exploration of the Wilderness Therapy Treatment Process in Adolescent Mental Health Care in Norway. *Qual Health Res*, 29(9), 1358-1377.

Gabrielsen, L.E., Harper, N.J., & Ferneer, C.R. (2019). “What are constructive anxiety levels in wilderness therapy? An exploratory pilot study.” *Complementary Therapies in Clinical Practice* 37, 51-57.

Gillis, Jr., & Harold, L. (2021). Psychotherapeutic applications of adventure activities with groups: Everything old is new again. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 25(2), 190–204.

Graefen, J., Kohn, J., Wyszkon, A., & Esser, G. (2015). Internalizing problems in children and adolescents with math disability. *Zeitschrift Für Psychologie*, 223(2), 93–101.

Gutman, L. M., & Schoon, I. (2015). Preventive interventions for children and adolescents: A review of meta-analytic evidence. *European Psychologist*, 20(4), 231–241.

Haft, S. L., Chen, T., LeBlanc, C., Tencza, F., & Hoeft, F. (2019). Impact of mentoring on socio-emotional and mental health outcomes of youth with learning disabilities and attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(4), 318-328.

Harper, N. J., Russell, K. C., Cooley, R., & Cupples, J. (2007). Catherine Freer Wilderness Therapy expeditions: An exploratory case study of adolescent wilderness therapy, family functioning, and the maintenance of change. *Child Youth Care Forum*, 36, 111–129.

Hill, N. (2007). Wilderness therapy as a treatment modality for at-risk youth: A primer for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(4), 338-349.

Kaplan S, Kaplan R. *The experience of nature: a psychological perspective*. New York, NY: Cambridge University Press; 1989.

Lancini, M., & Salvi, A. (2018). Gli adolescenti a scuola all'epoca di internet e del narcisismo. *iprase*, 65.

Liermann, K., & Norton, C. L. (2016). Enhancing family communication: Examining the impact of a therapeutic wilderness program for struggling teens and parents. *Contemporary Family Therapy*, 38, 14–22.

Magenes, S., Curti, S., Monti, F., Antonietti, A., & Traficante, D. (2021). Rappresentazione di sé e del futuro e impegno scolastico in bambini e adolescenti con disturbo specifico dell'apprendimento. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 25(3), 493-506.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & TP Group. (2009). Linee guida per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi: il PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7).

Johnson, E. G., Davis, E. B., Johnson, J., Pressley, J. D., Sawyer, S., & Spinazzola, J. (2020). The effectiveness of trauma-informed wilderness therapy with adolescents: A pilot study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(8), 878–887.

Şahin, S., Kaya Kara, Ö., Köse, B., & Kara, K. (2020). Investigation on participation, supports and barriers of children with specific learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 101.

Sainio, P. J., Eklund, K. M., Ahonen, T., & Kiuru, N. H. (2019). The Role of Learning Difficulties in Adolescents' Academic Emotions and Academic Achievement. *Journal of learning disabilities*, 52(4), 287–298.

Sarti, D., Bettoni, R., Offredi, I., Tironi, M., Lombardi, E., Traficante, D., & Lorusso, M. L. (2019). Tell me a story: Socio-emotional functioning, well-being and problematic smartphone use in adolescents with specific learning disabilities. *Frontiers in Psychology*, 10.

Shechtman, Z., & Katz, E. (2007). Therapeutic Bonding in Group as an Explanatory Variable of Progress in the Social Competence of Students with Learning Disabilities. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 11(2), 117–128.

Ritschel, L. A., Lim, N. E., & Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 111-128.

Russell, K. (2003). An assessment of outcomes in outdoor behavioral healthcare treatment. *Child & Youth Care Forum*, 32, 355–381.

Russell, K., & Gillis, H. (2010). Experiential therapy in the mental health treatment of adolescents. *Journal of Therapeutic Schools and Programs*, 1, 47–79.

Torkos, H. (2017). Social and Psychological Aspects of Outdoor Education. *Agora Psycho-Pragmatica*, 11(2), 215–223.

Pace, U. & Guzzo, G. (2012) *Le traiettorie disadattive in adolescenza. Le differenti forme del disagio in una fase di transizione*. Franco Angeli.

Palmonari, A. (2018). *Gli adolescenti. Né adulti, né bambini, alla ricerca della propria identità*. Bologna. il Mulino.

Ulrich RS. Biophilia, biophobia, and natural landscapes. In: Kellert SRWE, editor. The biophilia hypothesis. Washington DC: Island Press; 1993. pp. 73–137