

Psicologinews.it

Scientific

Stress e Fattori di Rischio Psicosociali

di *Martino Daniela*

Dislessia evolutiva: neuroimaging della lettura lenta e faticosa

di *Roberto Ghiaccio*

Psicologia, psicoanalisi, yoga e salute

di *Veronica Sarno*

L'assessment Terapeutico o collaborativo: origini e struttura di una nuova tecnica

di *Gaia Cassese*

Home Care Assistance. Alcune riflessioni sulla psicologia domiciliare in caso di disabilità

di *Francesca Dicè*

Fobia Scolare in Adolescenza

di *Cinzia Saponara*

Indagare la Prosocialità in Età Evolutiva: la prova di completamento di storie sull'orientamento prosociale

di *Lia Corrieri*



Un Marzo dedicato alle donne

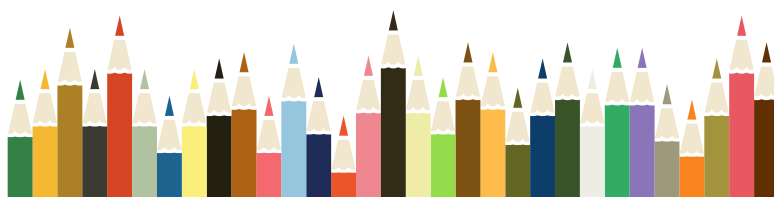
Un marzo dedicato alle donne, alle vittime della violenza a quelle che cercano riscatto a quelle resilienti.

Arte e Psicologia Contro la Violenza sulle Donne. Un progetto, un libro

di *Claudia Corbari*

Efficacia della Mindfulness e qualità della vita per le vittime di guerra con DPTS.

di *Ilaria Di Giusto*



REDAZIONE

Valeria Bassolino
Alberta Casella
Barbara Casella
Lia Corrieri
Francesca Dicè
Ilaria Di Giusto
Daniela Di Martino
Roberto Ghiaccio
Veronica Lombardi
Cinzia Saponara
Veronica Sarno

Supplemento mensile a:

psicologinews.it Autorizzazione
Tribunale di Napoli n° 32
del 10/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco
redazione@psicologinews.it
Chiuso il: 15 Marzo 2022

COMITATO SCIENTIFICO

Caterina Arcidiacono
Rossella Aurilio
Gino Baldascini
Paolo Cotrufo
Pietro Crescenzo
Emanuele Del Castello
Massimo Doriani
Antonio Ferrara
Mariafrancesca Freda
Massimo Gaudieri
Michele Lepore
Giovanni Madonna
Nelson Mauro Maldonato
Fortuna Procentese
Aristide Saggino
Sergio Salvatore
Raffaele Sperandeo
Antonio Telesca
Rino Ventriglia

INDICE

**Arte e Psicologia Contro la
Violenza sulle Donne. Un
progetto, un libro**

di *Claudia Corbari* pag 4

**Efficacia della Mindfulness e
qualità della vita per le vittime di
guerra con DPTS.**

di *Ilaria Di Giusto* pag 7

**Stress e Fattori di Rischio
Psicosociali**

di *Martino Daniela* pag 11

**Dislessia evolutiva:
neuroimaging della lettura lenta e
faticosa**

di *Roberto Ghiaccio* pag 14

**Psicologia, psicoanalisi, yoga e
salute**

di *Veronica Sarno* pag 21

**L'assessment Terapeutico o
collaborativo: origini e struttura
di una nuova tecnica**

di *Gaia Cassese* pag 26

**Home Care Assistance. Alcune
riflessioni sulla psicologia
domiciliare in caso di disabilità**

di *Francesca Dicè* pag 34

Fobia Scolare in Adolescenza

di *Cinzia Saponara* pag 36

**Indagare la Prosocialità in Età
Evolutiva: la prova di
completamento di storie
sull'orientamento prosociale**

di *Lia Corrieri* pag 40

Arte e Psicologia Contro la Violenza sulle Donne. Un progetto, un libro

di Claudia Corbari

Violenza sulle donne.

Una tematica di cui si parla moltissimo e che impegna i professionisti e la cittadinanza in una lotta sempre più presente nel nostro territorio.

Il 25 novembre è senza dubbio una giornata sentita da tutta la popolazione che si impegna in manifestazioni e convegni a sostegno della donna finalizzati a trattare questa tematica da molteplici punti di vista.

Ma allora perché parlare di una tematica così delicata attraverso l'arte? Perché Arte e Psicologia contro la Violenza sulle Donne? Come nasce questo progetto e la conseguente pubblicazione del libro?

Prima di essere libro, Arte e Psicologia Contro la Violenza sulle Donne è un progetto che ha creato attorno a sé una vera e propria comunità.

Nel 2014 avviene quindi l'incontro tra me e Valentina Gueci, storico e critico d'arte, durante un percorso formativo come operatori antiviolenza. La nostra scelta è stata quella di fare incontrare le mie esperienze sul campo in ambito emergenziale anche in contesti violenti, all'estro e alle competenze artistiche di Valentina.

L'organizzazione di eventi quali: la mostra-evento "Artisti contro la violenza sulle donne" a Palazzo Cefalà nel 2015, quella a Palazzo Palagonia alla Gancia nel 2015 dal titolo "Artisti per la prevenzione ed il rispetto della donna" e la mostra collettiva polimaterica contro il femminicidio Artisti per Rosalia al

Country Time Club nel 2017 ci hanno condotte a pensare alla possibilità di mettere nero su bianco i frutti dell'impegno dei 200 artisti che fino a quel momento avevano contribuito attraverso le loro opere a sensibilizzare la cittadinanza e ci avevano aiutate a parlare di violenza sulle donne attraverso il linguaggio dell'arte.

Nasce così "Arte e Psicologia contro la Violenza sulle Donne". Un progetto finalizzato ad approfondire la tematica della violenza sulle donne e a sensibilizzare e coinvolgere la collettività attraverso l'organizzazione di eventi artistici e culturali durante i quali risulta pregnante l'ascolto attivo ed il coinvolgimento personale di tutti i partecipanti.

Se da un lato l'artista può far emergere il proprio vissuto emotivo ed il messaggio sociale che desidera comunicare attraverso l'opera d'arte, dall'altro il fruitore può rivedersi in quell'opera ed avviare un processo introspettivo. Nell'ottica di un progetto finalizzato alla prevenzione della violenza sulle donne anche attraverso la sensibilizzazione della comunità, si è ritenuto fondamentale fornire uno strumento facilmente consultabile da tutti.

Su queste basi nasce il libro "Arte e Psicologia contro la Violenza sulle Donne". Il libro, scritto con un linguaggio molto semplice, si pone quale frutto di un progetto più ampio e quale strumento che consente ad ognuno di informarsi e conoscere le svariate forme di violenza e le dinamiche che possono caratterizzare le relazioni disfunzionali.

La presenza nel testo di poesie, fotografie ed immagini di opere d'arte, alcune delle quali create ad hoc per il progetto, consente di avviare proprio

dall'arte il discorso psicologico sulla violenza sulle donne. Arte e Psicologia si muovono dunque insieme verso la direzione della possibilità del riscatto da parte della donna, nell'ottica dell'individuazione delle risorse, individuali e contestuali, necessarie per reagire e chiedere aiuto.

La pubblicazione del testo ha consentito di avviare processi di sensibilizzazione all'interno delle scuole dal momento che esso è stato adottato e studiato dagli studenti ed ha consentito loro di avvicinarsi al mondo dell'arte e della psicologia avviando riflessioni di gruppo, ponendo domande ed approfondendo la tematica da entrambi gli aspetti nel corso di incontri tenuti all'interno delle scuole; incontri che hanno anche in qualche caso condotto alla realizzazione di murali sulla tematica all'interno di Istituti Scolastici.

I molteplici eventi organizzati nel territorio hanno consentito alle autrici e agli artisti di veicolare il messaggio contro la violenza sulle donne e ai fruitori del progetto di informarsi, individuare le svariate tipologie di violenza e le dinamiche relazionali sottostanti, di porre domande di natura psicologica e in taluni casi, di chiedere un supporto concreto mediante la presa in carico da parte di svariate professioniste.

Dagli incontri che hanno coinvolto un numero elevato di persone, quali, ad esempio, "Artisti per Rosalia" 2017 e 2018, a quelli più specifici ed effettuati in contesti più riservati, è stato possibile creare una vera e propria comunità di persone determinate a portare il loro contributo contro ogni forma di violenza sulla donna attraverso l'unione dei due linguaggi: l'arte e la psicologia.

Il filo conduttore di molte opere presenti nel testo "Arte e Psicologia contro la Violenza sulle Donne" è la *violenza psicologica*; tipologia di violenza che talvolta è meno considerata ma non per questo meno importante e devastante di quella fisica.

Gli artisti la rappresentano attraverso i colori, gli abiti, gli spazi e i volti delle protagoniste delle loro opere riuscendo magistralmente a far arrivare al fruitore intense emozioni.

«La violenza psicologica, trasversale a tutte le altre, indica nello specifico una serie di atteggiamenti e comportamenti volti ad offendere, intimorire, e mortificare la vittima ed a ferirne profondamente l'autostima» (Bell e Naugle, 2008; Goodlin e Dunn, 2010 cit. in Salerno, 2010).

Essa può manifestarsi attraverso comportamenti che sono purtroppo molto diffusi ed avere conseguenze che la vittima porterà con sé a lungo, specialmente se reiterata nel tempo e da soggetti con i quali ha costruito un legame affettivo.

La violenza psicologica può manifestarsi mediante insulti verbali, svalutazioni, umiliazioni, ricatti e nell'incutere paura o terrore alla vittima che, colpevolizzata e denigrata privatamente, pubblicamente e talvolta dinanzi ai figli, sentirà attaccata la sua autostima. Questi comportamenti sono spesso accompagnati da attacchi alla femminilità e alla maternità della donna che, all'interno della relazione di coppia impediscono qualunque tipo di comunicazione con il partner e causano il completo isolamento della vittima, la quale non potrà più frequentare la propria famiglia d'origine ed avere relazioni interpersonali al di fuori della vita di coppia (Salerno, 2010).

Ciò nonostante, questa forma di violenza spesso non viene riconosciuta dalla donna come sufficiente per chiedere aiuto, ma sottovalutata e le segnalazioni alle autorità competenti o alle associazioni rimandate a dopo aver subito violenza fisica (Canu, 2008).

Conoscere in cosa consiste la violenza psicologica è importante in quanto permette alla vittima e alle persone a lei vicine di riconoscere tali comportamenti ed evitare di commettere l'errore di sottovalutare la situazione che sta vivendo e, quindi, le possibili conseguenze. Queste ultime si traducono sovente nell'annientamento e nella dispercezione di sé, spesso accompagnati dal senso di colpa e di vergogna che la vittima esperisce.

In ambito clinico diviene importante aiutare la donna che ha scelto di iniziare un percorso di terapia ad acquisire consapevolezza sulla complessità e la circolarità della violenza di coppia, sulle caratteristiche di personalità di entrambi i partner e sull'incastro di coppia. Tutti aspetti che influiscono notevolmente nella costruzione e nel mantenimento della relazione violenta.

Bibliografia

Canu R. (2008). *La violenza domestica contro le donne in Italia e nel contesto internazionale ed europeo*. Cagliari: Davide Zedda Editore.

Corbari C., Gueci V. (2017). *Arte e Psicologia contro la Violenza sulle Donne*. Elpis Editore.

Salerno A. (2010). *Vivere insieme. Tendenze e trasformazioni della coppia moderna*. Bologna: Il Mulino.

Efficacia della Mindfulness e qualità della vita per le vittime di guerra con DPTS.

di Ilaria Di Giusto

La qualità della vita è un concetto molto ampio che comprende differenti aspetti della vita, tra cui la salute, associata a condizioni fisiche, sociali e psicologiche; altro indicatore della qualità della vita riguarda la correlazione tra longevità e benessere, tra le quali le ricerche hanno dimostrato esserci una relazione diretta. Da alcuni anni, nell'ambito della valutazione della qualità di vita, è stata introdotta un'ulteriore dimensione fondamentale: la necessità di trascorrere anni della propria vita con pienezza e soddisfazione. (Seligman, 1998). Differenti studi sociologici e comportamentali hanno dimostrato che i contesti economici e sociali influenzano fortemente la qualità della vita e, quindi, possono diventare condizionanti nella comparsa di disturbi psicologici tra gli individui in generale e le vittime di guerra in particolare (Klaric et al., 2012). Coloro che si ritrovano a vivere e a frequentare campi di battaglia mostrano la comparsa di problematiche psicologiche e fisiche; si ritiene, infatti, che le guerre siano uno dei fattori che contribuiscono maggiormente al tasso di incidenza, al tempo di comparsa e allo sviluppo di disturbi comportamentali e psicologici, le cui conseguenze permangono anche successivamente al termine di una guerra. Tra i disturbi identificati, il più diffuso tra le vittime di guerra è stato il disturbo da stress post traumatico (DPTS). Per l'Associazione Americana di Psicologia il DPTS è una patologia che può svilupparsi in persone che hanno subito o hanno assistito a un evento traumatico, catastrofico o violento, oppure che sono venute a conoscenza di un'esperienza traumatica accaduta a una persona cara. (APA, 2014). Da

questo punto di vista, le vittime di guerra, molto spesso, soddisfano i criteri tipici di tale patologia, facendo registrare ansia, depressione, difficoltà nel sonno e nella sfera sessuale; tutti elementi che influenzano in maniera considerevole la qualità della vita. Molto spesso, l'elevato numero di vittime che possono essere registrate in una guerra richiede un intervento rapido ed ampio, così da rispondere, in tempi brevi, al bisogno urgente denunciato, favorendo, quindi, il miglioramento della qualità della vita. Gli interventi basati sulla *mindfulness* possono essere un modo complementare al trattamento farmacologico per ottenere una maggiore comprensione del disturbo (Simpson et al., 2007; Kabat-Zinn, 1994). La *mindfulness* è definita come "il processo di prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, in maniera non giudicante, allo scorrere dell'esperienza nel presente momento dopo momento" (Kabat-Zinn 1994, p.16). La letteratura disponibile ha dimostrato l'efficacia delle tecniche di *mindfulness* nell'affrontare una gamma di disturbi medici e psicologici molto ampia, come dolori cronici (Morone et al., 2008;), disturbi d'ansia (Carlson et al., 2003), depressione (Narimani, 2012). Rispetto al DPTS, in letteratura si possono trovare i risultati di alcuni studi che sostengono l'efficacia degli interventi basati sulla *mindfulness* per trattare situazioni stressanti e traumatiche, come l'abuso sessuale e i disastri naturali. Inoltre, la letteratura disponibile indica che le tecniche basate sulla *mindfulness* riducono i sintomi della depressione, le turbe psicologiche e i sintomi clinici e aumentano la qualità della vita di chi soffre di disturbi con diversi background culturali (Vujanovic et al., 2009; Mitmansgruber et al., 2009; Kabat-Zinn et al., 1992).

Nello specifico, nello studio condotto da Esfandiar Azad marzabadi e Seyyed morteza hashemi zadeh nel 2014, sulle

vittime della guerra Iran-Iraq, sono stati indagati gli effetti del *training* di *mindfulness* sulla qualità di vita delle vittime di guerra con diagnosi di DPTS.

Metodi e materiali

Lo studio è stato uno studio controllato randomizzato ed ha compreso un pre-test, un post-test e un post-test differito per un gruppo sperimentale ed un gruppo di controllo. Il gruppo sperimentale ha ricevuto il *training* di *mindfulness* svolto in otto settimane, proposto da Kabat-Zinn; il gruppo di controllo, invece, non ha ricevuto alcun *training* terapeutico, ma trattamento farmacologico. I partecipanti allo studio sono stati vittime della guerra Iran-Iraq con diagnosi di DPTS. Dopo aver somministrato interviste psichiatriche con lo scopo di verificare l'eventuale presenza di diagnosi di DPTS, sono stati selezionati 32 soggetti, assegnati casualmente ai due gruppi, gruppo sperimentale e gruppo di controllo. I soggetti erano tutti appartenenti al sesso maschile, con una fascia d'età compresa tra i 35-60 anni e con un'istruzione secondaria. È stato anche verificato se avessero sofferto, nei tre mesi precedenti allo studio, di altre forme di disturbo, mostrando sintomi di disturbo bipolare, disturbo borderline di personalità, tendenze antisociali e suicide attive e abuso di droga. Quattro partecipanti hanno abbandonato lo studio nella fase iniziale, riducendo a 28 il numero dei soggetti. Il *training* di riduzione dello stress basato sulla *mindfulness* (MBSR) è stato strutturato, per il gruppo sperimentale, in otto sessioni di *training* di *mindfulness* di 90 minuti ciascuna, con una cadenza bisettimanale, per un totale di un mese. Entrambi i gruppi hanno fatto il pre-test; alla fine del programma condotto con il gruppo sperimentale, è stato somministrato il post-test a tutti i soggetti dei due gruppi. Due mesi dopo, è stato somministrato il secondo post-test.

Inoltre, il gruppo di controllo è stato sottoposto a terapia farmacologica fino alla somministrazione del secondo post-test. Durante questo periodo, non sono stati esposti ad alcun intervento terapeutico. L'intero studio è durato tre mesi.

Discussione

I risultati dello studio sono stati simili a quelli di studi precedenti in cui è stata sostenuta l'efficacia degli interventi basati sulla *mindfulness* nel ridurre i sintomi di disturbi psicologici e condizioni mediche e nel migliorare la qualità della vita di coloro che vivono situazioni stressanti e traumatiche. I risultati dello studio hanno indicato una relazione significativa tra l'efficacia delle tecniche di *mindfulness* e altre dimensioni della vita come la salute mentale e quella fisica. Sono stati quindi documentati cambiamenti positivi e statisticamente significativi nella qualità della vita dei veterani di guerra con diagnosi di DPTS. Questo può essere spiegato dall'idea basilare dei programmi *mindfulness*, che facilitano un'accettazione priva di giudizio dei pensieri correlati all'evento vissuto e delle modifiche fisiologiche e corporee correlate, anche attraverso una maggiore consapevolezza fisica e psicologica. Frequentare incontri di *mindfulness* induce gli individui a cambiare il proprio rapporto con i pensieri così da poterli concepire come semplici fenomeni mentali e transitori, piuttosto che realtà oggettive ed immutabili. Si può notare che, poiché il *training* di *mindfulness* aumenta la coscienza degli individui sui sentimenti psicologici e fisici, ne risulta un'accettazione realistica degli eventi della vita e la fiducia, la profonda empatia e la compassione verso gli altri (44 Bernstein et al., 2011). Spesso, chi soffre di DPTS interpreta selettivamente ed in modo errato le proprie sensazioni

ed esperienze fisiche. Tale processo aumenta la loro sensibilità e sfiducia e li rende timorosi; questo stato, a sua volta, porta gli individui a pensare ossessivamente e senza sosta agli eventi passati e futuri (Vujanovic et al., 2009). In questi casi, praticare la respirazione consapevole, come luogo di attenzione e di riferimento, può aiutare queste persone a tornare alla loro condizione normale. Il ritorno a se stessi viene sperimentato una volta che gli individui riflettono sul loro passato o futuro e operano secondo i loro schemi di pensieri e sentimenti (Narimani, 2012). Chi soffre di DPTS spesso ha problemi a gestire il proprio disagio e questo influenza negativamente le relazioni familiari, gli impegni lavorativi, generando una bassa qualità della vita. Le pratiche di *mindfulness* migliorano la capacità mentale in modo tale che tornare allo stato normale anche in situazioni di stress diventi possibile. Infatti, l'attenzione consapevole al momento presente insegna agli individui nuovi modi di comprendere e rispondere a tutti i sentimenti intrinseci e così sviluppano la capacità di identificare sentimenti, esperienze e pensieri. In altre parole, l'accettazione come componente principale dei trattamenti basati sulla *mindfulness* aiuta gli individui a guardare gli eventi psicologici come stati comprensibili e transitori invece di considerarli come disastrosi, intollerabili e inevitabili.

I membri del gruppo sperimentale hanno riportato un aumento delle loro prestazioni e attività quotidiane durante il workshop ed il periodo successivo. Si suppone che le pratiche di *mindfulness* incoraggino i partecipanti a mantenere un atteggiamento positivo verso la curiosità e l'apertura alle esperienze. Inoltre, le pratiche migliorano la comprensione e l'intuizione verso comportamenti incompatibili, distruttivi e automatici, e rendono possibile agli individui di rispondere o fermare il

comportamento invece di reagire ad esso. Pertanto, fornire un *training* di *mindfulness* ai veterani di guerra con diagnosi di DPTS, che soffrono di problemi psichici, professionali e inter-individuali dovuti all'esperienza di situazioni dannose e traumatiche, può avere effetti molto efficaci.

I limiti dello studio presentato sono stati rappresentati dall'esiguo numero di partecipanti, dal breve intervallo tra primo e secondo post-test e dal genere dei soggetti, tra i quali sono stati esclusi individui di sesso femminile.

Gli autori hanno quindi sottolineato la necessità di procedere con ulteriori ricerche, che tengano in considerazione i precedenti fattori registrati come limiti.

Per un approfondimento dello studio:
Esfandiar Azad marzabadi, Seyyed morteza hashemi zadeh. The Effectiveness of Mindfulness Training in Improving the Quality of Life of the War Victims with Post Traumatic stress disorder (PTSD). Iran J Psychiatry 2014; 9:4: 228-236

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, 5eds. Washington, DC; Text Revision.: 2014
- Bernstein A, Tanay G, Vujanovic AA. Concurrent relations between mindful attention and awareness and psychopathology among trauma-exposed adults: Preliminary evidence of transdiagnostic resilience. Journal of Cognitive Psychotherapy 2011; 25: 99-113.
- Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress

- reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med* 2003; 65: 571-581.
- Kabat-Zinn J, *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life* (1st ed.). New York: Hyperion; 1994.
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 936-943.
- Klaric M, Franciskovic T, Obrdalj EC, Petric D, Britvic D, Zovko N. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub* 2012; 24: 280-286.
- Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Person and Individual Differences* 2009; 46: 448–453.
- Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain* 2008; 134: 310-319.
- Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. [Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims (Persian)]. *AMUJ* 2012; 15: 107-118.
- Seligman MEP. What is the good life. Available at: American Psychology Association. 1998; 29: 1.
- Simpson TL, Kaysen D, Bowen S, MacPherson LM, Chawla N, Blume A, et al. PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals. *J Trauma Stress* 2007; 20: 239-249.
- Vujanovic AA, Youngwirth NE, Johnson KA, Zvolensky MJ. Mindfulness-based acceptance and posttraumatic stress symptoms among trauma-exposed adults without axis I psychopathology. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 297-303.

Stress e Fattori di Rischio Psicosociali

di Martino Daniela

Lo *stress* è una reazione relativamente aspecifica alle sollecitazioni (stressors o stimoli) dell'ambiente esterno e/o interno. E' dunque un meccanismo di risposta alle richieste ambientali che ha natura del tutto fisiologica e non patologica(*eustress*): *Senza stress c'è la morte(Hans Selye)*

Tuttavia, gli studi, l'esperienza clinica e la ricerca, dimostrano che in alcune condizioni la risposta di stress può divenire disfunzionale, ovvero, nei seguenti casi specifici:

- 1 - per inadeguata intensità degli stimoli (sovra o sottostimolazione)
- 2 - per eccessiva durata degli stessi
- 3 - per caratteristiche di personalità del soggetto.

In questi casi la reazione di stress può diventare patologica e trasformarsi in una sindrome da stress negativo (*distress*), che è caratterizzato da:

- a - disturbi cognitivi (perdita di concentrazione, difficoltà ad assumere decisioni, persistenti pensieri negativi, diminuita abilità dei managers, ecc.)

b - disturbi emozionali (perdita di entusiasmo, irritabilità, ansia, depressione, ecc.)

c - disturbi fisici (palpitazioni, mal di schiena, mal di testa, disturbi gastrici, ecc.)

d - disturbi comportamentali (decremento della performance, disturbi dell'alimentazione, aumento di errori e infortuni, abuso di alcool e tabacco, stato di sovra o sotto eccitazione, ecc.).

Uno dei maggiori fattori di stress sul lavoro è rappresentato dalle relazioni interpersonali. A tal proposito L. Levi ha messo a punto il modello dello *stress* cosiddetto "psicosociale", secondo cui le interazioni sociali e i rapporti interpersonali possono rappresentare per le persone una fonte stressogena, in grado di produrre tutti i disturbi psicosomatici alla pari dei altri stimoli ambientali, fisici o organici.

Le interazioni lavorative, se non gestite correttamente possono esporre a danni alla salute fisica e psicologica, insieme ad altri fattori. Proprio questa consapevolezza ha spinto molti ricercatori a circoscrivere e definire il campo dei fattori che incidono maggiormente sullo stress da lavoro. I

fattori meglio individuati dalle ricerche sono i seguenti:

- il carico di lavoro,
- i ritmi,
- i turni lunghi o mal pianificati in successione
- rumore

Secondo un' indagine (1999/2000) dell'*European Agency for Safety and Health at work* nei paesi industrializzati e post industriali le malattie professionali di carattere fisico, organico o con forte correlazione causa/effetto, sono in continua diminuzione, di contro, sono invece in aumento le patologie stress correlate, aspecifiche e multifattoriali.

E' probabile che in larga parte ciò sia dovuto alla forte precarizzazione del mercato del lavoro, alle difficoltà di ricollocazione, agli obiettivi organizzativi sempre più pretenziosi, alla scarsa valorizzazione delle risorse umane, alla mancanza di una visione etica del lavoro; fattori questi che impattano in maniera pesante sul senso di autoefficacia dell'individuo, oltre a determinare tutti quei disturbi connessi alla sfera ansiosa e depressiva.

Quanto non appena accennato ci dà il senso del perché nel mondo del lavoro si

consumino tanti drammi di umana sofferenza. Uno studio di Hans Leymann, stima che l'8% dei suicidi avvenuti in Svezia in un anno, trovi nel lavoro un rapporto diretto di causa-effetto.

Un malessere con cui gli operatori della prevenzione dovranno confrontarsi nel tempo a venire, sia lavorando a livello individuale, sia a livello organizzativo, spingendo i contesti di lavoro a occuparsi sempre di più dei fattori che ormai notoriamente possono intervenire sul miglioramento del benessere lavorativo, ovvero :

-Funzione e Cultura organizzativa

Comunicazione, sostegno nella risoluzione di problemi e sviluppo personale; definizione degli obiettivi organizzativi

-Ruolo nell'organizzazione

Coerenza di ruolo, ripartizione equa delle responsabilità per i dipendenti

Evoluzione della carriera

Evoluzione di carriera, promozione del capitale umano, retribuzione, sicurezza dell'impiego, sensibilizzazione rispetto al valore sociale attribuito al lavoro

Autonomia decisionale/Controllo

Partecipazione al processo decisionale, controllo sul lavoro

Rapporti interpersonali sul lavoro

Riduzione dell'isolamento fisico o sociale, rapporti funzionali con i superiori, cura delle relazioni interpersonali, supporto sociale.

Interfaccia famiglia-lavoro

Conciliazione tra casa e lavoro,

Riepilogando lo stress non è una malattia, ma piuttosto una disfunzione di sistema che può arrecare danni se non adeguatamente controllato nei contesti lavorativi.

In questo senso, non vi è una ricetta magica per la gestione dei fattori stress lavoro-correlato, tuttavia vi sono diverse indicazioni di ricerca che indicano come il clima organizzativo in un'azienda/realtà lavorativa possa essere migliorato, anche in modo significativo, con interventi tempestivi e mirati che coinvolgono in modo coordinato l'ambito relazionale, organizzativo, gestionale e sanitario.

Bibliografia

-Eu-Osha. Calculating the costs of work-related stress and psychosocial risks – A literature review. Bilbao: European agency for Safety and Health at Work; 2014.

-Eu-Osha. ESEnER - European Survey of Enterprises on new and Emerging Risks 2- preliminary findings. Bilbao: European agency for Safety and Health at Work; 2015.

-Inail. Indagine nazionale sulla salute e sicurezza sul Lavoro. Milano: Inail; 2014.

-Cox T. Stress. London: Macmillan; 1978.

-Cox T, Griffiths AJ. The assessment of psychosocial hazards at work. In: Shabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL. Handbook of Work and Health Psychology. Clichester: Wiley & Sons; 1995.

-Coordinamento Tecnico Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro. Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato: guida operativa; 2010.

-Leka S, Cox T. The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. UK: I-WHO; 2008. pp 80-95 (ISBN 978-0-9554365-2-9).

-PRIMA-EF network. PRIMA-EF. Guida al contesto europeo per la gestione del rischio psicosociale. Una risorsa per i datori di lavoro e i rappresentanti dei lavoratori. Protecting Workers' Health Series 9 Ed: Petyx M, Petyx C, natali E & Iavicoli S WHO; 2008.

Dislessia evolutiva: neuroimaging della lettura lenta e faticosa

di Roberto Ghiaccio

I ricercatori conducono continuamente studi circa le cause della dislessia, l'identificazione precoce e i trattamenti. La dislessia evolutiva è associata alla difficoltà nell'elaborazione dell'ortografia (la forma scritta) e della fonologia (la struttura sonora) del linguaggio. Per comprendere l'origine di questi problemi, gli studi di neuroimaging hanno confortato l'anatomia e la funzionalità cerebrale di persone con e senza dislessia. Tuttavia nonostante abbiamo tanti reperti di laboratorio resta ancora un'amara ostinazione alla sua negazione.

Per molti anni, è stato comune tra genitori o insegnanti (purtroppo anche alcuni clinici) credere erroneamente che un individuo con dislessia avesse difficoltà a leggere o padroneggiare le abilità linguistiche semplicemente perché non era intelligente o non si impegnava/allenava abbastanza, o peggio era *s v o g l i a t o / s f a t i c a t o /* scansafatiche. Tuttavia, anni di ricerca mostrano che la dislessia non è correlata all'intelligenza o alla motivazione di un individuo, ma piuttosto a una difficoltà linguistica con basi neurobiologiche (vedi Galaburda, et al., 1985).

Gli scienziati hanno scoperto che non esiste una singola sezione del cervello che sia l'unica responsabile

dell'apprendimento della lettura. I molteplici processi coinvolti nell'apprendimento della lettura come la mappatura grafema-fonema, in cui le lettere possono essere associate ai suoni corrispondenti e decodificate, e il riconoscimento visivo della forma delle parole, in cui i lettori mappano parole familiari e producono rappresentazioni mentali di tali parole, si verificano in una rete di aree del cervello piuttosto che in un'area specifica.

Poiché il cervello umano non è già cablato per leggere, non esiste un "centro di lettura" del cervello e non ci sono "geni di lettura", ogni singolo cervello deve imparare a leggere da solo. Nell'imparare a leggere, il cervello compie un'impresa incredibile: crea un circuito specializzato che serve solo per leggere, riciclando parti del cervello originariamente progettate per svolgere altre funzioni, come recuperare i nomi. Questo nuovo "circuito di lettura" combina processi provenienti da diverse aree del cervello e quindi funziona a una velocità così veloce da sembrare quasi automatico.

Ma non tutti i cervelli creano facilmente un circuito di lettura fluido. Questo è il caso della dislessia. Piuttosto che essere una malattia o una condizione medica (l'errata percezione comune), la dislessia è un'organizzazione cerebrale diversa, una neurodiversità, o meglio una neuovarietà, in cui il circuito di riciclaggio per la lettura è stato interrotto o cablato in maniera differente, così da non garantire quella padronanza comportamentale necessaria

all'automatizzazione. Da tale "mancanza" centrale scaturiscono effetti non solo sugli apprendimenti ma anche sul funzionamento/adattamento.

Poiché la lettura è un'invenzione culturale nata dopo l'evoluzione degli esseri umani moderni, nessuna singola area cerebrale funge da centro di lettura. Invece, le regioni del cervello che assolvono altre funzioni, come il linguaggio parlato e il riconoscimento degli oggetti, vengono reindirizzate-riciclate (piuttosto che specificate in modo innato) allo scopo di leggere (Dehaene & Cohen, 2007). La lettura coinvolge molteplici processi cognitivi, due dei quali sono stati di particolare interesse per i ricercatori.

La mappatura grafema-fonema in cui le combinazioni di lettere (grafemi) sono mappate sui suoni corrispondenti (fonemi) e le parole sono quindi "decodificate"insieme, questi processi ci consentono di pronunciare parole e di accedere al significato. In accordo con questi processi cognitivi, studi su adulti e bambini hanno dimostrato che la lettura è supportata da una rete di regioni nell'emisfero sinistro (Price, 2012), comprese le cortecce occipito-temporale, temporo-parietale e frontale inferiore.

La corteccia occipito-temporale contiene "l'area visiva della forma della parola". Sia la corteccia frontale temporo-parietale che quella frontale inferiore svolgono un ruolo nell'elaborazione fonologica e semantica delle parole, con la corteccia frontale

inferiore coinvolta anche nella formazione dei suoni del linguaggio. È stato dimostrato che queste aree cambiano con l'età (Turkeltaub, et al., 2003) e sono alterate nelle persone con dislessia (Richlan et al., 2011). La corteccia occipito-temporale ha la potenzialità epigenetica dell'area visiva della forma della parola.

Sia la corteccia frontale temporo-parietale che la frontale inferiore svolgono un ruolo nell'elaborazione fonologica e semantica delle parole, la corteccia frontale inferiore è coinvolta anche nella formazione dei suoni del linguaggio. È stato dimostrato che queste aree cambiano con l'età (Turkeltaub, et al., 2003) e sono alterate nelle persone con dislessia (Richlan et al., 2011). La prova di una connessione tra la dislessia e la struttura del cervello è stata scoperta per la prima volta esaminando l'anatomia del cervello di adulti deceduti diagnosticati dislessici evolutivi (Galaburda).

Le attuali tecniche di imaging hanno rivelato un volume di sostanza grigia e bianca inferiore e un'integrità alterata della sostanza bianca nelle aree occipito-temporali e temporo-parietali dell'emisfero sinistro. I primi studi funzionali erano limitati agli adulti perché impiegavano tecniche invasive con utilizzo materiali radioattivi. Il campo della mappatura del cervello umano ha beneficiato notevolmente dell'invenzione della fMRI. Studi provenienti da diversi paesi sono convergenti nei risultati di aree alterate dell'emisfero sinistro (Richlan et al., 2011), comprese le

cortecce ventrale occipito-temporale, temporo-parietale e frontale inferiore (e le loro connessioni).

Diverse varianti genetiche sono associate alla dislessia e il loro impatto sul cervello è studiato stato nelle persone e nei topi. Gli animali che sono stati allevati per avere geni associati alla dislessia, i ricercatori stanno studiando come questi geni potrebbero derivare lo sviluppo e la comunicazione tra le regioni del cervello (Che, et. al., 2014; Galaburda, et al., 2006) . Queste indagini si integrano con gli studi sugli esseri umani. Differenze nell'anatomia cerebrale (Darki, et al., 2012; Meda et al., 2008) e nella funzione cerebrale (Cope et al., 2012; Pinel et al., 2012)

I metaboliti cerebrali che svolgono un ruolo nel consentire ai neuroni di comunicare possono essere visualizzati utilizzando un'altra tecnica basata sulla chiamata magnetica spettroscopia. Si ritiene che diversi metaboliti (ad esempio la colina) siano alterati nelle persone con dislessia (Pugh et al., 2014). I ricercatori continuano a esplorare la connettività nel tentativo di delineare le differenze nell'omologia cerebrale, ma tali "varietà" non sono necessariamente la causa delle difficoltà di lettura (ad esempio, potrebbe anche essere una conseguenza di leggere).

La ricerca sull'imaging cerebrale ha rivelato cambiamenti anatomici e funzionali nei lettori con sviluppo tipico mentre imparano a leggere (ad es. Turkeltaub et al., 2003) e in bambini e adulti con dislessia a seguito di istruzioni

di lettura efficaci (Krafnick, et al., 2011; Eden et al., 2004). Tali studi fanno luce anche sulle differenze cerebrali di bambini con dislessia che traggono vantaggio dalle istruzioni di lettura rispetto a quelli che non riescono a ottenere miglioramenti (Davis et al., 2011; Odegard, et al., 2008).

Un aspetto importante della ricerca sul cervello e sulla lettura è se i risultati sono la causa o la conseguenza della dislessia. Alcune delle regioni cerebrali note per essere coinvolte nella dislessia sono alterate anche dall'apprendimento della lettura, come dimostrato dal confronto tra adulti analfabeti ma che poi hanno imparato a leggere (Carreiras et al., 2009). Studi longitudinali rivelano cambiamenti anatomici con l'età, alcuni dei quali sono legati allo sviluppo (Giedd et al., 1999) altri al rafforzamento delle abilità linguistiche (Sowell et al., 2004) in ulteriori miglioramenti nelle abilità fonologiche (Lu et al., 2007)

Nel cervello dislessico, il circuito di lettura può essere interrotto in diverse aree/punti e causare uno sviluppo problematico. Poiché ogni cervello è unico, non esiste una singola forma di dislessia, ma ci sono problemi comuni:

Consapevolezza fonemica — identificare le singole unità sonore è una sfida importante nel cervello, non solo, dislessico. Il problema principale per i bambini con dislessia è la capacità di notare e lavorare con tutti i suoni, e quindi essere in grado di abbinare quei suoni alle lettere giuste (formazione articolare).

La fluidità, o far funzionare rapidamente il circuito di lettura, è il secondo problema più grande. Anche quando i bambini possono elaborare tutti i fonemi, possono comunque avere difficoltà ad associare i suoni alle lettere giuste, forse a causa del controllo dell'emisfero destro sull'elaborazione del linguaggio centrata sull'emisfero sinistro. Questo rende la lettura anche delle parole più semplici molto lenta, faticosa esitante, con ricorsi a strategie di assemblaggio, che quindi rallenta la fluidità, perché l'automaticità non si sviluppa correttamente.

La comprensione è il terzo (ma non meno cruciale) problema nella lettura. Una volta che lettere e suoni sono abbinati, assemblati, alcuni bambini avranno difficoltà a mettere insieme le parole per formare frasi e significato. Spesso, questo tipo di difficoltà non si manifesta fino a quando i bambini non sono più grandicelli, intorno alla terza elementare in su, quando si passa dall'imparare a leggere al leggere per imparare. Il carico attentivo, il sovraccarico di memoria di lavoro fonologica, e l'affaticabilità cognitiva potrebbero interferire con una veloce ed accurata comprensione del testo.

Per i dislessici, il lavoro di lettura è lento e laborioso, quindi spesso studenti brillanti e intelligenti che non hanno ricevuto un intervento adeguato non diventano mai lettori fluenti. Molti studenti dislessici possono cavarsela per anni memorizzando parole senza leggerle, ma in terza o quarta elementare, quando l'apprendimento

passa da imparare a leggere a leggere per imparare, gli studenti in difficoltà non riescono a leggere abbastanza velocemente per tenere il passo. Spesso sperimentano ripetuti fallimenti ed è nostro dovere evitare alcune "torture".

Sebbene abbiamo tentato di spiegare alcune delle differenze studiate quando si tratta di dislessia e cervello, è essenziale ricordare che il cervello è straordinariamente complesso. Man mano che la ricerca continua e avanza, potremmo imparare aspetti del cervello dislessico che potrebbero contraddire gli studi precedenti. Genitori ed educatori devono ricordare e rispettare la fatica che il bambino fa nell'andare in bici con le sue ruote quadrate.

Bibliografia

Carreiras, M., Seghier, ML, Baquero, S., Estévez, A., Lozano, A., Devlin, JT e Price, CJ (2009). *Una firma anatomica per l'alfabetizzazione*. *Natura*, 461 (7266), 983–986. doi:10.1038/natura08461

Che, A., Girgenti, MJ e Loturco, J. (2014). *Il gene associato alla dislessia Dcdc2 è necessario per la precisione dei tempi degli spike nella neocorteccia del topo*. *Psichiatria biologica, in corso di stampa*. doi:10.1016/j.biopsych.2013.08.018

Cope, N., Eicher, JD, Meng, H., Gibson, CJ, Hager, K., Lacadie, C., ... Gruen, JR (2012). *Le varianti nel locus DYX2 sono associate ad un'attivazione cerebrale alterata nelle regioni cerebrali correlate alla lettura in soggetti con disabilità di lettura*. *NeuroImage*, 63 (1), 148–156. doi:10.1016/j.neuroimage.2012.06.037

Darki, F., Peyrard-Janvid, M., Matsson, H., Kere, J. e Klingberg, T. (2012). *Tre geni di suscettibilità alla dislessia, DYX1C1, DCDC2 e KIAA0319, influenzano la struttura della sostanza bianca temporo-parietale*. *Psichiatria biologica*, 72 (8), 671–676. doi:10.1016/j.biopsych.2012.05.008

Dehaene, S. e Cohen, L. (2007). *Riciclo culturale delle mappe corticali*. *Neurone*, 56 (2), 384–398. doi:10.1016/j.neuron.2007.10.004

Eden, GF, Jones, KM, Cappell, K., Gareau, L., Wood, FB, Zeffiro, TA, ... Flowers, DL (2004). *Cambiamenti neurali a seguito di correzione nella dislessia evolutiva dell'adulto*. *Neurone*, 44 (3), 411–422.

Eden, GF, VanMeter, JW, Rumsey, JM, Maisog, JM, Woods, RP e Zeffiro, TA (1996). *Elaborazione anormale del movimento visivo nella dislessia rivelata dall'imaging cerebrale funzionale*. *Natura*, 382 (6586), 66–69. doi:10.1038/382066a0

Flowers, DL, Wood, FB e Naylor, CE (1991). *Correlazioni del flusso sanguigno regionale dei processi linguistici della*

disabilità della lettura. *Archivi di neurologia*, 48 (6), 637–643.

Galaburda, AM e Kemper, TL (1979). *Anomalie citoarchitettoniche nella dislessia dello sviluppo: un caso di studio*. *Annali di neurologia*, 6 (2), 94–100. doi:10.1002/ana.410060203

Galaburda, AM, Sherman, GF, Rosen, GD, Aboitiz, F. e Geschwind, N. (1985). *Dislessia evolutiva: quattro pazienti consecutivi con anomalie corticali*. *Annali di neurologia*, 18 (2), 222–233. doi:10.1002/ana.410180210

Galaburda, AM, LoTurco, J., Ramus, F., Fitch, RH e Rosen, GD (2006). *Dai geni al comportamento nella dislessia evolutiva*. *Nature Neuroscience*, 9 (10), 1213–1217. doi:10.1038/nn1772

Giedd, JN, Blumenthal, J., Jeffries, NO, Castellanos, FX, Liu, H., Zijdenbos, A., ... Rapoport, JL (1999). *Sviluppo del cervello durante l'infanzia e l'adolescenza: uno studio MRI longitudinale*. *Nature Neuroscience*, 2 (10), 861–863. doi:10.1038/13158

Gross-Glenn, K., Duara, R., Barker, WW, Loewenstein, D., Chang, JY, Yoshii, F., ... Sevush, S. (1991). *Studi tomografici a emissione di positroni durante la lettura seriale di parole da parte di adulti normali e dislessici*. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13 (4), 531–544. doi:10.1080/01688639108401069

Hoefl, F., McCandliss, BD, Black, JM, Gantman, A., Zakerani, N., Hulme, C., ... Gabrieli, JDE (2011). *Sistemi neurali*

predittivi di risultato a lungo termine nella dislessia. *PNAS*, 108 (1), 361–6. doi:10.1073/pnas.1008950108

Krafnick, AJ, Flowers, DL, Napoliello, EM e Eden, GF (2011). *Il volume della materia grigia cambia in seguito all'intervento di lettura nei bambini dislessici*. *NeuroImage*, 57 (3), 733–741. doi:10.1016/j.neuroimage.2010.10.062

Lu, LH, Leonard, CM, Thompson, PM, Kan, E., Jolley, J., Welcome, SE, ... Sowell, ER (2007). *I normali cambiamenti dello sviluppo nella materia grigia frontale inferiore sono associati al miglioramento dell'elaborazione fonologica: un'analisi MRI longitudinale*. *Corteccia cerebrale*, 17 (5), 1092–9. doi:10.1093/cercor/bhl019

Meda, SA, Gelernter, J., Gruen, JR, Calhoun, VD, Meng, H., Cope, NA e Pearlson, GD (2008). *Il polimorfismo di DCDC2 rivela differenze nella morfologia corticale di individui sani: uno studio preliminare di morfometria basato su voxel*. *Immagini cerebrali e comportamento*, 2 (1), 21–26. doi:10.1007/s11682-007-9012-1

Pinel, P., Fauchereau, F., Moreno, A., Barbot, A., Lathrop, M., Zelenika, D., ... Dehaene, S. (2012). *Le varianti genetiche del locus FOXP2 e KIAA0319/TTRAP/THEM2 sono associate ad un'attivazione cerebrale alterata in regioni legate al linguaggio*. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 32 (3),

817–825. doi:10.1523/JNEUROSCI.5996-10.2012

Prezzo, CJ (2012). *Una rassegna e una sintesi dei primi 20 anni di studi PET e fMRI sul parlato, sul parlato e sulla lettura*. *Neuroimmagine*, 62 (2), 816–847.

Pugh, KR, Frost, SJ, Rothman, DL, Hoeft, F., Tufo, SND, Mason, GF, ... Fulbright, RK (2014). *I livelli di glutammato e colina predicono differenze individuali nella capacità di lettura nei lettori emergenti*. *The Journal of Neuroscience*, 34 (11), 4082–4089. doi:10.1523/JNEUROSCI.3907-13.2014

Raschle, NM, Chang, M. e Gaab, N. (2011). *Le alterazioni strutturali del cervello associate alla dislessia precedono l'inizio della lettura*. *Neuroimmagine*, 57 (3), 742–749.

Raschle, NM, Zuk, J. e Gaab, N. (2012). *Le caratteristiche funzionali della dislessia evolutiva nelle regioni cerebrali posteriori dell'emisfero sinistro precedono l'inizio della lettura*. *Atti della Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti d'America*, 109 (6), 2156–2161. doi:10.1073/pnas.1107721109

Richlan, F., Kronbichler, M. e Wimmer, H. (2011). *Meta-analisi delle disfunzioni cerebrali nei bambini e negli adulti dislessici*. *Neuroimmagine*, 56(3), 1735–1742. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.02.040p style="text-indent: -0.5in; margine sinistro: 0,5

pollici;">Richlan, F., Kronbichler, M. e Wimmer, H. (2013) . *Anomalie strutturali nel cervello dislessico: una meta-analisi di studi di morfometria fonda su voxel* . *Mappatura del cervello umano*, 34 (11), 3055–3065. doi:10.1002/hbm.22127

Rumsey, JM, Andreason, P., Zametkin, AJ, Aquino, T., King, AC, Hamburger, SD, ... Cohen, RM (1992). *Mancata attivazione della corteccia temporoparietale sinistra nella dislessia. Uno studio tomografico a emissione di positroni di ossigeno 15* . *Archivi di neurologia*, 49 , 527–534.

Sowell, ER, Thompson, PM, Leonard, CM, Welcome, SE, Kan, E. e Toga, AW (2004). *Mappatura longitudinale dello spessore corticale e della crescita cerebrale nei bambini normali* . *The Journal of Neuroscience*, 24 (38), 8223–8231. doi:10.1523/JNEUROSCI.1798-04.2004

Turkeltaub, PE, Gareau, L., Flowers, DL, Zeffiro, TA, & Eden, GF (2003). *Sviluppo di meccanismi neurali per la lettura* . *Nature Neuroscience*, 6 (7), 767–773. doi:10.1038/nn1065

Psicologia, psicoanalisi, yoga e salute

di **Veronica Sarno**

“ Sia lo yoga che la psicoanalisi hanno uno scopo comune, che consiste nel favorire l'eliminazione della sofferenza nell'uomo e di permettere la sua realizzazione, anzitutto come esseri umani; per questo fine, almeno all'inizio, il loro percorso praticamente coincide: infatti, in entrambi i casi, quello che si vuole ottenere è, prima di tutto, la realizzazione di un individuo adulto e maturo, capace di rapportarsi con la vita in modo autonomo e razionale, senza il condizionamento dei desideri infantili o l'oppressione dei fantasmi nevrotici.”¹

Gaia Bergamaschi ha analizzato quelle che definisce le scuole di psicologia yogica: la psicologia Vedānta, reputa che l'attività mentale sia di tipo intellettuale, compatibile con una concezione intellettuale della mente. Lo studio della mente umana rientra nello studio del microcosmo, accordabile con le leggi del macrocosmico.

Lo yoga di Patañjali invece considera l'esistenza di una psicologia sperimentale ed applicata. Tuttavia queste due scuole di pensiero hanno qualcosa in comune, considerano la mente uno strumento interno, mentre giudicano strumenti esterni corpo fisico ed energetico.

La mente esegue tre tipologie di attività:

1° La mente Manas raccoglie le percezioni sensoriali coordinandole con le

risposte motorie.

2° La mente Ahankara riguarda il senso dell'io che va a trasformare l'esperienza

sensoriale in una personalizzazione di senso dell'esperienza sensoriale rispetto alla propria identità individuale, funzionale a stabilire una sensazione di unicità e di distinzione.

3° La mente Buddhi, mente superiore, volta alla valutazione ed al discernimento delle situazioni, formula giudizi e stabilisce il comportamento della persona in quella situazione.

Queste tre menti sono interconnesse in Chitta concetto simile all'ES psicoanalitico. Vi è poi il concetto di Ahankara che comprende il concetto di lo psicoanalitico con tutte le sue difese e di ego in senso comune occidentale del termine ed anche il limite fra ciò che è lo e ciò che non lo è.

¹ L.Ioverno, “Yoga e psicoanalisi”, Eureka, 2016, p.11

1

“Quando la mente entra in degli stati in c'è la separatezza, i concetti di psicologia occidentale secondo i quali l'ego comprende sempre un certo campo di senso dell'io entrano in un circolo che porta al disorientamento.”²

Patañjali invece usa il termine Chitta per indicare le funzioni mentali in senso olistico e complessivo come un lago calmo limpido e trasparente, talvolta turbate da onde Vrtti generate da percezioni sensoriali, pensieri, ricordi, quando le onde si placano è possibile accedere ad importanti livelli di interiorità. Nel primo libro degli Yoga Sutra di Iyengar (1993) si descrive lo yoga come metodologia finalizzata al controllo volontario ed alla regolazione dei processi di pensiero, tale che la coscienza possa liberarsi dall'identificazione con i pensieri stessi. Patañjali classifica Vrtti in diverse

capacità mentali: percezione accurata o cognizione, percezione inesatta, fantasia o immaginazione, memoria, sonno. Man mano che ci si distacca dai pensieri si superano le Klesha, cause della sofferenza, che sono:

- avidya: ignoranza,
- asmita: angusta e stagnante definizione di sé,
- raga: attaccamento,
- dvesa: avversione fobica,
- abhinivesah: terrore della morte.

La pratica dello yoga si lega alla psicologia perché promuove la salute. Secondo Amy Weintraubm (2012), nello yoga terapeutico, il corpo è la porta che conduce alle emozioni.

Van der Kolk (2014) individua tre strade, che adoperano la neuroplasticità cerebrale, per aiutare le persone a gestire i traumi, si tratta di-

❑ Via top-down (dall'alto verso il basso), il dialogo, la connessione fra le persone, consentono di capire ed elaborare e memorie traumatiche (psicoanalisi, psicoterapia dinamica, psicoterapia cognitivo-comportamentale)-

❑ Via farmaceutica, che va a cambiare i modi in cui il cervello organizza e gestisce le informazioni.

❑ Via bottom-up (dal basso verso l'alto) il corpo fa esperienze che gli consentono di contrastare stati negativi come l'essere adirati ed il sentirsi impotenti.

Alcune pratiche yoga si collocano nella prima via ed altre nella terza, le emozioni vengono regolate al meglio mediante la via top-down, mentre la via bottom up crea una riprogrammazione del sistema nervoso autonomo, che attraverso il respiro Pranayama dello yoga.

² G.Bergamaschi "Disciplina yogica ed elementi di psicologia junghiana:una

analisi critica, Milano Bicocca, 2011, p.16.
2

B. N. Gangadhar (2018) descrive prove neurobiologiche dello yoga per la salute mentale. Da quando nel 2014 le nazioni Unite hanno proclamato una giornata internazionale dedicata allo yoga, quest'ultimo si è trasformato da pratica esoterica in un'attività per la salute, divenendo anche oggetto di studio.

Il Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Governo dell'India ha creato un piano per finanziare lo yoga e la meditazione, piano chiamato SATYAM, inoltre il governo indiano ha creato il ministero AYUSH dedicato allo yoga ed alla medicina indiana. La parola yoga deriva dal vocabolo yui, che significa "collegare", "amalgamare", "unire", ciò che unisce la consapevolezza del singolo con quella cosmica, mediante sforzi costanti (sādhana), il praticante detto (sādhaka) riceverà come beneficio una migliore salute fisica e mentale ed una maggiore padronanza della mente. Diverse ricerche hanno mostrato che i livelli di cortisolo crollano dopo aver praticato yoga, le ricerche sono state effettuate su pazienti affetti da depressione ed altri con dipendenza da alcol. Il cortisolo calava perché diminuiva il livello di depressione a seguito della pratica yoga, che a sua volta consentiva una migliore attività cognitiva. Si ipotizza che la diminuzione dello stress ed il sentirsi rilassati ed in generale in uno stato migliore, nella pratica dello yoga siano mediati dall'acido γ-amminobutirrico (GABA), un neurotrasmettitore che inibisce neuroni del cervello. Alcuni medicinali seguono lo stesso principio, infatti medicine con proprietà simili vengono adoperate per trattare l'agitazione, disturbi emotivi e perfino l'insonnia; le benzodiazepine facilitano il funzionamento del GABA. I

livelli GABA del cervello sono misurabili mediante risonanza magnetica spettroscopica (MRS). Gli esperimenti indicano che i livelli di GABA aumentano dopo una sessione di yoga, sia in soggetti sani e sia in soggetti malati.

Se si invia un breve impulso di energia magnetica attraverso lo scalpo, la regione cerebrale sottostante si attiva, stimolando un muscolo, lontano ma corrispondentemente collegato (come ad esempio, il muscolo della trachea), che è colpito da segnali elettrici, misurabili con l'elettromiografia (EMG). Reagendo a questa stimolazione magnetica, il cervello compensa anche generando sul muscolo effetti inibitori, che portano al silenzio elettromiografico. È un effetto di breve durata (circa 100 millisecondi) mediato dal GABA. Tale breve inibizione è chiamata periodo corticale silente (CSP). Nei soggetti stressati o depressi il periodo corticale silente è più breve e questo presuppone che l'attività GABA si sia abbassata. I pazienti con depressione, dopo quattro giorni di pratica yoga manifestano un miglioramento del 25% ed è stato osservato un significativo prolungamento del CSP, simile a quello che hanno gli individui sani. Un esperimento sulle persone sane ha visto, dopo venti lezioni di yoga in un mese, un incremento dell'estensione del CSP, ciò significa che

3

si è verificato un potenziamento della trasmissione GABA collegata al rilassamento/riduzione dello stress portato dallo yoga.

Altri esperimenti hanno dimostrato che l'amigdala, deputata alle emozioni, agli stati di ansia e/o depressione, assieme alla zona limbica cerebrale viene disattivata dalla recitazione del mantra OM dello yoga, sembra possibile che la trasmissione GABA possa essere

agevolata dalla disattivazione del sistema limbico.

È stato verificato che la pratica dello yoga è utile nel trattamento della schizofrenia, migliorando l'emotività e le situazioni, perché aumenta la produzione di ossitocina, che è risultata scarseggiare negli schizofrenici come nelle persone autistiche, entrambe queste categorie manifestano deficit nella cognizione sociale, sono meno attenti nel riconoscere le espressioni del viso altrui e le loro emozioni ed interessi, sono un po' "disconnessi" dagli altri; in alcune occasioni si provvede con uno spray nasale di ossitocina, la pratica yoga è stato dimostrato che aumenta l'ormone dell'ossitocina. Dopo aver praticato yoga, le persone erano più precise nel riconoscimento delle emozioni facciali.

Inoltre, si è verificato un miglior funzionamento dei neuroni specchio dopo la pratica yoga, infatti, in presenza di uno stimolo emotivamente significativo, i neuroni specchio sono pronti a favorire una reazione pronta allo stimolo, come si può osservare tramite riscontro elettromiografico (EMG) a un impulso magnetico applicato a livello transcranico; questo tipo di risposta è stato maggiore a seguito della pratica yoga sia nei soggetti sani e sia in quelle persone malate di schizofrenia.

Ciò fa pensare che lo yoga prepari i neuroni specchio verso la connessione sociale, infatti, come si diceva prima, lo yoga connette l'individualità con l'universalità.

Van der Kolk ha ipotizzato l'affiancamento della pratica yoga a quella psicologica, perché sembra che la pratica yoga stimoli nei pazienti consapevolezza delle situazioni e maggiore facilità di tollerare emozioni forti e distruttive e capacità di accettazione di situazioni ed emozioni.

Si è scoperto che lo yoga può essere affiancato a molti disturbi importanti, nel caso del disturbo post traumatico da stress è stato istituito il Trauma Sensitive Yoga, che effettua interventi di yoga di tipo bottom-up.

In altri esperimenti, lo yoga è stato affiancato a soggetti con disturbi dell'alimentazione, che sembrano averne tratto vantaggio.

Nel 2015, Khalsa, ha utilizzato lo yoga, per combattere il disturbo d'ansia generalizzato, in particolare si tratta di Kundalini Yoga affiancati ad interventi cognitivo-comportamentali e sessioni di gruppo, questo tipo di interventi sono risultati particolarmente efficaci, in quanto va ad agire contemporaneamente su

4

processi cognitivi e fisiologici, in quanto lo yoga riduce le cause fisiologiche dell'ansia, mentre la terapia cognitivo-comportamentale si occupa di modificare i pensieri negativi quando si presentano. Alcune tecniche yoga sono rimaste segrete a lungo tempo, come nel caso del Kriya Yoga, riportato alla luce alla fine dell'Ottocento da Mahavatar Babaji, maestro indiano illuminato; da allora questa pratica yoga continua ad aumentare i suoi praticanti.

Benefici del Kriya Yoga riconosciuti sono i seguenti: Aumento dell'equilibrio emotivo Innalzamento delle energie Rinforza il sistema immunitario

Aumento della concentrazione
 Rende più saggi ed ispirati Riduce lo stress
 Rafforza l'intuizione

Dona maggiori capacità di controllare la propria vita
 Ravviva flussi di energia vitale nella

spina dorsale e nella mente. Aumenta la chiarezza mentale.

E nell'evidenza della pratica, migliora notevolmente il tono dell'umore. Esistono diverse tipologie di yoga, ognuna pensata per fini specifici e maggiormente adatta ad alcuni disturbi piuttosto che ad altri, alla psicologia il compito di scoprire quale disturbo possa essere affiancato da una specifica tecnica yoga, in modo tale da accelerare i processi di guarigione.

Bibliografia

Bhat, S., Varambally, S., Karmani, S., Govindaraj, R., & Gangadhar, B. N. (2016). Designing and validation of a yoga-based intervention for obsessive compulsive disorder. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 28(3), 327–333.

Govindaraj, R., Varambally, S., Sharma, M., & Gangadhar, B. N. (2016). Designing and validation of a yoga-based intervention for schizophrenia. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 28(3), 323–326

L. Ioverno, "Yoga e psicoanalisi", Eureka, 2016.

5

G. Bergamaschi "Disciplina yogica ed elementi di psicologia junghiana: una analisi critica, Milano Bicocca, 2011.

B. N. Gangadhar, tratto dalla Rivista Italiana di Teosofia ANNO LXXIV, N. 6, Giugno 2018.

Discorso tenuto il 31 dicembre 2017 in occasione della Convenzione Teosofica Internazionale di Adyar, Chennai (India). Tratto da *The Theosophist*, vol. 139.4, gennaio 2018, pagg. 19-23, traduzione di Lucia Berton e Patrizia Calvi

<https://www.ipsico.it/news/yoga-e-terapia-cognitivo-comportamentale-una-possibile-integrazione/>

<https://denisedellagiacoma.com/kriya-yoga/>

L'assessment Terapeutico o collaborativo: origini e struttura di una nuova tecnica.

di Gaia Cassese

Introduzione

Nel mio breve percorso post-universitario, mi sono imbattuta in pareri contrastati e sguardi diffidenti circa l'utilizzo dei test psicodiagnostici, che sono di gran lunga ancora appannaggio di Servizi Sanitari pubblici o dell'ambito giuridico e peritale. Ancora poco diffusi, specialmente in ambito clinico privato, l'opinione dei professionisti con cui mi sono interfacciata si divide. Da una parte emerge l'ammirazione per la "capacità" di poter ottenere diagnosi precise e immediate, prive di incertezze e dubbi in cui potrebbe incorrere l'occhio nudo dello psicologo, e la valutazione psicodiagnostica si pone in questo contesto come un facile tentativo di liberarsi dall'angoscia dell'ignoto, della complessità del paziente, che porta con sé, specialmente per i giovani psicologi, il fantasma di un mandato sociale detentore di verità immediata sull'altro. D'altro lato il ghigno di chi, vantando una maggiore esperienza, si propone come sostenitore di una diagnosi che, per esigenza di comunicazione tra professionisti, nonché di definire linee guida nella comprensione del disagio del paziente, chiude un mondo di possibili significati, guardando piuttosto alla somministrazione dei test come una valutazione violenta, un incasellamento ed una categorizzazione della realtà in poche etichette diagnostiche e comunicative.

Dal mio punto di vista, uno schieramento di tal genere porta con sé una diversa problematica a monte: una ancora forte incertezza e mancanza di conoscenza circa l'obiettivo in contesto clinico, e specialmente in quello privato, dell'utilizzo della testologia. In particolare, in una domanda provocatoria, chiedo: ma i test psicodiagnostici servono davvero a formulare una diagnosi?

Emerge, a questo punto, la necessità di partire dalle origini: ma cosa intendiamo per diagnosi? Diagnosi proviene dal greco *dia* (attraverso) e *gnosis* (conoscenza), un'etimologia che richiama ad una conoscenza del paziente che va ben oltre l'esigenza di un'etichetta comunicativa e di presentazione della sintomatologia dell'individuo. Tale concezione di diagnosi richiama la curiosità e l'interesse profondo che lo psicologo prima, e il terapeuta poi, possono mostrare nell'esplorazione di ciò che il paziente porta nella stanza e, quindi, nella e attraverso la relazione terapeutica. Quindi diagnosi non come semplice ricerca del sintomo, quanto un "conoscere attraverso" la complessità dell'animo umano che necessariamente promuove un infinito mondo di significati verso non solo la conoscenza dei limiti, ma che si rivolge soprattutto alle risorse, al contesto, ai punti di forza ambientali e personali che saranno alleati di un percorso di conoscenza del sé ed evoluzione del paziente. Questa concezione perde l'idea di incasellamento a favore di un recupero di quanto c'è di più profondo e nobile nella nostra professione, un concetto trasversale che accomuna tutti gli orientamenti psicoterapeutici: l'interesse per la relazione.

È solo in seguito alla definizione di questa cornice teorica ed etimologica che l'utilizzo dei test, nella pratica clinica privata, si pone come un potente strumento alleato del processo terapeutico. Ed è abbracciando pienamente questo contesto che a partire dal 1980 Stephen E. Finn conia il termine di *Assessment Terapeutico* (S. E. Finn, 2007).

L'assessment Terapeutico o collaborativo: le origini.

L'assessment terapeutico è un approccio alla valutazione psicologica sviluppato da Stephen E. Finn in collaborazione con i colleghi (1), frutto di una riflessione attenta e continua sulla pratica e l'intervento con numerosi e differenti gruppi di pazienti. Nato in contrapposizione ai limiti della valutazione psicologica tradizionale, il metodo affonda le radici all'interno del *modello intersoggettivo* (2) sviluppato da Stolorow, Atwood e Brandcraft (1996), basato sulla psicologia fenomenologica e articolato nell'ambito dell'assessment da C. Fisher. Secondo la teoria dell'intersoggettività, il "sé" non può essere considerato come un insieme di caratteristiche stabili e ben distinte del soggetto, bensì vanno studiate e approfondite nella piena consapevolezza della loro dipendenza dal sistema interpersonale in cui sono osservate e "misurate". Ne deriva chiaramente che l'obiettivo di ottenere misure oggettive di un tratto di personalità è limitato e pronto a deludere le aspettative del somministratore. Questo succede in primo luogo perché, spiega Finn, i comportamenti del paziente avvengono sempre in un determinato contesto che rinvia specifici feedback; in secondo

luogo il somministratore volgerà la propria attenzione verso alcune sfumature dei risultati testologici piuttosto che altre, influenzato da quello che è il proprio set di valori e la sua storia personale; infine, nessuno potrà mai conoscere appieno fino a che punto si estende la portata del proprio contributo al contesto interpersonale. Cosa possiamo quindi fare da giovani psicodiagnosti? Certamente essere aperti e curiosi a tali fattori e fenomeni nel contesto di assessment.

Infatti, quello che ad un approccio valutativo tradizionale si presenta come un insormontabile ed inevitabile ostacolo da governare il più possibile, mediante la neutralizzazione dell'intervento del somministratore, diviene per lo psicologo esperto una consapevole opportunità per giocare nella relazione, e l'assessment si pone come un primo potentissimo strumento. Sebbene, infatti, l'autore presenti il proprio approccio in una serie di passaggi-guida molto pratici e precisi, l'assessment terapeutico è piuttosto da considerarsi come un modello di pensiero che richiede allo psicologo di movimentare le proprie risorse creative, intuitive e soprattutto empatiche nei confronti del paziente. I requisiti indispensabili sono: una profonda conoscenza e comprensione dei test, e la capacità di <<entrare nei panni dei nostri pazienti>> profondamente (Finn, 2007).

Inoltre, S. Finn distingue un assessment terapeutico collaborativo da quello non collaborativo. Mentre quest'ultimo consta di una valutazione psicologica "sul" paziente, il primo, caratteristico del metodo in questione, si fonda su un presupposto di fondamentale importanza: una profonda fiducia nel paziente come unico conoscitore del proprio disagio e

del proprio contesto. Ne deriva che egli viene attivamente coinvolto in tutte le fasi del modello valutativo: definire l'obiettivo o gli obiettivi della valutazione, osservare e definire le risposte e i comportamenti ai test, capire il significato di tali risposte e comportamenti, elaborare raccomandazioni o percorsi utili, redigere una documentazione di sintesi di quanto emerso e successo all'interno del breve percorso affrontato insieme. I risultati, ripetiamo ancora una volta, hanno senso solo nella relazione terapeutica in cui sono stati raccolti e accolti.

Le fasi dell'assessment terapeutico

L'assessment terapeutico o collaborativo si presenta come un modello semi-strutturato, le cui fasi si pongono come linee guida e spunti di riflessione e idee a tutti quei professionisti che, dirà l'autore, <<*non sono così creativi, intuitivi ed intraprendenti*>> (3), offrendo allo psicologo un format che insegna a giocare e "divertirsi" con il paziente in stanza di terapia.

Le sei fasi ideate dall'autore nascono da una forte riflessione sulle esigenze del paziente emerse durante decenni di esperienza pratica, ma anche basate su delle strategie "jolly" molto utili e furbe per lo psicologo. Ad esempio, l'autore prende in considerazione la *self-verification theory* di Swann (1996, 1997), che mostra di come le persone sono motivate a mantenere stabili le storie o schemi attuali che essi hanno di sé stessi, mentre tendono ad allontanare o a non dar credito alle informazioni che contrastano con la propria storia. Da questa consapevolezza ne deriva che includere il paziente nella costruzione degli incontri di valutazione ci aiuta a

focalizzare i punti da cui possiamo partire nella presentazione dei risultati!

Le fasi possono tuttavia essere modificate, invertite o omesse a seconda delle esigenze del paziente e del contesto con cui si sta operando.

- *Step 1 – Sessione Iniziale.* La prima sessione si estende durante il primo colloquio conoscitivo tra paziente e psicologo, e consiste nel chiedere e co-costruire, attraverso un'attenta analisi della domanda, quali enigmi, richieste o dilemmi sul proprio sé o sulle proprie relazioni ha condotto il paziente in terapia: tali domande, che solitamente prenderanno la forma di uno o più quesiti centrali generali e di sotto-temi di esplorazione secondari, si pongono come un vero e proprio contratto utente-somministratore, e saranno il focus dell'intero assessment collaborativo. Un buon suggerimento potrebbe essere quindi quello di redarle in forma scritta e rileggerle alla fine della sessione con il paziente per un accordo o l'aggiunta di modifiche. Questo approccio centrato sul paziente ha lo scopo di renderlo curioso dei propri problemi (sfatando immediatamente il mito della delega di responsabilità allo psicologo circa la risoluzione del proprio disagio), riducendo inoltre l'ansia di essere semplicemente sottoposti a valutazione circa le proprie abilità. Per quanto riguarda il clinico, la prima fase permette di cominciare ad individuare gli schemi esistenti del paziente nella decodifica di sé e del mondo, ma anche dove la sua narrazione è più flessibile, lasciando così una porta di accesso per la costruzione, durante la sessione di restituzione, di una narrazione nuova e alternativa.

- *Step 2 – Somministrazione dei test standardizzati.* La seconda fase ha inizio

generalmente già al termine del primo incontro (4), o fissando un successivo appuntamento, ed ha la durata di due o tre sedute, il tempo necessario per somministrare i reattivi scelti. Non esiste infatti una batteria testologica prestabilita: quali reattivi somministrare dipenderà dalle conoscenze e competenze dello psicologo nei test, nonché dalle domande che sono emerse dalla prima sessione. In questa fase si sbizzarrisce la creatività dello psicodiagnosta, nella scelta degli strumenti che aiuteranno a rispondere ai quesiti costruiti con il paziente. Per questo motivo, infatti, l'autore raccomanda di cominciare a somministrare prima di tutto i test che sono percepiti anche dallo stesso paziente come più vicini alla domanda centrale dell'assessment e, solo in un secondo momento, collezionare i risultati che, in quanto clinici, riteniamo ugualmente necessari al nostro lavoro. In questo modo ridurremo ulteriormente il fantasma di valutazione che l'assessment porta inevitabilmente con sé, mostrando il processo come piuttosto una ricerca attiva di informazioni per portare a compimento quanto accordato nel contratto. Durante la somministrazione di ogni reattivo è importantissimo notare eventuali atteggiamenti e comportamenti salienti che, in quanto esperti clinici, intuimo essere strettamente legati agli schemi ricorrenti dell'utente. Prevediamo infatti sempre un momento di inchiesta successivo ad ogni somministrazione per confrontarci con il paziente su com'è stata l'esperienza testologica (5). Questo momento di confronto successivo è fondamentale per cominciare a "co-editare" e tessere le fila della ricostruzione della storia del paziente.

• *Step 3 – Sessione di intervento.* La terza fase ha un obiettivo tanto complesso quanto di impatto per l'intero intervento: quello di evocare, nella stanza di terapia, un episodio di difficoltà direttamente legato alla domanda del paziente, per facilitare un momento di consapevolezza circa i propri schemi ed aiutare a costruire risposte alternative adatte alla situazione. Il clinico può infatti, a questo punto dell'intervento, utilizzare le informazioni provenienti dai test e dagli incontri per individuare un focus significativo su cui volgere l'attenzione della sessione, guidato chiaramente dalla definizione di una ipotesi del problema, ma sempre pronto a modificarlo sulla base dei feedback del paziente durante l'incontro. La sessione di intervento richiede quindi allo psicologo di mobilitare tutte le proprie risorse creative, intuitive, immaginative nonché teoriche, per progettare il modo in cui far emergere il quesito in-vivo nella relazione. Finn non pone limiti all'immaginazione: possono essere utilizzati test o anche solo parti di test ritenuti utili all'obiettivo, ma anche qualsivoglia tecnica presente nella valigetta degli attrezzi personali dello psicologo, come role playing, psicodramma, esercizi immaginativi o corporei. Sarà il clinico a decidere come raggiungere (certamente professionalmente) il proprio scopo. L'autore fattorializza quindi i diversi passaggi e suggerimenti da tenere presente nella conduzione della sessione di intervento: 1. Selezionare il focus della sessione (tra le domande costruite con l'utente) ed organizzare gli strumenti e la seduta per elicitare la difficoltà o lo schema comportamentale in-vivo 2. Introdurre la sessione spiegando su cosa si intende lavorare e concentrarsi durante la seduta 3.

Elicitare, osservare e nominare il problema comportamentale, definendolo più volte. Sarà utile invitare il soggetto ad osservare la situazione, utilizzando certamente le parole del paziente (ancora una volta ci “mettiamo nei panni” del cliente) ma offrendo anche parole significative alternative, più sane e adattive, portavoce della promozione di nuovi significati inesplorati. 4. Esplorare il contesto che ha sancito il problema comportamentale. Ci chiederemo e renderemo la relazione consapevole di: quali sono i fattori necessari ad elicitare lo schema disadattivo? Cosa lo rinforza e lo mantiene? In quali origini affonda le radici la costruzione di questo schema? 5. Immaginiamo insieme soluzioni o risposte alternative al problema elicitato e testiamole in-vivo. Anche qui potremo certamente utilizzare, se necessario, diverse tecniche psicologiche che riteniamo opportune. 6. Discutere di come generalizzare le nuove strategie e consapevolezze dalla stanza dello psicologo ai contesti di vita del soggetto. È chiaro che possiamo decidere di ripetere la sessione di intervento nel caso in cui nel contratto co-costruito siano presenti più domande centrali, o sentissimo la necessità di chiarire ciò che è emerso dalla situazione di somministrazione dei test. In alcuni casi, invece, potremmo decidere di omettere totalmente la sessione di intervento. Può succedere, ad esempio con pazienti i cui schemi non sono particolarmente complessi e radicati, di poter giungere alla definizione di strategie alternative già durante il momento di confronto successivo alla somministrazione dei test (Step 2): valuteremo quindi se è superflua l'implementazione dell'intervento.

• *Step 4 – Sessione di discussione.* Nella fase quattro ci concediamo con il paziente un ultimo incontro finale per discutere di quanto avvenuto negli step precedenti. Per far ciò, Finn ci regala chiare e originali strategie da seguire per come ordinare e organizzare le informazioni in modo che appaiano quanto più utili e fruibili al cliente e dalla relazione terapeutica. In particolare, l'autore suggerisce di partire presentando come primo livello di risultati tutte quelle informazioni e caratteristiche che fanno già parte e confermano l'immagine che il paziente ha del proprio sé (6). Solo esaurito questo livello potremmo passare a quello successivo, ovvero a quegli aspetti emersi dalla valutazione che riformulano o ampliano i modi di pensiero abituali verso sé stessi, introducendo e ridefinendo aspetti e sintomatologie di cui il paziente si è reso già consapevole (7) (ad esempio ridefinendo uno stato di “stanchezza” che l'utente ci comunica, se opportuno, con uno stato di “ansia” o “mancanza di motivazione”). Solo in ultimo lasciamo spazio a quelle concezioni che sono in aperto conflitto con gli schemi attuali del proprio sé. Ricordiamo che non stiamo presentando una serie di asettici risultati in modo unilaterale: stiamo scrivendo e riscrivendo una narrazione stavolta più completa, nuova, alternativa della storia o quantomeno di una parte di storia del paziente. È quindi inevitabile richiamare la partecipazione attiva di quest'ultimo chiedendo esplicitamente se è d'accordo con i risultati, in disaccordo, se rivedrebbe degli aspetti anche mediante l'uso di esempi concreti di ciò che sta dicendo. Ricordiamo, infatti, che assunto fondamentale del metodo è una piena fiducia al paziente: chi meglio di lui può

offrire informazioni sul disagio portato in terapia?

• *Step 5 – Presentazione scritta dei risultati.* In un percorso che pone costantemente al centro la relazione terapeutica, una asettica copia di un report psicodiagnostico su carta intestata dello studio non può certo prefigurarsi come la conclusione ideale dell'intervento. La prassi ideata da Finn e colleghi volge naturalmente verso la stesura di una lettera indirizzata in prima persona al nostro interlocutore, il paziente, in cui scriviamo (anzi, riscriviamo e, inevitabilmente, risignifichiamo nuovamente, forti dell'esperienza degli incontri insieme) il percorso fin qui definito: le domande che sono entrate a far parte del contratto iniziale, nonché le nuove consapevolezza, i nuovi spunti di riflessione o finanche ulteriori quesiti e propositi che hanno coronato la sessione di discussione. La narrazione sta così prendendo vita in una tangibile forma scritta e permanente del modello. In realtà "permanente" fino ad un certo punto: al paziente verrà lasciata la libertà di commentare, modificare, co-editare e finanche ri-editare la lettera risultante dall'intervento.

• *Step 6 – Sessioni di Follow up.* Questa fase è l'ultima aggiunta ad uno strumento che si è man mano formato e modificato nell'arco di più di un ventennio e tutt'oggi ancora. Prevedere delle sessioni di follow-up è stata una scelta guidata inizialmente dalla stessa richiesta dei pazienti, e si è resa prassi quando ci si è pian piano accorti della portata terapeutica dell'intervento di assessment. Si procede comunicando all'utente che molte persone trovano utile fissare un nuovo incontro a distanza di due o tre mesi, in seguito cioè al

tempo necessario, dopo l'intenso percorso insieme, per poter riflettere sulla narrazione condivisa e provare ad implementare le nuove strategie previste, valutandone le difficoltà o i cambiamenti positivi. Nella sessione di follow-up si propone quindi un nuovo "pensare su", per poter rafforzare o, al contrario, modificare la traiettoria definita.

Durante la costruzione e l'aggiunta delle diverse fasi-guida del metodo di assessment collaborativo, S. Finn e i colleghi si rendono conto dell'eco terapeutico dell'intervento, tanto da cominciare a pensarlo e definirlo come un vero e proprio intervento psicologico breve.

1.4 L'assessment terapeutico o collaborativo: un nuovo intervento psicologico breve?

L'assessment terapeutico o collaborativo può essere considerato quindi un approccio psicologico breve? E soprattutto, quali caratteristiche potrebbero renderlo tale? In primo luogo, certamente un intervento di valutazione psicodiagnostica, anche in veste tradizionale, ha il più delle volte benefici indiretti sul paziente in quanto aiuta il professionista o l'equipe sanitaria ad elaborare un piano di obiettivi terapeutici da poter raggiungere mediante la scelta del percorso di cura più opportuno. È ormai assodato e ben risaputo dai professionisti sanitari che la comunicazione della diagnosi può avere di per sé una portata terapeutica, se comunicata in modo adeguato, in quanto consiste finalmente nel riconoscimento del disagio per il quale il soggetto si reca in consultazione, e nel restituire in una modalità "digerita", quindi in una dimensione di cura, un materiale che

non aveva trovato altro luogo di espressione se non in una condizione corporea e sintomatologica, personale o ambientale. Possiamo già facilmente immaginare il ritorno benefico e di alleggerimento di un fardello riordinato e condiviso in stanza di terapia. Nel metodo di assessment terapeutico questa dimensione di cura va ancora oltre, abbracciando in parte le tecniche di intervento evidence-based e ampiamente riconosciute e condivise di psicologia narrativa. Molti pazienti si sentono immediatamente sollevati per il semplice fatto di aver tradotto il proprio tumulto interiore in domande concrete, essere cioè già riusciti a tessere le prime fila e origini del proprio problema. Ma quello che viene appoggiato e creato, insieme nella e attraverso la relazione, è la creazione e ricostruzione della propria storia, letteralmente una narrazione che assumerà una forma scritta, tangibile, ma che stavolta prevede un finale, anzi una molteplicità di finali possibili, aperti, ancora da scrivere.

L'assessment terapeutico si pone come tale prima di tutto perché risponde con impatto al principale aspetto che spinge un individuo a recarsi in terapia: sentirsi capiti.

Bibliografia

Aschieri F., Fantini F., Smith J. D. (2016), *Collaborative/Therapeutic Assessment: Procedures to Enhance Client Outcomes*, The Oxford Handbook of Treatment Processes and Outcomes in Psychology

Durosini I., Aschieri F. (2021). *Therapeutic Assessment Efficacy: A Meta-Analysis*. Psychological Assessment, Vol. 33, No. 10, 962–972

Finn S. E. (2007). *In Our Clients' Shoes: Theory and Techniques of Therapeutic Assessment*. Psychology Press, New York.

Hanson, W. E., & Poston, J. M. (2011). *Building confidence in psychological assessment as a therapeutic intervention: An empirically based reply to Lilienfeld, Garb, and Wood*. Psychological Assessment, 23(4), 1056–1062

Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). *Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention*. Psychological Assessment, 22(2), 203–212

Provenzi, L., Menichetti, J., Coin, R., & Aschieri, F. (2017). *Psychological assessment as an intervention with couples: Single case application of collaborative techniques in clinical practice*. Professional Psychology, Research and Practice, 48(2), 90–97.

Scott D. Churchill (2019), *Explorations in Teaching the Phenomenological Method: Challenging Psychology Students to «Grasp at Meaning» in Human Science Research*, Journal of Phenomenology and Education. Vol.23 n.55

1.Stolorow, R. D., Atwood, J. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. S. E. Finn è molto attivo nella ricerca e nella formazione anche in Italia, con la collaborazione di Filippo Aschieri presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

2.L' Inter Subjectivity Theory, è una prospettiva psicoanalitica sviluppata

da R. Stolorow, G. Atwood e B. Brandcraft a partire dal 1984.

3. Da "In Our Client Shoes" (Finn 2007), p. 66

4. Nella somministrazione, ad esempio, di test autovalutativi come l'MMPI 2 si può chiedere al paziente di compilarlo già al termine del primo incontro, se si ritiene opportuno e se il tempo lo permette.

5. Quali domande porre come input alla fase di inchiesta e dove porre la nostra attenzione ci verrà suggerito dall'esperienza del metodo nonché dalla nostra esperienza clinica, dallo stare nella terapia, con ciò che sta succedendo nel qui ed ora.

6. In questo caso i risultati dell'MMPI-2 potrebbero venirci in aiuto, se ricordiamo che il profilo che emerge equivale alla presentazione che il paziente, in quel momento (e ricordiamo che ci stiamo sempre rivolgendo al contesto clinico privato), decide di offrire alla relazione.

7. Qui il Rorschach può porsi invece come soluzione, facendosi portavoce degli aspetti generalmente più inconsci e proiettivi del soggetto.

Home Care Assistance. Alcune riflessioni sulla psicologia domiciliare in caso di disabilità

di *Francesca Dicè*

L'incontro psicologico domiciliare, sempre più richiesto, nasce a seguito della necessità di attivare specifici interventi con persone che hanno difficoltà ad uscire di casa (Pollastri, 2020). Alcuni esempi possono essere condizioni cliniche quali il Disturbo Ossessivo Compulsivo (Pollastri, 2020) o la Depressione Post Partum (Pollastri, 2020), oppure condizioni legate alla Sindrome da Accumulo, alle patologie croniche (Pollastri, 2020; Sottocorna, 2022), alle gravi disabilità (Pollastri, 2020). Altre situazioni che possono beneficiare di questa metodologia sono le persone anziane o con demenza, morbo di Alzheimer, di Parkinson ed altre malattie degenerative (Sottocorna, 2022).

L'intervento psicologico domiciliare può rivelare grande efficacia. Generalmente, un obiettivo elitario è il recupero ed il rafforzamento delle competenze relazionali del paziente, con conseguente potenziamento delle sue risorse personali e delle dinamiche relazionali (Pollastri, 2020). Inoltre, come spesso accade anche nel caso delle psicoterapie online, può avvenire che l'alleanza terapeutica possa instaurarsi più velocemente (Sottocorna, 2022), probabilmente grazie alla maggiore familiarità del paziente con l'ambiente in cui la seduta si svolge, ma anche alla minore probabilità che egli/ella possa seguire le sue resistenze e saltare delle sedute.

Nonostante tali potenzialità, quello domiciliare è un intervento che può

rivelarsi molto complesso. Innanzitutto, al fine di evitare l'instaurarsi di processi collusivi che possano minare la validità del processo terapeutico, è fondamentale che lo psicologo esegua un'adeguata analisi della domanda con specifica attenzione alle fantasie e le dinamiche inconsapevoli che possono sottendere la scelta del setting domiciliare (Pollastri, 2020; Carli & Paniccchia, 2003). Una specifica attenzione dello psicologo, inoltre, deve essere rivolta alla necessità di ristrutturare il suo setting abituale, che ovviamente deve essere diversificato secondo le necessità e le richieste del cliente (Pollastri, 2020); ciò può richiedere una maggiore flessibilità (Sottocorna, 2022) e, talvolta, il ricorso ad importanti risorse creative (Dominijanni, 2017) che consentano un maggiore adattamento alla specificità delle situazioni che incontra. Ciononostante è sempre necessario preservare il setting, inteso sia come assetto interno, evidentemente più delicato di quanto non sia quello dello studio clinico (Dominijanni, 2017), sia come assetto esterno, assicurandosi che i colloqui si tengano in uno spazio riservato, durante il tempo concordato e benefico di tutti gli obblighi legali come tutela della privacy e firma del consenso informato (Pollastri, 2020).

Fondamentale, infine, può rivelarsi il lavoro in rete, inteso sia come la collaborazione dello psicologo con eventuali altre figure professionali coinvolte (ad esempio, educatori, operatori socio sanitari), sia come rapporti con le istituzioni che collaborano alla presa in carico del paziente (ad esempio, Servizio Sanitario, Enti Locali, Educative Territoriali), al fine di offrire un servizio quanto mai completo ed

adeguato a tutte le necessità dei pazienti.

Bibliografia.

Carli R. & Paniccia R.M. (2003). Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica. Bologna: Il Mulino. ISBN 978-8815096470

Dominijanni L. (2017). La solitudine dello psicologo domiciliare. Retrieved from <https://bit.ly/3lXvlbu>

Pollastri A. (2020). Lo psicologo a domicilio. Retrieved from <https://bit.ly/3sM8tvq>

Sottocorna R. (2022). Lo psicologo a domicilio e le terapie online. Retrieved from <https://bit.ly/3Clf5Ux>

Fobia Scolare in Adolescenza

di **Cinzia Saponara**

Premessa

Con il termine: “Fobia scolastica” coniato nel 1941 dalla psichiatra americana Adelaide Johnson, intendiamo un disturbo caratterizzato dalla paura, irrazionale e non controllabile, di andare e/o restare a scuola. La **fobia scolastica** denominata anche “**rifiuto ansioso della scuola**” (Last, Francis, Hersen, Kazdin & Strass, 1987) **riguarda tra l'1% e il 5% (Burke & Silverman, 1987) dei ragazzi in età scolare senza differenze di genere socio-economico**. I bambini e gli adolescenti che ne soffrono presentano frequentemente una risposta fobica sul piano fisiologico (tachicardia, nausea, dolori addominali, cefalee, disturbi del sonno) e sul piano comportamentale ed emotivo (condotte di evitamento, somatizzazioni), tali da compromettere significativamente la regolare frequenza scolastica. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di alunni intelligenti e studiosi con buona resa didattica, che riducono la propria frequenza a scuola, fino al ritiro, non tanto per disinteresse o per insuccesso negli studi, quanto per la paura della propria inadeguatezza ad abitare la scuola intesa come “contesto sociale”. La sua insorgenza sembra spesso immotivata e il manifestarsi di tale fobia rappresenta solitamente un segnale d'allarme particolarmente rilevante, che non va mai sottovalutato, perché può essere il sintomo di una sottostante struttura psicopatologica in procinto di scompensarsi. Tale disturbo non ha una sua categoria nosologica specifica all'interno del DSM 5 dove viene inclusa

tra le molteplici fenomenologie delle fobie sociali, privandolo di una sua specificità. Non esistono pertanto direttive specifiche che possano tutelare sufficientemente gli studenti che soffrono di fobia scolare e che hanno assenze di frequenza scolastica spesso molto prolungate.

La dispersione scolastica è un fenomeno di per sé complesso e multiforme, l'Italia, dato fermo al 2019, viaggiava su una percentuale di **abbandono scolastico** del 13,5 per cento in media, (i ragazzi il 15,6% e le ragazze il 10,4%), in forte miglioramento nelle ultime stagioni, ma in ritardo sulla media europea (10 per cento). I divari tra le regioni risultano molto ampi. Questi i dati contenuti nell'ultima pubblicazione del Ministero dell'Istruzione, dal titolo “[La dispersione scolastica](#)”. La **Comunità di Sant' Egidio**, in un lavoro dove è stato preso in considerazione il primo periodo dell'anno scolastico 2020/21, Settembre-Dicembre, ha certificato che a Settembre 2020, ripartenza del secondo anno pandemico, il 4 per cento dei bambini-adolescenti non era tornato a scuola. **Un'indagine Ipsos per conto di Save the Children** aveva già evidenziato che, nel 28 per cento delle classi superiori, da marzo 2020 a gennaio 2021, almeno un alunno aveva abbandonato la scuola. Qui, i ragazzi ritirati, sono circa 34mila. La somma delle due indagini porta a contare 200mila studenti usciti dal circuito scolastico dalla primaria alla media superiore, in quest'ultimo periodo. Sono ben note le problematiche collegate al ricorso prolungato alla DAD e/o all'alternanza di DAD e didattica in presenza, questa incertezza, ha colpito duramente i ragazzi che erano già

predisposti a un isolamento, infatti per alcuni, la DAD ha rappresentato una situazione di comodo: sono a casa mia, non ho contatti con i miei coetanei, non devo sforzarmi di avere delle relazioni, perché avere relazioni mi costa fatica. Nella maggior parte dei casi si è trattato di una regressione temporanea e reversibile, in altri al contrario questa situazione ha slatentizzato, di fatto, vissuti di forte ansia e rifiuto di ritornare a scuola in presenza.

Occorre fare un doveroso distinguo

tra rifiuto scolastico e assenteismo ingiustificato, quest'ultimo spesso è associato a comportamenti antisociali, atteggiamento oppositivo e/o alla mancanza di interesse per la propria formazione scolastica; è un comportamento in cui è assente l'ansia e la paura intensa e irrazionale di frequentare la scuola. Nel caso dei ragazzi con fobia scolare il quadro è molto più complesso, il meccanismo scolastico, basato su regole, verifiche e confronti, sottopone questi ragazzi ad una costante frustrazione delle proprie aspettative, cioè ad una ferita narcisistica; quando ciò accade, sono pervasi da un'angoscia catastrofica, che impedisce loro di pensare e di agire. Per l'adolescente di solito il terrore è tale e non è possibile alcuna spiegazione. Abbandonata la scuola, alcuni tra loro arrivano a chiudersi per giorni interi nella loro camera, dove stazionano "attaccati" al computer e si rifiutano di uscire di casa anche per le incombenze che li riguardano. La rivoluzione digitale ha creato ambienti espressivi nei quali gli adolescenti non solo sperimentano nuove possibilità di realizzazione ma si rifugiano in occasione di gravi crisi evolutive, in una forma di autoricovero che esprime sia il dolore sia un tentativo di risolverlo, come avviene nel ritiro sociale, la più significativa manifestazione del disagio giovanile odierno, assimilabile alla cosiddetta

sindrome di Hikikomori¹ (auto-isolamento prolungato) in preadolescenti e adolescenti.

Spesso i genitori sono allo stremo sia per l'insuccesso degli sforzi inutilmente fatti sia perché i figli possono diventare dei despoti all'interno della famiglia, appropriandosi di ogni spazio della casa e interferendo continuamente con la libertà degli altri membri.

René Diatkine ed Eric Valentin ("Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", 1985), descrivono quattro possibili evoluzioni focalizzando l'attenzione sul fatto che non si tratta mai di un sintomo "fugace o benigno".

1. Il termine con cui in genere vengono identificate le persone ritirate in casa è di origine giapponese: Hikikomori che significa ritiro, fenomeno, registrato negli anni '80 del secolo scorso.

Il primo tipo di evoluzione, quella più grave ma fortunatamente numericamente poco consistente, evolve verso la schizofrenia, manifestando dissociazione e delirio paranoide.

Il secondo tipo di evoluzione analizza degli adolescenti che sembrano essere incapaci di qualsiasi compromesso con i propri desideri: tali ragazzi vengono considerati come psicotici ("caso limite", "borderline"), ma non presentano dissociazioni o deliri. Gli autori mettono in evidenza una relazione familiare

estremamente problematica, preesistente alla comparsa della fobia scolare e da questa esacerbata, caratterizzata da ambivalenza e da messaggi contraddittori sia da parte dei genitori che dei figli; viene evidenziato il fatto che l'adolescente non più capace di andare a scuola, in precedenza aveva solo apparentemente uno sviluppo armonico, ma che ad un esame più attento l'adattamento alla realtà era solo apparente ed erano già presenti angosce importanti. Concludendo il secondo tipo di evoluzione gli autori rimarcano che il ragazzo resta a casa, trovando una nuova organizzazione che non gli crea alcuna inquietudine, ma che diventa un nuovo modo di vivere in funzione del principio di piacere.

Il terzo tipo di evoluzione, quella più diffusa, ha un esordio simile a quella dei precedenti gruppi ma è caratterizzata da adolescenti che vivono un'atmosfera depressiva, esacerbata dal fatto che mal sopportano la propria incapacità di affrontare una vita normale, oltre ad un isolamento sociale parzialmente presente. Secondo Diatkine molti di loro non hanno sperimentato nell'infanzia il piacere del funzionamento mentale legato all'investimento del processo secondario.

Il quarto tipo di evoluzione riguarda un piccolo gruppo di ragazzi, nei quali si constatano fobie scolari organizzate come delle vere e proprie isterie di angoscia.

CONCLUSIONI

E' opinione degli studiosi, che si sono occupati di fobia scolastica, che nei bambini il disturbo sia meno grave di quello che compare in adolescenza. Il piccolo soffre in questi casi di un'angoscia di separazione temendo, per esempio, di non ritrovare più la madre che può scomparire mentre egli è a scuola. Il sintomo in questi casi è più circoscritto ed esplicito, ed è quindi possibile ottenere un miglioramento con un buon intervento psicoterapico quando i genitori sono collaboranti, la remissione sembra essere più diffusa, quindi, quando l'esordio si verifica in età precoce. Quando la fobia scolare colpisce il preadolescente e l'adolescente è più difficile da interpretare, ed assume un quadro complesso e più serio.

Isolamento graduale, calo del rendimento scolastico, assenze ripetute, apatia e disinteresse sono comuni campanelli d'allarme di un imminente drop-out scolastico. Un ruolo cruciale hanno gli insegnanti che assistono ad un graduale allontanamento dal percorso scolastico; con la famiglia e i servizi, essi possono contribuire a valutare se sia la manifestazione di un processo di chiusura più specifica nei confronti della scuola. Per quanto riguarda il percorso terapeutico, si tratta di un processo articolato e dagli esiti non scontati, dove è necessario cercare di creare una rete di sostegno tra la scuola e la famiglia. La cura non può essere incentrata solo sulla difficoltà più evidente, cioè il rifiuto della scuola, si tratta di approfondire le ragioni che hanno condotto ad una crisi globale della personalità e tentare di ricostruirne le fondamenta.

Non necessariamente l'esito positivo della terapia coincide con il rientro a scuola, ma si può giungere ad una graduale maturazione emotiva che può portare a scegliere il mondo del lavoro.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5. "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali"*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014;

Burke, A. E., & Silverman, W. K. (1987). "THE PRESCRIPTIVE TREATMENT OF SCHOOL REFUSAL." *Clinical psychology review*, 7(4);

Capurso, M., Di Renzo, M., & Bianchi di Castelbianco, F. (2012). "A scuola senza paura : comprendere i timori dei bambini e trasformarli in occasioni di crescita". Roma: Magi Ed.;

Comunità di Sant'Egidio 2021, "Ricerca sulla dispersione scolastica";

Diatkine R., Valentin E. (1990). In Lebovici S., Diakine R., Soulè M. (a cura di). Le fobie scolastiche dei bambini più grandi e degli adolescenti. "Trattato di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza", vol. 2, Borla, Roma;

Fedeli, D., & Meazzini, P. (2002). "La fobia per la scuola: teorie e strategie". *Psicologia e Scuola*, 23(112), 13 – 20.

Johnson, A. M., Falstein, E. I., Szurek, S. A., & Svendsen, M. (1941). "SCHOOL PHOBIA". *American Journal of Orthopsychiatry*, 11(4);

Lancini M. 2019. "Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa", Raffaello Cortina Ed.Milano.

Last, C. G., & Strauss, C. C. (1990). "SCHOOL REFUSAL IN ANXIETY-DISORDERED CHILDREN AND ADOLESCENTS." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1);

MIUR: <https://www.miur.gov.it/-/miur-pubblicati-i-dati-sulla-dispersione-scolastica-on-line-l-approfondimento-statistico>;

IPSOS: <https://www.ipsos.com/it-it/sondaggio-ipsos-save-children-opinioni-giovani-scienza-covid-19> Ipsos per Save the children
Hikokimori

Indagare la Prosocialità in Età Evolutiva: la prova di completamento di storie sull'orientamento prosociale

di Lia Corrieri

Introduzione

La prosocialità è un costrutto multidimensionale complesso che, proprio per queste sue caratteristiche, risulta essere particolarmente difficile da descrivere. Tra le definizioni più recenti presenti in letteratura figura quella proposta da Jensen (2016), il quale ha spiegato la prosocialità come “quell’insieme di comportamenti volti a beneficiare l’altro o gli altri” portando, a titolo di esempio, condotte come l’aiutare ed il confortare il prossimo. Sebbene questa definizione si focalizzi soprattutto sulla dimensione comportamentale del costrutto, Jensen stesso (2016) ha osservato come un comportamento propriamente prosociale debba essere mosso da intenzionalità e da un effettivo interesse per il benessere altrui, evidenziando come queste dimensioni non siano aspetti di secondaria importanza. A tal proposito, risultano essere particolarmente interessanti anche le riflessioni mosse da Caprara (2006), il quale ha osservato come spesso molti studiosi tendano ad etichettare un comportamento come prosociale basandosi esclusivamente sugli effetti prodotti da quel determinato comportamento, non considerando invece le importanti motivazioni soggiacenti l’azione stessa.

Le difficoltà nel definire il costrutto in questione sono imputabili anche all’elevato numero di associazioni tra la prosocialità ed altri fattori che, seppur tra loro distinti, concorrono ad influenzare la qualità dell’adattamento sociale (Grazzani & Ornaghi, 2015). Un esempio, in questo senso, ci viene offerto dall’empatia, ovvero l’abilità a rispondere affettivamente alle emozioni altrui (Hoffman, 2000), costrutto quindi diverso dalla prosocialità che sembra però esserne alla base (Grazzani & Ornaghi, 2015).

Il panorama teorico

Nel corso degli anni diverse prospettive teoriche hanno cercato di offrire un contributo alla comprensione della prosocialità. Tra le varie prospettive, quella neuroscientifica ha avuto il merito di evidenziare, soprattutto mediante studi di neuroimaging, un’effettiva associazione della prosocialità con altri costrutti, come già precedentemente accennato. Studi neuroscientifici hanno evidenziato, ad esempio, come la capacità empatica sembri guidare la prosocialità, tanto da portare alcuni Autori a leggere i comportamenti prosociali come tentativi volti a ristabilire un’omeostasi negli individui che hanno subito un’iperattivazione a seguito della condivisione empatica dell’altrui malessere (Decety et al., 2015).

Studi di neuroimaging hanno permesso di osservare che l’attivazione nelle aree prefrontali mediali sembra predire l’attuazione di comportamenti prosociali durante la mentalizzazione (Waytz et al., 2012), chiamando così in causa un

costrutto caro sia alla psicologia dell'età evolutiva che alla psicologia psicodinamica. La mentalizzazione può essere definita come "l'attività mentale immaginativa capace di cogliere gli stati mentali altrui, in termini di emozioni, credenze, intenzioni, motivazioni, desideri, bisogni ecc. (Bergamaschi, 2014). Fondamentale ricordare quanto tale capacità sia alla base della Teoria della Mente, ovvero "la comprensione intuitiva che le persone hanno degli stati mentali propri ed altrui" (Schaffer, 2008).

Ulteriori ricerche sviluppatasi in ambito neuroscientifico hanno permesso, inoltre, di evidenziare come la corteccia cingolata anteriore sembri esser implicata nell'apprendimento sia in condizione di rinforzo diretto che vicario, sottolineando così una connessione tra noi e l'altro che testimonia l'importanza della dimensione sociale dell'apprendimento stesso (Lamm, Rutgen & Wagner, 2019). Queste osservazioni sono rilevanti anche per quanto concerne la prosocialità poiché, come già sostenuto da Albert Bandura, i comportamenti prosociali possono esser acquisiti mediante un processo di apprendimento sociale, basato sull'osservazione ed imitazione di modelli adulti associati al rinforzo sia diretto che vicario (Miller, 1987). E', inoltre, doveroso ricordare che Bandura ha avuto anche il merito di evidenziare la complessità dello sviluppo prosociale che risulta essere fortemente connesso a quello morale, come sostenuto anche da altri autori importanti per la psicologia, tra i quali ricordiamo Jean Piaget Lawrence Kohlberg e Nancy

Eisenberg (Eisenberg, 1983; Eisenberg, 1991; Hoffmann, 2000).

A partire da quanto detto, risulta quindi chiaro come la prosocialità possa essere indagata da prospettive che, seppur diverse, sembrano essere però in sincronia tra loro.

Lo sviluppo della prosocialità

Lo sviluppo della prosocialità sembra esser influenzato da fattori di diversa natura, sia biologici, come la presenza del polimorfismo GG per l'allele del recettore per l'ossitocina, che ambientali, come il manifestarsi di eventi avversi come catastrofi naturali (Decety et al., 2015).

Come già accennato precedentemente, lo sviluppo dei comportamenti prosociali è fortemente connesso allo sviluppo di altri aspetti, tra i quali ricordiamo la dimensione emotiva e morale, ed altri costrutti, come empatia e simpatia (Vianello et al., 2019).

E' stato osservato che già nel corso del primo anno di vita i bambini sono capaci di utilizzare delle espressioni facciali, come il sorriso, al fine di consolarle gli altri, dimostrandosi anche capaci di appellarsi al social referencing, ovvero la capacità di attuare dei comportamenti guidati dalle espressioni emotive dei caregivers (Shaffer, 2008; Vianello et al., 2019).

Durante l'età prescolare i bambini incominciano a mostrare comportamenti prosociali, come la ricerca del contatto fisico, in risposta alla preoccupazione dettata dalla percezione degli stati emotivi negativi

altrui. Tuttavia, in questo periodo di vita, la frequenza dei comportamenti prosociali sembra esser ancora moderata e fortemente ancorata allo sviluppo cognitivo (Decety et al., 2015; Vianello, 2019).

In età scolare, nello specifico nel corso della scuola primaria, sembrano aumentare e migliorare i comportamenti di aiuto strumentale e conforto, mentre in adolescenza si assiste ad un incremento delle azioni volte ad incrementare le esperienze di condivisione (Vianello, 2019).

La prova di completamento di storie sull'orientamento prosociale

L'eterogeneità delle definizioni di prosocialità, i diversi livelli di analisi, le sue numerose associazioni con altri costrutti e le molteplici prospettive, implicano non pochi problemi metodologici nell'indagine di questo costrutto (Grazzani & Ornaghi, 2015).

I principali strumenti utilizzati per studiare e valutare la prosocialità possono essere riconducibili a due tipologie principali: griglie di osservazione e questionari auto o etero somministrati (Denham, 1996).

Il gruppo di ricerca dell'Università degli Studi di Milano Bicocca ha proposto un'alternativa per indagare la prosocialità, al fine di arricchire la varietà strumentale, con l'intento di arginare alcuni limiti, come le lunghe tempistiche e la desiderabilità sociale, associati all'utilizzo dell'osservazione e della somministrazione di questionari

auto/etero somministrati (Grazzani & Ornaghi, 2015).

Lo strumento messo a punto da questo team di ricerca si basa sulla tecnica del completamento di storie ed è stato denominato "Prova di completamento di storie sull'orientamento prosociale". Lo strumento è stato sviluppato per indagare, nello specifico, l'orientamento prosociale, ovvero "la tendenza individuale a provare empatia e comportarsi in modo prosociale", nei bambini in età prescolare (Grazzani & Ornaghi, 2015).

La prova consiste nel presentare al bambino una serie di vignette, raffiguranti degli scenari, ciascuno riconducibile ad una diversa forma di prosocialità, che possono presentarsi anche nell'esperienza quotidiana infantile, come il vedere un compagno in difficoltà. La presentazione della vignetta al bambino è accompagnata da una breve descrizione verbale della scena da parte dell'esaminatore, il quale, una volta conclusa suddetta descrizione, dovrà chiedere al bambino di formulare un possibile finale per la vignetta illustrata. Una volta formulato, il finale verrà analizzato mediante un sistema di codifica così da attribuire un punteggio numerico alla risposta offerta. L'attribuzione di tale punteggio tiene conto di diversi elementi che possono essere presenti o meno nelle risposte degli esaminati, dal riconoscimento dello stato emotivo fino alla presenza di riferimenti a comportamenti prosociali (Ornaghi et al., 2015).

Da una prima analisi psicometrica è emerso che lo strumento presenta un buon accordo tra valutatori (α di Krippendorff rispettivamente pari a .82, .82 e .84) ed una validità convergente per quanto concerne le misure inerenti la Teoria della Mente ($r = .45$; $p < .0001$) e la comprensione emotiva ($r = .39$; $p = .001$) (Ornaghi et al., 2015).

L'utilizzo di questo strumento può rivelarsi particolarmente utile sia in contesti di ricerca che di intervento, soprattutto per quanto concerne la valutazione di training specifici volti ad incrementare le competenze prosociali (Ornaghi et al., 2015).

Conclusioni

Sebbene il compito di completamento di storie meriti delle analisi psicometriche più approfondite, esso sembra però rappresentare un'interessante alternativa strumentale nella valutazione della prosocialità per diversi motivi:

1. Permette una valutazione diretta della prosocialità infantile. Le risposte ottenute, infatti, non sono mediate dai caregivers e possono essere offerte anche dai bambini in età prescolare che non sono in grado di rispondere ai questionari autosomministrabili
2. Permette di ovviare alle criticità temporali imposte dalla metodologia osservativa
3. Permette di maturare delle riflessioni anche su altri aspetti associati alla prosocialità, come la Teoria della Mente e la comprensione emotiva che possono essere coinvolti nel compito stesso
4. Offre degli spunti di riflessione degni di nota anche a professionisti

con cornici teoriche differenti, da quella psicodinamica a quella cognitivista

5. Sottolinea l'importanza di un approccio conversazionale nel potenziamento delle condotte sociali in età evolutiva (Grazzani & Ornaghi, 2015).

Bibliografia

- Caprara, G. V. & Bonino, S. (2006). *Il comportamento prosociale: aspetti individuali, familiari e sociali*. Trento: Erickson.
- de Rosnay, M. & Hughes, C. (2006). Conversation and theory of mind: Do children talk their way to socio-cognitive understanding? *British Journal of Developmental Psychology*, 24. Citato in Grazzani, I. & Ornaghi, V. (2015).
- Decety, J., Ben-Ami Bartal, I., Uzefovsky, F. & Kanfo-Noam, A. (2015). Empathy as a driver of prosocial behaviour: highly conserved neurobehavioural mechanism across species. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* (371).
- Denahm, S. (1986). Social cognition, prosocial behaviour and emotion in preschoolers: contextual validation. *Child Development*, 57. Citato in Grazzani, I. & Ornaghi, V. (2015).
- Grazzani, I. & Ornaghi, V. (2015). La "Prova di completamento di storie sull'orientamento prosociale": un'esperienza per potenziare la disposizione ai comportamenti di aiuto. *Psicologia clinica dello sviluppo* (XIX), 2.
- Hoffman, M. (2000). *Empathy and moral development*. Cambridge:

Cambridge University Press (trad. it. *Empatia e sviluppo morale*, Bologna: Il Mulino, 2008) in Grazzani, I. & Ornaghi, V. (2015).

- Jensen, K. (2016). Prosociality. *Current Biology Medicine* (26).
- Lamm, K., Rutgen, M. & Wagner, I. C. (2019). Imaging empathy and prosocial emotions. *Neuroscience Letters* (693), 49-53.
- Miller, P. H. *Teorie dello Sviluppo Psicologico* (1987). Bologna: il Mulino.
- Ornaghi, V., Grazzani, I., Cherubin, E., Conte, E., Pi-ralli, F. (2015). "Let's talk about emotions!". The effect of conversational training on preschoolers' emotion comprehension and prosocial orientation. *Social Development*, 24(1).
- Roche, R. (1995). *Psicologia y education para la prosocialidad*. Università Autonoma di Barcellona 1995. Citato in Pastore, V. (2017) Lo sviluppo del comportamento prosociale dall'infanzia all'età adulta e le differenze di genere.
- Shaffer, R. (2008). *I concetti fondamentali della psicologia dello sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vianello, R., Gini, G. & Lanfranchi, S. (2019). *Psicologia dello sviluppo*. Torino: UTET.
- Waytz, A., Zaki, J., Mitchell, J.P. (2012). Response of dorsomedial prefrontal cortex predicts altruistic behavior. *Journal of Neuroscience* (32).

Sitografia

- Bergamaschi, L. (2014). *Mentalizzazione*. Consultato in data 06 Marzo, 2022 da <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/mentalizzazione/>
- Pastore, V. (2017). *Lo sviluppo del comportamento prosociale dall'infanzia all'età adulta e le differenze di genere*. Consultato in data 20 Febbraio, 2022 da <https://www.stateofmind.it/2017/11/comportamento-prosociale-sviluppo/>