

Psicologinews.it

Scientific

L'Autodifesa della Mente

di **Veronica**

Lombardi

**E m e r g e n z a
Ucraina. In che
modo operare per
l'inclusione delle
persone con
disabilità che
richiedono asilo?**

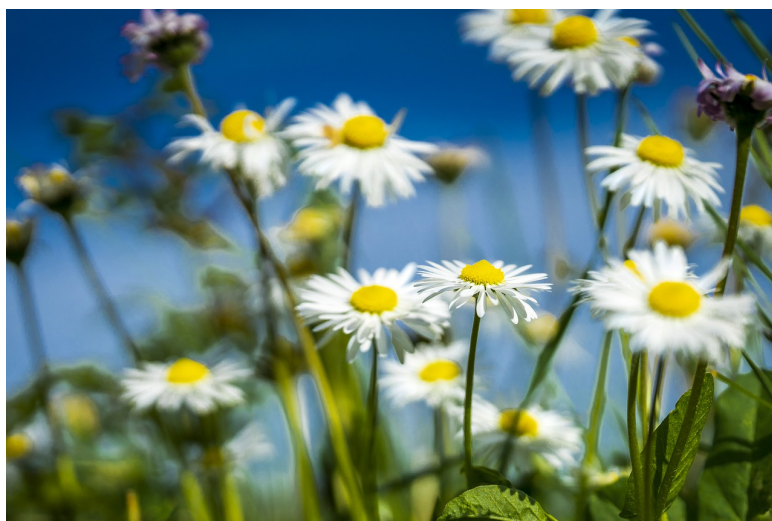
di **Francesca Dicè**

**Docenti di
s o s t e g n o
c o m p e t e n z e
psicologiche e ICF**

di **Veronica Sarno**

**Talking pictures
therapy**

di **Serafina Di Carlo**



**L'Assessment Terapeutico o
collaborativo come intervento
psicologico breve
di **Gaia Cassese****

**Una fedele compagna, La
Sindrome di Tourette: da
Tourette alla neurobiologia**

di **Roberto Ghiaccio**



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: 20 Aprile 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

**L'Assessment
Terapeutico o
collaborativo come
intervento psicologico
breve
di *Gaia Cassese*
*pag 4***

**Una fedele compagna,
La Sindrome di
Tourette: da Tourette
alla neurobiologia**

**di *Roberto Ghiaccio*
*pag 13***

**L'Autodifesa della
Mente
di *Veronica Lombardi*
*pag 19***

**Emergenza Ucraina. In
che modo operare per
l'inclusione delle
persone con disabilità
che richiedono asilo?**

**di *Francesca Dicè*
*pag 25***

**Docenti di sostegno
c o m p e t e n z e
psicologiche e ICF**

**di *Veronica Sarno*
*pag 28***

**Talking pictures therapy
di *Serafina Di Carlo*
*pag 39***

L'Assessment Terapeutico o collaborativo come intervento psicologico breve

di *Gaia Cassese*

Introduzione

L'assessment terapeutico nasce come modello di valutazione psicologica semi-strutturata, collaborativa e individualizzata ideata da S. Finn a partire dagli anni '90 (Finn, 1996) e tutt'oggi in via di sviluppo. Fonda le radici sui principi della psicologia umanistica e dell'approccio fenomenologico che privilegiano, nella ricerca qualitativa, l'assunzione di un atteggiamento che va molto oltre il porsi dal punto di vista dell'altro; significa, piuttosto, l'adozione di un particolare metodo di riflessione sulla prospettiva che ci viene offerta dai nostri pazienti. L'assessment terapeutico integra, inoltre, ulteriori tecniche psicologiche evidence-based e di ormai consolidata validità e

conoscenza come: le tecniche di ascolto attivo (Barone et al., 2005; Othmer & Othmer, 2002), il rispecchiamento (C. Rogers, 1951), lo scaffolding (Vygotsky, 1934/1987), il circular questioning (1) (Tomm, 1988), tecniche di psicoeducazione e gestione delle emozioni (ad esempio storytelling e role playing), conoscenze provenienti dalla teoria dell'attaccamento per la costruzione di una relazione terapeutica "sicura" (Aschieri et al., 2016). I test vengono utilizzati come "lente di ingrandimento" dell'empatia, base esperienziale fondamentale per promuovere un cambiamento positivo già a partire dagli incontri di valutazione (2). L'autore tende a considerare il proprio metodo come un vero e proprio mind-set, un modello di pensiero, che si fonda su cinque valori fondamentali: collaborazione, rispetto, umiltà, compassione, apertura e curiosità (Finn, 2009).

Finn ha ipotizzato sei fasi di implementazione dell'intervento che possono essere però adattate al contesto e alle esigenze della

relazione terapeutica (per approfondimento sulle fasi si rimanda all'articolo "L'assessment Terapeutico o collaborativo: origini e struttura di una nuova tecnica"), di durata variabile che verranno implementate in un periodo che va dai tre ai dieci incontri.

Le caratteristiche dei setting a cui si rivolge l'Assessment Terapeutico.

Come già accennato in precedenza, l'assessment terapeutico nasce da una riflessione sull'esperienza di training per la valutazione psicodiagnostica, nel creativo tentativo di offrire un'efficace risposta ai limiti della tradizione e alle dirette richieste ed esigenze dell'utenza. Ben presto però Finn si accorge di tutti quei contesti in cui l'assessment collaborativo mostra una forte portata terapeutica. Al pari di una valutazione psicologica tradizionale, il metodo è stato pensato per essere naturalmente implementato all'inizio della richiesta di trattamento psicologico, con finalità di conoscenza attraverso la relazione, di via

di accesso, anzi di esplorazione, agli schemi e al disagio del paziente. Durante l'implementazione ed il diffondersi del metodo, tuttavia, Finn riceve diverse richieste di intervento da parte di colleghi che si trovano in una fase di impasse, dove si è lavorato su tutti i punti portati in terapia, ma si percepisce uno stallo della relazione terapeutica. In questi casi, l'intervento di assessment collaborativo ha mostrato una notevole efficacia: l'utilizzo dei test e dell'atteggiamento della persona del somministratore è servita da input per far emergere ulteriore materiale inconscio non affiorato prima in stanza di analisi. In entrambe le condizioni, l'intervento può essere svolto dalla figura del terapeuta, meglio ancora se ci si rivolge ad un professionista altro, esterno al processo instaurato fin ora. In questo caso però, il metodo di Finn prevede un lavoro di costante e profonda collaborazione e fiducia con il terapeuta inviante, rendendo noto anche al paziente, fin da subito, delle continue comunicazioni avvenute e che

avverranno con il professionista. L'idea è proprio quella di supportare la relazione nel superamento della fase di stallo in cui si trova, favorendo l'emergere di nuovi focus e materiali su cui continuare a lavorare, e riaccendendo la curiosità del paziente per le proprie domande irrisolte e la fiducia nel lavoro terapeutico. Questo obiettivo deve essere concordato, riconosciuto e condiviso da tutti e tre i membri dell'intervento: il prodotto finale sarà lo stilare una lettera che focalizza un nuovo contratto di lavoro terapeutico.

Per quanto riguarda gli ambiti di implementazione, invece, l'assessment terapeutico nasce rivolgendosi ad un setting individuale adulto, per poi esplorare molteplici e diverse possibilità. Congruentemente all'esplorazione, in letteratura, dell'utilizzo della testologia in ambito di coppia o di gruppo, anche i ricercatori dell'European Centre for Therapeutic Assessment promuovono l'implementazione del metodo con coppie

(Provenzi et al., 2017) e famiglie. In particolare, in famiglie con figli piccoli l'obiettivo del somministratore è quello di sostenere il bambino, mediante la testologia e gli strumenti a disposizione dello psicologo, nell'espressione di bisogni e paure inesprese e sconosciute agli adulti. Allo stesso tempo, non meno importante è l'obiettivo di sostenere i genitori nell'ascolto attivo del bambino e nella costruzione di un ambiente appropriato che favorisca l'adattamento e lo sviluppo positivo del piccolo. L'idea di base che guida l'utilità del metodo in setting familiare è che: *< le storie che i bambini propongono di loro stessi sono generalmente più flessibili e dipendono in larga misura dalla visione che i genitori hanno dei loro comportamenti e azioni. Così, la pratica di testare il bambino in TA-C viene utilizzata principalmente per aiutare i genitori a sviluppare una narrativa più accurata sul bambino e ad elaborare il significato dei problemi esposti > (3) .*

Questa consapevolezza è ciò che in parte ha guidato il lavoro degli autori anche con gli adolescenti. Questi ultimi infatti possiedono già degli schemi più solidi circa le proprie storie e la propria identità: come con gli adulti, l'utilizzo della testologia viene utilizzata per promuovere non solo la consapevolezza del proprio sé, quanto nuove intuizioni e storie alternative. Allo stesso tempo però, a differenza dell'adulto, teniamo conto del fatto che l'adolescente è inserito in un contesto familiare vivo (e non solo fantasmatico), in cui sono quotidianamente forti e presenti idee, proiezioni, sogni e interazioni che arricchiscono, rafforzano ed influenzano gli schemi personali. Sarà quindi inevitabile progettare il coinvolgimento attivo dei genitori nella valutazione, con l'intento di sostenere una migliore accuratezza nella comprensione dei comportamenti e del mondo emotivo dell'adolescente.

Gli autori hanno quindi cominciato a chiedersi se l'assessment terapeutico o

collaborativo possa essere considerato non solo come una buona alternativa ad una valutazione psicologica tradizionale, quanto come un vero e proprio intervento psicologico breve semi-strutturato, autonomo.

L'assessment come intervento psicologico breve: difficoltà di misurazione

Nel momento in cui gli autori hanno cominciato a proporre l'Assessment Terapeutico come un intervento psicologico breve, sono emersi non pochi problemi di fondo nella definizione dell'efficacia evidence-based. Abbiamo infatti visto di come Finn, pur proponendo delle linee e - guida nell'implementazione del modello, lasci un ampio spazio di modifica e adattabilità dell'intervento, anche attraverso tutti gli strumenti che lo psicologo ha a disposizione, ai diversi contesti e bisogni dell'utente e della relazione. Ne emergerà chiaramente la difficoltà di ottenere una misura oggettiva e comune di affidabilità,

condizione che ha tardato di un po' la ricerca e l'affermarsi del metodo in contesto internazionale nonché italiano. Gli studi presenti in letteratura sono infatti molto eterogenei, includendo raramente tutte le fasi descritte dal modello completo di Finn: la maggior parte di questi si rivolge a versioni ridotte dell'intervento, o addirittura a modelli che si sovrappongono solo in parte ad esso, testando e valutando solo alcuni degli aspetti inclusi nell'Assessment. Ne deriva che la maggior parte degli studi offrono solo una misurazione indiretta dell'efficacia dell'intervento breve, compiendo, inoltre, una forzatura di inclusione con ricerche che condividono con il metodo solo alcune caratteristiche.

L'efficacia dell'Assessment Terapeutico

Non ci stupiamo, quindi, se inizialmente gli unici benefici emergevano circa la relazione terapeutica. In particolare, la letteratura concorda nell'identificare un'efficacia a carico delle variabili positive per il trattamento, quando gli

utenti partecipano ad un intervento di assessment terapeutico prima o durante un percorso di psicoterapia: si registra un miglioramento nell'alleanza terapeutica, della motivazione al trattamento e ad impegnarsi nei percorsi consigliati (Ackerman, Hilsenroth, Baity e Blagys, 2000). Altri numerosi studi mostrano l'efficacia del metodo utilizzato come pretrattamento in termini di percezione dei progressi verso il successivo percorso, una maggiore soddisfazione e una più forte alleanza terapeutica, rispetto a pazienti che non erano stati sottoposti al pretrattamento o erano stati sottoposti ad altro tipo di intervento (De Saeger et al., 2014). Risultati contrastanti si sono avuti in funzione della riduzione dei sintomi, tra studi che non hanno evidenziato una particolare differenza nell'intensità dei sintomi quando l'assessment terapeutico era stato proposto come pre-intervento e non; e studi che ottengono un'importante riduzione della sintomatologia in seguito all'implementazione del

metodo con adulti (Poston and Hanson, 2010; Hanson & Poston, 2011), famiglie con bambini (Tharinger et al., 2009) e adolescenti (Smith et al. 2009). Infine, è molto interessante lo studio di Eichler, Norman e Smith (2014) in cui l'assessment terapeutico viene utilizzato come modello di consultazione da parte di psicoterapeuti che inviano i propri pazienti con terapia in corso: anche in questo caso ne emerge una significativa riduzione della sintomatologia e un miglioramento dell'alleanza.

2.5 Efficacia dell'assessment terapeutico come intervento psicologico breve semi-strutturato. La recentissima meta-analisi di Durosini e Aschieri (2021), coglie l'esigenza di mettere ordine tra gli eterogenei e talvolta anche imprecisi contributi della letteratura circa l'efficacia del metodo proposto da Finn come intervento breve autonomo e semistrutturato. Nei rigidi criteri di inclusione volti a riconoscere solo gli studi che utilizzano propriamente l'intero modello

di assessment terapeutico, rientrano nove studi pubblicati tra il 1992 e il 2015.

I risultati dello studio sono piuttosto rassicuranti: gli autori ritrovano un effetto da moderato a grande per quanto riguarda la variabile "trattamento", in particolare un accrescimento dell'alleanza terapeutica e della percezione di utilità del trattamento; un effetto moderato per quanto riguarda la riduzione della sintomatologia; un effetto moderato sulla percezione di crescita personale dell'utente, soprattutto per la dimensione di auto-miglioramento.

Un aspetto molto interessante è che tali risultati vengono raggiunti già in tre sessioni (esclusa quella per la somministrazione del test) e non cambiano in modo significativo all'aumentare degli incontri o dalla diversa tipologia di pazienti e/o di setting. L'unica variabile che influisce positivamente sui risultati è l'accostare l'assessment terapeutico ad un altro trattamento, suggerendo molto probabilmente che i pazienti

approccino al percorso terapeutico in modo più positivo e motivati alla crescita e allo sviluppo personale.

Tali risultati portano gli autori a concludere che, piuttosto che i diversi tipi di fasi o modalità di *i m p l e m e n t a z i o n e* dell'assessment (breve, completo, differente numero di incontri, differenze di pazienti o di setting), siano i valori e la filosofia alla base dell'intervento a renderlo efficace e valido. Sembra, cioè, che quando la collaborazione, il rispetto, la compassione, l'apertura e l'umiltà caratterizzano e arricchiscono la valutazione psicologica, i pazienti esperiscano una relazione che, seppur breve, migliora la vita in molteplici modi. Pensiamo, ad esempio, a come la richiesta implicita ed esplicita di una piena e attiva collaborazione porti con sé un carico di estrema fiducia da parte del somministratore, e alla portata terapeutica di quest'ultima. Fin dall'inizio si sta instaurando una relazione che si fa promotrice, in alcuni casi, di una storia e di una relazione alternativa che

comunica non solo una validazione del vissuto di sofferenza, quanto un significato ancora più importante: "sei degno di fiducia".

A partire da queste basi, gli autori sottolineano l'esigenza di soffermarsi molto di più su tali valori e l'importanza di una dimensione relazionale nella *f o r m a z i o n e* di nuovi psicodiagnosti, nella necessità di considerare la validità dei propri interventi come fondamentalmente influenzati dalla relazione terapeutica e da come essa evolve con i *s u o i m e m b r i*. Congruentemente a quanto detto, i ricercatori si fanno *p o r t a v o c e* anche dell'importanza di introdurre l'Assessment Terapeutico nella formazione universitaria di giovani e futuri psicologi, insistendo sul forte eco che questo può avere per le capacità cliniche dei neolaureati. Fortemente d'accordo con questa esigenza, tale necessità sarà il centro delle riflessioni proposte nel terzo capitolo.

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

Noy-Sharav, D. (2006), *The Rorschach and TAT as relational instruments: Evaluating young couples with Consensus Rorschach and TAT*. Rorschachiana, 21, 139-163

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.

Rogers, C. R. (1951), *Client Centered Therapy*, Boston: Houghton Mifflin.

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) È una tecnica particolarmente utilizzata in terapia sistemica (Selvini Palazzoli et al., 1980) e introdotta in diversi

modelli psicoterapici, che consiste nel porre domande che aiutino a costruire connessioni tra i diversi aspetti dell'esperienza del paziente o, in ambito familiare, tra i diversi membri del sistema.

- (2) Utilizzo il termine valutazione in qualità di "assessment" piuttosto che nell'accezione della *v a l u t a z i o n e* psicodiagnostica tradizionale.

- (3) Aschieri et al. (2017) *Collaborative / Therapeutic Assessment: Procedures to Enhance Client Outcomes*, pag. 2

Una fedele compagna, La Sindrome di Tourette: da Tourette alla neurobiologia

di *Roberto Ghiaccio*

Era il 2008 quando fui colpito da questo film. Era appena uscito, e mi mostrò, giovane masterizzando quel che avevo solo letto in poche righe in pochi manuali. Ispirato alla storia vera di Brad Cohen che, nonostante gli sia stata diagnosticata, in giovane età, la sindrome di Tourette, è riuscito, contro ogni pregiudizio, a coronare il suo sogno: diventare un insegnante. Da bambino, Brad Cohen scopre grazie all'interessamento della madre di essere affetto dalla sindrome di Tourette.

Deriso dai compagni di classe e mal tollerato da maestri e professori che lo reputarono elemento di disturbo durante lo svolgimento delle lezioni, Brad cominciò ad odiare il mondo della scuola fino all'incontro con un preside capace di fargli cambiare idea e approccio, tanto da far nascere in lui il desiderio di

divenire un insegnante. Una volta adulto, non fu facile scontrarsi con l'ottusità di coloro che lo rifiuteranno in ben ventiquattro differenti scuole, negandogli la possibilità di dimostrare le sue capacità di insegnamento.

La sindrome di Tourette (TS) è un comune disturbo neuropsichiatrico cronico caratterizzato dalla presenza di tic motori e fonici fluttuanti. L'età tipica di esordio è di circa 5-7 anni e la maggior parte dei bambini migliora verso la tarda adolescenza o la prima età adulta. Gli individui affetti sono maggiormente a rischio per lo sviluppo di varie condizioni di comorbidità, come disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da deficit di attenzione e iperattività, problemi scolastici, depressione e ansia.

Non esiste una cura per i tic e la terapia sintomatica include approcci comportamentali e farmacologici. L'evidenza sostiene che la ST è una malattia ereditaria; tuttavia, l'anomalia genetica precisa

rimane sconosciuta. Il coinvolgimento patologico delle vie cortico-striato-talamo-corticali (CSTC) è supportato da studi neurofisiologici, di imaging cerebrale e post mortem, ma i risultati sono spesso confusi da numeri ridotti, differenze di età, gravità dei sintomi, comorbidità, uso della farmacoterapia e altri fattori.

La sede primaria dell'anomalia rimane controversa. Sebbene numerosi neurotrasmettitori partecipino alla trasmissione di messaggi attraverso i circuiti CSTC, una disfunzione dopaminergica è considerata un candidato principale. Nonostante la descrizione di questa sindrome alla fine del XIX secolo, rimangono numerose domande neurobiologiche senza risposta. La sede primaria dell'anomalia rimane controversa. Sebbene numerosi neurotrasmettitori partecipino alla trasmissione di messaggi attraverso i circuiti CSTC, una disfunzione dopaminergica è considerata un candidato principale. Diversi modelli

animali sono stati utilizzati per studiare comportamenti simili ai tic e per perseguire potenziali deficit fisiopatologici.

La ST è un disturbo complesso con caratteristiche che si sovrappongono a una varietà di campi scientifici. Nonostante la descrizione di questa sindrome alla fine del XIX secolo, rimangono numerose domande neurobiologiche senza risposta. La sede primaria dell'anomalia rimane controversa. Sebbene numerosi neurotrasmettitori partecipino alla trasmissione di messaggi attraverso i circuiti CSTC, una disfunzione dopaminergica è considerata un candidato principale.

Nonostante la descrizione di questa sindrome alla fine del XIX secolo, rimangono numerose domande neurobiologiche senza risposta. Nel 1880, Georges Gilles de la Tourette pubblicò un articolo in due parti in cui enfatizzava le differenze tra tic

e corea. Sebbene molte delle descrizioni del disturbo, che ora porta il suo nome [sindrome di Tourette (TS)], siano state riviste, la sua convinzione che i tic siano un disturbo neurologico del movimento e non una condizione psichiatrica persiste fino ad oggi (Goetz e Klawans, 1982).

Tuttavia, nonostante i molteplici progressi e la diffusa accettazione del fatto che la ST sia un disturbo biologico, l'eziologia precisa e i meccanismi fisiopatologici sottostanti rimangono sconosciuti. Gli obiettivi della presente rassegna sono di descrivere brevemente la fenomenologia clinica della TS e dei relativi disturbi da tic, di rivedere le informazioni attuali sui meccanismi genetici e neurobiologici e di identificare le aree che necessitano di ulteriori indagini.

Il segno distintivo di TS è la presenza di tic motori e vocali cronici e fluttuanti. I tic, meglio d i a g n o s t i c a t i dall'osservazione, sono movimenti o vocalizzazioni

improvvisi, ripetitivi, involontari con diversi gradi di intensità e frequenza e di durata imprevedibile (Kurlan, 2010). I tic sono attualmente classificati come motori o vocali (fonici), sebbene questa separazione sia stata messa in discussione e ulteriormente sottoclassificata in categorie semplici o complesse.

I tic semplici generalmente coinvolgono meno gruppi muscolari, hanno una durata più breve e tendono ad essere più privi di significato nel loro aspetto/fonazione. Esempi comuni di tic semplici sono i seguenti: motori: sbattere le palpebre, scuotere la testa, fare smorfie facciali o scrollare le spalle; e fonico: suoni o rumori come schiarirsi la gola, annusare o grugnire. Al contrario, i tic complessi tipicamente coinvolgono manifestazioni più elaborate e sembrano avere un'azione o una verbalizzazione più intenzionali. Esempi di tic complessi comuni sono i seguenti: motori: toccare oggetti, battere le mani, gesti osceni o contorsioni del corpo; e fonico: la ripetizione

di parole tra cui ecolalia, palilalia e coprolalia.

I tic sono comuni durante l'infanzia, con studi epidemiologici che mostrano che circa il 20-30% dei bambini esibisce movimenti o suoni brevi, ripetitivi e involontari in un ambiente scolastico (Kurlan et al., 2001). La diagnosi di un disturbo da tic si basa esclusivamente sulle caratteristiche storiche e su un esame clinico che ne conferma la presenza ed elimina altre condizioni eziologiche. Non esiste un test diagnostico affidabile per TS o lo spettro di disturbi che hanno i tic come caratteristica fondamentale.

I criteri formali per la TS richiedono un'età di insorgenza prima dei 18 anni, la presenza di più tic motori e almeno un tic vocale (non necessariamente contemporaneamente), un decorso crescente e decrescente, l'aggiunta e la sottrazione di vari tic, la presenza di sintomi di tic per almeno 1 anno e l'assenza di

una malattia precipitante (p. es., encefalite, ictus o malattia degenerativa) o di farmaci che inducono tic. I tic motori hanno un'età di insorgenza tipica di circa 5-7 anni e il decorso della TS può essere abbastanza variabile.

Oltre ai tic, i bambini con TS hanno spesso una varietà di psicopatologie concomitanti, tra cui disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), difficoltà di apprendimento, anomalie del sonno, ansia e altri comportamenti, che possono avere tutti un impatto significativo sulla prognosi dell'individuo (Channon et al., 2003 ; Sukhodolsky et al., 2003 ; Cavanna et al., 2009).

La frequente insorgenza di ADHD e DOC negli individui affetti ha portato a suggerire una fisiopatologia sovrapposta tra i disturbi da tic e queste condizioni. Dopo decenni di ricerche approfondite, la fisiopatologia alla base della TS rimane poco conosciuta. L'interpretazione degli studi è spesso limitata da

campioni di piccole dimensioni, caratterizzazione incompleta dei soggetti, età e gravità clinica variabili, uso simultaneo della farmacoterapia e diverse metodologie statistiche.

Anche negli studi che contengono un numero relativamente elevato di pazienti, spesso si discute poco di come la variazione nella sintomatologia della TS e le relative comorbidità siano correlate ai risultati. È certamente possibile che tic semplici, tic complessi e disturbi da tic associati a diverse comorbidità derivino da patologie sottostanti nettamente diverse, ma pochi studi analizzano o controllano questo. Molti studi affrontano perifericamente le condizioni di comorbidità di ADHD e DOC, ma ancora una volta ci sono stati pochi studi per esplorare in modo adeguato e sistematico le differenze tra questi disturbi.

Rimangono anche interrogativi sul significato dei cambiamenti neuroanatomici osservati nei pazienti con TS. Sebbene

possano essere rappresentativi della fisiopatologia sottostante, possono anche essere indicativi di cambiamenti compensatori che si sono verificati a causa dei tic. Sarebbe interessante studiare individui non affetti ma a rischio, come i fratelli di pazienti con TS, per vedere se ci sono alterazioni neuroanatomiche che esistono prima dello sviluppo dei tic.

Come è stato suggerito in alcuni studi, i cambiamenti dello sviluppo o della maturazione sono probabilmente importanti nella fisiopatologia, ma gli studi longitudinali che esplorano i cambiamenti nel tempo sono ancora scarsi. Per cui bisogna sforzarsi nel tracciare un profilo life-span della sindrome. Brad Cohen colpisce per la sua capacità di accettare e 'farsi amica' quella che lui chiama 'la sua fedele compagna', la sindrome di Tourette. Invece che venirne schiacciato e rifugiarsi quindi nel vittimismo e nel pessimismo, trasforma la sua restrizione in un'opportunità

per dimostrare a se stesso e agli altri che nonostante la sua limitazione, si può vivere una vita piena per raggiungere i propri obiettivi: per Brad il voler essere un buon insegnante, capace di dare a ogni alunno ciò di cui ha bisogno, diventare "l'insegnante che non ha mai avuto".

Bibliografia

Cavanna AE ,Eddy C ,Rickard s HE(2009) Il funzionamento cognitivo nella sindrome di Tourette . *Discov Med*
Channon S ,Pratt P ,Robertso n MM(2003) Funzione esecutiva, memoria e apprendimento nella sindrome di Tourette . *Neuropsicologia*
Goetz CG ,Klawan HL(1982) Gilles de la Tourette sulla sindrome di Tourette . *Avv Neurology*
Grado MA(2010) La genetica del disturbo ossessivo-compulsivo e della sindrome di Tourette: un approccio epidemiologico e basato sul percorso per la scoperta del

gene . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*
Kurlan R(2010) Pratica clinica. Sindrome di Tourette . *N Inglese J Med*
Kurlan R ,McDermott MP ,Deeley C ,Como PG ,Broker C ,Ea p S ,Andresen EM ,Miller B(2001) Prevalenza dei tic negli scolari e associazione con l'inserimento nell'educazione speciale . *Neurology*
Leckman JF ,Zhang H ,Vitale A ,Lahnin F ,Lynch K ,Bondi C ,Kim YS ,Peterson BS(1998) Decorso della gravità del tic nella sindrome di Tourette: i primi due decenni . *Pediatrics*
Leckman JF ,Re RA ,Gilbert D L ,Coffey BJ ,cantante HS ,Durante LS 4° . ,Grantz H ,Katsovi ch L ,Lin H ,Lombroso PJ ,Kawikova I ,Johnson DR ,Kurlan RM ,Kaplan EL(201 Infezioni da streptococco del tratto respiratorio superiore ed esacerbazioni di tic e sintomi ossessivo-compulsivi: uno studio prospettico longitudinale . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*
Militeri R. *Manuale di neuropsichiatria infantile vol6*

L'Autodifesa della Mente

di *Veronica Lombardi*

Il cervello è un organo complesso e soprattutto complessi sono i meccanismi di difesa della mente.

L'insorgenza dei disturbi psichici scatena delle reazioni psicosomatiche che coinvolgono le capacità mentali e sensoriali del corpo, incrementandole o inibendole, a seconda delle circostanze, e lo stato in cui si presenta all'organismo. (Semi A., *Tecnica del colloquio*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1985)

Tutto questo accade in modo inconsapevole, automaticamente e spesso restano sconosciute le cause stesse dell'insorgenza dell'ansia, possiamo parlare allora di origine inconsce.

A questo stesso livello di non consapevolezza, esistono dei meccanismi di difesa che hanno la funzione di proteggere da stati affettivi dolorosi provocati da situazioni spiacevoli o da conflitti con l'ambiente o con se stessi, tali meccanismi sono numerosi e non sempre separabili l'uno dall'altro ma in ogni caso descrivono caratteristiche diverse dalla modalità di autodifesa della psiche umana; presento qui brevemente i più importanti (Gabbard G.O., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Cortina Editore, Milano, 2005). Vediamo alcuni dei principali meccanismi di autodifesa della mente.

L'introiezione e l'identificazione:

Una prima modalità difensiva della mente quella che tende a cambiare il rapporto

dell'individuo con il mondo esterno, invitando da portare all'interno di se, in forma di immagini mentali o di simboli alcune parti della realtà. Questo è quanto avviene nei confronti delle persone, delle quali si avverte la necessità di introiettare atteggiamenti valori schemi e modalità cognitivo-comportamentali; in altri termini possiamo parlare di un processo di identificazione. Questo meccanismo di difesa si presenta assai presto, sin dall'infanzia con identificazione primaria del neonato nei confronti della madre, che rappresenta il prototipo delle successive forme di tale meccanismo nella vita adulta. Esso è dunque rilevante per la formazione delle competenze sociali, cioè che la capacità di vivere positivamente di interazione con gli altri individui. Il suo valore

difensivo sta nel permettere la risoluzione di conflitti e paure nei confronti di persone influenti. L'individuo si confronta loro tipo di vita e mostra un comportamento simile a quello della persona presa a modello e questo consente l'adattamento sociale e l'evitamento della punizione; inoltre lo porta a percepirsi come "l'altro". Annulla il pericolo della sanzione stessa in quanto chi applica questo meccanismo di difesa diventa parte dello stesso aggressore. L'incorporazione degli aspetti positivi degli altri che vengono considerati come propri, corrisponde a un soddisfacimento fantastico, ma denota potenzialità difensive, per esempio, quando l'introduzione avviene verso aspettative magiche o di onnipotenza così, come accade nell'infanzia nei confronti dei genitori. Così

l'individuo può sentirsi in una posizione di costante sicurezza verso gli eventi più drammatici, ricorrendo alle stesse forme magiche tipiche del pensiero infantile (Imbasciati A., Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica. UTET Libreria).

La proiezione:

Questo fenomeno psichico, al contrario del precedente, fa attribuire alcune delle caratteristiche del soggetto a una o più persone estranee. Il suo aspetto difensivo consiste nell'evitare di prendere consapevolezza dei propri impulsi proibiti che altrimenti scatenerrebbero l'ansia. In questo modo la persona evita di consultare in sé la presenza di caratteristiche odiose e inaccettabili, che consideriamo presenti negli altri, con conseguenze negative sui rapporti sociali.

La fissazione:

Un altro meccanismo che tende a mantenere l'equilibrio psicologico in situazioni conflittuali ansiogene è la fissazione, caratteristica di coloro che sono stati molto protetti e gratificati nel loro ambiente (per esempio i figli unici). Essa consiste in una interruzione parziale della maturazione per cui possono manifestarsi atteggiamenti e tipicamente infantili quali ad esempio l'aggressività distruttiva (che si manifesta anche solo a livello mentale) e i sentimenti di desiderio di possesso accompagnati da profonde sensazioni di odio e rancore (Gabbard G.O., Introduzione alla psicoterapia psicomotricità. Cortina Editore, Milano, 2005).

La regressione:

Frequentemente si trova associata alla precedente difesa la regressione, che riporta la personalità ha uno

stadio di maturazione precedente o comunque passata. Stato descritto dallo stesso Freud come frequente e normale simile a un esercito che avanzando sul campo di battaglia, trovando grossi impedimenti al proseguimento, ritorna alle basi già fortificate della retrovia. (Gabbard G.O., Introduzione alla psicoterapia psicodinamica. Cortina Editore, Milano, 2005) Il valore difensivo si attua con l'allontanamento delle situazioni spiacevoli, tornando simbolicamente agli anni dell'infanzia caratterizzata dalle forme di pensiero magico, dove le avversità è come se non si fossero ancora presentate.

La sublimazione:

Il meccanismo di difesa che consente una maggiore liberazione dell'energia psichica generatasi situazione non piacevoli, è senza dubbio

quello della sublimazione. Esso deriva, per esempio, le caratteristiche energetiche distintive quali sensualità e aggressività, verso obiettivi socialmente più accettabili e premiati dalla continuità. E' perciò il più soddisfacente, perché offre un'alternativa da scarica delle tensioni inevitabilmente accumulate. (Imbasciati A., Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica. UTET Libreria).

La negazione:

Questo meccanismo si presenta quando la coscienza abolisce ciò che la persona rifiuta insieme o nell'ambiente; si crea così un conflitto con la memoria e la percezione, che viene superato mediante espedienti inconsapevoli. Tipico dell'infanzia, si mostra anche nell'adulto, in concomitanza di eventi drammatici.

La rimozione:

Simile alla negazione nel escludere dalla consapevolezza idee non accettabili, desideri impossibili, immagini spiacevoli istinti sessuali o aggressivi eccessivi, la rimozione mantiene in ricordo dell' avvenimento traumatico ma lo svuota nella sua carica emotiva, la quale però tende costantemente a manifestarsi ed è all'origine di numerosi disturbi psicosomatici. Il ritiro emotivo può essere anche generalizzato a tutto il comportamento, delineando così un' esclusione dai rapporti interpersonali e un isolamento delle situazioni conflittuali per ricercare il soddisfacimento dei sogni a occhi aperti, nell'alcolismo e talvolta nella tossicomania. alla base di tutto ciò vi è il rifiuto di aprirsi a nuove relazioni, che comportano il rischio di abbandono e motivi da parte di persone

affettivamente importanti già provati in passato e non superati. E da notare che il blocco o la repressione degli affetti sono meccanismi di difesa utilizzati frequentemente nelle relazioni sociali tanto da assumere l'aspetto di una vera e propria competenza, negli ambienti dov'è la manifestazione dei propri sentimenti viene criticata dagli altri propri sentimenti viene criticata dagli altri .

In conclusione, i meccanismi di difesa non vanno intesi come qualcosa di patologico a prescindere. Essi sono strutturanti l'identità del soggetto e gli servono per affrontare le difficoltà che incontra attimo dopo attimo. Solo quando il funzionamento diventa pervasivo, rigido e globale c'è il rischio di un'evoluzione patogena (Semi A., Tecnica del colloquio.

Raffaello Cortina Editore, Milano, 1985). In tali casi, sarà necessario intervenire con il trattamento psicologico per portare in luce i meccanismi difensivi del soggetto e aiutarlo a sostituirli con altri più funzionali, che non significa eliminarli. Senza i meccanismi di difesa l'individuo sarebbe in balia di pulsioni e pericoli e l'unico esito sarebbe l'annientamento.

psicologia clinica. UTET Libreria, 1994;

- Semi A., Tecnica del colloquio. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1985.

BIBLIOGRAFIA

- Ciocca A., La psicoanalisi. Clinica e teoria. ESA Edizioni, Pescara, 2005;
- Gabbard G.O., Introduzione alla psicoterapia psicodinamica. Cortina Editore, Milano, 2005;
- Fulcheri M., Le attuali frontiere della Psicologia Clinica. CentroScientifico Editore, Torino, 2005;
- Imbasciati A., Fondamenti psicoanalitici della

Emergenza Ucraina. In che modo operare per l'inclusione delle persone con disabilità che richiedono asilo?

di *Francesca Dicè*

L'emergenza ucraina, fra le sue molteplici complessità, ha portato nuovamente all'attenzione dell'opinione pubblica la questione dell'accoglienza dei migranti e dei richiedenti asilo per motivi umanitari; com'è noto infatti, il nostro paese, come molti altri, si sta adoperando per dare accoglienza a quante più persone riescono a scappare dalla guerra e dai bombardamenti. Fra queste, particolare attenzione va rivolta alle persone con disabilità che, una volta giunte a destinazione, necessitano di specifici interventi assistenziali e spesso non sempre hanno gli strumenti (siano essi cognitivi, emotivi, linguistici o culturali) per accedere in maniera immediata alle procedure burocratiche (Lancioni, 2021).

In questo momento così complesso, è dunque

necessario che le istituzioni preposte adottino strumenti e risorse in grado di definire il maggior numero di procedure inclusive (Bini, 2018; Griffo & D'Errico, 2020) per accogliere queste persone. È necessario che esse operino per fornire loro strumenti utili ad orientarsi sul nostro territorio, magari attraverso specifici percorsi che consentano loro di diventare il più possibile autosufficienti (Lancioni, 2021). Alcuni esempi possono essere una specifica calendarizzazione di appuntamenti con le istituzioni amministrative (es. ufficio immigrazione) o di esami medici o visite ambulatoriali presso le istituzioni sanitarie (Lancioni, 2021); altri esempi possono riguardare l'implementazione di interventi diretti che prevedano specifici percorsi di accompagnamento, al fine di aiutare aiutino queste persone a integrarsi nella nuova realtà, comprendendone le regole e i contesti (Lancioni, 2021).

Per realizzare tutto ciò, è importante che le diverse istituzioni coinvolte approfondiscano la

conoscenza delle condizioni specifiche delle famiglie, soprattutto le difficoltà di natura linguistica ed interpretativa, agevolando così la loro relazione con le procedure burocratiche (Di Sciullo et al., 2020; Griffo & D'Errico, 2020; Bini, 2018). E' necessario inoltre che esse operino la messa a punto di azioni sinergiche tra loro, soprattutto le istituzioni che si occupano di disabilità e di interculturalità, al fine di accogliere le diverse complessità in cui i richiedenti asilo versano (Chieppa, 2019). Ciò significa anche ridefinire alcuni percorsi istituzionali al fine di snellirne le procedure, trovando soluzioni flessibili al fine di gestire queste realtà (Chieppa, 2019). Infine, è bene evidenziare come la presenza di minori richiedenti asilo con disabilità coinvolga anche le istituzioni scolastiche: è necessario che anch'esse si interrogino su nuovi possibili assetti della loro organizzazione e partecipino alla ricerca di specifiche soluzioni pensate ad hoc per loro (Chieppa, 2019). Solo in questo modo

potranno anch'esse comprendere e sostenere le realtà degli studenti richiedenti asilo, riconoscendo le loro vulnerabilità (Chieppa, 2019).

Questi descritti possono essere alcuni passaggi utili per supportare i richiedenti asilo con disabilità, in fuga dal loro paese in guerra, dal punto di vista sia linguistico che culturale, in modo tale che possano essere sostenuti ed accolti nel nostro paese nella maniera più adatta alle loro necessità (Lancioni, 2021).

Bibliografia.

Bini E. (2018). Accogliere famiglie con bambini disabili in contesti migratori. Scenari inclusivi a Bologna. Retrieved from <https://bit.ly/3J4kMlk>

Chieppa M.A. (2019). Migrazioni e disabilità. Un approccio intersezionale per una scuola plurale. Retrieved from <https://bit.ly/3uS9z8Q>

Di Sciullo L., Griffo G & D'Errico L. (2020). Migranti con disabilità. La discriminazione invisibile.

Retrieved from <https://bit.ly/3K9Us0P>

Griffo G. & D'Errico L. (2020). I rifugiati e i richiedenti asilo con disabilità in Italia. Milano: M i m e s i s . I S B N 9788857568911

Lancioni S. (2021). Rifugiati e richiedenti asilo con disabilità: una questione che riguarda tutti. Retrieved from <https://bit.ly/3u9UXCt>

Docenti di sostegno c o m p e t e n z e psicologiche e ICF

di *Veronica Sarno*

Il Consiglio dell'Unione Europea sulla Dimensione Sociale dell'Istruzione e della Formazione (2010) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2011) hanno condiviso il diritto all'istruzione per tutti ed anche il fatto che i sistemi scolastici e di formazione debbano garantire a tutti valorizzazione del merito e pari opportunità, per queste ragioni diventa elemento essenziale della scuola, per una scuola inclusiva, il docente di sostegno che svolge funzione essenziale per il principio di equità, per tutti i diversi e molteplici bisogni educativi speciali (BES), in quanto esiste per i BES la necessità di percorsi educative e formative e specifici di cui la scuola deve farsi carico. I fattori causali del bisogno educativo speciale possono avere ragioni di natura psicologica, organici, familiari, sociali, culturali, una criticità

può presentarsi come molto specifica e settoriale oppure essere globale e pervasiva.

Data le difficoltà legate ai bisogni educativi speciali, è necessario che gli insegnanti di sostegno ricevano un'approfondita formazione psicopedagogica integrata, un insegnante di sostegno deve infatti essere in grado di fotografare in maniera dettagliata la situazione attuale della persona con bisogno educativo speciale e riconoscere e saper gestire eventuali disturbi, come ad esempio bambini con disturbi dello spettro autistico; includendo evidenze scientifiche che possano guidare la formazione del fanciullo e considerando i diversi contesti di vita in cui è inserito il bambino, infatti, il docente di sostegno con la sua competenza psicopedagogica deve apportare un significativo contributo alla classe. C'è da chiedersi, nella pratica, quanto le conoscenze e le competenze di un docente di sostegno riescano per davvero a migliorare la qualità e l'efficacia dei sistemi di

istruzione ed a favorire l'inclusione della persona con bisogno educativo speciale ed a garantirne il suo diritto all'apprendimento come tutti gli altri? (Mitchell, 2007; Hattie, 2009 e 2012; Calvani, 2012; Domenici, 2017) hanno valutato a livello internazionale cosa possa davvero ritenersi efficace ed inclusive. Ci si è domandati ad esempio se un docente che accede al corso di specializzazione per il sostegno ne esca davvero più formato per affrontare in maniera pratica le diverse problematiche legate ai differenti BES e che abbia assunto più competenze psicologiche per la gestione delle difficoltà situazionali ed emotive e di problem-solving. È possibile iniziare da un'autoefficacia percepita, gli insegnanti in formazione per il sostegno, tendono a valorizzare le esperienze laboratoriali, tuttavia da sola l'autovalutazione potrebbe risultare riduttiva. Calvani (2013) ha individuato l'incremento di specifiche competenze didattiche ritenute in grado di favorire l'apprendimento e promuovere

il processo di inclusion che al termine della preparazione un docente di sostegno dovrebbe avere. Nel 2015, la Commissione Europea ha definito quelle che debbano essere le qualità per la cura e l'educazione della prima infanzia, che debba includere socializzazione ed apprendimento. Secondo l'approccio ICF è fondamentale l'uso di strumenti didattici innovative. Hattie (2013) sostiene che ci siano variabili che vadano ad influenzare l'apprendimento, in riferimento alla classificazione internazionale del funzionamento di disabilità e salute ICF, quindi se ne può dedurre che un docente di sostegno debba conoscere e saper consultare la classificazione ICF-CY (young).

Il modello bio-psico-sociale, da cui prende spunto l'ICF propone una concezione della salute universale ed egualitaria, individuando la disabilità come una situazione disfunzionale della salute. La "condizione di salute" è la risultante dell'interazione tra aspetti biomedici e psicologici

della persona (funzioni e strutture corporee), aspetti sociali (attività e tipo di partecipazione svolte nella quotidianità) e fattori di contesto (fattori ambientali e personali). “La classificazione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità è concepita per consentire l’organizzazione delle informazioni che riguardano il funzionamento umano e le sue costrizioni, l’ICF ha codificato la *disabilità* ed il suo opposto il *funzionamento* mediante *termini ombrello*, in quanto comprendono tre elementi inscindibili nella valutazione complessiva di un soggetto: il corpo (con eventuali menomazioni), le diverse attività della vita quotidiana (con le eventuali limitazioni), la partecipazione sociale (con le eventuali restrizioni). Si tratta di un cambio di paradigma nel modo di concettualizzare la *disabilità*, che ha conseguenze sui servizi dedicati e sulle pratiche delle professioni che in essi operano.”^[1]

Nella versione per bambini e adolescenti della

Classificazione (ICF-CY), la scuola

viene identificata come area fondamentale di vita e di esperienza durante l’età evolutiva, all’interno della quale l’alunno con disabilità potrebbe trovare elementi e persone che facilitino lo svolgimento delle attività cognitive e relazionali indispensabili per il suo sviluppo

ICF si articola in due parti principali.

Struttura della Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF):

“Parte 1. Funzionamento e disabilità:

- Strutture e funzioni corporee.
- Attività e partecipazione.

Parte 2. Fattori contestuali:

- Fattori ambientali.
- Fattori personali.

L’ICF valuta quattro differenti componenti della salute individuale:

- le strutture corporee, come gli occhi o le braccia;
- le funzioni corporee, come la vista e la motricità;
- le attività di un individuo e la sua

partecipazione a contesti sociali, come la

lettura e la capacità di stare in classe;

- i fattori ambientali, come l'ambiente naturale o quello scolastico.

I fattori personali, come: l'autostima, la motivazione individuale, pur se presi in considerazione dall'ICF, non rientrano nello schema classificatorio in quanto non facilmente identificabili data la loro molteplicità. Ogni componente della salute ICF è associata a una lettera: Funzioni Corporee (b), Strutture Corporee (s), Attività e Partecipazione (d), Fattori Ambientali (e). L'insieme delle quattro lettere (b, s, d, e), che contraddistinguono le componenti della salute, e delle cifre, che distinguono invece i diversi domini, categorie e sottocategorie della salute, formano dei codici con cui si identificano singoli aspetti della salute individuale. L'ICF è una classificazione dinamica dato che non prende semplicemente in considerazione la fotografia attuale dello

stato di salute dell'individuo e/o il suo grado di disabilità ma propone una serie di concetti – costrutti – atti a mostrare il cambiamento (o le possibilità di cambiamento) nel tempo e soprattutto l'effetto che le componenti della salute giocano una sull'altra. Ad esempio, la disabilità nel movimento (funzione) è valutata sia in assenza sia in presenza di ausili esterni (fattori ambientali); si valuta quindi l'effetto facilitante od ostacolante di questi sulla salute/disabilità del soggetto.

L'ICF non individua delle categorie diagnostiche per incasellare i soggetti, ma offre dei costrutti organizzativi per poter meglio identificare come le varie componenti della salute del singolo interagiscono tra loro dando vita al suo funzionamento globale in un determinato contesto. Per questo fine, la classificazione utilizza dei qualificatori che servono a indicare:

a) l'entità del cambiamento attuale rispetto a un'ideale condizione di salute e l'entità della dinamicità del cambiamento dell'individuo;

b) la localizzazione del cambiamento;

c) la natura del cambiamento;

d) l'influenza che i fattori ambientali hanno sul miglioramento (o sul peggioramento)

delle possibilità dell'individuo, quindi la valenza, facilitante od ostacolante, degli stessi.

Lo scopo principale dell'ICF è di presentare in modo organico le condizioni della salute umana. L'altro scopo perseguito dall'ICF è di fornire un linguaggio comune e quindi dei protocolli leggibili e condivisibili da un ampio spettro di professionisti e operatori coinvolti a vario titolo nella valutazione degli aspetti dell'individuo.

Queste finalità sono congeniali al lavoro multi e interdisciplinare relativo alle prassi di integrazione e inclusione scolastica dei minori con disabilità.

Il modello di classificazione dell'ICF è attento all'integrazione tra le capacità di funzionamento della persona e il suo contesto di riferimento. La "Scheda Riepilogativa ed Esplicativa della Diagnosi Funzionale

secondo ICF-CY", è uno strumento che permette di stilare agevolmente la Diagnosi e il Piano Dinamico Funzionale secondo la logica dell'ICF. La Scheda si compone di due parti principali:

Diagnosi Funzionale e Piano Dinamico Funzionale – articolate in cinque settori complessivi. La Scheda valuta gli aspetti funzionali, strutturali, relativi alle attività e alla partecipazione e ai fattori contestuali del minore mediante il sistema a doppia codifica degli item."^[2]

In questo modo vengono sottolineate le abilità funzionali del bambino e si sopperisce anche alla generale mancanza di informazioni legate al bambino con bisogno educativo speciale.

È importante evidenziare gli errori, ma anche i punti di forza dell'allievo, si prevede che più gli insegnanti aumentino interventi volti alla valorizzazione degli alunni soprattutto i più fragili, allora aumenterà la loro partecipazione alle attività delle classi ed il loro riconoscimento nel gruppo,

perchè sarà così stato effettuato un lavoro sull'autoefficacia, che, secondo Bandura (1982), costituisce il vero incentivo all'apprendimento, vero motore motivazionale di quest'ultimo.

Prove strutturate sono strettamente connesse alla **v a l u t a z i o n e** sull'apprendimento dei contenuti dell'allievo, mentre prove semistrutturate consentono la lettura degli apprendimenti relative agli altri livelli, come ad esempio le capacità di problem solving, (Domenici & Ciraci, 2016); è importante che l'insegnante fornisca valutazioni intermedie all'allievo, tali che quest'ultimo possa essere messo nella posizione di auto-correggersi (Bloom, 1976), promuovere l'autovalutazione nei bambini è di fondamentale importanza, per promuovere lo sviluppo di strutture di autoregolazione e può considerarsi come leva per incrementare le capacità di apprendimento e favorire anche l'acquisizione autonoma di nuove competenze .(Domenici & Ciraci, 2016).

Hattie (2013) sottolinea l'importanza per un docente di sostegno dell'acquisizione delle competenze tipiche della relazione d'aiuto, e di saper leggere le dinamiche di classe, quelle del sistema scolastico e della rete di insegnanti, ed anche quelle familiari; ed anche possedere buone capacità di comunicazione e quindi di conoscere bene anche la psicologia della comunicazione. Rossi (2012) evidenzia che un percorso formativo rivolto agli aspirant docent di sostegno debba essere incentrato sulle **metodologie della comunicazione**.

Altet (2010), invece crede che qualità essenziale di un docente di sostegno sia l'essere capaci di individuare le peculiarità di ogni situazione **s p e c i f i c a**, cogliendo l'originalità di ciascuna di esse e mettendo in gioco abilità di **r e a z i o n e**, creatività, quest'ultima intesa come procedura adattiva di elaborazione di soluzioni originali e non preconfezionate; innovazione, decisione, che non fanno parte di codici appresi, ma si

possano esplicitare in pratiche situate, mantenendo però la possibilità di una *riflessione nel corso dell'azione* Schön (2009).

ICF prevede un'attivazione precoce di educazione didattica al gioco, perchè essa offre ai bambini, soprattutto quelli con disabilità, la possibilità di creare un percorso di accompagnamento alla crescita personale e sociale ed alla strutturazione dell'identità. Il nido e la scuola dell'infanzia sono dei luoghi privilegiati, per costruire le basi della relazione educativa e affettiva, e delle esperienze di accoglienza e di integrazione di tutte le diversità mediante l'organizzazione di contesti educativo didattici flessibili e inclusivi, in grado di promuovere la partecipazione (UNESCO 2005). Ancor più, la partecipazione al gioco per i bambini disabili costituisce una preziosissima opportunità, infatti ICF considera attività di gioco anche il solo guardare del bambino, gli altri bambini che giocano. Spesso però purtroppo ci si concentra

solamente sugli aspetti assistenziali che richiedono molta attenzione e cura, dimenticando così l'importanza del gioco, che in alcuni momenti finisce persino per essere considerato irrilevante, anche perchè, secondo Saracho (2013) gli insegnanti tendono a pensare che i bambini con disabilità siano incapaci di giocare. In realtà, il gioco invece assume una grande importanza anche per la stesura del Piano Educativo Individualizzato (PEI), il gioco infatti è strettamente connesso alla possibilità del docente, o anche dei pari, di lavorare col fanciullo in una zona di sviluppo prossimale, puntando all'autonomia. L'ICF presuppone l'osservazione del bambino durante il gioco e le attività ludico-educative, tali osservazioni sono funzionali per conoscere il grado di sviluppo psico affettivo, motorio, intellettuale e sociale dei bambini e le loro attitudini, preferenze, bisogni, paure e desideri.

È utile disporre di strumenti di osservazione che:

- “rilevino la complessità degli elementi che emergono dall’osservazione del gioco, inteso sia come attività del bambino sia come contesto didattico intenzionalmente organizzato, e anche la loro interazione;

- diano risalto alle potenzialità del contesto per favorire una programmazione

e d u c a t i v o - d i d a t t i c a progressivamente inclusiva;

- diffondano una metodologia condivisa di raccolta delle informazioni all’interno

Ddll’equipe pedagogica, in vista di un problem posing e di un decision making

fondati su principi di corresponsabilità educativa e indirizzati all’inclusione;

- utilizzino un linguaggio privo di ambiguità che aiuti gli interlocutori (operatori, insegnanti, neuropsichiatri, famiglie ecc.) a confrontarsi all’interno di un terreno comune;

- consentano di poter disporre di dati quali-quantitativi sulla didattica del gioco per i bambini con disabilità da 0 a 6 anni basati su standard di ricerca qualitativamente

elevati che siano omogenei e confrontabili.”^[3]

L’ICF ritiene che la partecipazione del bambino alla vita scolastica siano l’esito di un apprendimento e di una socializzazione, della migliore interazione vissuta, si rende così concreta l’idea di funzionamento umano, che descrive il bambino in tutti i modi, l’ambiente può agire sia da barrier/ostacolo e sia da facilitatore/sostegno; il gioco, che si svolge nell’ambiente riveste un ruolo fondamentale nell’infanzia.

L’ICF inoltre sottolinea la necessità di lavorare il gruppo mediante la collaborazione, lo scambio ed il dialogo tra i vari docenti, il docente di sostegno, eventuali altri professionisti coinvolti nella disabilità del bambino e la famiglia.

lanes (2009) reputa che un docente di sostegno dovrebbe, oltre ad aiutare il ragazzo, anche essere d’aiuto alla famiglia.

Il ruolo che svolge un docente di sostegno è complesso e necessita di molte competenze, molte di queste sono psicologiche.

Riferimenti bibliografici

Altet, M. (2010). La relation dialectique entre pratique et théorie dans une formation professionnalisante des enseignants en IUFM. D'une opposition à une nécessaire articulation. *Education Sciences & Society*, 1(1), 117-141.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (2000). Autoefficacia. Teoria e applicazioni. Trento: Erickson.

Bloom, B. S. (1976). Human characteristics and school learning. New York: McGrawHill.

Calvani, A. (2011). Principi dell'istruzione e strategie per insegnare. Criteri per una didattica efficace. Roma: Carocci.

Chiappetta Cajola, L. (a cura di). (2015). Didattica inclusiva Valutazione e Orienta[1]

mento. ICF-CY, portfolio e certificazione delle competenze degli allievi con disa[1]

bilità. Dati di ricerca. Roma: Anicia.

Ciraci, A. M. (2015). Didattica, valutazione e certificazione delle competenze nel sistema formativo. Elementi chiave per l'inclusione e l'equità sociale. In

L. Chiappetta Cajola (a cura di), Didattica inclusiva Valutazione e Orienta[1]

mento. ICF-CY, portfolio e certificazione delle competenze degli allievi con disa[1]

bilità. Dati di ricerca (pp. 135 - 164). Roma:

Anicia. Domenici, G. (a cura di). (2005). Le prove semistrutturate di verifica degli apprendimenti. Torino: UTET.

Domenici G. (2009). Manuale dell'orientamento e della didattica modulare. Roma - Bari: Laterza.

Grasso F., "L'ICF a scuola come utilizzarlo", Università degli studi di Siena, 2010

Hattie, J. (2013). Di che natura è l'evidenza che fa la differenza per l'apprendimento?

Trad. it. di I. Salvadori.
Form@re, Open Journal per la
Formazione in Rete,
13(2).

lanes, D., & Canevaro, A.
(2008). Facciamo il punto su...
L'integrazione scolastica.

Trento: Erickson.

lanes, D., & Cramerotti, S.
(2013). Alunni con BES –
Bisogni Educativi Speciali.

Trento: Erickson.

Pellerey, M. (2010). Ripensare
le competenze. Napoli:
Tecnodid.

Rossi, P. G. (a cura di).
(2012). L'Agire didattico.
Manuale per l'insegnante.
Brescia: La Scuola.

Schön, D. A. (1983). The
reflexive practitioner. New
York: Basic Books.

UNESCO (2005-9). Policy
guidelines on inclusion in
education. Paris: UNESCO.

Vertecchi, B. (1976).
Valutazione formativa. Torino:
Loescher.

Vivanet, G. (2014). Che cos'è
l'evidence based education.
Roma: Carocci.

ARTICOLI

A.L.Rizzo, "Gioco e disabilità:
l'ICF-CY nella progettazione

didattica inclusiva nel nido e
nella scuola dell'infanzia",
Form@re, Open Journal per la
formazione in rete, ISSN
1825-7321 - DOI: [http://
dx.doi.org/10.13128/
formare-15271](http://dx.doi.org/10.13128/formare-15271)

Numero 3, Volume 14, anno
2014.

L.Pasqualotto, L. Ghirotto,
"L'implementazione dell'ICF
nella scuola con il D.Lgs. n.
66/2017: una ricerca tra gli
insegnanti.", Vol. 18, n. 2,
maggio 2019.

Calvani, A., & Vivanet, G.
(2014). Evidence based
education e modelli di valuta
zione formativa per le scuole.
Journal of Educational,
Cultural and Psychological
Studies, 1(9), 127-146.

Canevaro, A., D'Alonzo, L., &
lanes, D. (a cura di). (2009).
L'integrazione scolastica
di alunni con disabilità dal
1977 al 2007. Risultati di una
ricerca attraverso lo
ECPS Journal – 16/2017

Grasso F. (2011), L'ICF a
scuola. L'applicazione agli
adempimenti

della legge 104/1992:
Diagnosi Funzionale, PDF e
PEI, Giunti O.S.
Organizzazioni Speciali,
Firenze.

Organizzazione Mondiale
della Sanità - OMS (2007),
ICF-CY.

International classification of
functioning, disability and
health:

Children and youth version,
World Health Organization,
Geneva

(trad. it. ICF - CY.
Classificazione Internazionale
del Funzionamento,
della Disabilità e della Salute –
Versione per bambini e
adolescenti,
Erickson, Trento, 2007)

[1] L.Pasqualotto, L. Ghirotto,
“L’implementazione dell’ICF nella
scuola con il D.Lgs. n. 66/2017: una
ricerca tra gli insegnanti.”, Vol. 18, n. 2,
maggio 2019, pp.184-186.

[2] F.Grasso, “L’ICF a scuola come
utilizzarlo”, Università degli studi di
Siena, 2010, pp. 47-49.

[3] A.L.Rizzo, “Gioco e disabilità: l’ICF-
CY nella progettazione didattica
inclusiva nel nido e nella scuola
dell’infanzia”, Form@re, Open Journal
per la formazione in rete, ISSN
1825-7321 - DOI: <http://dx.doi.org/10.13128/formare-15271>
Numero 3, Volume 14, anno 2014, p.30.

Talking pictures therapy di *Serafina Di Carlo*

Introduzione

La fotografia è un potente mezzo di comunicazione, diventato più accessibile con lo sviluppo della tecnologia, che non ha bisogno di una fotocamera dispendiosa per beneficiare della pratica, al giorno d'oggi ognuno di noi può realizzare fotografie attraverso l'utilizzo del proprio smartphone (Burn, 2019).

È necessario, dapprima, definire cosa è la fotografia: “un sottilissimo foglio di carta che si percepisce in modo tridimensionale, come vivo, come se ciò che è visibile sulla sua superficie stesse accadendo nel momento esatto in cui è visto, e come se lo spettatore fosse proprio là, partecipe alla scena, a guardarla con i suoi occhi nel presente anche quando

l'immagine appartiene a un passato lontano” (Weiser, 2010).

Nell'ambito psicologico, tra gli anni 1920 e 1980, alcuni autori individuano nella fotografia lo strumento per aiutare i propri pazienti nell'elaborazione dei propri vissuti, utilizzandola all'interno del contesto clinico con gli individui e con i gruppi. Per citarne alcuni, Jacob Levi Moreno, padre dello psicodramma, utilizzava le fotografie come punto di partenza durante le sedute di gruppo, F. Cornelison e J. Arsenian (1980) utilizzano a scopo terapeutico la macchina polaroid nella cura di pazienti schizofrenici (Cuccagna, 2020).

Le fotografie contengono sempre storie, indipendentemente dal potenziale artistico che potrebbero avere e ogni immagine racconterà le sue

storie in modo diverso a seconda di chi inconsciamente la traduce in significato mentre la guarda (Weiser, 2004).

Il potere straordinario di questi artefatti visivi risiede nel fatto che essi favoriscono l'emersione di ciò che fino a quel momento era sommerso, portando "fuori" qualcosa da "dentro" (Cuccagna, 2020). Questi aspetti sono cruciali per comprendere il perché (e il come) le fotografie possano essere strumenti di guarigione così utili: esse permettono di svelare storie, segreti e momenti che nella relazione terapeutica permettono di avere una connessione più diretta e meno censurata con l'inconscio (Weiser, 2010).

Le "talking pictures cards" come strumento psicologico

Questa tecnica è stata ideata da Del Loewenthal per l'uso terapeutico delle fotografie nella consulenza e nella

fototerapia (Halkola et al., 2009). L'autore ha utilizzato questo approccio, dopo averlo sperimentato nelle scuole e nel suo studio privato, in laboratori per consulenti in formazione, psicoterapeuti e arteterapeuti. Questa tecnica può essere utilizzata all'interno di una consulenza breve e di una psicoterapia, all'interno di qualsiasi terapia psicologica che miri a consentire al cliente di parlare di ciò che lo riguarda (Halkola et al., 2009).

Le talking pictures cards (TPC) possono essere rivolte a chiunque desideri esplorare ciò che per loro è importante. All'interno della terapia le fotografie possono essere viste come un percorso verso l'inconscio in cui i significati che il cliente attribuisce alla fotografia siano considerati come il risultato delle sue proiezioni (Halkola et al., 2009).

In particolare, in una ricerca è emerso come questa tecnica sia utile per l'apprendimento emotiva e per il miglioramento del concetto di sé in bambini in età scolare (Halkola, 2011).

La tecnica delle TPC, sviluppata da Loewenthal (2013), è stata sperimentata in ambito penitenziario ed usata sia in contesti individuali che di gruppo dallo stesso Loewenthal e da psicologi, fotografi e operatori della giustizia all'interno del già citato progetto "PhototherapyEurope in prisons" finanziato dal Programma Grundtvig dell'Unione Europea (Saita, Accordini & Fenaroli, 2015). In una di queste ricerche dall'analisi dei risultati è emerso che, attraverso l'utilizzo di questa tecnica con un gruppo di detenuti, l'uso delle foto è stato utile nel facilitare l'espressione emotiva e la condivisione di

esperienze, pensieri, sentimenti e nel promuovere l'insight, la riflessione su se stessi e la crescita psicologica (Loewenthal et al., 2016).

Il progetto

Questo progetto si è avvalso dell'uso della tecnica fototerapeutica "Talking pictures cards" e si articola in cinque incontri, ognuno con un argomento diverso, che cercavano di ripercorrere tutta la storia di vita del soggetto.

Tutti gli incontri, previo consenso, sono stati registrati, sbobinati e, in seguito, analizzati.

Il destinatario è un individuo che si trova in misura alternativa alla detenzione presso la cooperativa sociale "Opera in fiore" di Milano.

L'obiettivo è quello di verificare se l'uso di questa tecnica può essere utile, in questi soggetti, per suscitare una progressiva espressione di contenuti

emotivi e per aiutare a sviluppare una narrazione di sé.

L'ente: Cooperativa sociale Opera in fiore

Opera in fiore è una cooperativa sociale senza fine di lucro nata nel 2004 che realizza l'inserimento lavorativo nel settore del verde di persone svantaggiate, disabili, detenuti e migranti lavorando con aziende e privati a Milano e nel suo territorio circostante creando e pulendo aree verdi, giardini, parchi e terrazzi e vendendo piante; inoltre gestisce "Borseggi", la sartoria che ha creato nel carcere maschile di Milano-Opera, dove persone detenute imparano un nuovo lavoro artigianale costruendo percorsi virtuosi di responsabilità sociale ed economia circolare che combattono recidiva e pregiudizio.

La missione è l'inclusione sociale di persone svantaggiate attraverso il lavoro e la nostra peculiarità permette anche alle aziende di ottemperare alla Legge 68/99 per il diritto al lavoro delle persone appartenenti alle categorie protette.

Essa nasce con un cuore agricolo e una passione per il verde e l'ambiente, il carcere, la disabilità e, soprattutto, le persone.

Attraverso i vari progetti si prende cura di persone che lo Stato definisce svantaggiate ma che per loro rappresentano valore sociale e lavoro.

Le varie attività comprendono:

- Il laboratorio di sartoria «BORSEGGI», che promuove il lavoro nel carcere maschile di Milano-Opera e realizza progetti con il tessile di economia circolare e responsabilità sociale d'impresa. Con il

laboratorio

«BORSEGGI II»,

sempre in carcere, si è

deciso di produrre

mascherine chirurgiche,

vista la situazione di

emergenza docuta al

covid-19. I prodotti di

Borseggi vengono

commercializzati online

con un servizio di e-

commerce.

- il progetto «OPERA in GREEN» della cura e progettazione di spazi verdi, giardini, terrazzi, orti e pareti vegetali gestisce la cura di allestimenti per eventi e cerimonie; si vendono fiori e piante; si gestisce una serra comunitaria aperta alla cittadinanza; e si occupa di riqualificare un'area urbana in un giardino condiviso e di prendersi cura di un terreno confiscato alla

mafia creando nuovi

percorsi di giustizia

riparativa e di

volontariato sociale.

- il progetto «OPERA FRESCA» offre un servizio di welfare aziendale personalizzato consegnando in ufficio frutta fresca di stagione, secca o disidratata in contenitori bio plastic free.
- il progetto «I NOSTRI FIORI A CASA VOSTRA» offre un servizio di vendita di piante fiorite online via e-commerce e un servizio di delivery a domicilio a Milano e provincia.

Ad oggi, la cooperativa è composta da 89 membri di cui 79 soci lavoratori e 10 soci volontari.

Il partecipante: la storia di Riccardo^[1]

Riccardo è un uomo di 60 anni, ha commesso il primo reato nel 1989 a Palermo per spaccio di sostanze stupefacenti, ha avuto una condanna di tre anni. Il secondo reato invece nel 2017 per furto, è stato detenuto presso il carcere di opera, a Milano.

Adesso, si trova in misura alternativa alla detenzione^[2] (affidamento sul territorio di tipo terapeutico) e lavora da due anni presso la cooperativa Opera in fiore, ha un contratto determinato part-time di 24 ore settimanali. Prima di questo svolgeva lavori saltuari, senza mai avere un lavoro stabile, ma non ha mai vissuto periodi in cui era disoccupato.

Per quanto riguarda la sua istruzione ha conseguito il titolo di scuola primaria di secondo grado (terza media).

Si dichiara uno studente non proprio modello, faceva molte assenze e cambiava spesso scuola.

Ha vissuto la sua infanzia in Italia, dopo la morte della madre, ancora minorenne (13 anni), nel 1975 è scappato in Germania da suo fratello maggiore dove ha vissuto fino ai primi anni dell'80. I rapporti familiari sono ottimi e ricorda la sua infanzia come felice e spensierata fino alla morte della madre alla quale era molto legato. Nessuno dei familiari ha precedenti penali. È stato sposato dal 1980 fino al 1984, con la prima moglie ha avuto tre figli. Poi ha avuto un'altra compagna dalla quale ha avuto altri tre figli. Ha bellissimi rapporti con i suoi figli che spesso vengono a trovarlo a Milano.

Nel suo tempo libero, frequenta un gruppo di alcolisti anonimi il sabato pomeriggio, avendo sofferto in passato di

dipendenza da alcol. Da cinque anni ha risolto il suo problema di dipendenza ma continua ad andare, di sua volontà, al gruppo di alcolisti anonimi per avere un maggiore sostegno durante il suo percorso. Dichiarò che i problemi sono scaturiti in seguito alle delusioni in ambito relazionale/affettivo. Inoltre, è seguito dal NOA da un medico e da uno psicologo che, in maniera costante, effettuano visite di controllo.

Nel suo gruppo di amici vi erano persone coinvolte in attività criminali come furto e spaccio.

Per quanto riguarda il suo percorso criminale si dichiara pentito, non si dimostra insensibile rispetto ai crimini commessi anzi dice che la sua pena è giusta e che ha compreso i suoi errori dovuti anche al fatto di aver sempre frequentato una compagnia di

amici anch'essi coinvolti in attività criminali.

Selezione delle foto e procedura degli incontri

Per utilizzare la tecnica "talking pictures" si è scelto un album di fotografie scattate da professionisti del settore dal quale sono state selezionate 35 foto che fossero abbastanza equivalenti per quanto riguarda i seguenti criteri: foto che fossero sia a colori che in bianco/nero, foto facili e difficili, foto che raffigurassero cose diverse (oggetti, persone, paesaggi), foto nitide e sfocate.

Le sessioni sono state condotte con un approccio semi-strutturato, dal momento che ogni sessione si focalizzava su un argomento specifico ma durante il corso dell'incontro sulla base di ciò che veniva detto l'intervistatore poteva chiedere approfondimenti o spiegazioni.

Inoltre, si è scelto di utilizzare questo approccio, tenendo conto delle limitazioni dovute al contesto e ai tempi ridotti. Ogni incontro ha avuto una durata media di 40 minuti e si sono tenuti all'interno di una sala luminosa e priva di rumori esterni situata al piano superiore della cooperativa sociale.

In particolare, il primo incontro si è focalizzato sulla rappresentazione di sé: al soggetto viene chiesto di scegliere due o tre foto che lo rappresentano. Questo è servito sia per rompere il ghiaccio sia per instaurare un rapporto più confidenziale. Nella seconda sessione, al partecipante è stato chiesto di scegliere una o due foto che rappresentava la sua vita passata con la sua famiglia di origine.

La terza sessione si è concentrata sulla sua vita durante la detenzione, i suoi

momenti difficili e i suoi vissuti legati al suo passato recente in carcere.

Il quarto incontro aveva come focus il presente: l'uscita dal carcere e la misura alternativa, la possibilità di svolgere un lavoro e gli aspetti legati al ricominciare una nuova vita. L'ultimo incontro, infine, si è concentrato sul futuro e sulle sue aspettative.

Nonostante gli argomenti di ogni sessione fossero prestabiliti, il cliente era libero di scegliere cosa dire e come esprimere i suoi sentimenti. Ogni sessione iniziava sempre con la proposta dell'argomento da trattare e veniva chiesto di scegliere le immagini che secondo lui fossero associate con l'argomento.

Dopo la domanda iniziale il soggetto veniva lasciato libero di esprimere i suoi pensieri e le sue emozioni senza alcun suggerimento e venivano fornite solo domande stimolo

come ad esempio “mi puoi dire di più” o “puoi raccontarmi un esempio specifico”.

Primo incontro

“Ti chiedo di scegliere una o più foto che ti rappresentano”



Questa foto (uomo su un altopiano che guarda volare gli uccelli) mi rappresenta perché amo la natura, e mi piace osservarla da un punto più alto e poi, non so, il volo di un uccello mi dà un senso di libertà ma anche di vuoto,

come se vorresti andare anche tu più in alto possibile. Ecco perché mi piace andare nei punti più alti ad osservare la natura.

La seconda foto (foto di un padre con il figlio) richiama la paternità, mi ricordo il primo giorno che ho accompagnato mio figlio a scuola e mi sono presentato come il padre e insomma, è stato per me una grande gioia sentirmi padre. Il primo giorno di scuola sono stato io ad accompagnarlo, una gioia immensa e un grande orgoglio, dire io sono il padre di mio figlio. E poi la mia speranza è sempre stata quella che lui continuasse gli studi, spero sempre si trovi un futuro migliore.

La terza foto (uomo che poggia la mano sulla testa di una donna) richiama alcuni lati del mio carattere: la dolcezza. Come mi sono mostrato con la mia prima moglie, ero molto dipendente da lei, innamorato

è la parola più semplice da dire e lo ero. Ero giovane, sono stato cinque anni fidanzato e poi ci siamo sposati. È stata una grande felicità e io ero proprio felice, ero innamorato. Mi piace essere dolce, prendermi cura della mia prima moglie, contento soddisfatto e realizzato vicino a lei. Il senso di famiglia, io amo stare in famiglia. Sono nato e cresciuto in una famiglia numerosa, stare tutti insieme e questa atmosfera familiare me la porto con me.

“quindi, la prima foto richiama il tuo amore per la natura e il tuo senso di libertà, la seconda invece il tuo essere padre e l’ultima il tuo lato dolce e premuroso nei confronti della tua prima moglie e il valore della famiglia”

Sì, la mia famiglia l’ho persa troppo presto. Eravamo 11 figli. Ero abituato al valore

della famiglia, stare sempre insieme. La sera era bello perché le mie sorelle rientravano da lavoro, mio padre, mia madre

“se io ti dovessi chiedere di scegliere una delle tre foto”

Sceglierei questa (l’uomo che accarezza la donna), perché io so di non essere una persona cattiva, solo tanto sfortunata, non è una giustificazione, ognuno commette i suoi sbagli. Io adesso sto cercando di stare un po' da solo, pensare un po' a me stesso, mi piacerebbe riavere una famiglia, sapere che ho qualcuno a casa che mi aspetta. Non dico quella parte fisica, ma proprio sentirsi amato, apprezzato per quello che sono.

Questa foto rappresenta il mio bisogno di affetto, mi sento troppo solo (piange). Scusami, mi sono commosso. Io vorrei stare da solo ma è pesante. Mi piace avere qualcuno con cui

condividere la mia giornata, con cui parlare, sapere che hai qualcuno che ti aspetta e che ci tiene. Le carezze, le parole dolci, gli abbracci, sono queste le cose che mi mancano. Viaggiare con la persona che ami, condividere queste gioie, queste attenzioni con la persona con cui vuoi stare. So che nel mio cuore c'è qualcosa di buono, i casi della vita, a volte, ti portano a stare con delle persone sbagliate nel momento sbagliato. E ne paghi le conseguenze. Ti porti dietro anche il peso di essere considerato anche una persona cattiva, il contrario di quello che sei veramente. Ti ritrovi senza niente e nessuno.

Secondo incontro

“ti chiedo di scegliere una o due foto che rappresentano le tue origini”



Questa foto mi ricorda il me piccolino, spensierato, giocavo sempre fuori casa a Cagliari, non c'erano costruzioni, era tutta campagna, case diroccate, si facevano fortini di guerra e quindi ero sempre lì a giocare, per pranzo mi prendevo un pezzo di pane e rimanevo lì, neanche si rientrava.

Non era sempre così perché spesso e volentieri mi portavano in collegio. Quei tempi, scappavo facilmente, c'è stato un periodo che sono stato più a casa. Ma gira e rigira mi mandavano sempre in qualche struttura con le suore. Io e altre due mie sorelle che eravamo i più piccoli della famiglia, solo che loro erano insieme mentre io

ero da solo, un po' qui un po' là.

Poi scappavo sempre perché non mi piaceva stare chiuso, non mi piaceva la scuola lì, per passare la giornata. Ho più ricordi brutti di quel periodo, brutti perché non ci stavo volentieri non perché sono stato picchiato. Dovevamo stare nei dormitori con tutti i bambini, c'erano degli orari fissi, non si poteva giocare, non potevi scherzare, disciplina e clima rigoroso.

Mi sentivo molto solo, anche perché ero sempre fuori zona quindi tutti gli altri bambini non li conoscevo, cercavo di fare amicizia con loro, era facile fare amicizia ma sempre con una tristezza che non ti abbandonava mai.

Purtroppo, i miei genitori non avevano scelta, eravamo tanti con una casa piccola, dormivamo tutti insieme, eravamo molto limitati e quindi si era presa questa decisione.

Poi con il tempo, i miei fratelli hanno iniziato a lavorare, quello più grande si è trasferito in Germania. E io molte volte saltavo la scuola per andare a lavorare con loro. Facevamo anche le nottate, perché mio fratello lavorava di notte, avevo nove anni. Poi le medie le ho fatte a scuola, e sono rimasto a casa.

Poi quando nel '75 è morta mia mamma, è iniziata la mia rottura, avevo 13 anni e sono andato in Germania da mio fratello.

Non riuscivo a stare più a casa, mia mamma mi è mancata tanto, in un modo spaventoso. L'ho accompagnata al cimitero e poi la sera sono rientrata ed era una cosa impossibile, non riuscivo a stare. Chi si è sposato, chi ha iniziato a convivere e siamo rimasti solo io e mio padre. Una volta mio padre è venuto in Germania, pensando di portarmi via ma

non c'è riuscito perché volevo stare là. E lì è iniziata la mia avventura, volevo crearmi il mio futuro. Tramite il consolato sono stato inserito in alcuni gruppi della parrocchia per alcuni mesi per imparare qualche mestiere, perché la situazione particolare. A 15 anni poi ho conosciuto quella che sarebbe diventata la mia prima moglie.

Non ho avuto un'infanzia facile, poi quando si è piccoli non lo riesci a distinguere bene. Questa foto però mi ricorda momenti belli, si giocava, ci si sporcava e non si voleva tornare mai a casa. L'unica cosa mi terrorizzava quando sentivo parlare i miei genitori del collegio. Ma grazie a dio, non mi è mai mancato nulla, mangiavamo quello che capitava, mio papà faceva il pescatore, il cibo sulla tavola non ci è mai mancato. Poi si andava a prendere dei buoni per la spesa, andavo sempre

con mia mamma, ero sempre con lei.

La seconda foto che ho scelto mi ricorda lei, alla finestra che mi aspettava quando andavo a giocare. Mi piaceva molto questa cosa, mi faceva sentire amato. E io lo facevo apposta a volte, per farmi aspettare. Quell'anima stupenda di mia mamma, avevo un bel rapporto con lei, era molto protettiva con me, quando è venuta a mancare ho sofferto tanto, una brutta esperienza che ricordo come se fosse adesso. Perché mia mamma ha avuto un tumore, inizialmente si pensava fosse benigno. Ma dopo un po' di mesi, in seguito si è scoperto era già in metastasi. Mi ricordo in ospedale, piangevano tutti. Era ben voluta da tutti. Mi manca, volevo stare solo con mia mamma, non volevo stare con nessuno, dovevano portarmi via dall'ospedale.

Queste cose non te le puoi mai dimenticare.

Con mio papà invece i rapporti erano diversi, lui aveva un carattere più freddo, introverso. Pretendeva cose che io non sapevo fare. Molte volte, lui si sfogava con me, ero uno scudo per lui, poi lo vedevo piangere perché sfogava la sua rabbia su di me, alti e bassi diciamo il nostro rapporto.

Terzo incontro

“ti chiedo di scegliere una foto che rappresenta il momento del carcere”



Questa foto, tutta offuscata, sembra un'ombra e poi ci sono le tende. E io ho perso tanta vista guardando dalle finestre del carcere, perché tra le sbarre e in più c'era una rete fine dietro, riuscivi a vedere a malapena e sforzavi sempre di più gli occhi per vedere fuori. Fuori c'era il campo dove coltivavano le pannocchie, il riso e quando vedevi qualche trattore, mi piaceva guardare però sforzavi la vista. Il cercare di mettere a fuoco poi piano piano vedevi che ti stavi sforzando. Mi mettevo sempre lì, e pensavo a quanto fosse brutto non riuscire a vedere bene un oggetto quando lo

vuoi vedere, quello che vorresti vedere ti sfugge, qualunque cosa sia, persone e oggetti. E mi sentivo ancora meno libero, una cosa che ti sopprime ancora di più. Come se ti soffocasse, poi la fatica. E una cosa brutta, come se ti mettessero una cosa davanti agli occhi per non fartela vedere. Oltre questo, era una cosa di sicurezza e di protezione, sicuramente. Però era proprio brutto. Cercavi sempre di poter vedere un po' del mondo esterno

La mancanza di luce, solo buio, sei estraniato dalla realtà, il mondo non esiste. Solo qualche spiraglio di cielo. Vedevo la luce solo quando avevi qualche incontro con l'avvocato o cose simili, però mi ricordo le volte in cui mi portavano fuori dalla sezione, sai come camminavo, gli occhi si spalancavano da soli, come se fossi venuto da un altro mondo, guardavi qualsiasi

cosa con ammirazione, il contatto con la realtà, sembrava tutto così illuminato. Come quell'ombra che cerca di aprire le tende, ecco noi cercavamo di vedere l'esterno. L'oscurità che ti avvolge, fuori e dentro, dentro il rimorso e la colpa per quello che hai fatto e le conseguenze, io stesso mi sono privato degli anni della mia vita. E fuori per la realtà. devi convivere con l'oscurità, con il senso di colpa, ti fai anche queste domande. Lotti anche con questo, potevo stare bene, stare fuori e io stesso mi sono privato degli anni della mia vita. Ho capito i miei sbagli, quindi ci devi convivere, nessuno ti dice di andare in carcere e quindi devi anche rassegnarti e assumerti le colpe.

Sono entrato ad opera l'11 febbraio del 2017 e sono uscito il 6 maggio 2021. A febbraio di quest'anno faccio cinque anni. Però sono

arrivato qui ad opera in fiore a lavorare due anni fa.

Prima del 6 maggio uscivo in art.21, quindi potevo uscire ma l'incubo era rientrare la sera, poi l'ansia per arrivare in tempo, non dovevi arrivare in ritardo. La paura di perdere l'autobus, perché se fai ritardo sono problemi. Poi una volta che inizi a vedere la luce del giorno, la sera che devi rientrare là non è facile. Però era già una bella conquista. Poi io rientravo e andavo nella scuderia del carcere.

La seconda foto invece che ho scelto, non mi piace perché mi ricorda i visi tristi, chiusi come in una gabbia, la desolazione, la disperazione, non sapere cosa ti aspetta, come nei primi giorni in carcere. La cella con le sbarre condivisa con molte persone, ognuno con la propria storia e il proprio percorso. Soprattutto, la mia prima carcerazione all'Ucciardone di Palermo. Gli

anni in cui sono finito lì, c'erano queste gabbie come nella foto, infatti lì la chiamavano il canile". Ci sono solo panchine di cemento e un piccolo bagno. Poi ti mandano nelle sezioni e nelle sezioni ho passato un paio di settimane in queste celle condivise con altre persone. Eravamo persone anche con reati diversi e quindi l'impatto è stato difficile e demoralizzante. E soprattutto per il fatto che dovevi andare d'accordo per forza, una convivenza forzata. Io sono stato una quindicina di giorni con molte persone ed è stato brutto perché non sapevi come comportarti, come muoverti, cosa dire. Dovevi capire le persone, ognuno aveva i propri bisogni, poi la gerarchia: chi comandava e ti diceva dove dovevi dormire. Pensavo a che fine avrei fatto, al perché fossi là. Ti fa pensare tanto questa situazione, tanti punti di

domanda senza trovare una risposta, poi il pensiero va alle persone che sono rimaste fuori (i familiari). Io mi tenevo tutto dentro, di carattere sono fatto così eh, non parlo mai con nessuno dei miei problemi. Attraverso questi incontri però ho tirato fuori qualcosa, alcune mie difficoltà, mi sono anche commosso. Mi ha aiutato tanto.

Un'altra cosa che mi ricordo era il buio totale che caratterizzava le celle e il freddo. Ancora oggi non riesco a dimenticare quel posto, mi ha colpito tanto, non pensavo mai che le persone venissero trattate come gli animali nonostante gli errori commessi. È stato traumatico per quello, come ti dicevo, continuavo a chiedermi che fine avessi fatto.

Quarto incontro

“ti chiedo di scegliere una foto che rappresenta il tuo presente”



Scelgo questa qua, perché rappresenta ciò che non ho fatto prima nel mio passato. Il fatto di lavorare e imparare nuove cose in sicurezza. Prima facevo lavori senza pensare mai alle conseguenze.

Il primo periodo è stato difficile, avrei voluto avere più tempo per stare qui a lavorare, invece dovevo rientrare la sera in carcere. Vivevo due sentimenti felicità e ansia, avevo ansia mentre tornavo magari uno sciopero o un incidente, quando finivo di lavorare anche se avevo più di un'ora di tempo prima di tornare io rientravo subito.

Perché avevo visto tante persone che per questi motivi perdevano tutti i diritti e quindi io non volevo perdere questa opportunità.

Mi sono trovato subito bene con le persone, mi piaceva ogni cosa.

Da quando sono qua ho imparato a prendermi cura delle cose, a fare bene le cose, a pensare a quello che faccio. Anche al fatto che qui sei sempre aiutato, se non sai fare qualcosa sei aiutato, ti spiegano le cose. Adesso sono qui grazie a Federica (la presidente), inizialmente ho fatto un tirocinio, in art.21. poi dopo un po' di tempo attraverso un progetto proposta dalle psicologhe del Sert e dopo un mese sono riuscito ad avere un appoggio esterno sempre con l'obbligo di tornare a casa entro una certa ora. Quando mi hanno chiamato mentre ero sull'autobus per tornare in

carcere dopo lavoro ricevo una chiamata "si sbrighi signor Riccardo lei è scarcerato". È stato emozionante, non riuscivo neanche a muovermi per scendere dall'autobus.

A febbraio ho il fine pena, quindi adesso mi hanno inserito all'interno di un altro progetto per avere una casa popolare. È un percorso che devi fare perché non hai molte alternative, soprattutto perché lo stipendio non è alto, quindi economicamente devi appoggiarti a qualcuno che ti aiuti a reinserirti. Da solo non ci sarei mai riuscito.

Mi sento bene, mentalmente e fisicamente, sono più tranquillo. Finisco il mio lavoro e sono soddisfatto, rientro a casa con calma. Qualche sera mi sento solo però so già che il giorno dopo vengo qui. Io inizio alle 8 e già alle 5.30 sono già sveglio. Perché non vedo l'ora di stare qui. Prima non ero così, conducevo una

vista sregolata, non ero mai in orario. Adesso mi piace essere più attivo, pensare a quello che devo fare qui, mi sento parte della squadra. Mi sento come se fossi a casa mia. Mi viene proprio spontaneo fare qualcosa, ci tengo tanto a questa cooperativa, perché penso se va bene in cooperativa va bene anche la mia vita. La cooperativa è famiglia, non vedo questo distanziamento come un estraneo, so che tutti i giorni devo venire qua e che qui stiamo bene tutti, c'è collaborazione e fiducia.

Io arrivo qui un'ora prima dell'inizio e controllo se tutto funziona, inizio ad aprire, controllo i materiali.

Piano piano adesso mi sto sistemando, so che hanno fiducia in me e io mi impegno anche perché si ripone fiducia in me. Mi sento accolto. Non mi sento abbandonato, Federica mi chiede sempre se

ho i soldi per la spesa, se mi serve qualcosa. Questa cosa è importantissima per chi come me ha sbagliato e vuole trovare una via d'uscita. Sono sempre disponibile e loro lo sono con me.

Cercherò sempre di salire sempre più su da quella scaletta (si riferisce alla foto) per stare sempre bene, per raggiungere ancora più serenità. È stato un percorso faticoso e in salita ma adesso inizio a vedere il beneficio di aver intrapreso queste scelte.

Quinto incontro

Ti chiedo di scegliere una foto che rappresenta il futuro e le tue aspettative



Scelgo questa foto, perché è quello che spero un giorno di avere, la fortuna di trovare una compagna tenendo a presente quello che sono stato, da dove vengo. Trovare una tranquillità, una stabilità. Un riscatto per il mio percorso. Sono riuscito ad ottenere quello che desideravo. Sono stato sfortunato, non ho trovato persone compatibili, forse se avessi trovato le persone giuste non avrei fatto quello che ho fatto, magari non sarei finito in carcere.

Trovare l'anima gemella, un uomo spera sempre di trovare la persona giusta per lei, credo nei valori della famiglia, ho avuto una famiglia numerosa e genitori che si

amavano. Condividere gioie e dolori, soddisfazioni e traguardi, questo mi piacerebbe, sarebbe la tranquillità che spero.

Oggi sono consapevole che non me la sentirei di coinvolgere un'altra persona, perché non sono del tutto libero. E ho paura che poi la persona non accetti, e non vorrei soffrire più per amore.

Nelle mie relazioni sono sempre stato sincero, mi sono sempre buttato a capofitto, ed ero tanto innamorato. Sono stato tradito e umiliato.

Ti posso garantire che sul lato familiare e paterno non ho mai sbagliato, ho commesso i miei errori ma come padre e marito non ho mai fatto mancare nulla (ha avuto tre figli con la prima moglie e tre con la seconda compagna.).

Il mio desiderio è di stare bene con la persona giusta, senza essere preso in giro di nuovo.

Questa è la mia difficoltà, cioè fidarmi di nuovo.

Però oggi non è facile, sono cambiate tante cose, poi a quest'età è più difficile perché ognuno ha la sua storia, il proprio passato, non hai la mente da giovane ecco. Ed è molto più difficile secondo me trovare una persona giusta.

Poi, adesso non ci penso, penso solo a me stesso, perché voglio finire il mio percorso che è iniziato e lo voglio finire bene. Poi, penserò al futuro, stare tranquillo. Io penso che sarà bello, sono ottimista, per me ogni giorno è una nuova esperienza, poi lo stare bene con le persone, il lavoro ti aiuta a pensare ad un futuro positivo. Questa è la mia forza, il mio futuro lo vedo molto bene, se trovassi una compagna sarebbe ancora più bello.

Voglio godermi gli ultimi anni della mia vita, con una

persona, condividendo gioie e dolori, condividere le gioie della giornata, parlare e chiacchierare. Arrivare al piano di sopra come nella casa tu e lei, stare insieme (si riferisce alla foto), come si dice "un cuore e una capanna".

Sono soddisfatto e pronto a ricominciare. Mi sento soddisfatto, ho iniziato una nuova vita, quando rientro a casa ogni sera mi siedo due, tre minuti e penso anche oggi è andata bene, sono soddisfatto. Mai con l'aria triste. Per questo sono positivo per il futuro. Sono gratificato, domani sarà qualcosa di nuovo.

Immagino le risate e la felicità, adesso sono sorridente e allegro ma perché la mia vita va bene.

Qui in cooperativa lo dicono tutti che rido sempre e cerco di mettere gli altri di buon umore.

Sono felice di ciò che mi aspetta e riserva il domani e sono pronto ad affrontare tutto, mi sento pronto. Realizzato potrò dirlo un domani, adesso posso dire che mi sento pronto ad affrontare perché sono tranquillo con me stesso, mi sento all'altezza, sono pronto ad affrontare il mio futuro senza paura, sto bene e mi sento bene.

Non vedo più il carcere nel mio futuro, ho intrapreso una nuova visione della vita, non recupererò più gli anni passati ma quelli che rimangono cerco di salvaguardarli. Questo per me è un libro chiuso e ne sto aprendo un altro, godermi la vita nel miglior modo possibile.

Analisi dei dati

È stata effettuata un'analisi carta-matita sulle categorie maggiormente emerse durante gli incontri. Inoltre, attraverso l'analisi del discorso

si è cercato di comprendere se ci fosse l'esistenza di alcuni eventi particolarmente significativi nella vita dell'individuo e se si verificasse un aumento nel corso dei cinque incontri delle parole legate agli stati emotivi. Non si può parlare di una vera e propria analisi ma si può partire dalle considerazioni che saranno presentate in seguito, come punto di partenza per riflessioni e analisi future sull'uso delle tecniche di fototerapia con individui che hanno commesso reati.

Risultati

Incontro 1

Incontro 4

famiglia	8
lavoro	6
padre	5

sento		futuro	
	6		7
piacere		iniziare	
	5		4
cooperativa		pronto	
	4		6
persona		foto	
	4		4
aiutato		positivo	
	4		5
parole legate a emozioni		riuscire	
	2		4
inizio		vita	
	4		5
		parole legate a emozioni	
			4
fiducia		persona giusta	
	3		4
Incontro 2			
parole legate a emozioni		trovare	
	5		4
casa		Incontro 3	
	7		
		fiducia	
			3
mamma		vedere	
	6		8
Incontro 5			
		parole legate a emozioni	
			7
giocare		persone	
	5		

brutto	6	<i>solitudine (“Questa foto rappresenta il mio bisogno di affetto, mi sento troppo solo (piange). Scusami, mi sono commosso. Io vorrei stare da solo ma è pesante”).</i>
pensare	4	
oscurità	4	Il cambiamento avviene già nel secondo incontro: nel parlare delle sue origini il soggetto porta alla luce
parole legate a emozioni	4	attraverso la visione di una foto un ricordo traumatico che ha segnato la sua vita. La
Da ciò che è stato raccolto per ogni incontro si può dire che l'incontro 1 è l'unico che presenta meno parole in generale e in cui l'individuo si è raccontato utilizzando poche connotazioni affettive. In particolare, utilizza parole concrete e riferite alla famiglia. Già nel primo incontro vi è una forte reazione emotiva quando emerge la tematica della	5	morte della figura materna e il conseguente allontanamento dall'Italia sono indici di un forte senso di solitudine e di smarrimento (<i>“Poi quando nel 75 è morta mia mamma, è iniziata la mia rottura”, “Non riuscivo a stare più a casa, mia mamma mi è mancata tanto, in un modo spaventoso”</i>). Questo racconto è accompagnato da connotazioni affettive e da una forte reazione emotiva. L'incontro 3 è caratterizzato da connotazioni negative: si

ripercorre il periodo più oscuro della sua vita. Questo incontro è caratterizzato dalla presenza di espressioni-metafora che il soggetto utilizza per descrivere il suo passato in carcere (*“Mi mettevo sempre lì, e pensavo a quanto fosse brutto non riuscire a vedere bene un oggetto quando lo vuoi vedere, quello che vorresti vedere ti sfugge, qualunque cosa sia, persone e oggetti. E mi sentivo ancora meno libero, una cosa che ti sopprime ancora di più”, “L’oscurità che ti avvolge, fuori e dentro, dentro il rimorso e la colpa per quello che hai fatto e le conseguenze, io stesso mi sono privato degli anni della mia vita. E fuori per la realtà. devi convivere con l’oscurità, con il senso di colpa, ti fai anche queste domande”*).

Gli incontri 4 e 5 sono gli incontri in cui il soggetto si è espresso utilizzando parole connotate positivamente (*“Mi*

sento soddisfatto, ho iniziato una nuova vita, quando rientro a casa ogni sera mi siedo due, tre minuti e penso anche oggi è andata bene, sono soddisfatto. Mai con l’aria triste. Per questo sono positivo per il futuro. Sono gratificato, domani sarà qualcosa di nuovo”). È emerso il tema della fiducia, un elemento fondamentale per chi come lui sta intraprendendo un percorso alternativo alla detenzione. Fiducia che deve essere bilaterale, gli altri devono riporla in te e questo fa sì che il soggetto si senta apprezzato e responsabile delle sue azioni ma dall’altro lato la fiducia dell’individuo nella possibilità di un nuovo inizio, di un futuro diverso (*“Piano piano adesso mi sto sistemando, so che hanno fiducia in me e io mi impegno anche perché si ripone fiducia in me. Mi sento accolto. Non mi sento abbandonato,*

Federica mi chiede sempre se ho i soldi per la spesa, se mi serve qualcosa. Questa cosa è importantissima per chi come me ha sbagliato e vuole trovare una via d'uscita").

Con l'utilizzo della fototerapia:

- sono emersi eventi traumatici nella vita dell'individuo
- sono aumentate in modo graduale nel corso degli incontri le espressioni con connotazioni affettive
- emerge un argomento alla base di tutti gli incontri: la solitudine

Conclusioni

Molte ricerche confermano il potere delle foto nel facilitare la comunicazione di pensieri e stati d'animo soprattutto in quei contesi dove stereotipi, cultura, stigmatizzazione e scarse capacità emotive possono essere limitanti nell'espressione di sé (Saita,

Accordini & Loewenthal, 2019).

In questo progetto, l'uso delle talking pictures ha dimostrato che vi è stato un crescente aumento delle espressioni emotive, uno sviluppo di una narrazione della propria storia ricca di eventi e significati che per il soggetto rivestono un'importanza enorme.

L'individuo ha potuto per la prima volta ricostruire il proprio percorso con l'aiuto delle immagini che hanno suscitato reazioni emotive e hanno aiutato ad avere accesso a quelli che erano i suoi desideri e i suoi bisogni.

È forte il segnale che emerge attraverso tutti e cinque gli incontri: colmare il senso di solitudine che ha pervaso il soggetto fin dall'infanzia.

Con l'utilizzo di questa tecnica il soggetto, per la prima volta, si racconta e esprime le sue paure, i suoi desideri e ciò che causa dolore (*"lo mi tenevo*

tutto dentro, di carattere sono fatto così eh, non parlo mai con nessuno dei miei problemi. Attraverso questi incontri però ho tirato fuori qualcosa, alcune mie difficoltà, mi sono anche commosso. Mi ha aiutato tanto.”).

Questo tipo di tecnica può offrire un approccio diverso alla riabilitazione aiutando i detenuti a trovare nuovi obiettivi e a sviluppare identità non offensive (Saita, Accordini & Loewenthal, 2019).

Questo studio presenta diversi limiti: si basa su un unico soggetto quindi i risultati non possono essere generalizzabili, non sono state svolte delle analisi attraverso software specifici come T-lab, l'assenza di misure standardizzate.

Sarebbe interessante poter effettuare delle analisi qualitative per poter verificare i risultati di questo progetto. Inoltre, si potrebbe pensare di

coinvolgere un numero più ampio di soggetti che si trovano in misura alternativa alla detenzione.

BIBLIOGRAFIA

Belgiojoso, F., Gatti, M., Calò, S., Bianchi, G., Aliprandi, M., & D'Ercole, A. (2016). Sull'utilizzo della fotografia in psicologia clinica. *PsicoArt–Rivista di arte e psicologia*, 6 (6).

Burn, S. *Exploring the Self through Photography*.

Loewenthal, D., Avdi, E., Chauhan, G., Saita, E., Natri, T., Righi, R., ... & Issari, P. (2017). Evaluating the therapeutic use of photocards in European prisons. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(1), 67-85.

Loewenthal, D., Avdi, E., Chauhan, G., Saita, E., Natri,

T., Righi, R., ... & Issari, P. (2017). Evaluating the therapeutic use of photocards in European prisons. *Counselling Psychology Quarterly*, 30(1), 67-85.

Saita, E., & Tramontano, M. (2018). Navigating the complexity of the therapeutic and clinical use of photography in psychosocial settings: a review of the literature. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 21(1).

Saita, E., Accordini, M., & Fenaroli, V. (2015). Immagini dietro le sbarre: l'utilizzo della fotografia per lo sviluppo dell'intelligenza emotiva dei lo sviluppo. *Narrare i gruppi. Etnografia dell'interazione quotidiana, prospettive cliniche e sociali*, 10 (3), 291-305.

Saita, E., Accordini, M., & Loewenthal, D. (2019). Constructing positive narrative identities in a forensic setting: a single case evaluation of phototherapy. *International journal of prisoner health*.

Saita, E., Parrella, C., Facchin, F., & Irtelli, F. (2014). The clinical use of photography: a single case, multimethod study of the therapeutic process. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 17(1), 1-8.

Savolainen, M., & Venhola, M. LO SGUARDO GUARITIVO – LA FOTOGRAFIA CHE POTENZIA E LA DIVERSITÀ DI GENERE. PHOTOTHERAPYEUROPE Apprendimento e guarigione con la fototerapia Halkola, Ulla; Koffert, Tarja; Koulù, Leena; Krappala, Mari; Loewenthal, Del; Parrella, Carmine; Pehunen, Pirkko (a

cura di) Questo manuale è uno dei risultati di Apprendimento e guarigione con la fototerapia Programma di partenariato per l'apprendimento permanente Leonardo da Vinci 2009–2011. , 63.

Weiser, J. (2004). Phototherapy techniques in counselling and therapy--using ordinary snapshots and photo-interactions to help clients heal their lives. Canadian art therapy association journal, 17(2), 23-53.

Weiser, J. (2010). Foto personali e foto di famiglia come strumento per la terapia. Il “Come, Cosa e Perché” delle tecniche di FotoTerapia. PsicoArt–Rivista di arte e psicologia, 1(1).

Wheeler, M. (2009) PHOTOTHERAPY.

SITOGRAFIA

www.operainfiore.it

^[1] Il nome è di pura fantasia, per rispetto alla privacy e al segreto professionale

^[2] Il fine pena è previsto a febbraio 2022