

# Psicologinews.it

## Scientific

**La coscienza di  
Veronica Sarno**  
pag 13

**Teem- Mom:  
Gravidanze e  
Nascite nelle  
Adolescenti di  
Cinzia Saponara**  
pag 21

**Il lavoro  
psicologico con i  
bambini con  
Disturbi Specifici  
dell'Apprendimento**

**di Francesca Dicè**  
pag 27

**L'Assessment  
Terapeutico:  
perché è nuovo  
attrezzo nella  
cassetta del  
giovane  
psicologo**

**di Gaia**

**Le  
problematiche e i vantaggi della  
diagnosi dimensionale in rapporto al  
modello categoriale: una questione  
epistemologica da non dimenticare...  
Abbracciando il DSM 5 TR di Roberto  
Ghiaccio pag 4**

**Apprendimento della lingua inglese in  
soggetti con dislessia di Daniela Di  
Martino  
pag 9**



## INDICE

**Le problematiche e i vantaggi della diagnosi dimensionale in rapporto al modello categoriale: una questione epistemologica da non dimenticare ...  
Abbracciando il DSM 5  
TR**

***di Roberto Ghiaccio  
pag 4***

**Apprendimento della lingua inglese in soggetti con dislessia**

***di Daniela Di Martino  
pag 9***

**La coscienza  
di Veronica Sarno  
pag 13**

**Teem- Mom: Gravidanze e Nascite nelle Adolescenti**

***di Cinzia Saponara  
pag 21***

**Il lavoro psicologico con i bambini con Disturbi Specifici dell'Apprendimento**

***di Francesca Dicè  
pag 27***

**L'Assessment Terapeutico: perché è nuovo attrezzo nella cassetta del giovane psicologo**

***di Gaia Cassese pag 29***

## REDAZIONE

Valeria Bassolino

Alberta Casella

Lia Corrieri

Francesca Dicè

Ilaria Di Giusto

Daniela Di Martino

Roberto Ghiaccio

Veronica Lombardi

Cinzia Saponara

Veronica Sarno

**Supplemento mensile a:**

**psicologinews.it**

Autorizzazione Tribunale  
di Napoli n° 32

del 10/11/2020

**Direttore Responsabile**

Raffaele Felaco

redazione@psicologinews  
.it

Chiuso il: 15 maggio 2022

## C O M I T A T O 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

## **Le problematiche e i vantaggi della diagnosi dimensionale in rapporto al modello categoriale: una questione epistemologica da non dimenticare... Abbracciando il DSM 5 TR**

**di Roberto Ghiaccio**

Sembrano passati molto meno di 9 anni dalla pubblicazione del DSM-5, ma ricordo quanto fosse disorientante quando uscì. Sto ancora “soffrendo” per la perdita dei 5 assi dei precedenti DSM e “forse” li ripristinerei. Eppure già sono partito alla sua lettura, a navigare tra i disturbi con insofferenza, e un pò “dolore” per la mole da leggere, ma in qualche modo è guardata cosa correlata al *disturbo del dolore prolungato* appena aggiunto. (Questo termine si applicherà alle persone che sperimentano una risposta al dolore persistente che soddisfa criteri specifici e che è durata almeno 12 mesi per gli adulti e almeno 6 mesi per bambini e adolescenti.) Nel marzo 2022, l'American Psychiatric Association (APA) Publishing ha rilasciato una revisione del testo (TR) al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 5a edizione (DSM-5) per aggiungere chiarezza su determinate condizioni di salute mentale, criteri e codici diagnostici. I punti salienti del DSM-5-TR recentemente aggiornato includono l'aggiunta del disturbo da lutto prolungato come condizione, nonché i codici dei sintomi per il comportamento suicida e l'autolesionismo non suicida.

Sviluppato con l'aiuto di oltre 200 esperti in materia, il *DSM-5-TR* include il testo e i riferimenti completamente rivisti del *DSM-5* per diversi disturbi, principalmente per chiarimenti descrittivi. Questi includono modifiche ai criteri impostati per le seguenti diagnosi:

- Disturbo dello spettro autistico
- Disturbo dello sviluppo intellettivo
- Episodio maniacale
- Disturbo bipolare I e bipolare II
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo depressivo persistente
- PTSD nei bambini
- Disturbo dell'assunzione di cibo evitante-restrittivo
- Delirio
- Disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci
- Sindrome da psicosi attenuata (nel capitolo "Condizioni per ulteriori studi")

Per la prima volta nella storia del *DSM*, due gruppi, l'Ethnoracial Equity and Inclusion Work Group e il Cross-Cutting Culture Review Group, composto da più di 40 esperti, forniscono una revisione e un aggiornamento completi dell'impatto di cultura, razza, e razzismo sulla diagnosi.

Quando si parla di diagnosi, e di differenti approcci diagnostici, si parla anche dell'antica diatriba degli Scolastici tra realismo e nominalismo. Da una parte i realisti a inseguire il disagio psichico come se fosse una cosa e a cercarla dentro il malato, dall'altra i nominalisti consapevoli che la “semplice” etichetta nosografica può produrre i sintomi ad essa associati. Sia che si parli di diagnosi dimensionale o categoriale non si tratta dello schema delle categorie kantiane e della loro deduzione; in un tempo gnoseologico dove si è raggiunta, o si spera, che si sia raggiunta la consapevolezza della caduta delle certezze non si descrive più la realtà circoscritta e limitata come quella del sistema antropocentrico tolemaico.

Ogni discorso concluso è la premessa per uno successivo. Le leggi scientifiche, funzionano come ipotesi, non da verificare ma da falsificare, che spostano costantemente le proprie colonne d'Ercole per uscirne dai rigidi confini, con la consapevolezza di ri-trovare nuovi confini e doverli ri-spostare. Entrambe le diagnosi devono riconoscere senza antinomie e dualismi che nell'essere umano interagiscono forze diverse, disturbi diversi non sempre schematizzabili, ma sempre riconducibili all'*unicum* del vissuto del singolo, della sua storia familiare, sociale e culturale.

Alla base di entrambe le diagnosi c'è comunque il retaggio e il miraggio scientifico dell'oggettività, ciò però non deve impedire una piena comprensione del disagio del singolo, non può rinchiudere in categorie o dimensioni il silenzio, il dolore, il coraggio, la solitudine, le speranze, il se e il tu, l'esperienza irripetibile e irreversibile della realtà che il soggetto porta con se, nella sua unicità, nella sua *ecceità* per dirla con l'accezione di Occam. Sia che si parli di categoria che di dimensione, è bene non dimenticare che "l'uomo è continua apertura, continua transizione, vita nelle cui pagine c'è sempre qualcosa di cui mai un altro uomo abbia mai sentito parlare" (Canetti E. Il cuore segreto dell'orologio. Milano, Adelphi, pag. 20).

Abbiamo assistito ad una reificazione dei linguaggi, come se gli enunciati linguistici appartenessero all'ordinamento ontologico, e non a quello simbolico, le categorie e le dimensioni diagnostiche che escono dai linguaggi sono dunque realtà fittizie, o meglio elaborati statistici complessi, risultanti di un lavoro di attribuzioni di valori dai vari costrutti teorici. Si ripropone così la questione del realismo concettuale, secondo cui la realtà non esiste a prescindere dalle categorie e dalle dimensioni utilizzate per conoscerla.

Nel momento in cui il soggetto "conosce" "costruisce" l'oggetto della propria "conoscenza": il come si conosce determina la cosa, il discorso sulla realtà diventa la Realtà. In quest'ottica si corre il rischio che la diagnosi non è il diagnosticato, e che la misura è altro dal misurato, in balia anche delle teorie "forti" del momento. Così si dischiude una storica ed attuale controversia circa i costrutti psicopatologici, se devono essere considerati dimensioni o categorie va ricordato che alle spalle di questa controversia c'è latente il dualismo cartesiano tra mente e corpo, *rex intensa e rex estensa*.

Per capire i vantaggi della diagnosi dimensionale bisogna osservare i limiti e gli svantaggi di quella categoriale. Da un lato l'ordinamento nosologico categoriale, di derivazione bio-statistica, descrive le sindromi come entità statiche, statistiche, con confini ben definiti, e "ben" definiti corredi sintomatologici, con una "specificata" terapia, e un "proprio" decorso. Dall'altro la valutazione dimensionale che scompone gli stati psicopatologici in singole funzioni, ciascuna delle quali può presentarsi in gradienti di intensità diversa, dalla norma alla patologia nell'ambito di una sola sindrome ed in quello di uno spettro trans nosologico.

L'approccio categoriale ha il vantaggio della "facilità" di impiego nella clinica e nei training, della facilità di utilizzo in campo informatico, della possibilità di utilizzare gerarchie diagnostiche, in più facilita la comunicazione. Questo approccio di inclusione-esclusione, di derivazione medica riordina segni e sintomi in entità nosografiche, sindromi, alla cui diagnosi corrisponde una terapia specifica. Ma l'approccio categoriale ha numerosi svantaggi, nella clinica accade che la gran parte dei casi siano difficilmente inquadrabili con precisione in uno schema categoriale predefinito.

Le varie e vecchie edizioni dell' ICD e del DSM avevano optato per l'approccio

categoriale, questa impostazione aveva implicazioni sulla definizione stessa del “disturbo mentale”, lo stato di malattia sarebbe qualitativamente diverso e separato dallo stato di non malattia, salute, e ogni disturbo sarebbe nettamente separato e diverso, dalla non malattia e dalle altre forme patologiche. Ciò crea vari territori neutri tra una diagnosi e l'altra, difficilmente riempibili se non con diagnosi ibride di forme atipiche, miste o residue, da non confondere con gli spettri che rispecchiano dinamiche e dimensioni neuro costruttiviste, probabilistiche ed epigenetiche.

La vasta varietà clinica, e la “minuziosa capacità discriminativa” non rappresentano un arricchimento degli strumenti diagnostici, ma appaiono come artefatti ad hoc, di un metodo che tende a codificare come disturbi separati particelle della stessa entità. La classificazione ha finito per tramutarsi in “lista” di entità diagnostiche disparate la cui natura e i legami sono quasi o del tutto sconosciuti all'osservatore. Se si leggono, anche con poca attenzione, i criteri diagnostici di un singolo disturbo, ci si rende conto che l'ateoreticità è una intenzione, che si annulla nella media matematica. È necessario che la presunzione di scientificità *super partes* non confonda la numerologia statistica con la capacità di individuare ed evidenziare autentici nuclei patogeni.

La mitologia e la presunzione dell'ateoreticità sul piano pratico rischia di dare una iperplasia categoriale, la quale, ingenuamente, sottolinea “l'assenza” di ogni presupposto e condizionamento, che scoraggia e paralizza il ragionamento clinico. Il confusismo nosografico e il nichilismo diagnostico di un uso distorto dei DSM ha il pericolo infido e ingannevole di un costante richiamo burocratico, che porta come suggerisce Levinas ad ignorare il rapporto tra volto e discorso (Levinas E.: Etica e infinito. Il Volto dell'Altro come

alterità etica e traccia dell'infinito. Fayard, 1982 Roma). La nosologia così intesa rischia di diventare, o è già diventata, una ontologia del neutro, un'ipostasi dell'impersonale, dove il sintomo si irrigidisce nella stereotipia della categoria, che esula dalla comprensione, rendendo il fenomeno malattia mentale in un epifenomeno, che pone attenzione solo alla “parte malata”, rendendo impersonale una scienza che nasce come scienza della persona. Riconosciuto il pericolo di classificare disturbi con genesi differenti sotto la stessa etichetta diagnostica, e che si ha a che fare con un altro che è soggetto e non oggetto, e che questo soggetto-oggetto della diagnosi è impossibile osservarlo con una lente neutra, si fa spazio un approccio dimensionale, che se preso come un dogmatismo rischia di avere gli stessi limiti dell'approccio categoriale. Attenzione a non fare una categoria delle dimensioni.

C'è da dire ancora che tra i sistemi categoriali si è affermato di più il DSM che l'ICD, il primo fa capo all'APA, il secondo all'OMS, che l'ICD 10 contiene due tipi di criteri diagnostici, due manuali in uno, uno per il clinico più flessibile, l'altro per il ricercatore più preciso, in quanto l'OMS ha ritenuto pericoloso per la pratica clinica l'adozione di rigidi criteri diagnostici, e il loro uso un po' meccanico snatura il giudizio clinico-diagnostico. Attualmente la diagnosi psichiatrica ha un valore di *convenzione condivisa*, più che di identificazione di una specifica eziopatogenesi della malattia, e di una corrispondente specifica risposta terapeutica.

Le dimensioni psicopatologiche possono essere ipotizzate in base all'osservazione clinica, ma vengono confermate anche con metodi statistici, analisi fattoriale, che in alcuni casi permette anche l'individuazione di nuove dimensioni non previste. L'approccio dimensionale propone una maggiore complessità sia delle funzioni

diagnostiche, che della loro comunicazione, “diviene più importante l'intensità che la presenza dei sintomi, con una valutazione meno netta dei confini tra normalità e patologia, e fra una caratteristica e l'altra” ( Panceri, *Giornale italiano di psicopatologia* 1995; n.1 p.8-23).

L'approccio dimensionale, dovrebbe ridurre il rischio di stigmatizzazione connesso all'abuso di etichette diagnostiche, facilitando la classificazione di stati al “confine” tra differenti patologie. È pur vero che questo approccio è più arduo e problematico, anche perché è difficile la costruzione di un sistema dimensionale empiricamente validato ed idoneo alla pratica clinica. Per definizione l'approccio dimensionale è antinologico, in quanto isola nel contesto dei diversi disturbi, *dimensioni* autonome, indipendenti le une dalle altre, ciascuna delle quali può essere presente in entità nosologiche diverse. L'analisi dimensionale ideale è quella che riesce a “sezionare” un disturbo in tutte le dimensioni fondamentali e definirle in maniera più specifica possibile.

La scomposizione dei disturbi in dimensioni psicopatologiche è chiaramente artificiosa poiché è il clinico a scomporre ciò che in natura è più o meno complessamente e completamente integrato; per ogni disturbo può essere identificata una *dimensione fondamentale* che generalmente si associa con un numero variabile di altre dimensioni di vario tipo. La dicotomia categoriale vs dimensionale va sempre più sfumandosi, anziché antitetici i due approcci possono essere intesi come complementari; la maggior complessità ed informatività del dimensionale lo propone come modalità di ricerca clinica anche per la maggior completezza nella raccolta dati, l'approccio categoriale per necessità operative si propone come

*comunicazione condivisa*, e un uso medico-legale.

Concludendo, per non arrivare a niente di conclusivo, il problema della diagnosi è se classificare in categorie o dimensioni. Utilizzare categorie vuol dire suddividere in categorie diagnostiche (depressione, ansia, schizofrenia...) in linea con la tradizione psichiatria kraepeliniana. Utilizzare dimensioni vuol dire distribuire le malattie secondo variazioni quantitative relative alla gravità del disturbo, distribuite su un continuum tra normalità e patologia. Il sistema categoriale funziona meglio per le malattie gravi, funziona meno bene per quei malesseri, quelle ansie quotidiane, che affliggono un po' tutti, sconfinando in un disagio normale, endemico alla caducità dell'esistenza umana.

Se guardiamo agli albori della medicina, già la tradizione ippocratica concepiva un continuum tra la salute e la malattia lungo determinate dimensioni; fu la rivale scuola platonica a postulare che le malattie potessero essere catalogate in tipi ideali distinti, “ben” distinti l'uno dall'altro. La storia della medicina ha assistito ad una progressiva evoluzione da modelli dicotomici- categoriali (inclusione-esclusione) a modelli continui-dimensionali.

L'approccio categoriale rischia di ridurre la complessità della pratica clinica reale con una reificazione delle categorie diagnostiche stesse. Inizialmente nella ricerca può essere vantaggioso, anzi indispensabile, l'approccio categoriale, mentre la strategia dimensionale può rivelarsi metodologicamente sterile. Quando si sono acquisite sufficienti informazioni categoriali si può passare ad un'analisi dimensionale. L'approccio dimensionale riduce il rischio del circolo vizioso dello stigma connesso all'uso-abuso di etichette diagnostiche, se bene risulta più complicato nella pratica clinica quotidiana. Nelle vigenti classificazioni la dicotomia tra categoriale e dimensionale va sfumandosi, così la diagnosi non è

una *technè* standardizzata, né una *aretè* preconstituita ma un *arte* che segue con coscienza la scienza, le neuroscienze, la statistica. Sono trascorsi 72 anni dalla pubblicazione del DSM-I nel 1952 e forse dovremmo considerare di porre fine all'era del DSM e ricominciare da zero

### Bibliografia

- Associazione Psichiatrica Americana. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quarta edizione (DSM-IV). Editoria psichiatrica americana, (2000),
- Associazione Psichiatrica Americana. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-5). Associazione psichiatrica americana, (2013),
- Associazione Psichiatrica Americana. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione TR (DSM-5 TR ). Associazione psichiatrica americana, (2022),
- Canetti E. Il cuore segreto dell'orologio. Milano, Adelphi
- Cassano, *Trattato di psichiatria*, Masson 1999
- Del Corno-Lang, *Elementi di psicologia clinica*, FrancoAngeli 2005
- Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli Milano 2007
- Jervis G., *Manuale critico di Psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1987
- Labella A, *Il processo diagnostico in Psicologia clinica*, Universo Roma, Roma 2004
- Levinas E. Etica e infinito. Il Volto dell'Altro come alterità etica e traccia dell'infinito. Fayard, Roma 1982
- Rovatti P., *La follia in poche parole*, Bompiani, Milano 2000

## **APPRENDIMENTO DELLA LINGUA INGLESE IN SOGGETTI CON DISLESSIA**

**di Daniela Di Martino**

L'approccio alla lingua inglese (L2) durante il primo ciclo d'istruzione può essere particolarmente difficoltoso negli alunni con dislessia emergente o già diagnosticata (perlopiù dal 3° anno della scuola primaria in poi).

L'acquisizione della lingua inglese costituisce un compito particolarmente impegnativo per gli studenti con DSA (in particolare dislessia e disortografia), ciò è dimostrato non solo dalle esperienze riportate quotidianamente dagli insegnanti e dagli allievi stessi, ma anche dalle ricerche glottodidattiche condotte a livello nazionale e internazionale sull'argomento.

La lingua italiana e la lingua inglese già di per sé sono caratterizzate da un'enorme differenza in termini di corrispondenza tra grafemi e fonemi: la lingua italiana si definisce "trasparente", ovvero, i singoli suoni sono rappresentati in forma scritta dal

grafema corrispondente; la lingua inglese, viceversa, si definisce lingua "opaca", ciò significa che il suono, ovvero il fonema, può essere rappresentato in forma scritta da diversi grafemi o da loro combinazioni (inoltre combinazioni di medesimi grafemi danno luogo a suoni variabili).

Per i dislessici le lingue opache costituiscono una difficoltà e un ostacolo aggiuntivo alla corretta acquisizione della letto-scrittura. Si stima infatti che i paesi con lingua madre trasparente abbiano un minor impatto percentuale di diagnosi di dislessia e disortografia rispetto ai paesi con lingua opaca. Nei paesi a lingua opaca, le forme di dislessia o disortografia possono inoltre raggiungere livelli di maggiore gravità e pervasività.

Sul piano scolastico il dislessico è un potenziale disortografico, in quanto le difficoltà di codifica grafema/fonema sono inversamente evidenziabili sul passaggio da fonema a grafema; tali difficoltà si riversano sul versante della comprensione. I bambini, leggendo male, cominciano ad essere impacciati

nell'apprendere le lezioni e nel leggere l'enunciato delle consegne. A questo punto la riuscita scolastica può essere inevitabilmente compromessa, innescando anche demotivazione, disinteresse, passività e problematiche comportamentali.

Le difficoltà del dislessico appena descritte si amplificano nell'apprendimento di una lingua straniera e in particolar modo nell'apprendimento di una lingua opaca come l'inglese.

Analizziamo le principali differenze tra la lingua inglese e la lingua italiana:

- Nella lingua inglese non c'è un rapporto biunivoco perfetto tra i suoni della lingua ed i simboli necessari a rappresentarli.
- La lingua italiana ha un alfabeto con 21 lettere; 28 suoni; 30 modi per scrivere i suoni; 2 lettere non hanno suono (es. /h/ i/ come in ciao, giada ecc.)
- -La lingua inglese ha moltissime parole omofone ma non omografe, ad esempio: SEA-SEE, RAIN-REIGN,

PLAIN-PLANE, RIGHT-WRITE, ecc.

Nella maggior parte dei casi la scuola avvia l'approccio alla seconda lingua utilizzando la forma scritta, mentre l'approccio più naturale all'acquisizione di una lingua è il parlato. E' molto importante che i bambini italiani abbiano una certa padronanza della lingua inglese parlata, prima di introdurre la lingua inglese scritta. Possedere un vocabolario minimo che include sostantivi, pronomi, verbi (almeno to be e to have) ed essere in grado di produrre qualche breve frase, sono fattori che riescono a facilitare l'accesso alla seconda lingua.

Molte ricerche hanno dimostrato che vi è una maggiore riuscita nell'apprendimento di una lingua straniera quando l'insegnante non comprende la lingua madre del bambino.

Più gli insegnanti espongono esclusivamente all'inglese parlato nelle sessioni di apprendimento maggiore è la capacità di acquisizione del lessico.

I programmi di apprendimento internazionali insistono su alcuni capisaldi:

-Introduzione graduale e progressiva di vocaboli e strutture linguistiche senza lezioni di grammatica;

-Integrazione di nuovi vocaboli e strutture con quelli precedenti;

-Esercizi fonetici , frequenti ripetizioni e ripassi;

-Introduzione graduale della scrittura (metodo del fading, lettera mancante, completamento con o senza modello ecc);

-incremento graduale del vocabolario, della comprensione orale e testuale .

E' utile analizzare a questo punto nel dettaglio le principali difficoltà del dislessico nell'approccio a tutti gli aspetti che compogono il complesso quadro di acquisizione di una lingua, dalla lettura alla scrittura, dall'ascolto alla comprensione.

### LEGGERE

La codifica del linguaggio scritto è l'aspetto di maggiore complessità: lo studente dislessico ha difficoltà nel riconoscere i simboli grafici, assemblarli e collegarli ai suoni. La decodifica

rappresenta un requisito per accedere al significato del testo, per cui la difficoltà di lettura può riversarsi sul piano della comprensione del testo.

### ASCOLTARE

Le difficoltà della dislessia riguardano principalmente il testo scritto, tuttavia non è raro che si possano avere ripercussioni anche sul piano orale. In genere, gli studenti dislessici faticano a riconoscere e riprodurre la pronuncia in lingua straniera semplicemente ascoltando le tracce o l'insegnante. Talvolta, l'allievo dislessico percepisce una velocità d'eloquio maggiore di quella reale nella riproduzione dei suoni e ha difficoltà a trattenere la traccia fonologica in memoria per la successiva elaborazione e rievocazione.

Nella didattica L2 bisogna a questo punto privilegiare lo sviluppo delle abilità comunicative trascurando la dimensione più strettamente fonetica e ortografica.

### PARLARE

Per parlare rapidamente in lingua straniera è necessario aver automatizzato molti aspetti della lingua, aver memorizzato molte frasi

idiomatiche, modi di dire ed espressioni; aspetti della lingua questi che non richiedono di pensare prima dell'enunciato, perché sono già pronte per l'uso.

La dislessia non impedisce l'efficacia comunicativa, ossia la capacità di esprimere un messaggio in lingua straniera, facendosi capire nonostante vari errori grammaticali. Tuttavia dal momento che i codici linguistici sono strumenti pragmatici che servono per condividere e scambiarsi contenuti, poco importa la correttezza grammaticale a fronte dell'efficacia comunicativa che resta è prioritaria.

### LESSICO

Lo studente presenta difficoltà legate soprattutto alla memorizzazione delle parole. Offrire agganci visivi (ad es. immagini, fumetti, storie figurate, ecc) può favorire la memorizzazione, così come la contestualizzazione degli enunciati verbali.

Concludendo l'apprendimento della lingua inglese può rivelarsi un compito molto impegnativo per lo studente con dislessia, è importante utilizzare tutti i

canali di apprendimento oggi disponibili, compreso il quello digitale, che rappresenta una grande risorsa per favorire il successo scolastico e maggiori livelli d'inclusione.

### **Bibliografia e sitografia**

*L' insegnamento della lingua inglese e i disturbi specifici dell'apprendimento* di Elizabeth Guerin (Autore)

Tamara Zappaterra (Autore) Guerini Scientifica, 2019

<https://www.aiditalia.org/it/dislessia-che-fare>

## La coscienza

di Veronica Sarno

Uno stato di coscienza è caratterizzato da un'attività corticale rappresentata da specifici indici elettroencefalografici, onde irregolari, veloci ed ad ampiezza ridotta; in corrispondenza di queste attività elettriche, l'organismo sperimenta esperienze cosce come l'ascolto di suoni, visione di colori ed immagini, la produzione di pensieri; si tratta dunque di esperienze di natura cognitiva o percettiva. La coscienza ha funzione di accesso e di selezione delle informazioni che debbano giungere ad una rappresentazione conscia. La percezione visiva è molto rappresentativa del rapporto fra i meccanismi di base fisiologici ed i correlati consci. Tuttavia il maggior grado della coscienza si verifica a livello

cognitivo superiore: nei processi di memoria, nei meccanismi attentivi, nell'apprendimento, nella comprensione del linguaggio. La percezione visiva è basata su meccanismi fisiologici sottostanti l'accesso delle informazioni alla coscienza rispetto alla visione, vi sono due diversi sistemi rappresentazionali: il primo è relativo all'elaborazione delle caratteristiche di un oggetto esterno, mentre il secondo è riferito alle sue relazioni spaziali, questi due sistemi coinvolgono due aree corticali differenti, nella corteccia visiva, che include le aree corticali visive primarie finalizzate alla ricezione degli input ottici (Sheinberg & Logothetis, 2003), la parte destra del cervello si occupa della metà sinistra del campo visivo, la parte sinistra del cervello organizza invece la visione della parte controlaterale

(destra) del campo visivo. Le cortecce visive di entrambi gli emisferi hanno un numero di aree topografiche diverse e specifiche per funzioni specifiche rispetto agli input visivi e tra loro collegate; tuttavia, non tutte le mappe percettive prodotte dalle varie componenti cerebrali si trasformano in rappresentazioni coscienti, infatti, alcune di esse rimangono in un formato non conscio, come ad esempio, il riconoscimento implicito delle forme o dei volti. Anche in caso di lesioni cerebrali come la Sindrome da Negligenza Spaziale Unilaterale (Neglect) in cui il soggetto è incapace di percepire degli stimoli visivi e come nel caso del Blindsight, fenomeno della visione cieca. Studi scientifici hanno dimostrato che in alcuni deficit la visione cosciente degli stimoli è compromessa, ma non la loro elaborazione

inconsapevole. L'elaborazione delle caratteristiche più complesse dello stimolo visivo segue due percorsi distinti, che sono fra loro indipendenti, ma collegati; si tratta della via occipito-temporale-frontale o via ventrale che attraversa il lobo temporale ventrale con proiezioni al lobo frontale e della via occipito-parieto-frontale o via dorsale, che attraversa il lobo parietale con proiezioni all'area frontale; l'area parietale costituisce la sede principale per la ricezione delle informazioni propriocettive e riguarda i movimenti saccadici, che sono indispensabili per la rappresentazione interna delle relazioni spaziali nel campo visivo. La via dorsale è coinvolta direttamente nella localizzazione degli stimoli. Il sistema percettivo ed il sistema di azione avvengono mediante componenti sottocorticali, come ad

esempio il talamo, che funge da trasmettitore di input alla corteccia sensoriale. Mediante strumentazione PET è stato dimostrato che la visualizzazione mentale si organizza retinotopicamente attraverso il sistema delle aree visive. Kosslyn (2001) ha creato un modello che tiene conto della Mental Imagery e che è costituito da sei componenti principali: la prima è costituita dal Buffer visivo definito da un insieme di aree topograficamente organizzate della corteccia, tali strutture corticali sono rappresentabili come un'unica struttura funzionale, localizzata nel lobo occipitale, queste aree si interconnettono con aree visive sia di basso livello e sia di alto livello. Le peculiarità neuroanatomiche delle aree implicate sono compatibili con l'ipotesi che la Mental Imagery visiva sia costituita da un pattern di attivazione del buffer

visivo indotto da informazioni che sono state precedentemente immagazzinate e che però non arrivano dal mondo esterno, come di solito accade nella visione. La finestra attentiva è la seconda componente e si occupa di selezionare le informazioni rilevanti, infatti fra le informazioni rese disponibili dal buffer solo alcune saranno selezionate in funzione degli obiettivi del sistema rappresentazionale. La terza componente è costituita dalla decodifica delle proprietà dell'oggetto mediante un congiungimento fra lobo temporale inferiore e lobo occipitale. Nel mentre si verifica la percezione visiva, l'input in arrivo viene confrontato con quelli già presenti in memoria e poi lo stimolo viene individuato. Le immagini mentali relative alla proprietà della forma si formano a partire

dall'attivazione delle memorie visive mediante un processo top-down (dall'alto verso il basso), inducendo un concomitante pattern di attivazione nel buffer visivo. Altra componente del modello è data dalla codifica delle proprietà spaziali, proiezioni dorsali vanno dai lobi occipitali a quelli parietali; questo percorso agisce nella riproduzione delle proprietà spaziali: orientamento, dimensione, localizzazione. In un secondo momento, la memoria associativa entra in gioco come componente del sistema rappresentazionale, il sistema ventrale per quanto concerne la rappresentazione delle proprietà dell'oggetto e quella dorsale per quanto riguarda la rappresentazione della localizzazione, essi vengono associati nel magazzino di memoria. Un esempio pratico è quello della corretta collocazione di un

oggetto con le sue specifiche proprietà in una stanza. A volte non è possibile vedere per intero un oggetto ed allora si ricorre al magazzino di memoria.

#### Coscienza e autoscienza

Il vocabolo autoscienza richiama le funzioni riflesse della coscienza, compresa la funzione di auto-riconoscimento, come il fenomeno di riconoscimento di se stessi allo specchio, a partire già dai diciotto mesi. L'autoscienza supporta lo sviluppo del senso di sé e della propria storia personale. L'autoscienza riguarda la funzione mentale del pensiero. Quale parte del sistema nervoso è accessibile alla coscienza?

Quali sono le parti che indirizzano la mente su quel particolare focus attentivo.

Quale parte del cervello è deputata ad elaborare le informazioni che riguardano i

contenuti di cui siamo consapevoli?

Diverse funzioni cognitive non sono collocabili all'interno di uno spazio predefinito all'interno del sistema corticale, come ad esempio, memoria, visione, movimento. Anche nel caso della coscienza diverse regioni cerebrali e neuroni contribuiscono alla creazione del livello di coscienza; ecco perché la coscienza viene definita come spazialmente multipla. La funzione di un neurone viene definita mediante l'influenza che essa ha sull'attività delle altre cellule nervose, attraverso i propri segnali, tuttavia la medesima attività di segnalazione che un neurone svolge, risente delle informazioni che esso riceve dagli altri neuroni, mediante i contatti sinaptici. Hebb (1949) ha inserito una concettualizzazione di correlato neurale della

coscienza, inteso come assembramento di cellule neurali (neuronal-cell-assembly) sottostanti alle funzioni cosce. La condizione di compromissione totale o parziale di alcune funzioni della coscienza ha permesso la definizione di una morfologia ampia di deficit rappresentazionali, in alcuni casi tra loro correlati, dando così anche delle informazioni sul rapporto esistente tra percezione-cognizione e coscienza. Inoltre, la compromissione degli stati di coscienza riguardano anche le più complesse funzioni psicologiche dell'individuo, come in alcuni disturbi che implicano la distorsione nella rappresentazione di sé e del mondo circostante, in cui sono coinvolti i processi di auto-monitoraggio e conseguente incapacità di attribuire un significato ad eventi interni o esterni. Una Significativa

compromissione delle funzioni di coscienza si riscontra negli psicotici. Una grave compromissione di coscienza meta-rappresentazionale è presente nei disturbi dello spettro autistico, dove vi è un deficit nello sviluppo della teoria della mente. La sindrome depressiva presenta difetti di coscienza per quanto riguarda le funzioni di monitoraggio e automonitoraggio, che sono gestite dalle strutture corticali prefrontali, spesso si presenta ipoattività del lobo frontale; altre componenti deficitarie sono situate nelle strutture limbiche del lobo frontale, come corteccia orbitale frontale e cingolo anteriore, che sono connesse all'ippocampo ed all'amigdala, le componenti limbiche manifestano disconnessione dalle corrispondenti strutture frontali, non potendo così garantire una normale

influenza modulatoria corticale, ciò comporta una maggiore rigidità nelle risposte del soggetto; queste compromissioni si riflettono nel processo di valutazione del significato emotivo degli stimoli, come rilevato dagli studi in cui viene richiesto di rilevare le emozioni guardando un volto, è stato dimostrato che, i soggetti depressi tendano ad interpretare in chiave negativa il contenuto emotivo del volto, con errori sistematici nei meccanismi di attribuzione di senso agli stimoli mimici.

Nel disturbo post traumatico da stress, vi è una risposta psicologica abnorme, da un lato il ricordo persistente delle circostanze traumatiche o la sua totale assenza e dell'altro un continuo evitamento di stimoli riconducibili al trauma, in esso è presente un incremento dell'attività corticale frontale e temporale

mediale maggiormente nell'emisfero destro. Anche in questo caso, la componente frontale incide sulle capacità di coscienza del soggetto.

In assenza di taluni modificazioni delle strutture corticali e sottocorticali, la coscienza può essere perduta o alterata.

“Il suicidio può essere considerato un esperimento, una domanda che l'uomo pone alla natura, cercando di costringerla a rispondere. La domanda è questa: quale cambiamento produce la morte nell'esistenza di un uomo e nella sua visione della natura delle cose? Si tratta di un esperimento maldestro da compiere, perché comporta la distruzione della coscienza stessa che pone la domanda e attende la risposta.”<sup>[1]</sup>

## BIBLIOGRAFIA

Farah, M. J. The neurological basis of mental imagery: a componential analysis. *Cognition* 18, 245–272 (1984).

Gozzano S., *La coscienza*, Carocci, 2009.

Hebb D.O., *L'organizzazione del comportamento. Una teoria neuropsicologica*, John Wiley & Sons Inc, 1949, 99th edizione.

Kosslyn, S. M., Thompson, W. L. & Alpert, N. M. Neural systems shared by visual imagery and visual perception: a positron emission tomography study. *Neuroimage* 6, 320–334 (1997).

Kosslyn, S. M. et al. The role of area 17 in visual imagery: convergent evidence from PET and rTMS. *Science* 284, 167–170 (1999).

<https://doi.org/10.1075/aicr.49.09log>

Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Wraga, M. & Alpert, N. M. Imagining rotation by endogenous versus exogenous forces: distinct neural mechanisms. *Neuroreport* 12, 2519–2525 (2001).

Kurzweil R., *Come creare un amente: i segreti del pensiero umano*, Apogeo, 2013.

Jordan, K., Heinze, H. J., Lutz, K., Kanowski, M. & Jancke, L. Cortical activations during the mental rotation of different visual objects. *Neuroimage* 13, 143–152 (2001).

Logothetis, N. K., Leopold, D. A., & Sheinberg, D. L. (2003). Neural mechanisms of perceptual organization. In N. Osaka (Ed.), *Neural basis of consciousness* (pp. 87–103). John Benjamins Publishing Company.

Paivio, A. *Imagery and Verbal Processes* (Holt, Rinehart and Winston, New York, 1971).

Schopenhauer A., (1818), “Il mondo come volontà e rappresentazione”, Newton Compton Editori,Classici Volume 138, traduzione Giani (2005),

[\[1\]](#) A.Schopenhauer, (1818), “Il mondo come volontà e rappresentazione”, Newton Compton Editori,Classici Volume 138, traduzione Giani (2005), p.340

## TEEN- MOM: GRAVIDANZE E NASCITE NELLE ADOLESCENTI

di Cinzia Saponara

### PREMESSA

Negli ultimi anni in Italia, sollecitati anche dalla necessità di prevenire atti di maltrattamento e/o trascuratezza che possono spesso interessare questa realtà, c'è una sempre maggiore attenzione alla condizione di una fascia di madri poco visibile, le mamme adolescenti (teen-mom) ragazze tra i 14 e i 19 anni. I dati indicano che dal 2018 ad oggi, nonostante le donne che scelgono di diventare madri in Italia detengono il primato delle più anziane d'Europa, alla nascita del primo figlio 32,2 anni (contro una media di mamme in Ue di 29,4) e fanno sempre meno figli, le nascite hanno registrato una ulteriore flessione, meno 16 mila nel 2020 (-3,8% rispetto all'anno precedente), si è però potuto constatare un graduale aumento di nascite da madri molto giovani, soprattutto minori di 16 anni. In Italia è al Sud e nelle isole che si registrano il maggior numero di gravidanze di ragazze adolescenti. Il 60% delle "teen-mom" vive al Meridione, il 12,7 al Centro, il 16,6 nel Nordovest e il 10% al Nordest.

**Le gravidanze adolescenziali, rappresentano un evento articolato e complesso.** La maternità in adolescenza è considerata un fattore di rischio per la qualità della relazione madre-bambino, per lo sviluppo socio-emotivo del bambino e per la salute e le

opportunità di vita della madre (Aiello & Lancaster, 2007). Altro importante aspetto da tenere in considerazione è che spesso la condizione adolescenziale può associarsi ad altri fattori di rischio, i principali riguardano: lo status socio-economico svantaggiato (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993), bassi livelli di istruzione e difficoltà scolastiche (Ruedinger & Cox, 2012), una famiglia d'origine multiproblematica con assenza del padre (Manlove, Ikramullah, Mincieli, Holcombe & Danish, 2009), esperienze infantili avverse con storie di abuso e maltrattamento infantile (Hillis et al., 2004), mancanza di supporto sociale (Manlove et al., 2009) e presenza di storia genitoriale in giovane età (Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008). Sembra inoltre che alcuni fattori di rischio in età scolare possano predire l'aver un bambino in adolescenza (Lehti et al., 2012); in particolare i problemi di condotta (antisocialità e aggressività) la depressione, in comorbidità con i disturbi esternalizzanti, sembrano predittivi della maternità sotto i 20 anni. Il fenomeno della gravidanza in adolescenza, è contemporaneamente figlio della disinformazione: alcune ricerche dimostrano che solo lo 0,3% delle under 19 italiane possiede un'adeguata educazione sessuale, inoltre, un adolescente su tre fa sesso la prima volta senza utilizzare metodi contraccettivi ed il 30% degli adolescenti continua a non usarli nei rapporti seguenti, anche se occasionali.

Appare piuttosto evidente, come due fasi del ciclo vitale, così particolari se vissute contemporaneamente, come l'adolescenza e la gravidanza ricche di cambiamenti, possano complicare lo sviluppo personale, andando così a determinare una doppia crisi evolutiva in cui i domini relativi ai cambiamenti

corporei, cognitivi ed emotivi, la rielaborazione delle relazioni con i pari e la famiglia sono interessati da una duplice riorganizzazione: una riguardante l'adolescenza e l'altra propria della maternità. La nascita di un figlio in generale rappresenta sempre una fase di transizione nel ciclo vitale delle famiglie che coinvolge più piani generazionali, nello specifico una gravidanza adolescenziale intacca tutto il sistema familiare attraverso l'alterazione delle relazioni tra i vari membri (East & Jacobson, 2003). Nella maggior parte dei casi infatti, le madri adolescenti rimangono a vivere nella famiglia d'origine che risulta anche essere il supporto sociale primario a cui le ragazze fanno riferimento (Sadler & Clemmens, 2004). Spesso la famiglia d'origine è di tipo monoparentale e quindi le adolescenti si ritrovano a vivere da sole con le proprie madri e proprio nel momento in cui cercano di diventare più autonome, rimangono invece spesso ancora più dipendenti sia economicamente sia fisicamente dalla propria famiglia di origine, bloccando il processo di separazione/individuazione tipico di questa fase e alterando i processi di transizioni e rinegoziazioni dei ruoli e dei legami affettivi familiari. Il rischio a cui si va incontro è quello di una delega inconscia di accudimento del bambino alla propria madre che potrebbe determinare una confusione di ruoli, una riduzione del livello di autostima delle capacità genitoriali nelle adolescenti, nonché una eventuale inibizione dello sviluppo psicologico ed emotivo della ragazza.

Spesso le gravidanze delle adolescenti sono agite e non pensate, risultando asintomatiche (prive cioè dei sintomi abituali quali nausea e vomito) perché talmente conflittuali da dover essere completamente ignorate (Marchegiani & Grasso, 2007), anche a causa di una

distorsione e di una minore soddisfazione nella propria immagine corporea rispetto alle madri adulte (Figueiredo, Tendais, & Dias, 2014). L'adolescente, proprio per la complessa fase evolutiva che attraversa, potrà incontrare difficoltà emotive non solo ad elaborare una rappresentazione del bambino, ma anche a considerarlo parte di sé e altro da sé e, infine, a tollerare la separazione al momento del parto. In tal senso, affinché la ragazza possa vivere la maternità come un fine desiderato, è necessario che abbia raggiunto una identificazione con la propria madre, e abbia superato quella situazione ambivalente tipica dell'adolescenza, in cui l'adolescente è combattuta tra la tendenza a separarsi e quella di riconsegnarsi a lei. La gravidanza in giovane età potrebbe essere, quindi, un acting-out, un'azione cioè, priva di mentalizzazione, in cui il conflitto interiore viene esteriorizzato esprimendo la ribellione della ragazza nei confronti delle restrizioni materne, oppure la ricerca di quella tenerezza che le è venuta a mancare proprio da parte della madre, nel tentativo di rafforzare il legame di dipendenza con lei. La possibilità di essere risarcite emotivamente attraverso questo agito si concretizza con la vicinanza ed il sostegno emotivo che ricevono dalla propria madre attraverso una disponibilità affettiva di cui sentono la mancanza.

Può anche rappresentare a volte il tentativo di ricalcare il modello materno, di ricreare con il proprio figlio il legame infantile di tipo simbiotico avuto con la propria madre; o può anche esprimere il desiderio di compensare un vuoto di identità, "essere qualcuno", diventare mamma significa assumere un ruolo sociale che non si ha e non si sente in grado di costruire in maniera graduale, ancora il bisogno narcisistico di provare che il proprio corpo funziona esattamente come quello della propria

madre, o di “avere qualcosa di proprio”: così da stabilire una relazione legata al senso di possesso del figlio.

Da tutti questi fattori ne deriva che le madri adolescenti, sviluppano una capacità meno responsiva verso i loro bambini, spesso ridotta e comunque meno adeguata rispetto alle madri adulte, (Berlin et al., 2002). Gli intensi bisogni di cure a livello fisico ed emotivo di un neonato vengono spesso vissuti dalle ragazze in conflitto con i propri, causando soprattutto nel post-parto sentimenti di vulnerabilità, scarsa autostima e stati di tipo depressivo.

Le adolescenti sono meno empatiche (Culp, Culp, Osofsky, & Osofsky, 1991), mostrano meno disponibilità emotiva nei confronti dei loro bambini, presentano difficoltà nel regolare le emozioni, sono più distaccate, disinvestite e/o intrusive, ostili, con aspetti di severità e tendenza alla negligenza nell'accudimento fino a giungere, in alcuni casi, al maltrattamento, (Lee & Guterman, 2010), tendono ad avere risposte meno appropriate ai segnali emotivi e di pianto, (Dukewich, Borkowski, & Whitman, 1996; Giardino et al., 2008). Le interazioni madri adolescenti-bambini sono anche caratterizzate da una maggiore espressione di sentimenti negativi verso il bambino (Osofsky et al., 1992; Pomerleau, Scuccimarri, & Malcuit, 2003; Riva Crugnola, Gazzotti, Ierardi, Moiola, & Albizzati, 2012a), scarsa stimolazione verbale (Burgess, 2005; Lacroix, Pomerleau, & Malcuit, 2002) e poca disponibilità emotiva.

Per quanto riguarda la figura del giovane adolescente che si confronta con il tema della paternità, il suo ruolo è stato poco indagato dalle ricerche soprattutto perché i padri adolescenti risultano spesso assenti o disinvestiti

emotivamente nei confronti del figlio e della madre adolescente, spesso i genitori adolescenti continuano a convivere con le famiglie d'origine e difficilmente formano un nuovo nucleo familiare (Savio Beers & Hollo, 2009). Dalle ricerche, è emerso che di solito il padre del bambino ha qualche anno in più rispetto alla madre adolescente (Futris & Schoppe-Sullivan, 2007), la maggioranza proviene da contesti socio-economici svantaggiati, ha rapporti sessuali più precoci ed esperienze infantili negative e spesso ha un basso livello di istruzione e minore possibilità di trovare un'occupazione (Tan & Quinlivan, 2006). Inoltre questi ragazzi hanno la tendenza a sperimentare grandi difficoltà sul piano psicologico, emotivo e sociale. Tuttavia la loro presenza o assenza ha degli effetti sia nella vita della madre sia nella crescita del bambino (Howard, Lefever, Borkowski, & Whitman, 2006), in quanto la relazione con il compagno può essere una fonte di supporto per la madre adolescente. Le teen-mom che ricevono un supporto dal partner, si sentono più competenti nel ruolo di madre e forniscono un ambiente di cura più adeguato per il bambino (Cervera, 1991; Thompson & Peebles-Wilkins, 1992). L'effetto positivo della figura del padre adolescente si verifica anche per lo sviluppo socio-emotivo dei bambini (Ryan, 2012), i quali in età pre-scolare con padri con buone capacità parentali e che contribuiscono finanziariamente al benessere della famiglia hanno un migliore sviluppo cognitivo e linguistico (Black, Dubowitz, & Starr, 1999) e hanno meno probabilità di venire trascurati (Dubowitz, Black, Kerr, Starr, & Harrington, 2000). Tuttavia quando nella coppia ci sono difficoltà relazionali, anche le funzioni parentali non si sviluppano adeguatamente e in questo caso le madri tendono a impedire il rapporto del partner con il figlio. Le giovani madri che riportano relazioni

negative con i partner mostrano più sintomi depressivi e hanno più probabilità che i bambini sviluppino problemi comportamentali di tipo internalizzante ed esternalizzante (Black et al., 2002).

## CONCLUSIONI

Costi sanitari, conseguenze sulla salute fisica e mentale delle adolescenti che sperimentano gravidanze involontarie (il numero delle adolescenti che concepiscono è ben più elevato, per il verificarsi dell'interruzione spontanea o volontaria della gravidanza) e di conseguenza maternità non desiderate, ma che anche quando lo sono, mantengono comunque elementi di elevata problematicità; costi sociali ed economici legati all'interruzione dei percorsi formativi o al ritiro dal mondo del lavoro, mortalità, maggiore vulnerabilità sociale e aumentato rischio di violenza domestica. Sono innumerevoli le conseguenze di una gravidanza involontaria per una teen-mom, e per il figlio che nasce. Per molte giovani mamme la nascita di un figlio comporta, infatti, l'interruzione dei percorsi scolastici, l'abbandono delle relazioni con i coetanei (e non di rado anche di quelle con il padre del bambino), una difficoltà profonda nell'individuare strade di inserimento sociale e lavorativo per il futuro. Nel mondo delle mamme teen vi sono poi situazioni particolarmente critiche da considerare: è il caso del gruppo - limitato come numero ma comunque presente - delle ragazzine che diventano mamme prima di aver compiuto i sedici anni e che vivono dunque l'esperienza della maternità in una fase certamente prematura del loro sviluppo, non solo relativamente ai canoni attuali delle società avanzate, ma in senso assoluto.

È il caso, poi, di quelle gravidanze precoci che si verificano in contesti di assoluta marginalità e degrado, di violenza domestica o di sfruttamento a fini sessuali. È il caso delle minori straniere, teen-mom in numero maggiore rispetto alle adolescenti italiane.

È necessario dunque rafforzare la rete di protezione nei confronti delle ragazze che diventano mamme, con interventi specifici di sostegno, con una progettualità individualizzata e il concorso di molteplici competenze. Favorire esiti positivi della gravidanza, aiutando le adolescenti a modificare alcuni comportamenti legati alla salute; ridurre le complicazioni in gravidanza e le nascite premature e/o sottopeso; favorire lo sviluppo e la salute del bambino riducendo maltrattamenti, abusi e ritardi nello sviluppo, aiutando i genitori a fornire cure più responsabili e competenti ai loro bambini; e favorire l'autosufficienza economica della famiglia aiutando i genitori a sviluppare progetti di vita, a pianificare le future gravidanze, a continuare la loro istruzione e a trovare lavoro. Infatti, anche nei mesi e anni successivi al parto è di fondamentale importanza aiutare la giovane donna e il neonato, mediante un aiuto per l'incremento delle competenze genitoriali con azioni integrative e non sostitutive e mediante la sorveglianza e l'assistenza al bambino nelle diverse fasi del suo sviluppo fisico e cognitivo.

Anche in età giovanissima, gravidanza e maternità possono sfociare in una buona relazione mamma-bambino, ma in genere perché questo accada è bene che la futura mamma ed il suo bambino non sia lasciata sola, e sia seguita in modo attento e dedicato, da operatori esperti, che operano in strutture sanitarie dedicate.

**BIBLIOGRAFIA**

Aiello, R., & Lancaster, S. (2007).

“Influence of adolescent maternal characteristics on infant development.” *Infant Mental Health Journal*;

Black, M., Dubowitz, H., & Starr, R. H. (1999). African American fathers in low income, urban families: Development, behavior, and home environment of their three year old children. *Child Development*, 70(4), 967–978;

Black, M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dubowitz, H., Kotch, J. B., & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(1), 16–26;

Burgess, S. (2005). The preschool home literacy environment provided by teenage mothers. *Early Child Development & Care*, 175(3), 249–258;

Cervera, N. (1991). Unwed teenage pregnancy: Family relationships with the father of the baby. *Families in Society*, 72(1), 29–37;

Culp, RE, Culp, AM, Osofsky, JD e Osofsky, HJ (1991). “Modelli di interazione tra adolescenti e madri più anziane con i loro bambini di sei mesi.” *Giornale dell'adolescenza*;

Dubowitz, H., Black, M., Kerr, M. A., Starr, R. G., & Harrington, D. (2000). Fathers and child neglect. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(2), 135–141;

Dukewich, T. L., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (1996). Adolescent

mothers and child abuse potential: An evaluation of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1031–1047;

East, P., & Jacobson, L. (2003). Mothers' differential treatment of their adolescent childbearing and nonchildbearing children: Contrasts between and within families. *Journal of Family Psychology*;

Figueiredo, B., Tendais, I., & Dias, C. C. (2014). Maternal adjustment and maternal attitudes in adolescent and adult pregnant women. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*;

Futris, T. G., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2007). Mothers' perceptions of barriers, parenting alliance, and adolescent fathers' engagement with their children. *Family Relations*, 56(3), 258–269;

Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy: Long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics* ;

Howard, K. S., Lefever, J. E., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (2006). Fathers' influence in the lives of children with adolescent mothers. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 468–476;

Lee, Y. e Guterman, NB (2010). Giovani diadi madre-padre e comportamento materno aspro e genitoriale. *Abuso e negligenza sui minori* 34 (11), 874–5. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.001>

Lehti, V., Niemelä, S., Heinze, M., Sillanmäki, L., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Almqvist, F., & Sourander, A. (2012). Childhood predictors of becoming a teenage mother among Finnish girls. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*;

Manlove, J., Ikramullah, E., Mincieli, L., Holcombe, E., & Danish, S. (2009). Trends in sexual experience: Contraceptive use, and teenage childbearing, 1992-2002. *Journal of Adolescent Health*;

Marchegiani, I., & Grasso, M. (2007). Gravidanze in adolescenza: Un'indagine esplorativa. *Infanzia e adolescenza*;

Meade, C., Kershaw, T. S., & Ickovics, J. R. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: An ecological approach. *Health Psychology*;

Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 106-199). New York: Guilford Press. (Tr. it. Genitori adolescenti: Rischi e opportunità per madri e bambini. In C. H. Zeanah (a cura di), *Manuale di salute mentale infantile*. Milano: Masson, 1996);

Osofsky, JD, Hann, DM e Peebles, C. (1993). Genitorialità adolescenziale: rischi e opportunità per madri e bambini. In CH Zeanah, Jr. (a cura di), *Handbook of infant mental health*;

**Ruedinger, E. and Cox, J.E. (2012)** Adolescent Childbearing Consequences and Interventions. *Current Opinion in Pediatrics*, 24, 446-452;

Ryan, R. M. (2012). Marital birth and early child outcomes: The moderating influence of marriage propensity. *Child Development*, 83(3), 1085–1101;

Sadler, L. S., & Clemmens, D. A. (2004). Ambivalent grandmothers raising teen daughters and their babies. *Journal of Family Nursing*;

Savio Beers, L. A., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the adolescent-headed family: A review of teen parenting. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 39(9), 216–233;

Tan, L. H., & Quinlivan, J. A. (2006). Domestic violence, single parenthood, and fathers in the setting of teenage pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 38(3), 201–207.

## **Il lavoro psicologico con i bambini con Disturbi Specifici dell'Apprendimento**

**di Francesca Dicè**

Da oltre 10 anni, ovvero dall'introduzione della Legge 170/2010, alcune condizioni cliniche in precedenza scarsamente tutelate sono diventate oggetto di attenzione medica, psicologica, didattica e giuridica (Linee Guida DSA, 2011; Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007; Consensus Conference, 2010). Sto ovviamente parlando dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA), che secondo il DSM – 5 sono caratterizzati da caratterizzati dalla persistente difficoltà di apprendimento delle abilità scolastiche ed il cui percorso diagnostico, clinico ed assistenziale deve essere curato da uno specifico team multidisciplinare composto da diverse figure, fra cui il neuropsichiatra infantile, lo psicologo, il logopedista e l'assistente sociale (Linee Guida DSA, 2011; Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007). Tale team deve mantenersi in contatto costante con il personale scolastico, al fine di garantire al bambino/ragazzo la migliore esperienza didattica possibile e più adatta alle sue necessità (Linee Guida DSA, 2011; Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007).

In questo lavoro di equipe, lo psicologo può intervenire attraverso diverse modalità operative: può dare un apporto fondamentale nel processo diagnostico, esplorando le capacità del bambino/ragazzo con particolare attenzione ai

suoi punti di forza e di debolezza, nonché al suo quoziente intellettivo attraverso il ricorso di test standardizzati (Linee Guida DSA, 2011; Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007). Può anche contribuire alla valutazione dei correlati emozionali, che spesso influenzano, in questi bambini/ragazzi, la fiducia in sé stessi e la motivazione agli studi (Linee Guida DSA, 2011; Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007).

A seguito della diagnosi, lo psicologo può mettere in atto percorsi di potenziamento aventi quale obiettivo elitario la promozione ed il miglioramento delle capacità risultate compromesse (Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007). Egli può anche operare in interventi di formazione e consulenza rivolti ad insegnanti, operatori e genitori, sia da accompagnare alla presa in carico sanitaria del bambino/ragazzo, sia da realizzare all'interno dell'istituzione scolastica (Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007). Tale lavoro può rivelarsi determinante per la stesura del Piano Didattico Personalizzato, documento stilato da insegnanti e genitori, in cui vengono indicati obiettivi, modalità educative e strumenti didattici più adatti all'alunno (Linee Guida DSA, 2011; Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007).

Questo lavoro è fondamentale per supportare il bambino/ragazzo e la sua famiglia ed incomincia da una buona comunicazione della diagnosi, che informi sulle specifiche caratteristiche della condizione discussa, i limiti e le potenzialità degli interventi riabilitativi

consigliati, gli strumenti compensativi e dispensativi da mettere in atto a scuola, la corretta normativa di riferimento (Linee Guida DSA, 2011; Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007). Tali informazioni possono rivelarsi fondamentali per supportare l'intero nucleo familiare anche nella fase successiva della presa in carico del bambino/ragazzo, sostenendolo nella gestione quotidiana delle difficoltà scolastiche ma anche e soprattutto nella scelta delle strategie più adeguate all'esecuzione dei compiti, alla gestione dello stress ed al metodo di studio (Redazione OPS, 2015; Cornoldi, 2007).

### **Bibliografia.**

Consensus Conference Disturbi Specifici dell'Apprendimento (2011). Available from <https://bit.ly/3P6OnVK>

Cornoldi C. (eds) (2007). Difficoltà e disturbi dell'apprendimento. Bologna: Il Mulino. ISBN 978-88-15-11962-9

Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con Disturbi Specifici di Apprendimento (2011), Available on line on <https://bit.ly/394L6Wh>

Redazione OPS (2015). DSA: qual è il ruolo dello psicologo? Retrieved from <https://bit.ly/3kUz7xq>

## **L'Assessment Terapeutico: perché è nuovo attrezzo nella cassetta del giovane psicologo**

**di Gaia Cassese**

### **Introduzione.**

La cosa più bella che può accadere nella scelta di cominciare un nuovo corso di studio è imbattersi in una tecnica (o teoria) mai conosciuta prima e restarne totalmente rapiti. È ciò che mi è successo, in modo quasi casuale, con il metodo di Assessment Terapeutico, mentre cercavo di restare a galla tra le mille incertezze sulla valutazione psicodiagnostica ancora non sfruttata appieno in ambito clinico privato, contesto di mio principale interesse professionale.

Lo studio del materiale per il mio lavoro di tesi di Master in Psicodiagnostica clinica e forense mi ha donato molteplici spunti di riflessione particolarmente ricchi, in quanto letti dal punto di vista di una giovane laureata che si avvicina per le prime volte alle richieste del mondo del lavoro. In questa prospettiva, trovo che l'intervento breve proposto da Finn porti con sé, specialmente per noi giovani psicologi, moltissime potenzialità lavorative e professionali.

### **Dalla valutazione tradizionale all'assessment collaborativo**

Il metodo di Finn si pone come diretto prosecutore, all'interno di un gran corpus di riflessioni, della necessità di superare la valutazione psicologica e la stessa medicina tradizionale. La valutazione psicologica standard, nonostante i consolidati tentativi di recupero di una consapevolezza della relazione somministratore-paziente, segue ancora, quantomeno nel sentire comune, il concetto di diagnosi come uno stato del paziente, fisso e immutabile (1). Questa concezione porta con sé delle difficoltà che si riversano non solo sul paziente, ma anche sul terapeuta. Possiamo facilmente immaginare l'angoscia insita al processo valutativo che si ripercuote sulle prestazioni e sulle aspettative del paziente nei confronti del percorso che sta andando ad affrontare (2). Mi vengono in mente degli episodi a cui ho assistito durante la mia attività di volontariato presso una comunità terapeutica per tossicodipendenti, dove alcuni utenti erano particolarmente riluttanti alla richiesta di una valutazione psicologica a causa di una storia familiare di patologia psichiatrica, e dal timore della prosecuzione di un potentissimo stigma già molto presente nella loro narrazione, nonché dal vissuto ambivalente di sollievo e timore nel dare un nome immutabile (o un'etichetta?) al loro disagio.

Tuttavia tale fantasma della valutazione pone diverse barriere anche per la stessa conduzione e definizione del piano terapeutico: non è raro incontrare psicologi riluttanti alla somministrazione dei test, intimoriti dall'essere percepiti

dagli utenti come giudicanti, o nel timore di incasellare i propri pazienti in categorie diagnostiche, in un momento storico in cui domina il “politically correct” ed il relativismo.

Un movimento in sintonia con il superamento della medicina tradizionale è anche quello che sposta il proprio focus di osservazione dalla necessità di scovare i problemi e i sintomi, a quella ispirata dalla “Psicologia Positiva” e dalle “terapie di terza ondata” di individuare e focalizzare le risorse degli utenti. L’assessment Terapeutico volge proprio in questa direzione, recuperando in toto il ruolo del contesto nel processo. La finalità dell’intervento, cioè, non è quella di definire una volta per tutte il disagio dell’individuo, quanto di conoscerne le caratteristiche, ovvero di individuare quando il paziente agisce in modo disorganizzato o non funzionale e quando, con quali fattori, agisce in modo più organizzato. Non intendiamo cioè chiuderci in una definizione di malattia che ci allontana dal paziente, quanto capire profondamente le sue emozioni, scorporare i suoi comportamenti e da quali desideri ed esigenze questi siano motivati, o si fanno portavoce. Capire i loro comportamenti e i loro desideri ci avvicina, ci permette in quanto psicologi di trovare le piccole parti di noi stessi presenti in quegli stessi desideri, in quegli aspetti e quegli agiti che ci portano a “metterci nei panni dei nostri pazienti”.

In quest’ottica tutto ciò che accade nel processo di assessment assume un

notevole significato: anche un test non valido ci offre informazioni, ad esempio, sui dilemmi legati al cambiamento, o sulle credenze di come gli altri potrebbero reagire agli sconvenienti risultati del test stesso.

Un altro punto su cui vale la pena soffermarsi riguarda le diverse caratteristiche che assume, nei due modelli di valutazione, la relazione tra somministratore e paziente. Quella che caratterizza l’assessment tradizionale è basata su di un utente che subisce un esame testologico: consapevoli dell’influenza del professionista nella rilevazione dei dati, il tentativo è quello di minimizzare tale variabile interferente attraverso la costruzione di un ambiente che, pur mettendo a proprio agio il soggetto, si mantenga piuttosto neutrale e silenzioso. Nella testologia tradizionale, cioè, si dà troppa attenzione ai risultati e troppa poca a come questi siano emersi, nel e dal processo valutativo (Aschieri et. al, 2016). Nell’assessment collaborativo, invece, il ruolo del testista viene considerato fin dall’inizio come parte integrante del contesto: più che una variabile da controllare, questa consapevolezza viene utilizzata come una risorsa per poter creativamente “giocare” (3) con il paziente. Ne deriva certamente che anche la comunicazione, per l’intera durata degli incontri, farà riferimento alla presenza in prima persona dello psicologo, utilizzando continuamente un “messaggio-io”, ad esempio:< mi ha comunicato, voleva comunicarmi> piuttosto che < i risultati del test

rivelano>. I professionisti che utilizzano il metodo di assessment terapeutico fondano l'intervento su un assunto di base fondamentale: i risultati assumono significato solo in quella determinata relazione terapeutica.

È chiaro che questa differente concezione della relazione si riversa necessariamente sulle altre caratteristiche della valutazione. Ad esempio, mentre per l'approccio tradizionale la validità dei risultati dipenderà per lo più dalla capacità e bravura del testista nella somministrazione e lettura dei risultati, in quello collaborativo si predilige il vissuto del paziente: è quest'ultimo ad avere la chiave della sua verità, il testista non cercherà spiegazioni "reali" al di fuori di lui.

È inevitabile un cambiamento anche nella comunicazione dei risultati, argomento oggi all'ordine del giorno per quanto riguarda la comunicazione della diagnosi in ambito sanitario (Ricci Bitti, Gremigni, 2016). A partire da questo recentissimo ambito che vede attivamente impegnati moltissimi psicologi ad offrire, nonostante le notevoli resistenze, specialmente in ambito dei servizi territoriali, il proprio contributo in ambiente sanitario, trovo molto interessante questo aspetto del modello. Nella comunicazione della diagnosi (o meglio dei risultati finali), cioè, si passa dalle "sessioni di feedback" della valutazione tradizionale, in cui si cede, in una comunicazione piuttosto unidirezionale, la propria

relazione diagnostica con l'accortezza di renderla più fruibile al paziente, alle "sessioni di discussione finale" caratteristiche dell'intervento di Finn. In un modello che predilige il vissuto del paziente, è fondamentale ritagliarsi un incontro di discussione sul percorso tracciato insieme, lasciando anche all'interlocutore la possibilità di esprimere il proprio accordo o, al contrario, di rivederne alcuni aspetti.

Al termine di quanto detto fino ad ora, mi sono posta una domanda: ma a chi serve la valutazione psicologica? Allo psicologo o al paziente? Ed è la risposta a tale quesito a tracciare la principale differenza tra i due metodi affrontati nel paragrafo. La valutazione tradizionale si concentra sull'uso dei test a fini diagnostici, di pianificazione del trattamento, o valutazione e monitoraggio del percorso terapeutico. Essa serve cioè allo psicologo (e solo indirettamente al paziente), quasi ci fosse l'illusione da parte dello specialista di poter scoprire o, quanto meno, di avvicinarsi alla realtà, la verità del paziente sconosciuta ad egli stesso. Mi viene qui da muovere un'ulteriore questione di fondo, ovvero: qual è la funzione dello psicologo? trovare la verità (4), seguendo un mito onnipotente affibbiato alla figura dello psicologo salvifico che, almeno all'inizio della nostra carriera, ammettiamo aleggare molto forte come nostro mandato sociale, o quella di attenerci ed operare sulla realtà portata dal paziente?

Forse il punto sta nel rassegnarci, in quanto giovani psicologi, ad essere solo “*filii d’erba in un prato, a non portare il peso del mondo sulle spalle*” (5), ad una verità inconoscibile che, in quanto tale, evitiamo di prenderci come delega al primo incontro di consultazione. Piuttosto che cercare di scoprire la verità assoluta, potremmo “accontentarci” di qualcosa di ancora più grande ed ambizioso: cominciare a tessere, insieme al paziente, le fila di una verità che egli non riesce ancora a dirsi, che per quanto dolorosa è la sua storia, che viene empaticamente e finalmente riconosciuta in terapia. La possibilità di permettere al paziente di verbalizzare ciò che prima non poteva essere verbalizzato è un primo fortissimo senso di empowerment imprescindibile al processo terapeutico. Sento quindi di poter affermare una differenza sostanziale: la valutazione tradizionale serve allo psicologo, l’assessment terapeutico serve al paziente.

### **L’assessment Terapeutico come risorsa per i pazienti**

Nel precedente articolo “*l’Assessment Terapeutico o collaborativo come intervento psicologico breve*” abbiamo visto che l’efficacia del modello consiste nella filosofia e nei valori che lo ispirano: una profonda fiducia, collaborazione, compassione. Instaurare una relazione terapeutica fin dall’inizio caratterizzata da un tale autentico interesse e non giudizio per la storia del paziente si pone come un estremo punto di forza per il

processo di cura. Non a caso, infatti, i principali riscontri positivi dell’intervento si notano ben presto a carico dell’alleanza terapeutica e della motivazione al trattamento (Aschieri et al., 2021), ponendosi quindi come un notevole strumento di aggancio. Tuttavia vorrei, in questo paragrafo, concentrare la mia attenzione su un ulteriore aspetto fondamentale. Abbiamo infatti più volte detto che l’Assessment Terapeutico si pone come un metodo estremamente flessibile: la bravura dello psicologo nonché la validità del modello consistono anche nell’adattare le fasi e gli incontri al materiale emerso, alle domande poste e alle esigenze delle diverse tipologie di contesti. Avere a disposizione, nelle proprie competenze da psicologo un intervento breve come quello proposto da Finn va nella direzione del rendere la psicologia più inclusiva per una vasta gamma di pazienti.

Questo modello dalla comprovata validità terapeutica, dalla struttura flessibile, e dal carattere incisivo, può essere proposto come vero e proprio intervento psicologico breve per alcuni pazienti, soprattutto per quelle domande “facili” e gli utenti restii a cominciare un percorso terapeutico, proponendo sessioni di follow up di uno o due incontri annui per esplorare come il paziente sta procedendo nelle soluzioni co-costruite e pianificate in seguito all’intervento di assessment.

Il mio pensiero va, infine, a quegli utenti che non possono o non sono disposti a sostenere il costo di un percorso

terapeutico: l'assessment può essere adattato creativamente ad ogni esigenza sociale, contestuale ed economica.

### **L'Assessment Terapeutico come risorsa per gli psicologi**

Io non sono mai stata molto creativa, così nel mio percorso formativo, fin da piccola, ho sempre avuto la furbizia (e l'attrazione, verso chi condivide caratteristiche e capacità che non sento mie) di affiancarmi a compagni e colleghi estremamente fantasiosi. I lavori di gruppi erano, in questo modo, spettacolari, e provavo un sentimento di orgoglio, misto ad un pizzico di invidia, per il risultato che non sarebbe mai stato uguale se avessi portato avanti il progetto per conto mio. Ma andava bene anche così, d'altronde un gruppo resta immobile se le risorse dei membri sono tutte uguali, e la ricchezza è limitata se le proposte muovono tutte nella stessa direzione. Così non mi dispiaceva essere riconosciuta, spesso anche con appellativi e battute scherzose, come la mente analitica del team, la "zavorra" che tiene il gruppo ben saldo all'esame di realtà.

Arriva un momento della carriera, però, dove si sente un'estrema mancanza dei progetti di lavoro in gruppo proposti all'università, e devi, da giovane professionista, fare i conti con una serie di performance da portare a termine da sola. È questo il momento che ho sempre temuto, in cui l'aspetto creativo e sognante del lavoro, la possibilità che

apre a nuovi significati possibili, inesplorati e mai proposti prima, quella minima distanza necessaria dal mondo del pratico-concreto, avrei dovuto cercarla nel mio bagaglio personale da giovane psicologa.

L'Assessment Terapeutico mi è fin da subito parso una profonda sfida in tal senso, nel momento in cui viene proposta dallo stesso autore come una possibilità per quegli psicologi che "non sono così creativi", spronando all'ideazione di molteplici modalità e tecniche per comunicare in modo incisivo e significativo con il paziente. La mia riflessione parte proprio da questo movimento interno. Il modello proposto da Finn è un notevole strumento nelle mani dei nuovi psicologi proprio perché sprona lo sviluppo e l'allenamento di tutte quelle caratteristiche desiderabili del terapeuta ideale: creatività, intuitività, intraprendenza ed una certa capacità di trasversalità delle competenze apprese nei diversi contesti e situazioni.

Apprendere come condurre una buona sessione di assessment collaborativo pone immediatamente le basi alla costruzione di una vincente relazione terapeutica, caratterizzata da empatia, capacità di decentramento cognitivo a favore del vissuto del paziente, fiducia e compassione per il vissuto dell'altro, nonché il metterci completamente in gioco nella relazione, nella consapevolezza di essere attori attivi e partecipativi del processo di lavoro. Inoltre, non dimentichiamo che il metodo racchiude in sé tecniche comuni e

trasversali a diversi modelli psicologici, spronandoci ad un continuo studio e formazione che ci avvicina ad una molteplicità di paradigmi teorici differenti.

Eppure una grandissima opportunità offerta dalla formazione nell'assessment terapeutico l'ho individuata nella possibilità di avere, come strumento nella cassetta degli attrezzi del neo-psicologo, un intervento psicologico breve autonomo ed efficace. Molto spesso nel mio percorso universitario ho sentito non poca confusione da parte degli studenti, verso cosa potesse nel concreto realizzare la figura dello psicologo. È in questo contesto che l'assessment terapeutico mi sembra l'opportunità di concretizzare una proposta competente in ambito clinico privato, ponendoci come una figura professionale ancora poco diffusa.

Ricordiamoci inoltre che esso si pone come intervento da proporre ad un pubblico che non vuole o non può permettersi un percorso terapeutico e che quindi, molto probabilmente, non approderebbe alla figura dello psicoterapeuta. In questo modo lo psicologo potrebbe presentarsi, già in ambito privato, non solo, come spesso avviene, quale intermediario tra l'utente e lo psicoterapeuta, quanto come una figura autonoma, accessibile, capace di un set di interventi dalla portata terapeutica per uno specifico target di pazienti.

Abbiamo visto di come Finn spiega di ricevere molto spesso richieste da colleghi che si trovano in una situazione

di impasse nel percorso con i propri pazienti: in questi casi, l'assessment collaborativo viene condotto come intervento a sostegno dello sviluppo della relazione terapeutica, proponendoci come veri e propri consulenti per i nostri colleghi. La trovo un'opportunità non solo per offrirsi come figura professionale insolita ed innovativa, ma anche per promuovere una rete di studio, aiuto e supervisione reciproca con altri professionisti del territorio. Infine, imprescindibile ruolo dello psicologo specializzato in assessment terapeutico, è farsi canale di sensibilizzazione per il reale e corretto uso dei test: non verità imprescindibile, non male assoluto, quanto mezzo per "conoscere attraverso" la complessità del paziente.

### Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

- (1) Questa è la ancora viva concezione di diagnosi in cui mi sono imbattuta interfacciandomi con i colleghi. A questo proposito ricordo l'esperienza di un giovane tirocinante che mi raccontava la sensazione di impotenza nel vedere un bambino "fallire" ai test della Wisch IV, sensazione che lo ha portato alla decisione di non voler lavorare, in futuro,

nell'ambito della valutazione psicologica. Chiaramente, chi lavora in questo campo ha una diversa consapevolezza circa l'utilizzo dei test in contesto clinico. Tuttavia, l'intento del presente articolo è quello di rivolgersi ad un pubblico di giovani neolaureati, o a professionisti incuriositi dalle nuove tecniche in ambito psicodiagnostico

- (2) Seguendo la valutazione psicologica di un paziente molto sensibile al giudizio dell'altro, mi accorgevo delle forti quote di ansia che accompagnavano il suo processo testologico che arrivavano ad aumentare la diffidenza nei confronti del terapeuta
- (3) Faccio qui riferimento alla capacità, da parte dello psicologo, di utilizzare le informazioni provenienti dal processo per poter riproporre in vivo, nella relazione, gli schemi strettamente legati alla domanda centrale del paziente.
- (4) Faccio un richiamo al punto "O" inconoscibile della teoria del pensiero Bioniana.
- (5) Citazione dalla serie tv "Strappare lungo i bordi" di Zero Calcare (2021)