

53

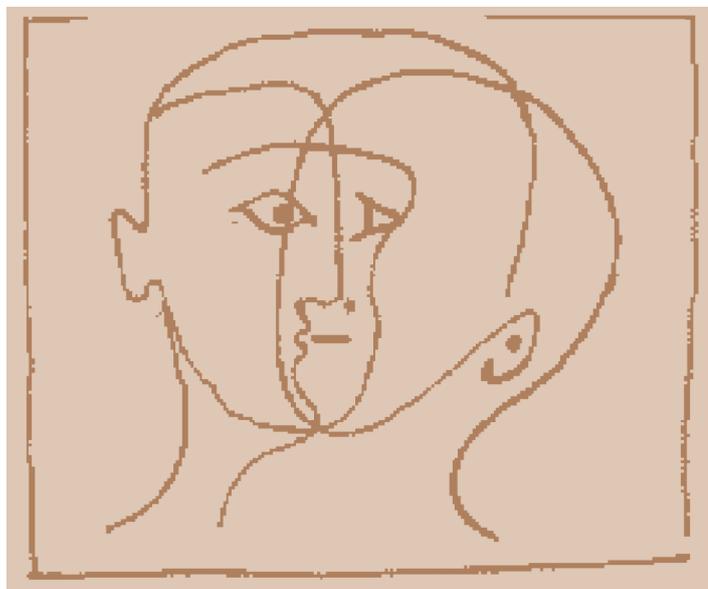
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

DICEMBRE

2023

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli 



PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

QUADERNI

DI PSICOTERAPIA COGNITIVA



FrancoAngeli

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage

please see: <http://creativecommons.org>

DIRETTORE: Lorenza Isola

VICE DIRETTORE: Marco Bani, Michele Procacci

DIRETTORE RESPONSABILE: Valeria Vantaggi

COMITATO DI REDAZIONE: Stefano Ardenghi, Gabriella Catalano, Giulia Rampoldi, Barbara Renzetti, Marianna Russo, Selena Russo, Valeria Semeraro, Rosa Vitale

COMITATO SCIENTIFICO: Rita Ardito, Carlo Buonanno, Luca Canestri, Antonella Carassa, Antonino Carcione, Gabriele Chiari, Lorenzo Cionini, Livia Colle, Giovanni Fassone, Donatella Fiore, Furio Lambruschi, Andrea Landini, Giovanni Liotti†, Francesco Mancini, Chiara Manfredi, Giuseppe Nicolò, Antonio Onofri, Cristina Ortu, Susanna Pallini, Cristiana Patrizi, Roberto Pedone, Renato Proietti, Gianluca Provvedi, Clarice Ranfagni, Mario Reda, Giorgio Rezzonico, Antonio Semerari, Savina Stoppa Beretta, Mariagrazia Strepparava

REDAZIONE CENTRALE: Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma, tel. 06/44704193, fax 06/44360720, e-mail: quaderni@sitcc.it

Gli articoli della Rivista sono sottoposti a referaggio

Autorizzazione del Tribunale di Torino n. 4984 del 14/10/1996 – Semestrale – Direttore responsabile: Valeria Vantaggi – Poste Italiane Spa – Sped. in abb. post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: GECA SRL, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese (MI).

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

II Semestre 2023 – Finito di stampare nel dicembre 2023

Editoriale
di *Pietro Muratori, Carlo Buonanno* pag. 5

SEZIONE GENERALE – Studi e ricerche

La parola al posto del sintomo: la rielaborazione
delle narrative personali nell'adolescente in comunità
di *Roberta Rossini, Alessandro Longo* » 7

La fotografia narrativa e la co-costruzione di fiabe
durante il lockdown: "C'era una volta una corona magica"
di *Laura Belloni Sonzogni, Gandolfa Cascio, Julia Dawson,
Alice Faccini, Fabio Giommi, Maurizio Gorgoni,
Michele Monticelli, Fabiola Pisciotta, Giorgio Rezzonico* » 21

La Terapia cognitivo-comportamentale accessibile
ai bambini sordociechi
di *Stefania Fadda, Giusy Caravello, Marta Cidronelli,
Laura Harripersad* » 43

L'allenamento alla noia: un modello di trattamento
per i disturbi esternalizzanti
di *Carlotta Bertini, Marco Saettoni, Simone Cheli* » 59

Da bruco a farfalla: il caso di Roberto
di *Liana La Gioia, Carlotta De Chirico,
Maria Grazia Foschino Barbaro* » 71

SEZIONE GENERALE – Casi clinici

Passaggio alla psicoterapia online durante la pandemia da Coronavirus (Covid-19): variabili associate alla soddisfazione dei pazienti. Il caso del Centro Medico Santagostino di Laura Staccini, Daniele Cavadini, Rosa Gravagnuolo, Elena Olivetti, Camilla Bongiovanni, Raffaella Calati, Fabio Madeddu, Laura Mandelli, Stefano Porcelli

pag. 91

RECENSIONI

Bertaccini R., Lambruschi F. (a cura di),
Psicoterapia cognitiva dell'adolescente
di Caterina Parisio

» 109

Stellard P., *Think Good, Feel Good:*
allenati a pensare diversamente per sentirti meglio
di Claudia Perdighe

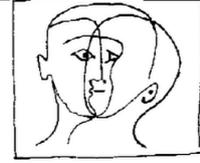
» 111

Salvatore G., *La vergogna del terapeuta.*
Da nucleo di sofferenza a fattore di cura
di Marianna Russo

» 112

Editoriale

Pietro Muratori*, Carlo Buonanno**



Nel dicembre 2022 tanti soci si sono ritrovati ad Ancona per il congresso intermedio della nostra società. È stato emozionante per noi e per il resto del comitato scientifico (Bianca Rita Berti, Giuseppe Romano, Emanuele Rossi e Francesca Serrani) constatare un così sentito interesse attorno al tema scelto, ovvero *la terapia cognitivo-comportamentale in età evolutiva: nuove prospettive e linee di intervento*. Difficile riassumere gli stimoli, le riflessioni e il piacere delle relazioni tra colleghi che il congresso ha prodotto. Abbiamo avuto l'opportunità di ascoltare il pensiero e godere della straordinaria umanità del Prof. Steven C. Hayes; abbiamo avuto l'opportunità di imparare nel corso dei workshop dal taglio pratico e clinico e di riflettere grazie agli spunti condivisi durante le tavole rotonde e i simposi, in cui il confronto è stato vivido e stimolante. In questo importante evento, 22 soci hanno deciso di partecipare presentando poster con ricerche sulla somministrazione della terapia cognitivo-comportamentale in età evolutiva. Tutti i poster sono stati realizzati con passione e rigore scientifico e denotano un interesse sempre più strutturato all'interno della nostra società per gli interventi e le procedure da utilizzare in questo periodo dello sviluppo. Da qui, l'idea di un numero monografico che ospitasse e rendesse visibile questo rinnovato interesse.

* Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva, Piazza di Porta S. Mamolo, 7 – 40136 Bologna; e-mail: pietro.muratori@fsm.unipi.it.

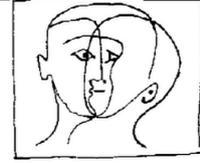
** Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva, Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma; e-mail: buonanno@apc.it.

Siamo particolarmente soddisfatti di notare come questi contributi siano in linea con i temi dell'ultimo congresso nazionale della SITCC, organizzato a Bari dal 21 al 24 settembre 2023. Un congresso che ha esaltato il ruolo che ricerca, clinica, riabilitazione e impegno sociale hanno nella psicoterapia cognitiva.

Il numero si apre con il contributo di Rossini e Longo, sugli effetti che la ri-elaborazione delle narrative ha sulla riduzione della sofferenza. L'articolo di Belloni e Sonzogni descrive invece un'esperienza di fotografia narrativa, sviluppata durante il lockdown. Stefania Fadda e collaboratori hanno proposto un adattamento della terapia cognitivo-comportamentale per i bambini sordociechi, mentre Bertini e colleghi hanno descritto una ricerca sul contributo della noia nella clinica e nella terapia dei disturbi esternalizzanti. Il numero si chiude con l'articolo di La Gioia, che evidenzia la forza che la clinica può avere nel promuovere la trasformazione del paziente.

Il nostro augurio è che la lettura di questo numero di Quaderni ricordi a tutti i soci che le applicazioni dei principi della terapia cognitivo-comportamentale non conoscono confini quando incontrano delle menti creative, coraggiose e scientificamente rigorose.

***La parola al posto del sintomo:
la rielaborazione delle narrative personali
nell'adolescente in comunità***



Roberta Rossini*, Alessandro Longo**

*Ricevuto il 3 giugno 2023
accettato il 12 novembre 2023*

Sommario

La narrazione è un elemento centrale nella vita dell'essere umano e diviene uno strumento fondamentale, sia per dare un senso a esperienze di rottura della continuità, sia per la formazione del senso unitario del Sé. Negli adolescenti con quadri clinici complessi ed esperienze familiari disfunzionali al punto da richiedere un allontanamento dal contesto familiare diventerà ancora più importante poter costruire un significato alle proprie esperienze, attuali e passate, e integrare le informazioni di sé e del mondo in una trama narrativa complessa, ma comprensibile. La metodologia di rielaborazione delle narrazioni personali proposta in ambito cognitivista consente di riconoscere e recuperare le funzioni conoscitive di cui il sintomo è portavoce, documentando con validità le vicende e l'esperienza soggettiva, rendendole disponibili all'auto-osservazione e permettendo una ricostruzione narrativa che implica l'acquisizione di nuovi elementi della soggettività non necessariamente contenuti nelle narrazioni abituali delle vicende in questione e quindi nella conoscenza ordinaria di sé. Da tale ricostruzione condivisa si apre la possibilità di una comprensione più ricca e articolata di sé e degli altri che può essere integrata all'interno della storia del soggetto. A esemplificazione di tale modalità di lavoro, verrà illustrata una situazione clinica.

Parole chiave: adolescenza, rielaborazione narrativa, episodi autobiografici, comunità terapeutica.

* Psicologa Psicoterapeuta, Unità Multidisciplinare Età Evolutiva Ancona – Azienda Sanitaria Territoriale Ancona; Docente Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva; Centro Terapia Cognitiva Ancona, Via del Fornetto, 111 – 60127 Ancona; e-mail: rossiniroberta78@libero.it.

** Psicologo Psicoterapeuta, Cooperativa Sociale Nazareno Carpi, Co-trainer Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, Via degli Orti, 44 – 40137 Bologna; e-mail: dott.longo@hotmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16929

Word instead of symptom: the reworking of personal narratives of the adolescent in a therapeutic community

Abstract

The narrative is a crucial element in the life of the human being and represents a fundamental tool to give a sense of continuity and to form and maintain a unitary sense of the Self. In adolescents with complex clinical states and dysfunctional family experiences, which require a separation from the family context, it is important to construct a meaning from one's current and past experiences, and to integrate information about oneself and the world into a complex narrative but coherent plot. The methodology of the personal narratives reworking in cognitivism makes possible to recognize and retrieve the functions of the symptom and the requests the symptom acts for. It allows to validly document the events and subjective experiences, making them available for self-observation and leading to a narrative reconstruction that includes new elements of subjectivity out of the ordinary self-knowledge. This shared reconstruction opens up the possibility of a richer and more articulated understanding of oneself and of others, which can be integrated in the subject's account. A clinical case will be illustrated.

Keywords: adolescence, narrative reworking, autobiographical episodes, therapeutic community.

Narrazione e Rielaborazione delle Narrative Personali nell'adolescenza "difficile"

La narrazione è un elemento centrale nella vita dell'essere umano e diviene uno strumento fondamentale sia per la formazione di un senso unitario e coerente del Sé (Bruner, 1995), che consente all'individuo di sapere chi è e di poter entrare in contatto con gli altri, sia per dare un senso a esperienze di rottura della continuità (McAdams, 2018).

Un senso di identità e continuità personale passa attraverso il raccontarsi e il raccontare la storia di chi sono e come sono diventato la persona attuale, collegando e integrando i vari elementi, sia in senso sincronico che in senso diacronico. In senso sincronico, attraverso l'integrazione dei vari elementi di sé nella vita del qui e ora e quindi il racconto di come mantengo un senso di me nei vari ruoli e contesti attuali; in senso diacronico attraverso il racconto di come sono diventato la persona che sono e di come mi aspetto di essere in futuro.

Questo dà un senso di unità, di scopo e di significato (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Nel mantenimento della continuità personale un ruolo fondamentale è svolto dalla memoria autobiografica. La narrazione organizza la memoria

autobiografica, dandole una struttura temporale e causale; senza la narrazione non sarebbe possibile costruire una storia e quindi una visione di sé e del mondo e delle vicende storiche che vada al di là della consapevolezza schematica e poco organizzata delle cose e di ciò che è successo.

Per questo non stupisce che vi sia una stretta relazione tra narrazione e salute mentale (Pennebacker & Seagal, 1999; Fivush *et al.*, 2011). Una buona capacità di raccontarsi è, da una parte, il riflesso di un'organizzazione psichica interna equilibrata (Habermas, 2011), dall'altra aiuta a costruire un senso di sé.

Una caratteristica importante di una buona narrazione è la coerenza, che si realizza sia collocando un episodio di vita in un certo contesto (temporale, spaziale, relazionale, sociale), sia connettendo azioni ed eventi in un certo ordine temporale-causale (Habermas, 2011). L'aspetto della coerenza nella propria narrazione è facilitato dal riuscire a stabilire connessioni sé-evento, sia per eventi che riguardano cambiamenti per il sé che per quelli che riguardano stabilità per il sé (Holm & Thomsen, 2018). Altro aspetto importante, altrettanto correlato al cambiamento e alla salute mentale, è un aumento del tema dell'*agency* nella narrativa del paziente (Adler, 2012).

Il riflettere in un modo specifico sulle proprie esperienze di vita diventa particolarmente importante nelle situazioni in cui si osserva una riduzione della specificità delle memorie autobiografiche e delle capacità di integrazione, come ad esempio in soggetti con sintomi psicotici attenuati o depressivi oppure in soggetti con disturbo di personalità (Berna, 2016; Lysaker, 2002; 2018; Neimeyer, 2000); oppure in situazioni in cui si concentrano molti cambiamenti di vita che mettono a rischio un senso di continuità personale, soprattutto nell'adolescenza e nella fascia dei giovani adulti (Habermas & Köber, 2014).

Durante l'adolescenza si raggiunge la capacità di creare legami complessi tra il proprio passato e il proprio presente, tra il proprio modo di funzionare e le esperienze, tra sé e gli altri (Mancuso & Sarbin, 1998), necessari a cercare di rispondere al bisogno di definire "se stesso" e il "mondo" in termini di coerenza interna. Ed è in questa fase della vita, infatti, che emerge quella che viene definita la capacità di ragionamento autobiografico (*Autobiographical Reasoning*) (Habermas, 2011), ovvero la capacità di creare connessioni tra le esperienze di vita e il proprio stile di funzionamento, con la possibilità di integrare i ricordi autobiografici in maniera adattiva all'interno della propria storia di vita e della propria idea di sé e creare un senso di identità e continuità personale.

All'interno di questo scenario, la metodologia di rielaborazione delle narrazioni personali introduce la dimensione narrativa all'interno del metodo

cognitivista, estendendo le metodologie di indagine e rielaborazione al target delle narrazioni autobiografiche (Guidano, 1991; Lenzi & Bercelli, 2010); in questo modo essa può da un lato rivestire valenze terapeutiche specifiche, dall'altro essere articolata arricchendosi di alcune specifiche sotto-procedure.

All'interno di una metodologia di questo tipo il sintomo/problema portato viene contestualizzato e ricondotto a specifiche vicende di vita e alle relative esperienze, che vengono poi rielaborate e rinarrate in seduta secondo specifiche modalità, che consentono di rimettere ordine e coerenza nel racconto delle esperienze della persona, realizzandone un consolidamento e una buona forma narrativa. In questo modo l'esplorazione del sintomo e dell'esperienza sintomatica diventa un'occasione di cambiamento attraverso la conoscenza di sé e l'elaborazione narrativa.

Una parte fondamentale del lavoro clinico consiste nella ricostruzione narrativa degli aspetti "episodici" delle vicende personali relazionali. Fonagy stesso (2011) riportava come «un focus sulla memoria episodica è il materiale più efficace da utilizzare per elaborare la comprensione di sé e la comprensione degli altri da parte del paziente». Già in precedenti lavori sono state descritte precise operazioni conversazionali di una rielaborazione di questo tipo (Lenzi, 2016; 2018); senza entrare nel dettaglio, essa implica sostanzialmente, una volta raggiunta una sintonizzazione interattiva e scelto in modo condiviso un tema narrativo ritenuto significativo, lo sviluppo digiunto e la successiva ricongiunzione integrativa di due modalità narrative, dette "registro sovra-episodico" e "registro episodico". Ciò permette di rielaborare la versione narrativa generalizzata integrando i nuovi elementi emersi e di posizionarsi con valutazioni ed eventualmente azioni specifiche verso la vicenda in questione a partire dalla nuova ricostruzione.

Nel guidare la ricostruzione narrativa, è importante che il terapeuta tenga conto che ci sono modi specifici e differenziati di trattare l'esperienza; e che questi modi corrispondono a specifiche modalità narrative all'interno di logiche ben precise, legate a strategie comunicative e relazionali e a stati mentali e processi cognitivi correlabili ai diversi stili relazionali e configurazioni narrative all'interno dei vari pattern di attaccamento (Main & Goldwyn, 1996; Crittenden & Landini, 2011). Queste, sommariamente, possono implicare un distanziamento dall'esperienza emotiva oppure un'esaltazione dell'esperienza emotiva a dispetto della ricostruzione sequenziale e causale delle vicende. Il terapeuta deve quindi considerare tali modalità, in modo tale da potere veicolare e modulare – in modo strategicamente orientato – l'integrazione e l'armonizzazione di informazioni cognitive e affettive e dei vari sistemi di memoria.

In certe situazioni, soprattutto nelle situazioni terapeutiche con il paziente

“difficile”, al fine di realizzare una ricostruzione osservativa dell’episodio e dell’esperienza, si rende necessario attivare modalità particolari e specifiche, non solo di elaborazione narrativa, ma soprattutto di sintonizzazione e posizionamento, conversazionale e relazionale. Sarà importante fare attenzione a tali modalità, che vanno a configurarsi tra gli ingredienti necessari a creare e mantenere una buona relazione terapeutica e che sono aspetti fondamentali e propedeutici alla possibilità di realizzare le varie attività di seduta e di co-costruire una rielaborazione narrativa.

Oltre al lavoro sulla dimensione attuale, sarà importante, in un secondo momento, creare relazioni tra le varie parti del presente e del passato della vita dell’adolescente con quanto di sé e del proprio stile di funzionamento sta imparando a conoscere, con la possibilità di integrare i ricordi autobiografici in maniera maggiormente adattiva all’interno della propria storia di vita e della propria idea di sé. Rispetto a ciò, la possibilità di individuare e collocare temporalmente gli eventi individuati dal soggetto come significativi opera già una iniziale azione di decentramento. Anche in questa parte di lavoro sarà fondamentale accedere agli episodi autobiografici, ricostruendo i contesti di vita concomitanti e l’esperienza soggettiva tramite l’osservazione di sé e delle emozioni sperimentate; ciò permette anche di facilitare la possibilità di creare quelle connessioni sé-evento citate in precedenza che contribuiscono a consolidare la coerenza narrativa. Questo implica lavorare nell’interfaccia tra il livello degli eventi episodici e dell’esperienza vissuta dal soggetto e il livello delle spiegazioni che il soggetto se ne dà, avendo in mente, quindi, di ricostruire i rapporti tra memoria episodica e memoria semantica, relativamente a una determinata situazione o periodo.

La realizzazione di questa particolare modalità di ricostruzione degli episodi implica per il paziente diversi aspetti: in primis l’acquisizione di nuovi elementi della conoscenza di sé e di nuovi modi di riferirsi l’esperienza (differenziando tra l’esperienza immediata e la sua spiegazione) e il proprio funzionamento relazionale, recuperando e regolando emozioni contrastanti e solitamente non integrate.

Altro contributo nel lavorare in questa direzione è il riconoscere una propria motivazione in ciò che accade con la possibilità di collegare la ricostruzione di eventi passati e di costruirne il valore o il significato personale nei singoli episodi, poiché ciò trasforma l’evento e il comportamento in un’azione propria. Di conseguenza, il racconto di cose accadute può trasformarsi in un racconto in prima persona, in cui iniziare a posizionarsi rispetto a certi vissuti e certe situazioni.

Negli adolescenti con quadri clinici complessi ed esperienze familiari disfunzionali, al punto da richiederne un allontanamento, diventerà ancora più

importante poter dare un significato alle proprie esperienze, attuali e passate, poterle raccontare e rielaborare in maniera integrata all'interno di una storia, che sarà poi percepita come propria e che permetta di iniziare a riparare la frattura che si è creata nella storia di vita e nelle relazioni significative. A seguire vedremo l'utilizzo di questa metodologia di lavoro all'interno di un contesto di Comunità terapeutica residenziale.

La Comunità

Il contesto di Comunità terapeutica residenziale all'interno del quale si colloca l'intervento terapeutico che descriviamo si articola su quattro livelli che includono ambienti e interlocutori diversi: la terapia individuale, la condivisione del caso in équipe, l'aggiornamento con i Servizi invianti e le attività quotidiane.

Il primo livello è la terapia individuale all'interno Comunità: questo livello viene costruito e modulato in funzione dei bisogni del soggetto, al fine di creare uno spazio d'ascolto che sia percepito personale e sicuro, in cui è possibile esplorare e dare un senso alle proprie esperienze e vissuti. In questo spazio particolare rilievo viene dato alla ricostruzione degli episodi critici della settimana, individuando gli eventi attivanti e i significati personali dell'esperienza interna a essi collegati; obiettivo iniziale è rendere maggiormente comprensibili gli eventi che coinvolgono la persona, aggiungendo ulteriori dettagli al proprio vissuto che, inserito nella continuità degli eventi, possa facilitare il ricostruire i confini personali attraverso il costruire una propria trama narrativa.

Proprio la complessità delle vicende personali e familiari, tali da aver comportato la necessità di un inserimento in Comunità, rende ancora più importante la messa in atto di un intervento che non sia orientato esclusivamente alla riduzione del sintomo e che non separi quest'ultimo dalla storia personale dell'adolescente e dalla possibilità di un'attribuzione di significato che possa tenere conto dell'esperienza, attuale e pregressa. Questo sia perché il sintomo, in assenza di una comprensione dei suoi nessi funzionali profondi, si ridurrà o modificherà solo superficialmente, sia perché sarà importante riuscire a lavorare nella direzione di osservare il sintomo nella sua funzione conoscitiva, così da costruire una base che permetta di creare una dimensione di futuro e progettualità, anche in vista di un'uscita dalla struttura.

Il secondo livello prevede la condivisione delle osservazioni del terapeuta con tutta l'équipe curante. Questa offre una visione allargata e maggiormente comprensibile della complessità di alcuni fenomeni, permettendo così

di considerare quali siano le modalità adattive e conoscitive della persona: quello che inizialmente può essere visto come un comportamento disfunzionale può mutare di significato se collegato alla comprensione in termini di funzionamento conoscitivo e relazionale del soggetto. La condivisione in équipe si propone quindi di costruire una comprensione più ampia delle modalità di funzionamento del paziente, affinché nei vari contesti ci siano approcci e risposte coerenti, che consentano sia di promuovere e facilitare processi riflessivi e di integrazione sia di vicariare strategicamente le difficoltà presenti.

Il terzo livello prevede il continuo aggiornamento con i curanti esterni alla Comunità secondo diverse modalità: dalla comunicazione diretta tra clinici, alle relazioni d'aggiornamento, alle verifiche periodiche del percorso individuale. Questo costante scambio d'informazioni permette di ampliare lo scenario d'osservazione anche alle dinamiche familiari e ambientali, esterne all'ambito comunitario, ma comunque necessarie per comprendere l'unicità della persona, cercando di creare una progettualità di trattamento condivisa e coesa, nonostante la molteplicità di interlocutori.

Il quarto livello rappresenta l'applicazione delle informazioni condivise nei tre livelli precedenti nella vita quotidiana della persona. Le attività dell'équipe seguono quanto si è conosciuto e compreso del paziente, orientando ogni intervento sulle aree critiche, tenendo in considerazione bisogni e obiettivi. Progressivamente all'esplorazione delle esperienze soggettive, anche gli interventi dell'équipe volgono a una comprensione più articolata, con la raccolta e condivisione con l'adolescente di quanto è emerso, sia nei momenti formali, come quello della psicoterapia e dei laboratori espressivo-supportivi, che in quelli meno formali, come le uscite e i momenti di gioco e svago. Ogni elemento raccolto viene collegato a quanto già noto, articolando maggiormente la visione sull'individuo. All'interno di questo processo conoscitivo emergono quelli che sono desideri e compiti evolutivi che, riconosciuti nella loro importanza e utilità maturativa, danno forma agli interventi che si orientano sul provare a rendere possibile quanto prima non lo era.

I 4 livelli mirano a procedere in continuo e reciproco coordinamento, con l'obiettivo di rendere il processo terapeutico, anche quando sviluppato in ambiti differenti, prevedibile e riconoscibile. Parallelamente l'integrazione dei differenti livelli mira a fornire un contesto intersoggettivo in cui il rispecchiamento, l'empatia, la negoziazione dei confini relazionali, il confronto con gli altri sono in primo piano e offrono un sostegno fattuale ai processi di integrazione che l'adolescente viene supportato a mettere in atto (Bencivenga & Uselli, 2016; Stanghellini, 2017).

Il caso di Carlo

Carlo è un ragazzo di 16 anni, attualmente in Comunità da circa 1 anno, a seguito di un grave quadro di ritiro sociale accompagnato da rituali (lunghe ripetizioni della stessa azione ogni qualvolta entra in contatto con un'esperienza emotivamente intensa), alcuni anche con caratteristiche bizzarre (es. rifiuto di buttare e tendenza ad accumulare tutto ciò con cui viene in contatto, compresa spazzatura, feci e urina). Carlo presenta anche alcuni pensieri che appaiono non aderenti alla realtà (ad es. non considera i genitori naturali come suoi reali genitori, ma dei finti genitori implicati nel procurargli sofferenza). La Neuropsichiatria Infantile di appartenenza pone una diagnosi di Disturbo di personalità non altrimenti specificato, in cui vengono rilevati degli scivolamenti in un funzionamento di tipo psicotico, e prescrive una terapia farmacologica.

L'aggravamento dei sintomi del minore e la difficoltà del nucleo familiare nel sostenerli fanno arrivare alla proposta di un percorso in Comunità, che Carlo quasi subito accetta, dato che vorrebbe allontanarsi dal nucleo familiare perché da lui definito "traumatico".

Inizialmente la partecipazione di Carlo alle attività in programma appare buona: segue i laboratori espressivo-supportivi, il Social Skill Training e le varie iniziative esterne. Di fianco a queste attività viene proposto uno spazio in cui poter portare i suoi vissuti e pensieri, le proprie difficoltà, come anche i propri bisogni e desideri. Carlo sembra dare molto valore a questo spazio a lui dedicato, a cui si presenta settimanalmente, con la libertà di scegliere l'ambiente per lui più ideale (es. giardino, sala laboratori, sala riunioni, studio del terapeuta, ecc.). Inizialmente la maggior parte dei propri vissuti si orientano sulla vita in Comunità: litigi con gli altri ospiti, incomprensioni con gli operatori, frustrazioni per le richieste non soddisfatte; tutto quello che riguarda l'isolamento e i rituali sembra inizialmente essere rimasto fuori la porta d'ingresso della comunità, così come ogni rapporto con le figure genitoriali, che da Carlo non vengono ricercate. A 8 mesi dal suo ingresso in Comunità Carlo contrae il Covid, a cui segue un isolamento di circa 3 settimane. Per garantirgli una continuità nella psicoterapia, si propone di modificare il setting e di proseguire i colloqui nella modalità online; proposta che Carlo accetta, apprezzando la possibilità di poter continuare a parlar di sé. In parallelo emergono altri intensi vissuti: paure legate alla contaminazione e alla morte, vissuti di colpa per non essere riuscito a prevenire e controllare il proprio contagio, preoccupazioni per quando dovrà ritornare all'esterno e avere di nuovo a che fare con gli altri. Concluso il periodo di isolamento, Carlo rifiuta di uscire dalla propria camera, smette di aver cura di sé e passa la maggior parte del

tempo a letto (*“Fuori ce l’hanno tutti con me, delle volte tutto mi sembra così difficile da affrontare che preferisco restare fermo”*). Anche alcuni sintomi, fino ad allora poco invasivi, si intensificano: attua rituali sempre più lunghi e complessi, aumenta i comportamenti di accumulo e diventa più selettivo al momento dei pasti. In questa fase si concorda di aumentare la frequenza degli interventi individuali (2 volte a settimana), che sono affiancati all’aggiornamento durante l’équipe settimanale e alle comunicazioni con il Servizio in-viante, che inizia da qui a incontrarlo con cadenza settimanale.

Le preferenze di Carlo sui luoghi di incontro si riducono esclusivamente alla sua stanza; la durata degli incontri è variabile, legata a una intensità emotiva che inizialmente risulta difficile da regolare.

Il lavoro sarà quello di poter condividere, esplorare e dare un senso a questa fase e a quanto sperimentato per poterlo integrare nel percorso fatto fino a quel momento e nel suo racconto.

All’interno degli incontri una parte considerevole è stata dedicata all’individuazione delle parole trigger, esplorandone gli effetti su Carlo e concordando termini alternativi che fossero sostenibili, ma ugualmente rappresentativi della sua esperienza. Ad esempio, all’inizio alcune esperienze interne come disagio, disgusto, pensieri sul futuro e parole specifiche (*“Ho il trauma della parola rispetto”*) non sono state subito verbalizzabili, in quanto producevano dolorosi rituali di compensazione (*“Questa cosa non riesco a dirla, mi crea troppo disagio, dopo devo fare delle cose per sentirmi meglio”*) e molti elementi della realtà venivano massicciamente distorti (*“Non fanno gli operatori, sono stati pagati da chi mi vuole male per procurarmi del dolore”*) oltre a una presenza molto frequente di temi di helplessness (*“Nessuno mi può aiutare, questo dolore non se ne andrà mai”*). Anche tutto ciò che riguardava la propria famiglia era posto sotto silenzio (*“Non voglio parlare di loro”*).

In un primo momento, la possibilità di dare un senso a ciò che accadeva dentro e fuori di sé e costruirne un racconto non è stata di facile accesso e viabilità. Individuare e narrare gli episodi critici del presente, seguendo un criterio temporale, ha poi permesso di ricostruire tali episodi, descrivendone l’esperienza soggettiva, tramite l’osservazione dei propri pensieri ed emozioni. La condivisione di un lessico comune, che potesse escludere alcune parole attivanti (es. rispetto, fatica, affrontare), ha generato lunghi giri di parole, ma ha anche permesso di ricostruire e dettagliare maggiormente la propria esperienza personale in un clima relazionale in cui potersi sentire accolto e compreso nelle proprie fragilità. All’inizio Carlo era fortemente in difficoltà nell’esprimere e definire il proprio malessere (*“Ci sono cose che mi capitano, non riesco a parlarne”*), ma gradualmente ha individuato e ri-

conosciuto alcuni suoi temi personali che gli hanno permesso di verbalizzare e condividere la propria esperienza (“*Mi capitano delle cose fuori dal mio controllo*”), per poi renderla maggiormente dettagliata (“*Il mio corpo sta cambiando, non lo riconosco*”).

L’essere riusciti gradualmente a dettagliare e rendere più specifici i vissuti personali ha permesso di comprendere e dare un senso al proprio malessere. Questo passaggio ha permesso di iniziare a condividere quali strategie Carlo sentiva di potere e voler utilizzare per far fronte a sintomi e problemi; ciò ha aiutato anche a capire il motivo per cui l’iniziale proposta di tecniche di esposizione o di regolazione emotiva (come avvenuto, ad esempio, all’interno del Social Skill Training) non sia stata accolta da Carlo.

Progressivamente Carlo ha iniziato a comprendere le proprie esperienze nel presente, ma restava inesplorato tutto ciò che invece riguardava il suo contesto di vita precedente: l’idea di Carlo di quelle che erano le vicende di vita prima dell’ingresso in Comunità era confusa e poco coerente, come, di conseguenza, anche la sua posizione rispetto a queste. Si è condivisa l’importanza di poter esplorare e ampliare episodi relativi al contesto familiare, scoprendo ulteriori elementi da poter integrare con il suo racconto. Gradualmente alcune delle figure significative e le relazioni con queste si sono spontaneamente presentate nel discorso e questi momenti hanno rappresentato le porte d’ingresso per esplorare la dimensione esperienziale e relazionale con i propri familiari, connettendola a quanto di sé stava ricostruendo. Si è proceduto con gradualità, in base a quanto, di volta in volta, Carlo sentiva di riuscire a sostenere. In prima battuta si è accolta l’esperienza relazionale allo “stato grezzo” (“*Quelle persone lì fanno di tutto per farmi del male, mi hanno separato dai miei reali genitori*”); poi questa ha rappresentato la base da cui individuare specifici episodi, ricostruirne insieme l’esperienza soggettiva e i relativi significati personali, per arrivare poi a rielaborare racconti che aveva portato inizialmente (come ad esempio “*Con quelli che si fanno chiamare mio padre e mia madre non mi sono mai trovato a mio agio, sono come degli estranei, sono diverso da loro*”). Ampliando l’esplorazione anche su episodi passati, Carlo è riuscito a rielaborare anche momenti relazionali critici e dolorosi, che hanno poi prodotto nuove ulteriori aperture (“*Io cercavo di proteggere mio fratello e mia sorella quando papà ci trattava male... loro cercavano di fare lo stesso con me, mi piacerebbe reincontrarli?*”).

Attraverso il lavoro di riconoscimento e riordinamento dell’esperienza, articolata tra piano episodico e piano semantico, è stato possibile recuperare, regolare e costruire emozioni, integrando memorie frammentarie e creando così una narrazione più equilibrata. Ciò ha facilitato la possibilità di cogliere significati e temi personali che hanno prodotto una graduale riduzione dei

rituali, dell'isolamento e della selettività alimentare con la possibilità di guadagnare progressivamente ulteriori esperienze di maggior adattamento.

Di particolare rilevanza è stato il lavoro sui temi di responsabilità, di colpa e di controllo che la situazione di contagio Covid ha prepotentemente riportato in primo piano. L'idea di non essere riuscito a controllare i vettori di contaminazione ha elicitato in Carlo intensi sentimenti di colpa per non essere riuscito a evitarlo, sentendosi l'unico responsabile di quanto successo e per essersi esposto a un grande pericolo per la propria salute. Il tema della responsabilità e i vissuti di colpa sono dunque diventati elementi importanti da esplorare: gradualmente Carlo è riuscito a cogliere come queste sue attivazioni e vissuti fossero simili a quelle che sperimentava in famiglia, quando si sentiva nel ruolo di quello che doveva proteggere i propri fratelli da un adulto percepito come intrusivo e pericoloso.

Altri fili importanti per la costruzione della sua trama narrativa sono state anche le esperienze accumulate nei setting esterni a quello della psicoterapia, come ad esempio i laboratori interni (laboratorio di creatività, di narrativa, di musica, di social skills training, gruppo casa, ecc.). Inizialmente Carlo ha quasi sempre accettato la proposta educativa della Comunità, ma con una partecipazione perlopiù passiva alle attività, a differenza dei colloqui con i suoi referenti esterni, programmati con frequenza mensile, in cui invece si mostrava più partecipe. Dopo essere stato contagiato dal Covid Carlo, da un lato, ha interrotto la frequenza ai laboratori, ma, dall'altro, ha fatto la richiesta di avere un dialogo più frequente con le sue figure di riferimento istituzionali (educatori di riferimento della Comunità, Neuropsichiatra, Assistente Sociale). Carlo ha inoltre iniziato a effettuare incontri settimanali con la Psicologa del Servizio inviante, che ha rappresentato una sponda importante per poter veicolare alcuni contenuti e significati, soprattutto nei momenti in cui l'assetto della Comunità veniva vissuto in maniera persecutoria.

Al momento dell'ingresso uno degli obiettivi prefissati da équipe e Servizi era di valutare come poter rimodulare il rapporto e le visite con i genitori: Carlo ha inizialmente rifiutato la proposta di vedere i genitori, rimarcando la sua necessità di mantenere una distanza da loro, tanto da evitare anche qualsiasi dialogo a riguardo. Tale bisogno è rimasto costante nei confronti del padre, diversamente dalla madre, che invece ha poi iniziato a vedere mensilmente. Proprio dopo il contagio da Covid e la successiva fase critica, Carlo ha chiesto di poter vedere settimanalmente la madre (che, a sua volta, ha subito accettato), iniziando a sperimentare che effetto faceva una maggiore vicinanza tra loro.

Parallelamente, si è lavorato affinché Carlo mantenesse un dialogo con la maggior parte degli operatori. Ciò è stato possibile anche grazie ad alcuni interventi pensati "su misura", con la proposta, in un contesto individuale, di

attività affini agli interessi di C. (es. uscite individuali, laboratorio di musica, ecc.); tali attività hanno fornito la possibilità di mettere l'attenzione anche su altre esperienze, nelle quali potersi sperimentare, osservare e conoscere, così da arricchire la propria immagine personale.

La costruzione di un dialogo volto all'ascolto e alla comprensione, nel pieno e continuo rispetto dell'individuo, della sua soggettività e della sua vulnerabilità, ha dato a Carlo la possibilità di fare esperienza di poter far fronte alle proprie difficoltà, passando dall'iniziale *“L'unica possibilità per superare tutto questo è restare immobile nel letto, aspettando che passi”* al *“Ci sono alcune cose che mi procurano poco stress, su quelle provo a non fare delle cose e ci riesco; non è che dopo sto meglio, ma ho notato che lo stress dopo un po' diminuisce”*.

Nel tempo, con la riduzione dell'intensità della sintomatologia e della relativa sofferenza interna, si sono resi maggiormente riconoscibili alcuni desideri, *“Ci sono tante cose che voglio comprare, ho chiesto e mi sto organizzando per uscire a farlo”*.

Nell'ultimo periodo Carlo continua a sperimentarsi e raccontarsi e, in parallelo, si osservano insieme e si condividono i piccoli cambiamenti nel quotidiano: *“L'altra mattina ho seguito altri bisogni e non i miei pensieri, sono uscito e sono andato a fare shopping, era da tanto che non uscivo, è stato piacevole”*.

Conclusioni

In una relazione terapeutica che si pone come base sicura per l'esplorazione e di un contesto terapeutico comunitario che mira a garantire stabilità, prevedibilità e coerenza nelle situazioni relazionali e di vita, Carlo ha iniziato ad osservarsi, conoscersi e raccontarsi: quella che prima era una narrativa frammentata e poco condivisibile, diventa narrabile, maggiormente coerente e dotata di significato. Progressivamente ha iniziato a riconoscere le proprie modalità di lettura emotiva e i propri schemi di funzionamento; ha sperimentato l'esperienza di poter condividere la propria individualità nella relazione con l'altro, di essere conosciuto e riconosciuto dall'altro e validato in ciò che sente.

Nel lavoro con Carlo ci sono stati momenti di impasse e blocco: nel setting individuale legati prevalentemente alla paura e vergogna di esplorare contenuti e vissuti che riguardavano i rituali che sentiva di dover attuare, la propria famiglia e gli eventi a essa collegati; nel setting comunitario legati alla difficoltà nel comprendere il significato di alcune indicazioni/comportamenti degli operatori in relazione alla gestione dei rituali nel quotidiano e alla conseguente lettura persecutoria che Carlo ne faceva. Ognuno di questi

momenti è diventato esso stesso oggetto di osservazione e rielaborazione congiunta all'interno dello spazio terapeutico individuale.

L'aver costruito una salda relazione terapeutica ha permesso di mantenere una sintonia, relazionale e rispetto agli obiettivi, di dosare la quota di pericolo percepito da Carlo nelle situazioni critiche e di potersi poi fidare nel guardare insieme ai momenti di difficoltà come parti di un processo più ampio, parti che raccontavano e davano informazioni rispetto alle modalità di funzionamento di Carlo e verso le quali, piuttosto che spaventarsi e chiudersi, provare a incuriosirsi per scegliere che farne.

La ricostruzione dei propri eventi di vita, con il loro riordinamento temporale, ha permesso a Carlo di riconoscere relazioni tra le varie parti del presente e del passato, appropriandosi di significati personali e costruendo una propria trama narrativa. Ciò apre alla possibilità di poter prendere posizione nei confronti di eventi e vissuti fino a valutare di poter fare delle scelte, anche in direzioni diverse rispetto al passato e guadagnando così, nel tempo, maggiore flessibilità e autonomia.

Bibliografia

- Bencivenga M. & Uselli A. (2016). *Adolescenti e comunità terapeutiche*. Roma: Alpes Italia.
- Berna F. *et al.* (2016). Self-disorders in individuals with attenuated psychotic symptoms: Contribution of a dysfunction of autobiographical memory. *Psychiatry Research*, 239: 333-341. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.029.
- Bruner J. & Weisser S. (1995). *Autobiography and the construction of the self*. Cambridge: Harvard University Press.
- Conway M.A. & Pleydell-Pearce C.W (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107: 261-288. DOI: 10.1037/0033-295x.107.2.261.
- Cornaggia C.M. (2022). *Dalla parte del desiderio: Da una paternità un metodo nella cura*. Roma: Inschibboleth.
- Crittenden P.M. & Landini A. (2011) *Assessing Adult Attachment: a dynamic-maturational approach to discourse analysis*. New York: Norton.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R. & Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fivush R., Bohanek J.G., Zaman W. (2011). Personal and intergenerational narratives in relation to adolescents' well being. *New directions for child and adolescent development*, 131: 45-57. DOI: 10.1080/00207594.2011.596541.
- Fonagy P., Bateman A. & Bateman A. (2011). The widening scope of mentalizing: a discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84: 98-110. DOI: 10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x.
- Guidano V.F. & Liotti G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford Press.

- Guidano V. (2008). *Psicoterapia tra arte e scienza*. Milano: FrancoAngeli.
- Habermas T. (2011). The Development of autobiographical Reasoning. *New Direction for Child and Adolescence Development*, 131: 1-17. DOI: 10.1002/cd.285.
- Habermas T. & Köber C. (2015). Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory*, 23: 664-674. DOI: 10.1080/09658211.2014.920885.
- Holm T. & Thomsen D.K. (2018). Self-Event Connections in Life Stories, Self-Concept Clarity, and Dissociation: Examining Their Relations with Symptoms of Psychopathology. *Imagination, Cognition and Personality: Consciousness in Theory, Research, and Clinical Practice*, 37(3): 293-317. DOI: 10.1177/0276236617733839.
- Lenzi S. (2016). Conoscersi, Raccontarsi e Costruirsi. I molteplici Aspetti epistemologici del parlare di sé e la loro declinazione nelle metodiche terapeutiche cognitivo-costruttiviste. *Costruttivismi*, 3(1-2): 91-102.
- Lenzi S. (2018) Auto-osservazione e conoscenza di sé: aspetti epistemologici dell'assessment cognitivista. In Blasi S. (a cura di). *L'epistemologia della psicologia clinica. Prospettive teoriche e metodologiche* (pp. 388-406). Roma: Fioriti.
- Lenzi S. & Bercelli F. (2010). *Parlar di sé con un esperto dei sé. L'elaborazione delle narrazioni personali: strategie avanzate di terapia cognitiva*. Firenze: Eclipsi.
- Lysaker P.H. & Lysaker J.T. (2002). Narrative structure in psychosis schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12(2): 207-220. DOI: 10.1177/0959354302012002630.
- Lysaker P.H. & Klion R.E. (2018). *Psicoterapia metacognitiva delle psicosi. Guida alla Metacognitive Reflection and Insight Therapy*. Milano: FrancoAngeli.
- Main M. & Goldwyn R. (1994). Adult attachment scoring and classification systems. In Main M. (ed.). *Assessing attachment through discourse, drawings and reunion situations*. New York: Cambridge University Press.
- Mancuso J.C. & Sarbin T.R. (1998). The narrative construction of emotional life: developmental aspects. In Mascolo M.F. & Griffin S. (eds.). *What Develops in Emotional Development? Emotions, Personality and Psychotherapy* (pp. 297-316). New York: Plenum Press.
- McAdams D.P. (2018). Narrative identity: what is it? What does it do? How do you measure it? *Imagination, Cognition and Personality: Consciousness in Theory, Research, and Clinical Practice*, 37(3): 359-372. DOI: 10.1177/0276236618756704.
- Neimeyer R.A. (2000). *Narrative disruptions in the construction of self*. In Neimeyer R.A. & Raskin J.D. (eds.). *Constructions of disorder: Meaning making frameworks for psychotherapy* (pp. 207-241). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pennebaker J.W. & Seagal J.D. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of clinical psychology*, 55(10): 1243-1254. DOI: 10.1002/(sici)1097-4679(199910)55:10<1243::aid-jclp6>3.0.co;2-n.
- Rathus J.H. & Miller A.L. (2016). *Manuale DBT per adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stanghellin G. (2017). *Noi siamo un dialogo. Antropologia, psicopatologia, cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stanghellini G. & Mancini M. (2018). *Mondi psicopatologici. Teoria e pratica dell'intervista psicoterapeutica*. Milano: Edra.
- Turrel S.L. & Bell M. (2019). *ACT per Adolescenti*. Roma: Fioriti.

La fotografia narrativa e la co-costruzione di fiabe durante il lockdown: “C’era una volta una corona magica”



Laura Belloni Sonzogni*, Gandolfa Cascio**,
Julia Dawson***, Alice Faccini****, Fabio Giommi*****,
Maurizio Gorgoni*****, Michele Monticelli*****,
Fabiola Pisciotta*****, Giorgio Rezzonico*****

*Ricevuto il 29 maggio 2023
accettato il 12 novembre 2023*

Sommario

“C’era una volta una corona magica” è un progetto di fotografia narrativa sociale proposto durante l’emergenza sanitaria da Covid-19, prevalentemente rivolto alle famiglie con bambini che durante il lockdown non hanno avuto accesso alle attività abituali e ad aiuti esterni. Agli adulti veniva chiesto di costruire e fotografare insieme ai bambini una corona magica con materiali disponibili in casa, inventare una fiaba su di essa e condividere foto e testo sul gruppo Facebook dedicato. L’obiettivo principale era valorizzare il tempo con i bambini costruendo insieme qualcosa di innovativo, dando voce alle emozioni e narrando le loro esperienze.

Sono stati condivisi 202 contributi, tra cui prodotti collettivi realizzati da oltre 300 minori e contributi individuali di 114 persone. L’analisi qualitativa dei testi mostra come il *potere magico* attribuito alla corona sia quello di risolvere problemi (26%), salvare l’ambiente da disastri/cataclismi (24%), portare gioia, amicizia e pace (19%), far viaggiare (5%), compiere imprese incredibili (15%), far capire cose importanti (10%), produrre cambiamenti di vita (4%).

* Nous, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva-Costruttivista, Milano, via Piranesi, 14 – 20137 Milano; Psicopolis ODV, viale Vignati, 4 – 26900 Lodi; SVS – Donna Aiuta Donna Onlus, via della Commenda, 12 – 20122 Milano; e-mail: laura.bellonisonzogni@gmail.com.

** Psicologi per i Popoli Regione Sicilia ODV, via Libertà, 115 – 94100 Enna; e-mail: gandacascio@gmail.com.

*** Nous, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva-Costruttivista, Milano, via Piranesi, 14 – 20137 Milano; e-mail: juliadawson00@gmail.com.

**** SPP, Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica, via Pergolesi, 27 – 20124 Milano; e-mail: alice.faccini.psi@gmail.com.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16930*

Tra le emozioni citate, si osserva la netta prevalenza della felicità (47%), quasi esclusivamente come formula finale classica della fiaba. All'interno della fiaba troviamo invece prevalenza di paura (35%) e tristezza (34%). In oltre metà dei casi la fiaba era ambientata in luoghi chiusi.

Tenuto conto dell'ampia partecipazione, riteniamo che la co-costruzione di fiabe e fotografie possa aver rappresentato un valido strumento d'intervento in ambito psico-sociale favorendo il processo di integrazione dell'esperienza passando dal registro iconico a quello verbale, facilitando l'espressione emotiva e riducendo la solitudine percepita.

Parole chiave: fotografia narrativa, fiabe, lockdown, età evolutiva.

Narrative photography and the co-construction of fairytales during the lockdown: “Once upon a time, there was a magical crown”

Abstract

“Once upon a time there was a magical crown” is a social narrative photography project carried out during the Covid-19 pandemic. Its primary focus was on families with children with no access to their usual activities and external assistance during the lockdown.

Adults were invited to create a magical crown with their children using materials available in the house, invent a fairytale about the crown, and share both the fairytale's text and a picture of the crown on a dedicated Facebook group page. The project aimed to enhance the quality of parent-children time by fostering collaborative creation, emotional expression, and shared experiences. The project received 202 contributions, including collective creations involving over 300 children, as well as individual contributions from 114 participants.

The qualitative analysis of the texts unveiled that the crown was perceived to possess the ability to solve problems (26%), shield from disasters (24%), bring joy, friendship, and peace (19%), enable travel (5%), overcome seemingly insurmountable challenges (15%), foster understanding (10%), and inspire life changes (4%). Among the emotions mentioned in the fairytales, happiness prevailed (47%), often serving as the traditional happy ending in the stories. Additionally, more than half of the stories unfolded in enclosed environments.

**** Nous, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva-Costruttivista, Milano, via Piranesi, 14 – 20137 Milano; Psicopolis ODV, viale Vignati, 4 – 26900 Lodi; SVS – Donna Aiuta Donna Onlus, via della Commenda, 12 – 20122 Milano; e-mail: fabiomario.giommi@gmail.com.

***** Dipartimento di Psicologia, “Sapienza” Università di Roma, via dei Marsi, 78 – 00185 Roma; e-mail: maurizio.gorgoni@uniroma1.it.

***** Psicologi per i Popoli Regione Sicilia ODV, via Libertà, 115 – 94100 Enna; Dipartimento di Pedagogia, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Milano; e-mail: michele.monticelli@unicatt.it.

***** ATC Centro terapia cognitiva, via degli Scipioni, 245 – 00192 Roma; e-mail: fabiola.pisciotta@gmail.com.

***** Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Milano Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; Centro di Ricerca de Il Volo, via Provinciale, 42 – 23876 Monticello Brianza; giorgio@rezzonico.org.

We believe that the collaborative creation of fairytales and photographs served as a valuable psychosocial intervention. It facilitated the integration process of the pandemic experience, enabling emotional expression, and mitigating feelings of loneliness.

Keywords: Narrative photography, fairytales, lockdown, developmental age.

Basi teoriche dell'intervento di fotografia narrativa in ambito psico-sociale

La creatività richiede il coraggio di abbandonare le certezze
Eric Fromm

Il progetto “Incorona Momenti”, di cui “C’era una volta una corona magica” è parte, ha utilizzato la fotografia narrativa per promuovere condivisione, creatività e resilienza sociale. Il presupposto su cui si fonda il progetto origina dal riconoscimento del valore terapeutico della creatività (Albanese & Peserico, 2008; Kramer, 1958; Malchiodi, 2020; Musacchi 2022; Weiser, 2013; Wilson, 2018) attraverso differenti forme espressive, quella della scrittura di fiabe, della costruzione di manufatti e della fotografia. Si ritiene infatti che l’utilizzo di un doppio registro, iconico e verbale, unitamente all’impiego della manualità, promuova l’integrazione dell’esperienza.

La fotografia

Esiste una vasta e molto interessante letteratura sullo studio di come le immagini influiscono sulla nostra emotività e percezione della realtà (Arnheim, 1971; Gombrich, 2011; Weiser, 2013; Gallese, 2010; 2014; Maturana, 1993; Maturana *et al.*, 1987). Le immagini evocano un dialogo unico con ciascuno di noi, hanno un loro linguaggio e vengono elaborate con un’immediatezza che le parole rincorrono soltanto. Uno studio con risonanza magnetica funzionale (Potter *et al.*, 2014) ha dimostrato che il nostro cervello può processare un’immagine in soli tredici millisecondi, grazie a un solo canale di elaborazione, dalla retina al lobo temporale e poi prosegue il processo di elaborazione e l’informazione continua a essere trattenuta in memoria. La fotografia è una modalità espressiva attraverso cui diamo forma alla nostra interiorità, rimodellando la visione di noi stessi e del mondo. In ambito psicosociale è uno strumento versatile con molteplici funzioni tra cui quella esplorativa, comunicativa, psicoeducativa e terapeutica (Rezzonico *et al.*, 2019; Weiser, 2013; Musacchi, 2016; 2022).

La fotografia crea uno scambio comunicativo che genera significati che nascono dalla soggettività di chi la osserva poiché rappresenta una delle tante chiavi di lettura della realtà che si serve di un linguaggio simbolico che attinge, come in diverse altre arti espressive, al pensiero metaforico (Farahi, 2022). Inoltre ci guida nel mondo di chi osserva poiché per dirla con Gisèle Freund (2007) «Dieci fotografi di fronte allo stesso soggetto producono dieci immagini diverse, perché, se è vero che la fotografia traduce il reale, esso si rivela secondo l'occhio di chi guarda».

Ogni persona descrive gli eventi della propria vita nel tentativo di attribuirvi senso grazie al dialogo integrativo e continuo tra la mente destra e sinistra, alla traduzione in parole delle intuizioni (Rezzonico, Bani & Belloni Sonzogni, 2015); se consideriamo inoltre che le emozioni hanno un rapporto preferenziale con le rappresentazioni iconiche (Freedberg, 1993; 2009; Gallese, 2010; Rizzolatti & Sinigaglia, 2006) poter lavorare sulle emozioni dei bambini mediante il racconto della fiaba e sulla fotografia dei prodotti della loro attività creativa facilita il processo di integrazione dell'esperienza passando dal registro iconico a quello verbale, agendo sia sull'emozione che sulla sua rappresentazione cognitiva, in forma di racconto scritto (Iacchia et al., 2018). In letteratura si evidenzia l'utilità pedagogica della fotografia come promotrice di relazioni (Surch, 2007) e in questo progetto si è proposto di osservare le fotografie di altri bambini durante il lockdown per ridurre il senso di isolamento e promuovere la condivisione dell'esperienza emotiva.

La co-costruzione di fiabe

Il linguaggio è una funzione della mente umana fondamentale che risponde al suo basilare bisogno comunicativo (Maturana, 1993). La nostra esperienza immediata attraverso la funzione linguistica può venir espressa in narrazioni che possiamo percepire come coerenti con il senso di sé e che quindi possiamo poi condividere (Rezzonico, Bani & Strepparava, 2010) tenuto conto che nella dimensione intersoggettiva ciò che sperimentiamo tende a sintonizzarsi affettivamente con l'altro (Ainsworth, 1985; Bowlby, 1980; Crittenden, 1985; 1997; 2002; Liotti, 2005; Reda, 1991; Stern, 1985).

Noi co-costruiamo la realtà sociale attraverso la condivisione delle sue descrizioni (Guidano, 1992) e attraverso la scrittura possiamo creare non solo una comunicazione intersoggettiva tra persone diverse ma anche tra l'io narrante di oggi e quello che in futuro rileggerà se stesso (Rezzonico & Meier, 2010). Questa riflessione ci è utile se pensiamo che le fiabe dei bambini di oggi saranno, per gli adulti di domani, il ricordo resiliente di un periodo

molto difficile vissuto in famiglia, come testimonianza narrativa di una pandemia che ha lasciato un segno nella storia dell'intero pianeta.

«L'esperienza immediata è primariamente corporea ed emozionale: è il sentire direttamente. La ridescrizione narrativa è invece l'insieme dei meccanismi attraverso i quali questa esperienza immediata viene ricostruita, riordinata e spiegata, attraverso il linguaggio. È il passaggio dalla conoscenza sensoriale emozionale non verbale (conoscenza tacita) alla conoscenza esplicita, verbalizzabile, cosciente e autoattribuita» (Rezzonico, Bani & Strepparava, 2010). Quando trasformiamo l'esperienza immediata in un racconto le consentiamo di acquisirne almeno in parte le caratteristiche, diventando così una narrativa che può essere modificata (Balbi, 2009).

Le fiabe hanno una struttura narrativa semplice che il bambino conosce poiché abituato a sentirle raccontare e leggere. Inventarne una può essere un gioco creativo, un modo per far emergere, riconoscere ed elaborare le proprie emozioni, per risolvere alcuni conflitti interni e superare le paure. Attraverso mondi di fantasia le fiabe concedono esplorazioni dei propri paesaggi interni che spesso arrivano in profondità, favorendo lo sviluppo della competenza emotiva e della creatività.

La forza del pensiero creativo è quella di cercare nuove interpretazioni e significati per la realtà e questo consente di ampliare gli orizzonti possibili del pensiero entro cui muoversi, stimola il pensiero divergente. La fiaba è infatti il regno della fantasia, dove il reale e l'immaginario si fondono e ciò che appare impossibile diventa, per magia, possibile. L'invenzione di storie di fantasia, così come il gioco simbolico, attiva l'abitudine a cercare nuove soluzioni, predispone all'apertura verso l'esperienza, funge da metafora e collegamento tra mondo esterno e i mondi interni ed è fonte di associazioni inusuali. Ideare una propria fiaba consente al bambino di esprimere la sua creatività, di potenziare le abilità di *problem-solving*, di esplorare ambienti e situazioni difficili, di mettere in gioco, attraverso il protagonista e gli altri personaggi, pensieri ed emozioni che talvolta non trovano spazio nella quotidianità. In esse il protagonista affronta avversità che, grazie ad alleati, incantesimi, oggetti magici e qualità personali, riesce a superare (Propp, 1966; Santagostino, 2017).

La fiaba consente di sperimentare e al tempo stesso rassicura poiché il mondo che descrive può essere incomprensibile e spaventoso ma, alla fine, in genere, i personaggi vivranno "per sempre felici e contenti". La mente del bambino ha infatti bisogno di poter pensare che le difficoltà si possano superare.

Sottolineiamo che inventare insieme una fiaba consente sia al bambino che all'adulto di riferimento di costruire insieme una situazione problematica, in cui i temi che preoccupano e creano disagio possano essere condivisi e gestiti: la paura del buio si supera, la rabbia trova spazio per esprimersi sen-

za danneggiamenti, la gioia viene condivisa e espressa in parole, così come altre emozioni.

Nel lavoro di creazione del testo il bambino e l'adulto, insieme, si relazionano in vario modo attraverso la scelta dei personaggi, delle soluzioni viabili, si permettono di veicolare esigenze inesprese magari attribuendole ai personaggi, stabiliscono regole utili alla collaborazione, esplorano insieme mondi possibili (Santagostino, 2017).

L'impatto della pandemia e del lockdown sui minori

La pandemia di Covid-19 e le relative misure di salute pubblica hanno sconvolto la vita delle persone in tutto il mondo e la quarantena è stata un'esperienza particolarmente stressante per la popolazione (Talevi *et al.*, 2020; Vindegaard & Benros, 2020) che ha avuto un impatto negativo sulla salute mentale e sul benessere dei minori (Meherali *et al.*, 2021) determinando livelli clinicamente significativi di distress psicologico in almeno una persona su 5 (20%), sintomi post-traumatici nel 21% dei casi e depressivi nel 23% (Cavicchioli *et al.*, 2021). Con le restrizioni, introdotte in Italia a marzo 2020, si è diffuso lo smart working e sono cessate le attività educativo-formative in presenza e il ruolo educativo dei genitori si è rivelato più importante che in precedenza poiché le figure parentali sono state l'unico punto di riferimento per bambini e adolescenti per un lungo periodo; i minori hanno perso la possibilità di condividere spazi e tempi con i loro pari; lavorare da casa ha spesso rappresentato un fattore stressante per i genitori, obbligati a rendere compatibili la gestione delle attività domestiche e professionali senza il supporto di altri caregivers (Spinelli *et al.*, 2020).

Mantenendo il focus sull'età evolutiva e le famiglie, Baumann (2021) ha rilevato come le conseguenze psicosociali della pandemia e delle misure restrittive connesse a essa descrivano un quadro complesso di interazioni tra fattori di rischio e risorse/*benefits*, tra cui citiamo il maggior tempo vissuto in un ritrovato clima familiare, cambiamenti sia lavorativi che di stile di vita vissuti positivamente, l'incremento delle competenze tecnologiche e il possibile apprezzamento ricevuto da familiari e amici.

È emersa l'impreparazione di molte comunità nel rispondere ai bisogni di minori e famiglie, soprattutto in condizione di svantaggio socio-economico (Masten & Motti-Stefanidi, 2020) e non sorprende che ansia, depressione, irritabilità, noia, disattenzione e paura del contagio siano state problematiche psicologiche comuni nei bambini durante la pandemia, soprattutto nei minori più sensibili (Panda *et al.*, 2021). Ciò potrebbe verificarsi anche perché nella

maggior parte dei casi l'esperienza della quarantena è stata particolarmente stressante per i genitori con un impatto negativo sulle loro possibilità di essere dei *caregivers* funzionali e supportivi per i loro figli (Cavicchioli *et al.*, 2021). Come è noto, infatti, la salute mentale dei *caregivers* influenza anche il benessere psicologico dei minori loro affidati (Sbattella & Scaduto, 2018; Vicari, Di Vara & Lingiardi, 2021). Cavicchioli e collaboratori (2021) hanno messo in rilievo che l'impatto della quarantena sui problemi comportamentali ed emotivi di bambini e adolescenti è mediato dal distress individuale e diadico dei genitori, con un effetto maggiore per quest'ultimo. I genitori che hanno segnalato maggiori difficoltà nell'affrontare la quarantena hanno mostrato più stress e questa condizione, a sua volta, ha aumentato le difficoltà dei minori. Diversi studi, in effetti, hanno evidenziato che fenomeni di contagio emotivo si attivano tra genitori e figli (Barry & Kochanska, 2010; Chi *et al.*, 2019) e tra fratelli (Serra Poirier *et al.*, 2017) anche in situazioni meno estreme ed emergenziali rispetto a quella pandemica. I genitori che sperimentano i più elevati livelli di stress sono quelli emotivamente meno disponibili nei confronti dei figli (Lateef *et al.*, 2021).

È in questo quadro e con la consapevolezza dell'importanza di predisporre dei contesti di co-costruzione di significati e di cura delle relazioni *caregiver*-minore che è nato il progetto "C'era una volta una corona magica". Promosso dall'Associazione "Psicopolis ODV" (già "Psicologi per i Popoli Lodi"), il progetto è stato avviato nel febbraio del 2020 in un territorio particolarmente colpito dalla pandemia Covid-19 già nelle prime fasi di diffusione dei contagi in Italia. Il progetto, descritto nelle pagine seguenti, propone una modalità semplice e alla portata di tutti per promuovere consapevolezza, condividere la propria esperienza in relazione alla pandemia da Covid-19, favorire strategie funzionali di fronteggiamento dello stress pandemico.

"C'era una volta una corona magica": nascita ed evoluzione del progetto

"C'era una volta una corona magica" è parte di un progetto più ampio, "Incorona Momenti"¹, che si articola in azioni differenti in base all'età dei partecipanti coinvolgendo sia minori sia adulti con l'obiettivo di promuovere consapevolezza, condivisione e resilienza sociale durante l'emergenza sanitaria da Covid-19.

¹ Il link del gruppo Facebook dedicato all'azione "Incorona Momenti" del progetto è presente nella sitografia dell'articolo.

Il progetto, nato nel territorio lodigiano all'inizio del 2020 da un'idea creativa di una degli autori, si è diffuso prima informalmente, per passaparola tra amiche, colleghe, insegnanti e famiglie fino a coinvolgere un'ampia rete di associazioni e istituti scolastici di tutta Italia. L'idea di coinvolgere le scuole è nata proprio perché diverse insegnanti del lodigiano hanno ritenuto questo progetto educativo, stimolante e positivo per i bambini e hanno collaborato attuandolo e promuovendolo. Forti della partecipazione territoriale sono state coinvolte istituzioni, associazioni, enti, cooperative e altre realtà locali e nazionali a partecipare, proponendo il progetto come offerta psicoeducativa a integrazione dell'attività didattica, così desiderosa di proposte in quel periodo di disorientamento.

Nello specifico, oltre alle famiglie e alle scuole, hanno partecipato al progetto il reparto di pediatria dell'ASST di Lodi, il Centro Antiviolenza e le case rifugio per donne e bambini vittime di violenza della provincia di Lodi, comunità per minori, centri per anziani, RSA, centri diurni e altre realtà educative. Il progetto ha ricevuto il Patrocinio del Comune di Codogno e di Lodi, i primi in Italia a essere colpiti dalla pandemia, del CSV Lombardia Sud² e in breve tempo ha incontrato il favore dell'Istituto di Fototerapia Psicocorporea di Bologna, del Gruppo Fotografico Progetto Immagine che organizza il Festival della Fotografia Etica e di due network nazionali di supporto psicologico: ESPRi³ e "Sostegno Virale in Cantiere"⁴. È stato inoltre supportato e promosso da numerosi enti e società scientifiche tra cui SITCC⁵, Cismai⁶, OPL⁷, SISST⁸, ATC⁹ di Roma e di Cagliari, ACC¹⁰ di Roma, AIM¹¹, AIMUSE¹² e numerose associazioni di psicologia dell'emergenza¹³.

² Centro Servizi Volontariato di Cremona-Lodi-Mantova-Pavia

³ Emergenze Sociali e Psicologiche Ricerca e Intervento: un'associazione di secondo livello di psicologia dell'emergenza, attualmente riconosciuta dal Ministero della Salute come Società Scientifica (www.espri.network/).

⁴ Un servizio di sostegno psicologico gratuito a distanza su tutto il territorio italiano (amicopsicologo.it).

⁵ Società Italiana di Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva.

⁶ Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia.

⁷ Ordine degli Psicologi della Lombardia.

⁸ Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico.

⁹ Associazione Terapia Cognitiva.

¹⁰ Associazione Clinica Cognitiva.

¹¹ Associazione Italiana Mindfulness.

¹² Associazione Italiana Mutismo Selettivo.

¹³ "Psicologi Nel Mondo", Torino; SPE (Squadra Psicosociale per le Emergenze), Milano; "Psicologi per i Popoli", Torino; "Psicologi per i Popoli Regione Sicilia"; "KRISIS – Promozione Sociale e Cooperazione internazionale"; "180 amici ONLUS L'Aquila".

Le schede operative sono state tradotte in inglese, francese, spagnolo, tedesco, cinese, portoghese, arabo, albanese, pular, wolof per facilitare il coinvolgimento di persone migranti ospiti nel territorio e per la diffusione extra-territoriale. I paesi di provenienza dei contributi del progetto complessivo sono stati Francia, Inghilterra, Spagna, Albania, Belgio, Brasile, Costa Rica e Portogallo.

Si è scelto di condividere il progetto come strumento didattico attraverso la scuola per renderla parte integrante della vita della comunità, per stimolare le famiglie dei bambini alla partecipazione, per sviluppare una società resiliente e attenta alle esigenze dei più piccoli, considerandoli non solo bisognosi di aiuto ma anche capaci di pensiero creativo.

Metodologia

Gli obiettivi specifici dell'azione progettuale "C'era una volta una corona magica erano in primis" quello di valorizzare il tempo con i bambini costruendo insieme qualcosa di innovativo, secondariamente quello di dare voce alle loro emozioni accogliendole attraverso i racconti e, non da ultimo, quello di condividere le loro esperienze facendosi sorprendere e meravigliare dalla loro fantasia.

Nei periodi di lockdown i bambini hanno vissuto un insieme di emozioni contrastanti che necessitano ancora oggi di spazio per la condivisione. Abbiamo osservato in loro un'alternarsi di momenti di incredulità e quasi "gioia" iniziale per la non frequenza delle lezioni, a fasi di perplessità e disorientamento, noia ma anche solitudine, tristezza e paura. È dalla riflessione relativa alla gestione dei "momenti a casa" che è nato il progetto, con lo scopo di sollecitare la creatività, dando spazio alle emozioni connesse al contesto e al momento nel quale si viveva. È stata la riscoperta di un tempo/spazio alternativo, di una vicinanza con la famiglia e al tempo stesso un modo per trovare connessione e non restare isolati.

Nel progetto si è proposto sia a persone adulte sia a minori di costruire una corona magica con i materiali disponibili nei luoghi in cui si trascorrevano il lockdown. L'uso della corona come stimolo è nato dall'idea di rileggere tale oggetto, durante la pandemia, non solo come simbolo che evoca paura, come il corona-virus. La corona è un simbolo di valore: che sia d'alloro come quella dei poeti, di ferro, d'oro e gemme o semplicemente di fiori, cinge il capo di qualcuno dandogli importanza. Incoronare un momento, fotografandolo e descrivendolo, consente di riconoscere quel preciso istante in cui si percepisce l'importanza di qualcosa o qualcuno, magari in precedenza

non notato o minimizzato, un modo per dare spazio a un'emozione, un pensiero, un oggetto o un gesto. È esperienza comune che i momenti più drammatici di contatto con la sofferenza o l'incertezza possano donarci semi di consapevolezza e di crescita, ma anche buio e dolore. Anche questo si può condividere e incoronare: le emozioni spiacevoli esistono e si possono esprimere. Non si nasce eroi coraggiosi. Forse, però osservando e leggendo le esperienze degli altri, ci si può sentire meno soli.

La corona poteva essere costruita con qualsiasi tipo di materiale, lasciando spazio alla fantasia. Concerne la sensibilità dell'adulto, che conosce il bambino, la scelta di approfondire o meno il tema del contagio virale oppure consentire che, nel caso, emerga spontaneamente.

Alcune domande guida ci permettono di accogliere le idee dei bambini per dare voce alle loro emozioni e ai dubbi, trovando soluzioni, liberando insieme la creatività: Come è nata questa corona? A chi appartiene? Che poteri ha?

L'indicazione per gli adulti era di affiancare i bambini nella costruzione della corona facendo diventare il momento della scoperta e della scelta dei materiali una caccia al tesoro e un'occasione per divertirsi, preferendo materiali di uso quotidiano o da riciclare. Agli adulti veniva suggerito di non lavorare al posto dei bambini ma al loro fianco: l'obiettivo era divertirsi ed esprimersi liberamente insieme.

Veniva poi richiesto di fotografare la corona realizzata, di inventare insieme una fiaba su di essa e di condividere la foto con il testo sul gruppo Facebook dedicato¹⁴.

I contesti di gruppo, per esempio le classi delle scuole, hanno vissuto il momento di condivisione delle storie e delle corone durante la didattica a distanza e attraverso Facebook proponendo le proprie creazioni e osservando quelle altrui. I gruppi hanno inoltre potuto creare una versione stampata di ciò che avevano proposto da appendere al ritorno in classe a seguito del lockdown.

Gli strumenti utilizzati erano molto semplici e studiati per essere facilmente comprensibili e utilizzabili da chiunque. Nello specifico, venivano fornite delle schede operative differenziate per le diverse azioni progettuali e per i diversi target: bambini e famiglie, educatori e insegnanti, versione semplificata.

¹⁴ Il link è contenuto nella sitografia dell'articolo. Si tratta del Gruppo Facebook "Fotografia Narrativa Sociale – Area Gruppi" che ospita il progetto "C'era una volta una corona magica" e che attualmente ospita il progetto "Una luce per la pace". È dedicato alla sezione specifica dedicata ai gruppi. attualmente ospita anche il progetto "Una luce per la pace" area gruppi. Per leggere le fiabe del progetto occorre ricercare i contributi del 2020 e 2021.

Il progetto è stato attivo da marzo 2020 fino all'inizio del 2022, i tempi del progetto hanno necessariamente seguito l'evoluzione dei contagi e delle misure a tutela della salute pubblica.

Risultati

Sono stati condivisi un totale di 202 contributi, alcuni dei quali relativi a prodotti collettivi. La realizzazione di questi ultimi ha coinvolto oltre 300 minori di età compresa tra 3 e i 13 anni facenti parte di 16 classi tra scuole dell'infanzia (3 scuole per 38 minori) e scuole primarie (7 scuole per 159 minori). Inoltre, i post sono stati condivisi anche da un Centro per le Famiglie (15 minori) e uno Spazio aggregativo per la terza età in collaborazione con servizi prima infanzia (21 contributi). Per quanto riguarda invece i contributi individuali, che invece erano stati inviati da famiglie, hanno partecipato 114 persone. Le città di provenienza dei partecipanti a questa azione progettuale erano prevalentemente italiane (in prevalenza da regioni del centro – nord) sebbene alcuni contributi provenissero dall'estero (Francia).

In merito ai contenuti delle fiabe raccolte è stata effettuata un'analisi qualitativa rispetto alla quale verranno adesso esposti i risultati ritenuti maggiormente interessanti ai fini della condivisione dell'esperienza realizzata e della sua replicabilità in contesti di intervento differenti.

In molte delle fiabe pervenute il potere magico della corona appare quello di risolvere problemi (26%), in particolare quello di salvare la vita dei personaggi, e in diversi casi nello specifico consente di debellare malattie, con riferimento direttamente a un "virus" o precisamente al "Covid". Possono essere gemme magiche come nella storia di Achille, 10 anni, *I guardiani della speranza* (C¹⁵):

C'era una volta una Corona magica formata da sei gemme talmente potenti da sconfiggere anche i virus più potenti. Le gemme erano custodite dai Guardiani della speranza: pulizia, distanza, mascherina. [...] La Corona era composta da sei gemme: la gemma dell'Immaginazione di colore blu, la gemma della Volontà di colore arancione, la gemma del Coraggio di colore rosso, la gemma dell'Astuzia di colore bianco, la gemma della Collaborazione di colore grigio e infine la gemma del Rispetto di colore nero.

¹⁵ Le lettere maiuscole tra parentesi tonde si riferiscono ciascuna a una fiaba contenuta nel documento *Selezione fiabe da "C'era una volta una corona magica"* a cui si fa riferimento. È possibile accedere al documento mediante il link presente nella sitografia dell'articolo.

I bambini della classe IV della scuola S.F. Cabrini di Lodi hanno immaginato invece che (P):

[...] sentirono al telegiornale che un gruppo di medici e infermieri avevano trovato la cura per sconfiggere il coronavirus. Questa notizia li rese molto felici e capirono che la corona magica aveva esaudito il loro più grande desiderio. Così finalmente poterono tornare a scuola e riabbracciare i maestri e i compagni.

Molto di frequente il potere è quello di salvare gli ambienti da qualche disastro o cataclisma (24%) come nel caso della fiaba di Daniele, 9 anni, che in *C'era una volta una coroncina* (D) scrive:

La Terra non era pronta ad affrontare il nemico e non voleva perdere i suoi umani, così chiese aiuto: cercò di aggrapparsi a Natura, alle radici di speranza, mentre l'umanità Ricercatrice doveva contrattaccare, così inviarono soldati speciali in battaglia.

In molte fiabe la corona è in grado di portare gioia, amore, amicizia e pace (19%) come ad esempio nella fiaba *Storia di una corona magica* (F) di Michelle di 10 anni, orfana dei propri genitori, che insieme alla nonna Francesca scrive il suo sogno a occhi aperti:

Ho pensato di indossarla, sono andata in camera mia e nel momento in cui l'ho poggiata sulla mia testa, mi ha portato in un posto straordinario! Ero nello spazio, avevo paura di non respirare ma respiravo! Ho visto il nostro universo e il multiverso! Ed è lì che ho visto la cosa più bella: ero in paradiso dove tutti si abbracciavano. Mi son girata e ho visto la cosa ancora più bella: i miei genitori erano tanto felici! Si è esaudito il mio desiderio! Li ho abbracciati forte forte e mi hanno detto: La corona è un nostro dono così ci potrai vedere quando vorrai. Ora quella corona la terrò per sempre perché potrò abbracciare i miei amati genitori ogni volta che lo desidero.

In altri casi invece la facoltà magica della corona che ritroviamo è di far viaggiare (5%) chi la indossa come nella storia *La corona magica* (A) inventata da Greta Vittoria di 7 anni e dalla mamma Annalisa:

Greta Vittoria la indossò e all'improvviso si ritrovarono tutti in Egitto; la corona aveva il potere magico di far viaggiare in paesi lontani. Arrivati in Egitto si trovarono dentro una piramide alla ricerca del tesoro nascosto. Dopo aver attraversato un labirinto, si ritrovarono davanti a una porta che all'improvviso si aprì, entrarono tutti dentro una stanza segreta. Lì trovarono il tesoro nascosto.

Spesso la corona consente anche imprese apparentemente impossibili (15%): nelle storie inventate dai bambini ci si può ingigantire come ne *Il bosco dai poteri magici* (B) di Niccolò, 7 anni:

A un tratto vide la corona magica ai piedi di un albero, incuriosito la prese in mano e la mise in testa. All'improvviso iniziò a ingigantirsi, lui non capiva cosa stava succedendo ma era entusiasta di essere alto e riuscire a vedere al di là della montagna.

O diventa possibile capire il linguaggio degli animali come in *Una regina come mamma* (E) di Nicole, 9 anni:

Un giorno Chiara decise di indossare la sua corona anche fuori casa e andò nel bosco. Mentre raccoglieva i fiori cominciò a sentire le voci degli animali: questi parlavano tra di loro proprio come fossero persone. All'inizio la bambina era spaventata ma poi fu molto felice. Si divertiva così tanto!

E così in *Corona della natura* (G) Angelica 10 anni racconta:

Ho provato a indossarla e a quel punto mi sono accorta che, invece del solito abbaiare alle persone che camminavano lungo la strada, i miei cani Melody e Stella... parlavano la mia lingua, fra l'altro con un linguaggio molto forbito! Ho pensato fosse un sogno a occhi aperti, così ho provato e riprovato la corona per essere sicura del suo potere. Per mesi ho tenuto quella corona come una reliquia preziosissima, divertendomi nel sentire cosa dicevano gli animali senza che loro potessero immaginare che li capivo.

Un altro potere piuttosto curioso è quello di aiutare a far capire cose molto importanti ai personaggi tra cui apprezzare quello che si ha o che si aveva (10%), ne *Il giro del mondo in pochi giorni* (I) Leonardo, 10 anni, racconta che:

Ben presto fu trovato un vaccino e tutte le persone guarirono. Il vaccino sciolse la corona nera e lui tornò a essere un piccolo virus, talmente piccolo che nessuno riusciva a vederlo più. Non avrebbe fatto più paura a nessuno. Da quel giorno i genitori tornarono a lavoro, i negozi aprirono, i bambini poterono tornare al parco giochi e a scuola felici e contenti. A scuola incontrarono le loro maestre e i loro amici e tutti insieme festeggiarono la vittoria e la libertà.

Anche Lia, in *Lia e il campo di grano* (L) di Marta, rimpiange quel che non ha più:

A Lia mancava la sua casa e i suoi giochi, i suoi libri e la sua tv. Avrebbe voluto giocare con il suo piccolo fratellino, che spesso rimproverava.

Se si considera il potere destabilizzante ma anche trasformativo in senso positivo che la condizione di lockdown ha avuto sulla vita delle persone e delle famiglie non stupisce che sia emerso, tra i poteri magici menzionati nelle fiabe, anche quello di produrre cambiamenti di vita e, in modo particolare, nelle relazioni (4%).

Come ciascuno di noi apprende nel proprio quotidiano da grandi poteri derivano grandi responsabilità e così in alcune fiabe compaiono personaggi che si impossessano della corona impiegandola con intenzioni malevole; infatti “nelle mani dei cattivi” la corona può distruggere (2%) come nella fiaba di Leonardo di 10 anni ne *Il giro del mondo in pochi giorni* racconta (I):

C’era una volta un virus molto molto piccolo, talmente piccolo che nessuno lo considerava, nessuno lo sentiva, nessuno lo vedeva. Era un piccolissimo organismo che poteva esser visto soltanto dagli scienziati al microscopio. Stanco e arrabbiato di non essere considerato, decise di indossare una corona per diventare il virus più potente del mondo.

Se si osserva invece la prevalenza delle emozioni citate nei testi si nota una netta prevalenza della felicità ma quasi esclusivamente come formula del lieto fine classico della fiaba (47%) “E vissero tutti felici e contenti”, che ricorda lo slogan rassicurante “Andrà tutto bene”.

L’emozione più frequentemente citata nelle fiabe è stata invece quella della paura (35%). Questo ci fa capire quanto i bambini abbiano assorbito il clima della società e l’infodemia che non faceva che peggiorare la crisi sanitaria. In *Lia e il campo di grano* (L) di Marta, in particolare è associabile al contagio, a una malattia poco conosciuta e pericolosa, alla morte e alla possibilità di perdere i propri cari:

Quando il rapace si avvicinava al suolo emetteva urla assordanti. Lia, terrorizzata, prese il mazzo di spighe e scappò via più veloce che poteva. Corse verso il fienile e con lei i suoi cani e i suoi cavalli che smarriti e impauriti la seguirono. Tutti insieme trovarono rifugio nel fienile e si chiusero dentro. La piccola era disperata non sapeva come poter raggiungere i suoi genitori e il suo fratellino... Doveva tornare a casa della sua famiglia, che certamente era in pena per lei, ma non conosceva il modo per metterlo in fuga e aveva tanta paura.

Nella fiaba di Aurora, 5 anni, inventata insieme alla sua mamma Elena (Q) emerge chiaramente:

Un giorno apparve un mostro che si chiamava Coronavirus, era talmente cattivo che fece ammalare tante persone, la gente iniziò ad avere paura e decisero di chiudersi tutti dentro le loro case.

In misura quasi altrettanto frequente, e spesso presente in contemporanea, abbiamo riscontrato l'emozione della tristezza (34%) come in *Mary e la corona dei sentimenti* di Marianna 10 anni (N):

Dopo un po' di tempo però Mary iniziava ad avere paura e non pensare più che fosse una vacanza. Certe volte piangeva e aveva tanta nostalgia dei nonni, dei parenti, delle amichette e perfino delle maestre. Doveva fare i compiti davanti allo schermo di un computer, ma non sempre riusciva a eseguire da sola tutte le consegne e allora anche la mamma perdeva la pazienza e la sgridava. Mary era sempre più triste. A volte comunicava con le sue amiche, ma sempre dietro a uno schermo. Questo non le bastava più. La primavera era ormai arrivata, le giornate erano più lunghe e la piccola aveva bisogno di uscire per respirare aria pulita e giocare come dovrebbero fare tutti i bambini della sua età.

Nella storia di Anita di 5 anni inventata con mamma Cristina (R) la tristezza è legata all'isolamento e all'emarginazione:

Un giorno aveva visitato la città Visoblu, dove tutti avevano il viso blu. Visitando la città, tuttavia scoprì che una famiglia aveva il viso viola; i componenti erano tutti tristi perché nessuno voleva avere a che fare con loro, erano isolati da tutti. Il re vide i due bimbi tristi che giocavano solo tra di loro. Si avvicinò e decise di prestare ai bimbi la sua corona.

Le emozioni della rabbia (15%) e della gioia (10%) sono meno frequentemente nominate.

Anche dall'analisi dei luoghi emergono riflessioni interessanti. Innanzitutto non stupisce che in più della metà dei casi la fiaba sia ambientata in luoghi chiusi, ovvero il castello (35%) e la casa (29%) mentre meno frequentemente la vicenda ha luogo in ambienti naturali come i boschi (17%) il mare (8%) o ambienti di fantasia (10%).

Discussione

Si evidenziano alcuni punti di forza, aspetti innovativi e criticità che ci inducono a riflettere sulla possibilità di portare avanti questa metodologia d'intervento psico-sociale altrove, oltre al contesto pandemico. Attualmen-

te è in corso un progetto simile di fotografia narrativa – “Una Luce per la Pace” – per riflettere con adulti e bambini sul tema della pace. La creazione di una corona magica – in ogni cultura simbolo di valore – come ricordo di un momento positivo in un periodo difficile è stata pensata come un’attività di psicologia dell’emergenza, non solo come intervento in prima linea di facilitazione della condivisione dei vissuti – come si potrebbe fare a seguito di grandi catastrofi o calamità naturali – ma anche e soprattutto in ottica preventiva per riflettere su tematiche che hanno una rilevanza dal punto di vista emotivo per i bambini.

Tra le criticità si evidenziano le difficoltà nella gestione della pubblicazione dei contenuti e delle immagini sulla piattaforma di Facebook soprattutto nell’interazione con gli istituti scolastici.

Un altro aspetto di difficile gestione è relativo alla privacy. Si è scelto infatti di non pubblicare volti per tutelare i minori ma si ritiene che in questo modo si sia perso un bagaglio di emozioni significativo.

Un altro elemento critico è relativo alla difficile possibilità di coinvolgimento dei bambini che, per ragioni economiche e sociali, erano più isolati.

La testimonianza di Federica, un’insegnante di scuola primaria, ci aiuta a comprendere alcuni punti di forza del progetto: *“Ai bambini ho proposto la realizzazione della corona con l’utilizzo di materiali di recupero e li ho invitati a riflettere sulla loro esperienza di isolamento a casa, in particolare pensando a quei momenti positivi che trasmettevano loro serenità e sicurezza. È stato creato un book con tutte le foto dei loro lavori. Il suo progetto è stato un’opportunità per stimolare la riflessione e la creatività dei bambini, lasciando loro un ricordo piacevole di questo periodo difficile”*.

La capillarità di diffusione e l’eterogeneità della rete di sostegno rappresenta un altro elemento positivo che riteniamo, soprattutto da parte dei professionisti della cura e degli insegnanti, essere stato sostenuto da un comune desiderio di collaborare e trovare il modo di prendersi cura di sé attraverso creatività e vicinanza. La rete dei referenti territoriali del progetto, nella maggior parte psicologi e insegnanti, era distribuita in tutta Italia e all’estero: attraverso videochiamate e riunioni ci siamo tenuti in contatto anche ritrovandoci a leggere con partecipazione ed emozione le fiabe che via via arrivavano.

Tra i punti di forza si ritiene che la co-costruzione di fiabe come processo narrativo condiviso con l’adulto di riferimento abbia facilitato ai bambini di esplicitare conflitti emotivi interni e paure associabili all’incertezza del periodo pandemico e agli adulti di accogliere, comprendere, validare e co-regolare le emozioni del bambino. Questo ha consentito la libera espressione delle emozioni sia positive che negative, poiché grazie ai processi di immedesi-

mazione e identificazione nei personaggi, si è potuto approcciare alla gioia, alla sofferenza, al senso di confusione, di incertezza e speranza. Trovare un modo semplice per condividere con i bambini sintonizzandosi con quello che stavano vivendo, sia da parte degli insegnanti che dei genitori, è stato prezioso ed evidenziato da più partecipanti. Questa testimonianza di una collega è un esempio di questo tipo di esperienza: *“Tra febbraio e giugno del 2021 ho proposto il progetto in una scuola materna bilingue di Milano. Era passato più di un anno dal primo lockdown, ma le restrizioni a scuola erano ancora numerose: bambini e insegnanti con le mascherine, le lezioni in classe alternate a quelle online, le classi in quarantena, e così via. Ho collaborato con le insegnanti di ogni classe, partendo dalle linee guida, per co-costruire e adattare congiuntamente il progetto all'interno del programma scolastico. L'obiettivo era rendere il progetto non solo un'opportunità per attribuire un significato e un valore all'esperienza individuale e del gruppo classe, ma anche per riaffermare l'importanza delle emozioni nel contesto educativo e il ruolo fondamentale dell'insegnante come mediatore in questo processo. In prima battuta, per favorire il processo creativo ed educativo le insegnanti hanno utilizzato il Circle Time, con l'obiettivo di agevolare la creazione di uno spazio relazionale sicuro e il lavoro cooperativo tra i compagni. Attraverso la fase brainstorming e di realizzazione della corona, la classe ha co-costruito e attribuito un proprio significato e un obiettivo condiviso al progetto, allenando competenze trasversali nel processo di apprendimento quali la comunicazione, la flessibilità, il pensiero critico, il problem solving, la gestione dei conflitti e la metacognizione. È stato incredibilmente gratificante vedere la comunità scolastica dare il proprio significato specifico a questo progetto e vedere le corone e le storie prendere una nuova forma e significato con il passare dei mesi. È stato bello vedere creazioni e lavori di gruppo così belli e toccanti emergere da un anno così impegnativo”*.

Avere accesso al modo in cui i bambini hanno vissuto il lockdown e la pandemia è stato prezioso poiché la tendenza è stata quella di dare priorità ad aspetti come la didattica e la gestione dei loro tempi e spazi, rassicurandoli e dicendo loro che tutto sarebbe andato bene disegnando un arcobaleno. Ovviamente riteniamo che l'utilizzo della rassicurazione sia stata anche utile per i bambini ma solo per breve tempo.

Come suggeriscono esperti di psicologia dell'età evolutiva e di psicologia dell'emergenza è importante che in momenti delicati come il lockdown i bambini possano trovare la vicinanza di persone capaci di comprendere le loro emozioni, i loro dubbi e i desideri, rassicurandoli e stando con loro (Lambruschi, 2014; Iacchia *et al.*, 2018; Sbattella, 2009; 2018), soprattutto a fronte degli effetti della pandemia (Vicari, Di Vara & Lingiardi, 2021).

Il nostro modo di organizzare la conoscenza (Guidano, 1992; Nardi, 2007; 2013) si struttura attraverso il legame di attaccamento con le figure primarie e in un simile contesto di emergenza riuscire a “esserci” emotivamente non è sempre stato facile se si considera che l’emergenza sanitaria pandemica non si era mai verificata in precedenza ed era una condizione di incertezza anche per le persone adulte.

Il progetto inoltre, in un periodo in cui non si poteva andare a scuola, ha favorito la condivisione dei vissuti in modo ludico attraverso la lettura delle fiabe di bambini in altre regioni d’Italia, facilitando la sensazione di essere tutti nella stessa condizione e aumentando il senso di coesione comunitaria e di empatia. Masten (2018) ha rilevato che la capacità di resilienza dei minori nel corso di un evento emergenziale dipende da numerosi sistemi e competenze adattative sviluppate dal bambino in relazione con i *caregivers*, le famiglie e gli amici in rete con le loro comunità.

La proposta di utilizzare i materiali disponibili in casa per costruire la corona è stata uno stimolo innovativo per imparare a valorizzare quello che si ha per potersi divertire, senza dover comprare giocattoli ma usando la fantasia per dare un nuovo significato a oggetti di uso comune. Questo gioco restituisce al minore e all’adulto il potere della creatività come modalità naturale di fronteggiamento della sofferenza, la possibilità di costruire un mondo interno alternativo a quello proposto dai media e alle notizie allarmanti.

Dalla nostra indagine risulta confermato quanto evidenziato in letteratura, che il processo creativo possieda in sé un potenziale innovativo e quindi potenzialmente terapeutico (Kramer, 1958; Albanese & Peserico, 2008; Malchiodi, 2020; Wilson, 2018). Coinvolgere i minori in attività manuali, sensoriali e di movimento facilita la libera espressione delle emozioni e l’integrazione dell’esperienza in una condizione di blocco forzato come quella del lockdown: si parte dal corpo ricercando oggetti a casa, si costruisce con le mani, si attiva la fantasia e l’immaginazione, si mette in parola, si crea un’immagine fotografica e la si condivide. Dopo aver creato la corona, da quanto riportato da genitori e insegnanti, molti bambini l’hanno indossata e ci hanno giocato, rendendo almeno in parte reale e interattivo il gioco simbolico implicato nella creazione della fiaba. Le diverse aree cerebrali implicate, in continua comunicazione tra loro, coinvolgono il bambino in un’attività semplice che viene condivisa a livello relazionale con un adulto promuovendo un senso di sicurezza e vicinanza.

Non da ultimo si sottolinea che, in un contesto difficile come quello del lockdown da Covid-19, dare voce ai bambini e ai poteri magici che nella loro meravigliosa fantasia possono salvare il mondo, lasciando a loro il potere di donarci la curiosità per quello che inventano e desiderano o temono,

ha concesso non solo ai bambini di essere ascoltati ma anche a molti adulti di trascorrere del tempo in uno stato di sospensione sognante. Dare loro il coraggio di trasmetterci l'inventiva, la spensieratezza, la spontaneità e la trasparenza che ci stupiscono e ci commuovono è un gesto di cura e di coraggio. Il senso ultimo è anche "soltanto" quello di lasciarci sorprendere leggendo le cose bizzarre che sanno inventare riuscendo a strapparci un sorriso.

Sitografia

- Bona E. & Belloni Sonzogni L. (a cura di). *Selezione fiabe da "C'era una volta una corona magica"*. Disponibile all'indirizzo: drive.google.com/file/d/1195o_u8dAde6p7gcj-7nAsXwSVE5RFfrP/view.
- Gruppo Facebook "Fotografia Narrativa Sociale – Area Gruppi", dedicato a *C'era una volta una corona magica*, www.facebook.com/groups/fotografianarrativasocialeareagruppi/.
- Gruppo Facebook "Fotografia Narrativa Sociale", dedicato a *Incorona Momenti*, www.facebook.com/groups/fotografianarrativasociale/.

Bibliografia

- Ainsworth M.D. (1985). Patterns of attachment. *The Clinical Psychologist*, 38(2): 27-29.
- Albanese O. & Peserico M. (a cura di) (2008). *Educare alle emozioni con le artiterapie o le tecniche espressive*. Bergamo: Edizioni Junior.
- Arnheim R. (1971). *Arte e percezione visiva*. Milano: Feltrinelli.
- Balbi J. & Cimbolli P. (2009). *La mente narrativa. Verso una concezione post-razionalista dell'identità personale*. Milano: FrancoAngeli.
- Barry R.A. & Kochanska G. (2010). A longitudinal investigation of the affective environment in families with young children: from infancy to early school age. *Emotion*, 10(2): 237. DOI: 10.1037/a0018485.
- Barthes R. (1984). *L'impero dei segni*. Torino: Einaudi.
- Baumann M. (2021). COVID-19 and mental health in children and adolescents: a diagnostic panel to map psycho-social consequences in the pandemic context. *Discover Mental Health*, 1(1): 2. DOI: 10.1007/s44192-021-00002-x.
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Cavicchioli M., Ferrucci R., Guidetti M., Canevini M.P., Pravettoni G. & Galli F. (2021). What will be the impact of the Covid-19 quarantine on psychological distress? Considerations based on a systematic review of pandemic outbreaks. *Healthcare*, 9(1): 101. DOI: 10.3390/healthcare9010101.
- Chi P., Du H., King R.B., Zhou N., Cao H. & Lin X. (2019). Well-being contagion in the family: Transmission of happiness and distress between parents and children. *Child Indicators Research*, 12: 2189-2202. DOI: 10.1007/s12187-019-09636-4.

- Crittenden P.M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 26(1): 85-96. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb01630.x.
- Crittenden P.M. (1997). Toward an integrative theory of trauma: A dynamic-maturation approach. In Cicchetti D. & Toth S.L. (eds.). *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention*. Rochester: University of Rochester Press.
- Crittenden P.M. (2002). Attachment, information processing, and psychiatric disorder. *World Psychiatry*, 1(2): 72-75.
- Farahi F. (2022). La fotografia come strumento di lavoro nelle relazioni pedagogiche. In: Musacchi R. (a cura di). *Fotografie in psicoterapia. Ambiti e applicazioni della Fototerapia psicocorporea*. Milano: FrancoAngeli.
- Freedberg D. (1993). *Il potere delle immagini. Il mondo delle figure: reazioni e emozioni del pubblico*. Torino: Einaudi.
- Freedberg D. (2009). Immagini e risposta emotiva: la prospettiva neuroscientifica. In Ottani Cavina A. (a cura di). *Prospettiva Zeri*. Torino: Umberto Allemandi & C.
- Freund G. (2007). *Fotografia e società*. Torino: Einaudi.
- Gallese V. (2010). *Mirror Neurons and Art*. In Bacci F. & Melcher D. (eds.). *Art and the Senses*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallese V. (2014). Arte, corpo, cervello: per un'estetica sperimentale. *Micromega*, 2: 49-67.
- Gombrich E. (2011). *Arte e illusione. Studio sulla psicologia della rappresentazione pittorica*. Torino: Einaudi.
- Guidano V. (1992). *Il sé nel suo divenire*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Iacchia E., Rezzonico G., Belloni Sonzogni L. & Vicari M. (2018). Il contesto terapeutico. In Rezzonico G., Iacchia E. & Monticelli M. (a cura di). *Mutismo selettivo: sviluppo diagnosi e trattamento multisituazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Kramer E. (1958). *Art therapy in a children's community: A study of the function of art therapy in the treatment program of Wiltwyck School for Boys*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher. DOI: 10.1037/13175-000.
- Lambruschi F. (a cura di) (2014). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lateef R., Alaggia R. & Collin-Vézina D. (2021). A scoping review on psychosocial consequences of pandemics on parents and children: Planning for today and the future. *Children and Youth Services Review*, 125: 106002. DOI: 10.1016/j.childyouth.2021.106002.
- Liotti G. (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e adolescenza*, 4(3): 130-144.
- Malchiodi C.A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process*. New York: The Guilford Press.
- Masten A.S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1): 12-31. DOI: 10.1111/jftr.12255.
- Masten A.S. & Motti-Stefanidi F. (2020). Multisystem resilience for children and youth in disaster: Reflections in the context of COVID-19. *Adversity and resilience science*, 1(2): 95-106. DOI: 10.1007/s42844-020-00010-w.
- Maturana H.R. (1993). Biology of the aesthetic experience. In: *Zeichen (theorie) und Praxis. Proceedings of the 6 internationaler Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Semiotik, October 1990*. Wissenschaftsverlag Rothe.
- Maturana H.R., Varela F.J. & Ceruti M. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti.
- Meherali S., Punjani N., Louie-Poon S., Abdul Rahim K., Das J.K., Salam R.A. & Lassi Z.S. (2021). Mental health of children and adolescents amidst COVID-19 and past pandemi-

- cs: a rapid systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7): 3432. DOI: 10.3390/ijerph18073432.
- Musacchi R. (2016). *Fototerapia psicocorporea*. Milano: FrancoAngeli.
- Musacchi R. (a cura di) (2022). *Fotografie in psicoterapia. Ambiti e applicazioni della Fototerapia psicocorporea*. Milano: FrancoAngeli.
- Nardi B. (2007). *Costruirsi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Nardi B. (2013). *La conoscenza di sé. Origini del significato personale*. Milano: FrancoAngeli.
- Panda P.K., Gupta J., Chowdhury S.R., Kumar R., Meena A.K., Madaan P., Sharawati I.K. & Gulati S. (2021). Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of tropical pediatrics*, 67(1): fmaa122. DOI: 10.1093/tropej/fmaa122.
- Potter M.C., Wyble B., Haggmann C.E. & McCourt E.S. (2014). Detecting meaning in RSVP at 13 ms per picture. *Attention, Perception & Psychophysics*, 76(2): 270-279. DOI: 10.3758/s13414-013-0605-z.
- Propp V.J., Lévi-Strauss C. & Bravo G.L. (1966). *Morfologia della fiaba*. Torino: Einaudi.
- Reda M.A. (1991). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Firenze: La Nuova Italia Scientifica.
- Rezzonico G., Bani M. & Belloni Sonzogni L. (2015). Ri-costruire l'esperienza... del futuro. In Nardi B. & Arimatea E. (a cura di). *Ricostruire l'esperienza, Atti del XVI Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post-razionalista*. Ancona: Accademia dei Cognitivi della Marca.
- Rezzonico G., Bani M. & Strepparava M. (2010). L'approccio cognitivo costruttivista: dal cognitivismo al post-razionalismo. In Castiglioni M. & Faccio E. (a cura di), *Costruttivismi in psicologia clinica*. Torino: UTET.
- Rezzonico G., Belloni Sonzogni L. & Pellegrini F. (2019). La fotografia: esperienze e riflessioni in psicoterapia. *Costruttivismi*, 6: 1-17. DOI: 10.23826/2019.01.001.017.
- Rezzonico G. & Meier C. (2010). *Il counselling cognitivo relazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Rizzolatti G. & Sinigaglia C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Santagostino P. (2017). *Come raccontare una fiaba... e inventarne cento altre*. Milano: Red Edizioni.
- Sbattella F. (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Sbattella F. & Scaduto G. (2018). *Promuovere e difendere i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Il contributo della psicologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Schurch D. (2007). *Psicodidattica della fotografia nel bambino dai 3 ai 7 anni*. Milano: FrancoAngeli.
- Serra Poirier C., Brendgen M., Vitaro F., Dionne G. & Boivin M. (2017). Contagion of anxiety symptoms among adolescent siblings: A twin study. *Journal of Research on Adolescence*, 27(1): 65-77. DOI: 10.1111/jora.12254.
- Spinelli M., Lionetti F., Pastore M. & Fasolo M. (2020). Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in psychology*, 11: 1713. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01713.
- Stern D.N. (1985). The interpersonal world of the infant: A view from Psychoanalysis Developmental Psychology. *International Journal of Early Childhood*, 19: 73. DOI: 10.1007/BF03174535.

- Stern D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology* (1 ed.). London: Routledge.
- Talevi D., Succi V., Carai M., Carnaghi G., Faleri S., Trebbi E., Di Bernardo A., Capelli F. & Pacitti F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3): 137-144. DOI: 10.1708/3382.33569.
- Vicari S., Di Vara S. & Lingiardi V. (2021). *Bambini, adolescenti e Covid-19. L'impatto della pandemia dal punto di vista emotivo, psicologico e scolastico*. Trento: Erickson.
- Vindegaard N. & Benros M.E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89: 531-542. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
- Weiser J. (2013). *FotoTerapia. Tecniche e strumenti per la clinica e gli interventi sul campo*. Milano: FrancoAngeli.
- Wilson E.O. (2018). *Le origini della creatività*. Milano: Raffaello Cortina.

La Terapia cognitivo-comportamentale accessibile ai bambini sordociechi



Stefania Fadda*, Giusy Caravello**,
Marta Cidronelli**, Laura Harripersad**

*Ricevuto il 4 luglio 2023
accettato il 12 novembre 2023*

Sommario

L'applicazione della Terapia cognitivo-comportamentale ai pazienti con bisogni speciali è ancora in fase emergente (Taylor, Lindsay & Willner, 2008). Nel caso dei bambini sordociechi, in particolare, la letteratura scientifica è carente, se non assente. Gli autori si propongono di offrire un contributo in materia riportando l'esperienza di un gruppo di 20 bambini sordociechi italiani, supportati dal Centro Assistenza per Bambini Sordi e Sordociechi Onlus (CABSS) durante l'emergenza sanitaria del 2020.

Gli autori si focalizzano sulla chiusura totale e sull'immediato post lockdown, momenti durante i quali la vita quotidiana dei bambini sordociechi ha subito una forte battuta di arresto. Non avere la possibilità di stabilire un contatto con il proprio ambiente e con gli altri può rendere i bambini sordociechi più fragili con ricadute negative sul loro percorso di crescita. La connessione con gli altri e il contatto fisico sono importanti per la loro salute mentale, dal momento che anche in condizioni di normalità essi sono esposti al rischio di isolamento sociale (Wittich & Simcock, 2019).

Di fronte a una tale situazione, CABSS ha elaborato un metodo di intervento a distanza per aiutare i piccoli sordociechi ad affrontare gli stati di ansia e tristezza che avrebbero potuto esperire. Questo metodo ha attivamente coinvolto i genitori dei bambini e previsto l'applica-

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma; Centro Assistenza per Bambini Sordi e Sordociechi Onlus (CABSS), Via Nomentana, 56 – 00161 Roma; e-mail: fadda@apc.it.

** Centro Assistenza per Bambini Sordi e Sordociechi Onlus (CABSS), Via Nomentana, 56 – 00161 Roma; e-mail: giusy.caravello@cabss.it, marta.cidronelli@cabss.it, laura.harripersad@cabss.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16931*

zione di strategie cognitivo-comportamentali, seguendo i principi propri dell'intervento precoce rivolto alla sordocecità infantile. I risultati conseguiti dimostrano che le strategie cognitivo-comportamentali, rese accessibili e adattate ai loro bisogni peculiari, sono state di aiuto per i bambini sordociechi.

Parole chiave: sordocecità, bambini sordociechi, terapia cognitivo-comportamentale, Covid-19.

Cognitive behavioral therapy accessible to deafblind children

Abstract

The application of Cognitive Behavior Therapy to patients with special needs is still in an emerging phase. As for deafblind children, the scientific literature is severely lacking. The authors contribute to the subject by reporting the experience of a group of 20 Italian deafblind children supported by Centro Assistenza per Bambini Sordi e Sordociechi Onlus (CABSS) during the pandemic in 2020.

The authors will focus on the lockdown and the immediate post-lockdown of the pandemic when deafblind children suffered a major setback. When children cannot establish contact with their environment and with others, they become fragile and suffer negative repercussions in their development. Physical contact and connecting with others are extremely important for the mental health of deafblind children who, even under normal circumstances, are at high-risk of social isolation.

CABSS designed a remote online intervention to help deafblind children dealing with anxiety and sadness during the pandemic. The intervention actively involved children's parents and allowed them to intervene with cognitive-behavioral strategies while following the principles of early intervention specific to childhood deafblindness. The results achieved demonstrate that cognitive-behavioral strategies made accessible and adapted to the children's unique needs were highly effective.

Keywords: deafblindness, deafblind children, cognitive behavioral therapy, Covid-19.

Introduzione

La Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è l'approccio più utilizzato nel trattamento dei disturbi dell'ansia ed è raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per i bambini e gli adolescenti con disturbi emotivi (WHO, 2012).

Per quanto riguarda i pazienti con bisogni speciali, la sua applicazione sembra essere ancora in una fase emergente (Taylor, Lindsay & Willner, 2008) e richiede degli adattamenti specifici e personalizzati. Fondamentale si rivela la collaborazione con i caregiver, i quali devono essere istruiti sulle strategie cognitivo-comportamentali da mettere in atto. I caregiver, inoltre,

vanno seguiti e indirizzati affinché adottino strategie efficaci, incoraggino i comportamenti positivi della persona di cui si prendono cura e le forniscano informazioni accessibili, utilizzando un linguaggio chiaro, supporti visivi (Pence *et al.* 2011; Bruce *et al.*, 2018), supporti tattili o strumenti della comunicazione aumentativa alternativa.

In questo contesto non si hanno informazioni sull'implementazione della CBT per le persone sordocieche né emergono riferimenti a ricerche condotte sull'argomento (Laurito, 2021), a eccezione di uno studio del 2018. Questo studio ha coinvolto quattro giovani adulti, di età compresa tra i 18 e i 22 anni, con Sindrome CHARGE (Bruce *et al.*, 2018), una malattia genetica rara considerata come una delle principali cause della sordocecità (Ceccarani, 2005).

Il presente articolo è focalizzato sulla possibilità di adattare le strategie cognitivo-comportamentali in un gruppo di 20 bambini sordociechi italiani i quali, durante la pandemia del 2020, sono stati supportati dal Centro Assistenza per Bambini Sordi e Sordociechi Onlus (CABSS). Le suddette strategie sono state applicate in combinazione con i principi dell'intervento precoce specifico per la sordocecità infantile.

CABSS è un'organizzazione non profit, con sede a Roma, la cui *mission* è supportare i bambini sordi e sordociechi, da 0 a 6 anni, e i genitori. Per quanto riguarda i piccoli sordociechi, il Centro offre programmi di intervento precoce multisensoriale (PIPM) e individualizzati, basati su un metodo innovativo ideato e sviluppato proprio da CABSS. Tale metodo include i principi dell'*intervention* canadese, della terapia multisensoriale, della CBT e della Sensorimotor Therapy, e punta sul coinvolgimento attivo dei genitori. L'obiettivo è fornire ai bambini gli strumenti di cui hanno bisogno per entrare in connessione e interagire con gli altri e l'ambiente circostante, apprendere e comunicare, sviluppando al massimo le loro potenzialità.

CABSS realizza i PIPM all'interno di un ambiente multisensoriale, accessibile, sicuro e adattabile alle esigenze di ogni bambino sordocieco. Al suo interno le sessioni di intervento precoce includono: stimolazioni visive, uditive, tattili e olfattive; stimolazioni propriocettive e vestibolari; attività per la motricità grossa e fine; tecniche volte a massimizzare le potenzialità cognitive; procedure che favoriscono lo sviluppo della consapevolezza di sé, dell'altro e dell'ambiente; attività che promuovono competenze sul piano emotivo e socio-relazionale. Una grande attenzione, inoltre, viene rivolta allo sviluppo delle competenze comunicative dei piccoli.

All'efficacia dei PIPM contribuiscono: l'adattamento dell'ambiente di apprendimento; l'uso di una routine con un inizio e una fine chiari; l'uso di modalità e strumenti di comunicazione adeguati alle esigenze di ogni piccolo paziente. Quando presenti, in generale, questi elementi permettono

di migliorare la qualità della vita dei bambini e di farli sentire informati, motivati e sicuri, favorendo un senso di controllo su ciò che accade intorno a loro.

Con il diffondersi del Covid-19 i bambini sordociechi hanno dovuto interrompere la frequenza dei PIPM di CABSS rinunciando ai loro benefici. Nel 2020 la pandemia ha portato al collasso dei sistemi sanitari nazionali di tutto il mondo e ha causato un diffuso dissesto sociale ed economico. Al fine di preservare la salute delle popolazioni, in tutti i paesi sono state adottate misure restrittive, anche molto drastiche, come: distanziamento e isolamento sociale forzato, quarantene, coprifuoco, uso di mascherine, guanti e altri dispositivi di protezione. L'Italia è ricordata come il primo paese europeo che ha messo in atto provvedimenti volti a contrastare il Covid-19, in particolare, con il DPCM del 9 marzo 2020 ha dato inizio al lockdown nazionale coinvolgendo oltre 25 milioni di famiglie¹.

Diverse ricerche hanno rilevato che le misure restrittive, soprattutto il confinamento domiciliare, hanno avuto ripercussioni psicologiche su adulti e bambini (Pugliese *et al.*, 2022). In merito ai più piccoli, ad esempio, un'indagine condotta su oltre 13.000 bambini in 46 paesi del mondo riporta che l'83% del campione ha avvertito un aumento di sentimenti negativi, ed è stata notata una crescita dei livelli di depressione, ansia, solitudine e autolesionismo (Save the Children, 2021).

Per quanto riguarda i bambini sordociechi, non si hanno dati specifici relativi al periodo in oggetto, ma CABSS ritiene sia possibile affermare che i piccoli supportati nel corso del 2020 non siano stati esenti dalle ripercussioni che provvedimenti, come il lockdown, hanno avuto sul resto della popolazione.

Background: la sordocecità infantile in Italia

Dati, impatto e fattori di successo

In Italia la condizione della sordocecità riguarda 189.000 persone, di cui il 12,1% si colloca nella fascia di età 0-64 anni, mentre l'87,9% ha più di 65 anni. La sordocecità è spesso accompagnata da altre forme di disabilità e per la quasi totalità delle persone sordocieche è difficile uscire di casa (Solipaca & Ricci, 2017).

¹ Secondo il documento *Censimento permanente della popolazione: le famiglie in Italia* (Istat, 2022), al 31 dicembre 2019 le famiglie italiane risultavano essere 25.851.122.

In quanto ai bambini sordociechi da 0 a 6 anni non si hanno statistiche più specifiche per diversi motivi, primi fra tutti la rarità della sordocecità al di sotto dei 60 anni e l'eterogeneità della popolazione interessata, elementi che rendono difficoltoso studiare le persone sordocieche come un unico gruppo (Dammeyer, 2015).

La sordocecità infantile può essere causata da: nascita prematura, infezioni da batteri e virus contratte dalla madre durante la gravidanza, infezioni post-natali come la meningite, o malattie genetiche rare, come la Sindrome CHARGE (Ceccarani, 2005; Dammeyer, 2015), che interessa un bambino ogni 10.000 nati (Dentici, 2021). La condizione qui descritta non è la somatoria di un deficit visivo e uno uditivo, in cui un residuo visivo compensa la perdita dell'udito e viceversa, bensì una disabilità specifica e unica che scaturisce dalla combinazione congiunta dei due deficit sensoriali. Questa combinazione, nella sua complessità, può ostacolare il normale svolgimento delle funzioni quotidiane a causa dell'impatto prodotto sulle aree AMCC (Anticipazione, Motivazione, Comunicazione e Conferma), le aree più colpite dalla sordocecità. La difficoltà ad accedere alle informazioni visive e uditive provenienti dall'ambiente esterno fa sì che il bambino sordocieco non abbia gli strumenti per anticipare la routine quotidiana, sentirsi motivato a compiere azioni, interagire e comunicare, e infine, avere la conferma di ciò che è accaduto e degli effetti delle proprie azioni sugli altri e sull'ambiente (Monaco & Ramey, 2014).

L'entità dell'impatto della sordocecità dipende da alcuni fattori: l'età di insorgenza, la causa, il grado delle perdite sensoriali (totale o parziale), la presenza di altre disabilità più o meno gravi e di una condizione medica piuttosto fragile. Questi fattori possono variare al punto che ogni bambino sordocieco appare diverso dall'altro, con esigenze peculiari riguardo all'apprendimento, alla comunicazione e alle aree dello sviluppo.

Per i bambini nati sordociechi, o divenuti tali precocemente, la condizione della sordocecità può comportare maggiori implicazioni e presentare ulteriori sfide, fino a esporli a un elevato rischio di isolamento sociale.

Al fine di limitare l'impatto della sordocecità sulla vita dei più piccoli, giocano un ruolo significativo: la diagnosi più o meno precoce, il contesto familiare e sociale; l'assenza di barriere comunicative e architettoniche nell'ambiente di appartenenza; la presenza di professionisti e centri specializzati a cui rivolgersi. Infine, si rivela particolarmente importante l'inserimento in un PIPM subito dopo la diagnosi, che aiuti il piccolo ad acquisire competenze nel maggior numero di ambiti possibile, riducendo così il rischio di isolamento dagli altri e dal mondo esterno.

L'intervento precoce multisensoriale per bambini sordociechi

Secondo l'ISS, Istituto Superiore di Sanità (Pizzi & Giusti, 2020):

I primi anni di vita sono tra i più importanti nello sviluppo mentale e fisico dei bambini. È stato osservato che nei primi tre anni di vita avviene oltre l'80% dello sviluppo neuronale. In questo processo di costruzione del cervello, i bisogni fisici non sono gli unici che devono essere soddisfatti. Gli stimoli mentali e le interazioni sono infatti necessari a partire dalla nascita. Questi momenti preziosi avvengono il più delle volte con i componenti della famiglia, che sono al centro delle prime e più preziose relazioni di un bambino.

In età precoce l'apprendimento e lo sviluppo cognitivo sono favoriti dalle informazioni sensoriali che i bambini acquisiscono osservando, esplorando e interagendo con l'ambiente (Piaget, 1936; Fagan *et al.*, 2007). I piccoli, sin dai primi giorni di vita, sono naturalmente e spontaneamente esposti ai diversi flussi di informazioni che ricevono attraverso più canali sensoriali, e dimostrano una crescente capacità di integrare, elaborare e processare tali informazioni, imparando così a conoscere il mondo. Già da neonati, attraverso la percezione sensoriale e l'esplorazione dell'ambiente, si ottengono informazioni fondamentali per lo sviluppo dei primi concetti (Rakison & Woodward, 2008). In particolare, la vista e l'udito aiutano il bambino a organizzare le informazioni provenienti dall'esterno e ad anticipare le routine quotidiane.

Per quanto riguarda i bambini sordociechi congeniti, essi difficilmente hanno accesso a opportunità di apprendimento incidentale e le informazioni che ottengono dal contatto con l'ambiente e gli altri sono spesso distorte e frammentate. Ciò comporta la necessità di aiuto per poter dare un significato al mondo circostante. L'intervento precoce multisensoriale risponde proprio all'esigenza cruciale dei piccoli sordociechi di imparare a usare i sensi residui (vista e/o udito) per cogliere gli input esterni, di imparare a integrare i sensi per processare e comprendere le informazioni, di sviluppare la comunicazione e l'autonomia (Gleason, 1997). Prima avviene l'inserimento del bambino sordocieco in un programma di intervento precoce multisensoriale, maggiore è l'opportunità di sfruttare al massimo quel periodo della vita in cui il cervello è più flessibile e le prime esperienze influenzano il futuro sviluppo emotivo, cognitivo e socio-relazionale. All'interno di un PIPM il piccolo ha la possibilità di sviluppare la prima possibile abilità che svilupperebbe con maggiore difficoltà in un secondo momento e, con il coinvolgimento attivo dei genitori, può interagire con il mondo e apprendere affiancato dai suoi principali caregiver.

Strategie cognitivo-comportamentali per i bambini sordociechi

Con l'inizio del lockdown, il 9 marzo 2020, i piccoli sordociechi sono stati improvvisamente costretti a rinunciare alla scuola e all'intervento precoce CABSS, interrompendo bruscamente le relazioni sociali con i pari e le interazioni con l'ambiente esterno. La connessione con gli altri e il contatto fisico sono importanti per la salute mentale delle persone sordocieche di tutte le età, dal momento che anche in condizioni di normalità esse sono esposte al rischio di elevati livelli di isolamento sociale (Wittich & Simcock, 2019). Non avere la possibilità di stabilire un legame con il proprio ambiente e con gli altri può far sentire le persone sordocieche più vulnerabili (Kyle & Barnett, 2012). I professionisti di CABSS, consapevoli di ciò, temendo che il lockdown influenzasse negativamente il processo di apprendimento e di sviluppo dei piccoli sordociechi, e che il distanziamento fisico e sociale si traducesse in un vero e proprio isolamento, hanno deciso di riorganizzare i PIPM per non lasciare soli i piccoli e le loro famiglie e garantire la continuità del supporto psicoeducativo.

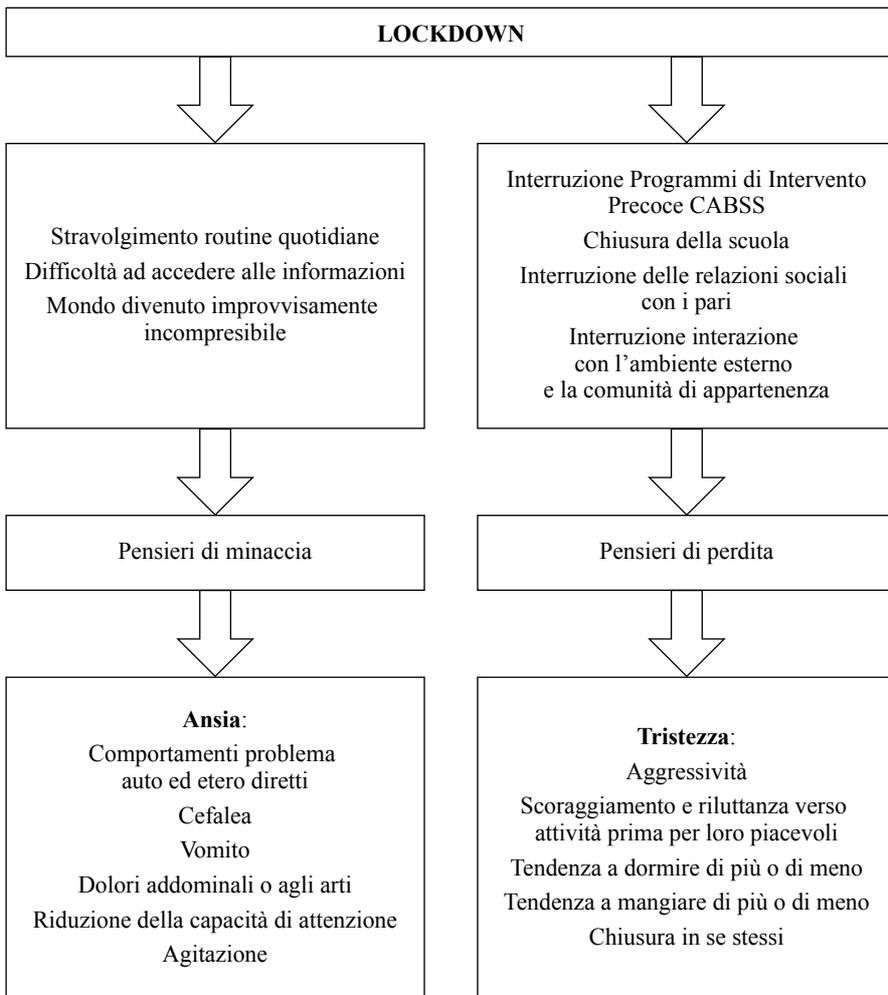
Gruppo bambini sordociechi

Nella prima fase, durante il lockdown, sono stati coinvolti sei bambini sordociechi che già prima della pandemia erano inseriti nei programmi CABSS; a questo gruppo, nell'immediato post lockdown, si sono aggiunti altri 14 bambini. In tutto sono stati supportati 20 piccoli di età media pari a 4,2 anni (range 3-6 anni), alcuni dei quali nati prematuramente e molti altri con Sindrome CHARGE (70%), malattia che a sua volta presenta diverse sfaccettature non garantendo, per questa ragione, omogeneità sul piano dei bisogni. I bambini, inoltre, presentavano gradi diversi di perdita sensoriale associata o meno a una condizione medica fragile. La situazione era piuttosto variegata anche riguardo alle modalità e competenze comunicative.

Profilo interno

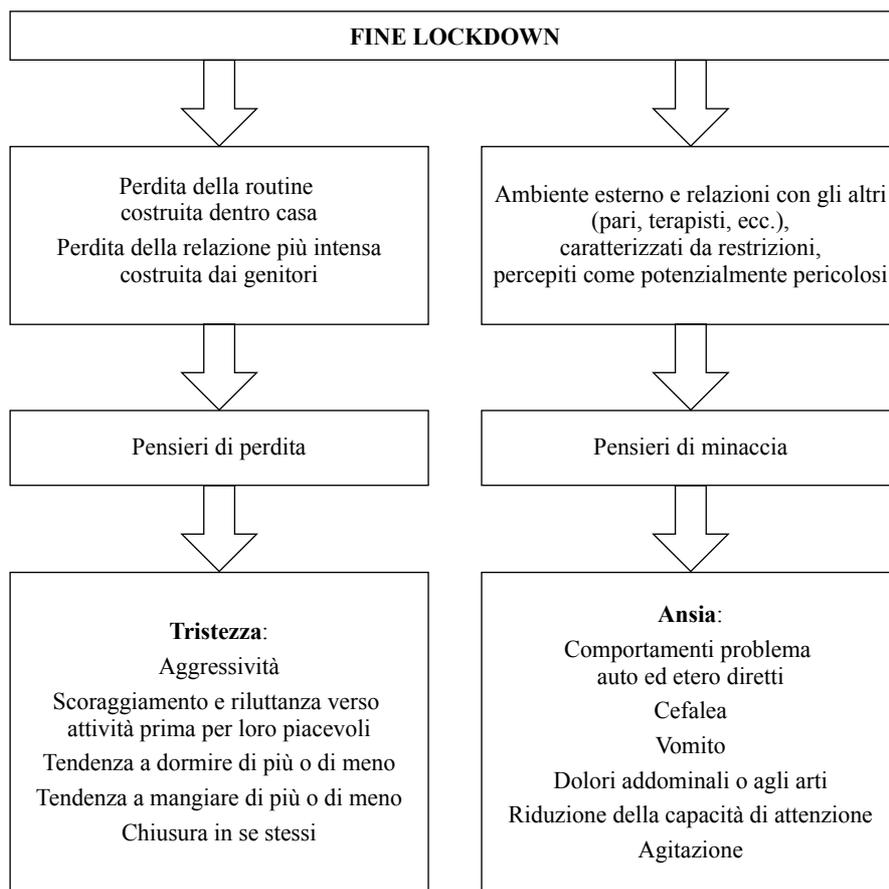
All'inizio del "lockdown" i professionisti CABSS hanno ipotizzato quanto illustrato qui di seguito:

Figura 1 – Profilo interno lockdown



Il 4 maggio 2020 ha avuto inizio una fase di apertura e di ritorno a una normalità ancora molto lontana da quella interrotta dal lockdown. Questa fase avrebbe potuto rappresentare un ulteriore cambiamento, per via dei tanti mesi trascorsi dai bambini sordociechi nell'ambiente domestico e degli eventuali nuovi bisogni sviluppati. CABSS ha ipotizzato quindi quanto segue:

Figura 2 – Profilo interno fine lockdown



Metodo, strategie e attività

Alla luce delle ipotesi su esposte (*Figura 1* e *Figura 2*), il Centro ha elaborato e messo in atto un metodo di intervento a distanza, volto a offrire ai genitori indicazioni su come aiutare i propri figli ad affrontare e limitare l'ansia e la tristezza, che avrebbero potuto provare in piena emergenza sanitaria. Il metodo prevedeva l'applicazione di strategie cognitivo-comportamentali seguendo i principi dell'intervento precoce specifico per i bambini sordociechi.

Quando si lavora con i bambini sordociechi, secondo i principi dell'intervento precoce è bene: rispettare i bisogni del bambino; rispettare il suo diritto

ad accedere alle informazioni attraverso modalità comunicative adatte a lui; incoraggiarlo nello svolgimento di un'attività; creare un legame di fiducia con lui; tenere a mente le quattro aree AMCC (CDBA, 2021). Fondamentale, inoltre, è prestare attenzione all'ambiente di apprendimento e costruire una routine. Un ambiente è positivo per il bambino sordocieco quando: è accogliente, piacevole, prevedibile e sicuro; è accessibile, comprensibile, flessibile e adattabile ai suoi bisogni sensoriali; permette di svolgere attività e interagire con materiali e giochi che lo rilassano o lo eccitano positivamente; permette la concentrazione e favorisce l'aumento dell'attenzione; stimola la motivazione e la curiosità; favorisce l'esplorazione e la manipolazione; rafforza la consapevolezza di sé e l'autostima; favorisce l'apertura alle interazioni sociali, l'espressione dei propri bisogni e la comunicazione; offre l'opportunità di alternare le attività a momenti di relax che permettono di stabilizzare i sensi e tranquillizzarsi. In quanto alla routine, essa contribuisce a indirizzare le quattro aree AMCC facendo sì che il piccolo abbia la possibilità di: anticipare gli eventi e/o prevedere eventuali cambiamenti; sentirsi motivato a svolgere le attività quotidiane o determinati compiti; accedere alle informazioni, interagire con l'ambiente e con gli altri, apprendere nuovi concetti e favorire le abilità comunicative; avere la conferma di cosa sta succedendo e avere, quindi, un chiaro senso del perché sta accadendo e del proprio ruolo (Monaco & Ramey, 2014). Una routine costante, con un inizio e una fine chiari, permette al bambino sordocieco di attribuire un significato alle azioni e agli eventi e fa sì che l'ambiente venga percepito come un luogo sicuro dove potersi muovere e apprendere (Hodges, 2000).

Alla luce di quanto sopra esposto, le strategie cognitivo-comportamentali sono state adattate nel rispetto dei bisogni di ogni bambino, prendendo in considerazione le caratteristiche dell'ambiente, i bisogni sensoriali dei piccoli, la costruzione di una nuova routine e le modalità comunicative più efficaci per l'accesso alle informazioni.

Stabilite le strategie, si è proceduto con l'attivazione dell'intervento a distanza seguendo un percorso segnato da tappe ben precise, a cominciare dall'assessment dell'ambiente domestico. In questa prima fase, insieme ai genitori, sono stati individuati gli spazi più adatti alla realizzazione delle attività e ai momenti di pausa/relax dei bimbi, e sono stati dati suggerimenti su come adattarli o modificarli. Subito dopo sono stati valutati i materiali e i giocattoli disponibili a casa, da utilizzare nell'ambito delle attività quotidiane pianificate insieme ai genitori. Durante questo percorso CABSS ha monitorato lo stato dei piccoli attraverso videochiamate o telefonate periodiche alle famiglie. Inoltre, sono stati richiesti aggiornamenti anche attraverso foto e video realizzati dai genitori.

Al termine del lockdown 14 nuove famiglie si sono aggiunte con la richiesta di essere supportate nella fase di apertura e di ripresa di attività terapeutiche, riabilitative, didattiche e ludiche nell'ambiente esterno. Alle nuove famiglie è stato somministrato un questionario, seguito da un colloquio, al fine di raccogliere informazioni sui piccoli riguardanti i seguenti aspetti: diagnosi, vista, udito, sviluppo tattile, sviluppo motorio, autonomia e orientamento, comunicazione, attività giornaliera prima dell'emergenza sanitaria e durante il lockdown, esigenze e bisogni urgenti a cui rispondere.

Per tutti, poi, si è proceduto con il supporto a distanza per facilitare l'adattamento dei bambini alla nuova normalità svolgendo le seguenti attività: colloqui con i genitori; analisi di video dei bambini impegnati in alcuni momenti della loro routine quotidiana; individuazione di tecniche e strategie specifiche grazie alle quali rispondere ai bisogni dei figli, prestando attenzione ai loro tempi di risposta, agli stati emotivi e comportamentali; pianificazione di attività da realizzare a casa o all'aperto.

Risultati

La maggior parte dei bambini ha beneficiato del metodo utilizzato da CABSS riuscendo, così, a fronteggiare l'ansia e la tristezza sperimentate. Nello specifico, si riporta quanto segue:

- *Adattamento dell'ambiente*: i genitori sono stati in grado di individuare, nella propria abitazione, spazi adeguati ai momenti di apprendimento e ai momenti di relax dei figli, apportando modifiche là dove necessario (es. creazione di un angolo con un tappeto e cuscini morbidi, libri e giochi tattili/sonori).
- *Indirizzamento dei bisogni sensoriali*: sono stati individuati e utilizzati materiali, giochi e attività piacevoli e motivanti, per ridurre il rischio di sovra stimolazioni che potessero, a loro volta, favorire il manifestarsi di comportamenti problema auto ed etero diretti (es. per alcuni bambini un'attività piacevole e motivante è stata quella del bagnetto multisensoriale, realizzato con bagnoschiuma profumati, in un'atmosfera soft con luci soffuse e musica rilassante). Indirizzare i bisogni sensoriali ha aiutato il bambino a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé e ha favorito la capacità di autoregolazione emotiva.
- *Utilizzo modalità comunicative adeguate*: i genitori hanno appreso l'importanza di utilizzare una comunicazione totale ricorrendo a diverse modalità comunicative e linguistiche. La comunicazione totale ha incluso la

Lingua parlata, la Lingua scritta, la Lingua dei Segni, la Lingua dei Segni Tattile, immagini e/o indicatori tattili, e ha permesso di fornire ai bambini sordociechi il maggior numero possibile di informazioni visive, uditive e tattili sull'oggetto della comunicazione. Per favorire momenti significativi di "conversazione" i genitori hanno coinvolto pienamente i bambini nelle attività incoraggiandoli a una partecipazione attiva, sempre rispettando i loro tempi e prestando attenzione ai livelli di stimolazione sensoriale; hanno dato ai piccoli l'opportunità di compiere scelte (es. "Vuoi leggere o ascoltare la musica?"); hanno esplorato materiali e oggetti insieme ai figli, guidandoli; hanno incoraggiato l'uso di tutte le informazioni sensoriali.

- *Costruzione di una nuova routine quotidiana*: i genitori sono stati in grado di pianificare e mettere in atto una nuova routine quotidiana, dal momento della sveglia mattutina, al momento della nanna serale. Ogni routine è stata organizzata in modo da non esporre i figli a un sovraccarico sensoriale, a tal fine si è cercato di alternare attività più impegnative con attività meno impegnative e momenti di relax, considerando anche i pasti, il bagnetto e la nanna. Dopo la perdita di tutto, ristabilire una routine ha permesso ai piccoli di avere dei nuovi obiettivi, in questo modo è stato possibile gestire la tristezza ed evitare, o limitare, reazioni di aggressività, scoraggiamento, chiusura in se stessi e la tendenza a dormire e a mangiare di meno, o di più.
- *Utilizzo di strumenti per comprendere la routine e anticipare eventi e cambiamenti*: i bambini hanno avuto l'opportunità di usufruire di un *calendar system*, uno strumento che supporta tutto il processo comunicativo e svolge molteplici funzioni: offre l'opportunità di parlare concretamente delle cose che sono accadute, stanno accadendo e accadranno; aiuta il bambino a riconoscere una sequenza; delinea l'inizio e la fine della sequenza stessa; aiuta il bambino a fare un'associazione tra l'indicatore/immagine, il segno/parola e il concetto/attività; permette di sviluppare i concetti di "tempo" (adesso, oggi, dopo, aspetta, mattina, pomeriggio, ecc.); aiuta i caregiver ad avvisare il bambino di un cambiamento nella routine, dandogli così un senso di sicurezza; permette al bambino di sviluppare una comunicazione in ricezione ed espressione (Monaco & Ramey, 2014; Blaha *et al.*, 2015). Ogni bambino ha utilizzato un *calendar system* adatto alle sue esigenze comunicative e sensoriali (es. fisso, mobile, con indicatori tattili o *tangible symbol*, con immagini o foto, ecc.). Grazie a questo strumento ogni piccolo ha avuto l'opportunità di comprendere la nuova routine e di essere costantemente informato su quello che sarebbe accaduto nel corso della giornata. Il *calendar system*, facilitando l'accesso alle

informazioni, ha reso il mondo nuovamente comprensibile rivelandosi, sin da subito, utile nella gestione dell'ansia e della tristezza. In particolare, ha permesso di limitare la comparsa di comportamenti problema auto ed etero diretti, di aiutare i bambini ad autoregolarsi, di stimolare la loro capacità di attenzione.

Le stesse strategie sono state utilizzate dopo il lockdown, fase in cui sono state realizzate nuove pianificazioni che hanno previsto un'alternanza di attività a casa e nell'ambiente esterno: all'aria aperta o in contesti come i centri estivi, i centri di ippoterapia, logopedia, fisioterapia, ecc. In questo modo si è favorito un graduale distacco dai genitori e dalla routine creata durante il lockdown, aiutando il bambino a gestire eventuali pensieri di perdita.

Il *calendar system* ha permesso di comunicare con i bambini sulle nuove attività e sulle persone da incontrare (es. pari, terapeuti) e, in alcuni casi, è stato affiancato dal *concept book* (Monaco & Ramey, 2014). Questo strumento ha aiutato i piccoli a sviluppare concetti specifici di cose, persone, luoghi, ecc., a cui i bimbi si sarebbero dovuti avvicinare (es. l'ingresso in una nuova scuola nel mese di settembre). *Calendar system* e *concept book*, in particolare, hanno permesso ai piccoli di prepararsi all'incontro con gli altri e di condividere con i genitori, in questo modo è stato possibile evitare o ridurre i pensieri di minaccia e perdita e gestire l'eventuale ansia o tristezza.

Conclusioni

Durante l'esperienza vissuta nel corso del 2020 CABSS ha potuto confermare le preoccupazioni emerse all'inizio della pandemia, anche grazie al questionario somministrato alle famiglie che hanno richiesto un supporto nell'immediato post-lockdown. I genitori hanno riferito che, durante la quarantena a casa, i figli hanno manifestato segni di ansia e di tristezza, tali affermazioni hanno trovato supporto nei risultati di indagini nazionali e internazionali più ampie, riguardanti i bambini e gli adolescenti in generale.

Un'indagine condotta in Spagna e in Italia (Orgilés *et al.*, 2020), che ha coinvolto 1.143 genitori di bambini e ragazzi tra i 3 e i 18 anni, riporta che nell'85,7% dei casi i genitori hanno percepito dei cambiamenti negli stati emotivi e nei comportamenti dei figli. Nello specifico essi hanno notato difficoltà a concentrarsi (76,6%), noia (52%), irritabilità (39%), irrequietezza (38,8%), nervosismo (38%), sentimenti di solitudine (31,3%), disagio (30,4%) e preoccupazione (30,1%). In Italia, da un'indagine del Gaslini (2021) risulta che nel 65% dei casi i bambini con età minore di 6 anni hanno

manifestato problematiche comportamentali e sintomi di regressione. I disturbi più frequenti sono stati l'aumento dell'irritabilità, i disturbi del sonno e i disturbi d'ansia (inquietudine e ansia da separazione). Un'altra indagine (Dondi *et al.*, 2021) rivolta a 6.120 genitori ha riscontrato che il 72% di essi ha percepito i propri figli come più nervosi, tristi, incerti e insicuri. I genitori, inoltre, hanno affermato che i figli si sentivano soli (77%) e avevano avuto un incremento dei disturbi del sonno (70%).

Rispetto al post lockdown CABSS ha registrato un forte attaccamento alla nuova routine che ciascun bambino sordocieco si era costruito nell'ambiente domestico e un forte attaccamento ai genitori. Questi ultimi hanno riportato che lo stato d'animo dei figli era caratterizzato prevalentemente da incertezza, paura e tristezza.

Le strategie cognitivo-comportamentali si sono rivelate utili per aiutare i bambini sordociechi ad affrontare l'ansia e la tristezza esperite. I piccoli sono riusciti a trovare un equilibrio tra l'esigenza di rispettare le restrizioni e l'esigenza di proteggere la salute mentale riuscendo in questo modo a portare avanti il loro percorso di sviluppo e apprendimento. Tuttavia, ci sono delle limitazioni che vanno considerate come l'esiguità del campione, dovuta alla rarità della sordocecità, e la necessità di adattare le strategie della CBT ai bisogni di ogni singolo bambino, proprio a causa dell'eterogeneità che caratterizza la sordocecità. Questi elementi hanno avuto un impatto sull'adattamento delle strategie cognitivo-comportamentali e, in alcuni casi, ne hanno influenzato l'efficacia.

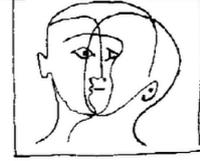
Bibliografia

- Blaha R., Borg J., Clyne M., Hartman V. & Martin B. (2015). Calendars. In *Open Hands, Open Access: Deaf-Blind Intervener Learning Modules*. Monmouth: National Center on Deaf-Blindness, The Research Institute at Western Oregon University. Testo disponibile nel sito: www.nationaldb.org/info-center/educational-practices/calendar-systems/, 6 marzo 2023.
- Bruce S.M., Bashinski S.M., Covelli A.J., Bernstein V., Zatta M.C. & Briggs S. (2018). Positive Behavior Supports for Individuals Who Are Deafblind with CHARGE Syndrome. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 112: 497-508. DOI: 10.1177/0145482x1811200507.
- Canadian Deafblind Association British Columbia (2021). *Principles of the CDBA Concept of "Intervention"*. Testo disponibile nel sito: www.cdbabc.ca/wp-content/uploads/2021/06/Principles-of-the-CDBA-Concept-of-Intervention-Revised.jpg, 23 febbraio 2023.
- Ceccarani P. (2005). La persona con pluriminorazione sensoriale. In Canalini R., Ceccarani P., Storani E. & Von Prondzinski S. (a cura di). *Spazi incontro alla disabilità*. Trento: Erickson.
- Dammeyer J. (2015). Deafblindness and dual sensory loss research: current status and future directions. *World Journal of Otorhinolaryngology*, 5: 37-40. DOI: 10.5319/wjo.v5.i2.37.

- Dentici M.L. (a cura di) (2021). *Sindrome CHARGE*. Testo disponibile nel sito: www.ospedalebambinogesu.it/sindrome-charge-80354/, 2 marzo 2023.
- Dondi A., Fetta A., Lenzi J., Morigi F., Candela E., Rocca A., Cordelli D.M. & Lanari M. (2021). Sleep disorders reveal distress among children and adolescents during the Covid-19 first wave: results of a large web-based Italian survey. *Italian Journal of Pediatrics*, 47: 130. DOI: 10.1186/s13052-021-01083-8.
- Fagan M.K., Pisoni D.B., Horn D.L. & Dillon C.M. (2007). Neuropsychological correlates of vocabulary, reading, and working memory in deaf children with cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12: 461-471. DOI: 10.1093/deafed/enm023.
- Gaslini, Università degli Studi di Torino (2020). *Impatto psicologico e comportamentale sui bambini delle famiglie in Italia*. Testo disponibile nel sito: www.gaslini.org/comunicati-stampa/bambini-e-Covid-19-come-hanno-reagito-e-come-aiutarli/, 19 ottobre 2021.
- Gleason D. (1997). *Early interactions with children who are deaf-blind*. Testo disponibile nel sito: www.nationaldb.org/info-center/early-interactions-factsheet/, 2017, 18 gennaio 2023.
- Hodges L. (2000). Effective teaching and learning. In Aitken S., Buultjens M., Clark C., Eyre J.T. & Pease L. (eds.). *Teaching children who are deafblind: Contact, communication, and learning*. London: David Fulton Publishers.
- Kyle J. & Barnett S. (2012). *Deafblind Worlds, Bristol: Deaf Studies Trust and Sense*. Testo disponibile nel sito: deafstudiestrust.org/wp-content/uploads/2020/04/Deafblind-Worlds-final.pdf, 7 novembre 2022.
- ISTAT (2022). *Censimento permanente della popolazione: le famiglie in Italia*. Testo disponibile nel sito: www.istat.it/it/archivio/267094#:~:text=Famiglie%20in%20aumento%20ma%20sempre%20pi%C3%B9%20piccole&text=Rispetto%20al%20Censimento%20del%202011,15.981.177%20nel%201971, 7 marzo 2023.
- Laurito C. (2021). *Rational emotive behavior therapy for deafblind individuals with progressive vision loss*. New York: St. John's University, St. John's College of Liberal Arts and Sciences, Department of Psychology.
- Monaco C. & Ramey C. (2014). Deafblindness. In George Brown College – School Of Deaf & Deafblind Studies, Toronto (Canada), *Congenital Deafblindness training*, Roma, 23-27 giugno.
- Orgilés M., Morales A., Delvecchio E., Mazzeschi C. & Espada J.P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*. 11: 579038. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.579038i.
- Pence S.L., Aldea M.A., Sulkowski M.L. & Storch E.A. (2011). Cognitive behavior therapy in adults with borderline intellectual functioning: a case series of three patients. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23: 71-85. DOI: 10.1007/s10882-010-9200-6.
- Piaget J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Lausanne-Paris: Delachaux Nistlé (trad. eng.: *The Origins of Intelligence in Children*. New York: W.W. Norton & Co., 1952).
- Pizzi E., Giusti A. (2020). *Salute del bambino: l'importanza dei primi anni di vita nello sviluppo fisico e mentale*. Testo disponibile nel sito: www.epicentro.iss.it/materno/linee-guida-oms-sviluppo-bambini-2020, 18 gennaio 2023.
- Pugliese E., Mosca O., Paolini D., Mancini F., Puntonieri D. & Maricchiolo F. (2022). Families in quarantine for COVID-19 in Italy. Resilience as a buffer of parental distress and problematic children's emotions and behaviors. *Current Psychology*, 1-13. DOI: 10.1007/s12144-022-03374-7.

- Rakison D.H. & Woodward A.L. (2008). New perspectives on the effects of action on perceptual and cognitive development. *Developmental Psychology*, 44: 1209-13. DOI: 10.1037/a0012999.
- Save the Children (2021). *Giornata Mondiale della Salute Mentale, Covid-19: nell'83% dei bambini aumentano i sentimenti negativi a causa della pandemia. Depressione, ansia e autolesionismo dopo i lockdown prolungati*. Testo disponibile nel sito: www.savethechildren.it/press/giornata-mondiale-della-salute-mentale-Covid-19-nell83-dei-bambini-aumentano-i-sentimenti, 19 ottobre 2021.
- Solipaca A. & Ricci C. (a cura di) (2017). *Studio sulla popolazione di persone con disabilità sensoriali e plurime in condizioni di gravità*. Trento: Erickson.
- Taylor J.L., Lindsay W.R. & Willner P. (2008). CBT for people with intellectual disabilities: Emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36: 723-733. DOI: 10.1017/S1352465808004906.
- WHO (2012). *Psychosocial interventions, treatment of emotional disorders*. Testo disponibile nel sito: www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/child-and-adolescent-mental-disorders/psychosocial-interventions-treatment-of-emotional-disorders, 6 marzo 2023.
- Wittich W. & Simcock P. (2019). Aging and Combined Vision and Hearing Loss. In Ravenscroft J. (ed.). *The Routledge Handbook of Visual Impairment*. London: Routledge.

L'allenamento alla noia: un modello di trattamento per i disturbi esternalizzanti



Carlotta Bertini*, Marco Saettoni**, Simone Cheli***

*Ricevuto il 27 luglio 2023
accettato il 16 novembre 2023*

Sommario

Alla luce del ruolo importante che la tolleranza-propensione alla noia sembra avere in varie forme di psicopatologia negli adulti, gli autori si sono chiesti se lavorare su questa emozione in bambini con disturbi riferibili allo spettro esternalizzante, potesse incidere sulle prestazioni specifiche legate all'attenzione selettiva e sostenuta. Lo scopo di questo studio pilota è di indagare la fattibilità e gli effetti dell'applicazione di un intervento specifico per la gestione della noia rivolto ai bambini dell'infanzia e della scuola primaria. Tale training è stato pensato come una sequenza di esercizi basati sulla mindfulness e sulla metacognizione il cui obiettivo è di allenare i bambini alla noia, ovvero lo stato in cui la persona percepisce l'ambiente esterno come monotono, ripetitivo, con bassi livelli di stimolazione e al contempo sperimenta una affettività caratterizzata da un vissuto emozionale scarsamente piacevole. I dati raccolti mostrano una buona aderenza al trattamento e un miglioramento significativo dell'attenzione selettiva e sostenuta al termine dello stesso. I risultati ottenuti sono incoraggianti e dimostrano che questo tipo di intervento può essere un valido aiuto da integrare con altri approcci per il trattamento dei disturbi esternalizzanti in età evolutiva.

Parole chiave: disturbi esternalizzanti, Disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD), Disturbo oppositivo provocatorio (DOP), Disturbo della condotta (DC), Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta (DCD), noia, trattamento di gruppo in età evolutiva.

* Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze Tages Onlus, via della Torretta, 14 – 50137 Firenze; e-mail: carlotta.bertini@tagesonlus.org.

** Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Via G. Lanza, 26 – 58100 Grosseto; e-mail: marcosaettoni@gmail.com.

*** Department of Psychology, St. John's University, Roma; Tages Onlus, via della Torretta 14, 50137, Firenze; Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze Tages Onlus, via della, Torretta 14 – 50137 Firenze; e-mail: simone.cheli@tagesonlus.org.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16932*

A boredom tolerance training: a treatment model for externalizing disorders

Abstract

By considering the important role that boredom tolerance-proneness seems to play in various forms of adult psychopathology, the authors wondered whether working on this emotion in children with disorders referable to the externalizing spectrum could affect specific performance related to sustained visual attention. The aim of this pilot study is to explore the feasibility and effects of applying a specific intervention for boredom regulation in infants and primary school children. The intervention has been conceived as a sequence of exercises based on mindfulness and metacognition whose goal is to train children's tolerance to boredom that is the state of perceiving the external environment as monotonous, repetitive, with low levels of stimulation associated in turn with an affectivity characterized by a poorly pleasant emotional state. The data show good adherence to treatment and a significant improvement in selective and sustained attention at the end of the treatment. Our findings are encouraging and demonstrate that the proposed intervention can be a reliable intervention to be integrated with other approaches for the treatment of externalizing disorders in children.

Key words: externalized disorders, Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), Oppositional defiant disorder (ODD), Conduct disorder (CD), Disruptive impulse control and conduct disorders (DCD), boredom, group treatment for developmental age.

Introduzione

La noia è un'emozione che nasce dalla percezione dell'ambiente esterno come monotono, ripetitivo, con bassi livelli di stimolazione, da una affettività caratterizzata da uno stato emozionale scarsamente piacevole (Eastwood *et al.*, 2012). In termini cognitivi lo scopo dell'individuo è cognitivamente rappresentato ma momentaneamente inattivo, in stallo (Lari *et al.*, 2013). Questa emozione è stata indagata principalmente negli adulti, ed è emersa una correlazione tra noia e stati affettivi negativi che generano sofferenza psicologica correlare positivamente con varie psicopatologie, quali: depressione, ansia, rabbia, apatia, anedonia (LaPera, 2011; Malkovsky *et al.*, 2012; Losada, 2015; Mercer-Lynn *et al.*, 2013; Ahmed, 1990; Weybright *et al.*, 2022), in particolare emerge una correlazione positiva tra l'esperire noia e l'aumento della sintomatologia ascrivibile alla depressione, all'ansia, la solitudine e un aumento del livello di amotivazione e apatia verso gli stimoli interni/esterni. In altri studi appare marcata la relazione tra la presenza di noia e impulsività, stato d'agitazione, sensation seeking (Mercer-Lynn *et al.*, 2014; Von Gemmingen *et al.*, 2003; Isacescu *et al.*, 2016) e condotte pericolose o uso di sostanze (LaPera, 2011; Mercer & Eastwood, 2011; Weybright, 2015; Shane, 2020). Inoltre emerge come l'insoddisfazione per la propria

vita e per le proprie relazioni interpersonali sia legata alla presenza di una maggiore inclinazione alla noia (Farmer & Sundberg, 1986; Conroy *et al.*, 2010; Losada *et al.*, 2015; Weybright *et al.*, 2022). Per definire meglio il ruolo giocato da questa emozione nei vari disturbi, la scarsa tolleranza alla noia è stata collegata al Disturbo Bipolare e agli stati dissociativi e solo negli ultimi anni si sta approfondendo la sensibilità alla noia in base alle varie tipologie di disturbo bipolare (Lari *et al.*, 2013; Iazzetta *et al.*, 2013). In uno studio del 2012 è stato riscontrato che le persone più propense a provare noia ottenevano prestazioni peggiori nei compiti che richiedevano attenzione sostenuta, con una maggiore probabilità di presentare sintomi di disattenzione e iperattività (ADHD) e di disturbi dell'umore (Malkovsky, Merrifield & Dankert, 2012).

Alla luce di questi risultati e il ruolo importante che la tolleranza-propensione alla noia sembra avere in età adulta nelle varie psicopatologie, in particolare sul versante dei disturbi esternalizzanti, ci siamo chiesti se lavorare su quest'emozione in bambini con già una diagnosi legata a disturbi esternalizzanti, potesse incidere, sia sulle prestazioni specifiche legate all'attenzione visiva sostenuta, sia in relazione al miglioramento comportamentale. Questo perché studi sulle traiettorie di sviluppo di soggetti con elevati comportamenti aggressivi e antisociali (Lambruschi & Muratori, 2020) mostrano che tali comportamenti aggressivi si mantengono in età adulta. A seguito della pandemia del 2020 è stato approfondito il ruolo della noia negli studenti adolescenti non solo come elemento correlato alle competenze attentive, ma anche come la propensione alla noia fosse legata alla capacità di regolare il proprio vissuto emotivo, rilevando come un'alta propensione alla noia fosse correlata anche a una maggiore difficoltà nel regolare i propri stati emotivi nel periodo pandemico (Wojtowicz *et al.*, 2020; Weybright *et al.*, 2022). Lavorare in termini di prevenzione rispetto alla possibilità di modificare queste traiettorie di sviluppo appare utile iniziando proprio con lo strutturare specifici interventi volti ad ampliare le strategie di coping in relazione alla noia che dagli studi emerge come implicata anche nella regolazione emotiva (Lari *et al.*, 2013; Iazzetta *et al.*, 2013; Wojtowicz *et al.*, 2020; Weybright *et al.*, 2022).

Disturbi Esternalizzanti

Quando i problemi di comportamento assumono un carattere cronico, ovvero non scompaiono in poco tempo in relazione a un particolare evento transitorio ma rappresentano una modalità standard di risposta agli eventi

quotidiani, eccessivo nell'intensità rispetto ai coetanei, molto frequente e invalidante sul piano relazionale, allora è possibile parlare di "Disturbo esternalizzante" (Di Pietro & Bassi, 2013) o "Disturbo del comportamento".

Riferendoci alle categorie diagnostiche ufficiali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, DSM-5*) (APA, 2013), i principali disturbi del comportamento che si possono riscontrare in età evolutiva sono il Disturbo oppositivo provocatorio (DOP) e il Disturbo della condotta (DC) racchiusi oggi nella categoria diagnostica dei "Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta" (DCD), (DSM-5: APA, 2013) precedentemente in "Disturbi da Deficit dell'Attenzione e da Comportamento Dirompente" nel quale era presente anche il "Disturbo da deficit d'attenzione e/o iperattività/impulsività" (DSM-IV-TR: APA, 2001).

Molti studi si sono interessati alla ricerca di fattori predisponenti per il DCD, in modo da elaborare trattamenti quanto più precoci in ottica preventiva. Tra i fattori che sono stati individuati si ricordano: il ruolo della vulnerabilità neurobiologica e temperamentale, gli stili educativi-modeling e per quanto concerne in particolare il rischio di un esordio adolescenziale, la frequentazione di gruppi di coetanei devianti, spesso associata a esperienze di emarginazione o rifiuto da parte dei pari in età precedenti (Lambruschi & Muratori, 2013; Lochman & Welles, 2002).

Scopo dello studio

Il programma di "Allenamento alla noia" è un intervento specifico per la gestione della noia rivolto ai bambini dell'infanzia e della scuola primaria e alle loro famiglie (vedi, *infra*, Materiali e Metodi). L'impianto teorico del programma è di matrice cognitivo-comportamentale e si basa sul principio che una maggiore tolleranza alla noia aiuti i bambini regolare il loro comportamento e possa incidere sul benessere esperito dall'individuo e dalla famiglia riducendo le condotte aggressive e incidendo positivamente sul versante comportamentale. L'allenamento alla noia è stato pensato come una sequenza di esercizi basati sulla mindfulness e sulla metacognizione con lo scopo di esporre e allenare i bambini allo stato mentale definito come noia, ovvero la percezione dell'ambiente esterno come monotono, ripetitivo, con bassi livelli di stimolazione collegato da una affettività caratterizzata da uno stato emozionale scarsamente piacevole (De Chenne, 1988; Geiwitz, 1966; Hill & Perkins, 1985; O'Hanlon, 1981; Eastwood *et al.*, 2012). Seguendo il format degli interventi basati sulla mindfulness (Didonna, 2009) dopo ogni pratica è

stata dedicata una parte di enquiry che aveva come scopo quello di stimolare le funzioni metacognitive, in particolare la meta-attenzione (comprensione dei processi attentivi).

Obiettivo del presente studio è stato quello di indagare la fattibilità dell'intervento rilevando eventuali eventi avversi, tassi di drop-out e di sedute mancate, livello di gradimento e differenze pre-post nell'attenzione visiva sostenuta e attenzione sostenuta (accuratezza e rapidità di esecuzione della prova).

Materiali e Metodi

Partecipanti

Il campione totale è composto da 10 bambini tra i 5 e i 6 anni provenienti da varie diagnosi con in comune lo spettro esternalizzante definito dai DCD. Suddivisi in diadi, omogenei per età, tutti di sesso maschile. I criteri di inclusione nel campione totale sono stati: diagnosi di DOP, ADHD, DC, Disturbo della Regolazione e un indice di quoziente intellettivo totale maggiore di 85 punti standard alla WISC-IV. Tutti i soggetti sono stati reclutati presso Centri Privati. I genitori sono stati informati delle modalità di trattamento e hanno firmato un consenso informato. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico di Tages Onlus (Codice 022022).

Strumenti

Ai bambini è stato proposto un test di Attenzione selettiva e sostenuta che era presente sia nella valutazione in entrata, sia a fine percorso:

- Test delle Campanelle Modificato (Biancardi & Stoppa, 1997) per i bambini dai 5 anni. Il Test della Campanelle modificato è una prova di attenzione selettiva e sostenuta. Sono presentati al soggetto quattro differenti fogli, ognuno dei quali contiene oltre alle campanelle anche altre figure rappresentanti oggetti animati e inanimati (ad esempio case, alberi, cavalli, pesci, ecc.). Si richiede al soggetto di barrare tutte le campanelle presenti nel foglio il più velocemente possibile. Dalla somministrazione del test si ottengono due tipi di punteggio: il punteggio rapidità, cioè il numero di campanelle trovate nei primi 30 secondi di ricerca, e il punteggio accuratezza che riporta il numero di campanelle trovate nei 120 secondi previsti dalla prova.

La durata del trattamento è stata di 5 mesi, per un totale di 20 incontri, con frequenza settimanale in sedute di circa 70 minuti che poteva variare a seconda dell'età dei partecipanti.

Analisi statistica

Dopo aver calcolato le usuali misure descrittive, si è condotta un'analisi finalizzata a indagare possibili differenze pre-post nelle funzioni esecutive, tramite i due indici del Test delle Campanelle. La procedura di analisi ha seguito le metodologie comuni nei single case studies (Morey, 2017). Si sono pertanto analizzate le differenze pre-post relativamente ai singoli soggetti e non al campione nel suo insieme (vista la limitata numerosità di quest'ultimo). Una delle metodiche solitamente utilizzata per la significatività delle differenze è il Reliable Change Index (RCI) (Jacobson & Truax, 1991). Il RCI è particolarmente sensibile rispetto alle misure psicometriche (es. sintomi depressivi) dove è possibile attingere a solide metriche di validità (alpha di Cronbach) e distribuzione delle scale. Nell'ambito delle valutazioni di performance, spesso utilizzate in ambito neuropsicologico, tali misure sono assenti o poco attendibili. In questi casi si suggerisce di utilizzare un metodo in cui il RCI è calcolato a partire dall'errore standard delle differenze: RCI (ovvero Reliable Change Index – Performance) (Iverson, 2001). Vista la natura degli strumenti utilizzati e le variabili indagate (ovvero le funzioni esecutive) si è optato per il RCI_{PE}. Pertanto nella sezione “Risultati” si riportano i valori grezzi pre-post indicando laddove la differenza era significativa rispetto a tale metodo di analisi.

L'allenamento alla noia

La struttura degli incontri di “Allenamento alla noia” sono rimasti invariati nel corso delle sedute e hanno previsto quattro momenti principali: esercizio di mindfulness iniziale; la psicoeducazione sulla noia; il momento del *Pensatoio Noioso* con la scelta del gioco da parte del bambino con tempi stabiliti dal *Noiometro*; un momento di assegnazione dei compiti a casa per i bambini e i genitori; un'ultima fase in cui ci si congedava con l'esercizio di mindfulness finale che frequentemente includeva anche i genitori e la costruzione di promemoria personali da utilizzare a casa “al bisogno” in momenti di scarsa tolleranza alla noia.

Nella prima parte degli incontri è stato proposto un primo esercizio di mindfulness di breve durata in relazione all'età media dei bambini. Questo

esercizio è stato ulteriormente modificato e scomposto nelle sue diverse parti per quei bambini che avevano una scarsa capacità di ascolto verso sé e “lamentavano” una marcata difficoltà nello “stare senza far niente”. A questo proposito è stato chiesto loro di provare ad ascoltare il respiro e stare nella posizione seduta inizialmente per circa venti secondi, fino ad arrivare a un minuto proponendo una versione dell’esercizio semplificata e ridotta vista la scarsa tolleranza. L’obiettivo era di esporre i bambini all’esperienza e allo stato di noia per poi procedere ad analizzare questa emozione attivata mediante warm cognition.

Il secondo momento prevedeva la riflessione in piccolo gruppo sull’emozione della noia andando a identificare pensieri, comportamenti e reazioni fisiologiche attivate da questo tipo di emozione per poi andare a indagare, per i vari bambini i loro “inneschi” della noia esplorando la consapevolezza del loro grado di tolleranza a questa emozione. In questo caso si è fatto leva sulla competenza metacognitiva dei bambini, in particolar modo sulla loro capacità di riflettere su questo tipo di emozione.

Successivamente veniva proposto il *Pensatoio Noioso*, un angolo allestito della stanza con una sedia comoda, posto di fronte a una libreria piena di giochi. Il compito del bambino era quello di scegliere un gioco solo dopo essersi un annoiato seguendo lo scorrere del tempo del *noiometro*. Il *noiometro* era impostato con tempi diversi a seconda dell’età e della tolleranza alla noia del soggetto, ogni due settimane i tempi potevano essere aumentati. In questa attività il bambino veniva guidato a cogliere gli aspetti positivi del “prenderci del tempo” per riflettere e scegliere sperimentando anche come la noia potesse permettere loro un uso creativo di un gioco già visto e utilizzato. Successivamente veniva concordata con il bambino la possibilità, la volta successiva, di ampliare o meno il tempo dedicato alla noia. In questo caso erano presenti sia l’esposizione alla noia, sia la competenza metacognitiva di riflessione e revisione delle proprie scelte. Insieme si osservavano le varie idee dei bambini sulle loro strategie attentive cercando di promuovere processi legati alla meta-attenzione.

L’assegnazione dei compiti a casa prevedeva sempre la presenza dei genitori e le attività richieste variavano rispetto alle peculiari esigenze dei bambini e della famiglia. I compiti proposti erano legati sia alla mindfulness, sia alla metacognizione come: praticare un esercizio di mindfulness durante la settimana chiedendo ai genitori di essere partecipanti attivi insieme al bambino, scambiando con lui opinioni e idee su come si erano sentiti nel metterlo in pratica; compiere scelte tramite il *pensatoio noioso* e il *noiometro* rispetto a piccole incombenze quotidiane (es: come scegliere il programma da guardare alla tv, scegliere un gioco, decidere cosa costruire con le lego ecc.);

Provare a stare nella Noia quando i bambini o i genitori la riconoscevano. Quest'ultimo compito è apparso molto motivante per i bambini che avevano come modello i genitori "senza noia" come se questa fosse un'emozione completamente sconosciuta al mondo degli adulti.

Come ultimo momento della seduta vi era un esercizio di mindfulness finale alla presenza anche dei genitori a seguito del quale venivano realizzati promemoria personali, disegnati o scritti, che i bambini o i genitori potevano utilizzare per la gestione dei momenti di scarsa tolleranza all'attesa e alla noia.

Risultati

Durante l'intervento (i.e. allenamento alla noia) non sono stati riportati eventi avversi (es. agiti aggressivi, incremento dei sintomi, ecc.) né dalla terapeuta né dai genitori dei bambini. Inoltre, non si sono registrati drop-out, quindi ben al di sotto del limite usuale del 10% (Gangs *et al.*, 1996) e nessuno dei bambini ha saltato le sedute previste. Solo in 3 casi le sedute sono state riprogrammate per problematiche contingenti e motivate dai genitori (es. malattia del bambino). Infine, i bambini hanno riportato di gradire l'intervento e sia la terapeuta che i genitori hanno descritto un buon livello di coinvolgimento.

Le analisi evidenziano differenze significative (RCI_{PE}) tra pre e post-assessment in tutti i bambini per quanto riguarda la scala Accuratezza (C-A). Per quanto riguarda invece la scala Rapidità (C-R) le differenze significative sono state rilevate in 9 bambini su 10. Nella Tabella 1 si riportano in dettaglio tutti i punteggi grezzi.

RCI_{PE} per tutti i bambini al C-A e per 9 bambini su 10 alla C-R (vedi *Tabella 1*). I risultati mostrano che alla fine del trattamento si ha una ricaduta positiva in tutti i bambini nella prestazione di attenzione visiva sostenuta, tranne che per il soggetto 2 per il quale solo la scala accuratezza ha mostrato un cambiamento significativo. Da questo studio, in sintesi, emerge come "l'allenamento alla noia" possa essere considerato una possibile scelta terapeutica per bambini con Disturbo esternalizzante poiché agisce su un'emozione ancora poco studiata in letteratura, specialmente in età evolutiva, ma che in molte ricerche risulta correlata con i Disturbi esternalizzanti in età adulta.

Tabella 1. Differenze tra pre- e post-assessment all'attenzione visiva selettiva e sostenuta

| Bambino | C-Accuratezza Pre | C-Accuratezza Post | C-Rapidità Pre | C-Rapidità Post |
|---------|-------------------|--------------------|----------------|-----------------|
| 1 | 60 | 72* | 20 | 26* |
| 2 | 65 | 74* | 22 | 25 |
| 3 | 61 | 69* | 18 | 28* |
| 4 | 78 | 86* | 25 | 31* |
| 5 | 77 | 90* | 25 | 34* |
| 6 | 73 | 84* | 23 | 30* |
| 7 | 78 | 90* | 26 | 39* |
| 8 | 72 | 85* | 23 | 32* |
| 9 | 77 | 91* | 26 | 38* |
| 10 | 78 | 89* | 25 | 36* |

Nota. Per ogni bambino dello studio si riportano i punteggi al pre- e al post-assessment per le due scale indagate di attenzione visiva sostenuta: accuratezza (C-A) e rapidità (C-R). Laddove le analisi tramite RCIPE abbiano individuato delle differenze significative si riporta un asterisco (*).

Discussione

I risultati del corrente studio indicano che l'allenamento alla noia è un intervento sicuro e sostenibile per i bambini coinvolti. Nessuno ha riportato eventi avversi e non si sono registrati drop-out. Sia la terapeuta che i genitori hanno suggerito un elevato gradimento dell'intervento da parte dei bambini, confermato dall'assenza di sedute saltate (solo in 3 casi queste sono state riprogrammate nell'arco della settimana per ragioni contingenti). Le differenze tra pre e post assessment sulle funzioni esecutive suggeriscono inoltre un miglioramento dell'attenzione selettiva e sostenuta valutata attraverso il Test delle Campanelle. Al termine dell'intervento in 9 casi su 10 vi sono stati cambiamenti in entrambe le scale indagate; in particolare tutti i soggetti hanno riportato una migliore prestazione all'interno del parametro accuratezza, mostrando una maggiore capacità di ricerca visiva e selettiva nel tempo totale dedicato alla prova e nel parametro rapidità, che verifica la capacità del soggetto di applicare una veloce ricerca strategica del target nei primi 30 secondi della prova. Solo in 1 caso, il soggetto numero due, non è stato rilevato alcun cambiamento significativo unicamente per il parametro rapidità; probabilmente perché lavorare sulla tolleranza alla noia risulta più efficace

nella seconda parte del compito della prova proposta, quando sono necessarie strategie di ricerca visiva e pianificazione che permettano al soggetto di continuare a sentirsi motivato al compito senza interromperlo o distrarsi.

Questo risultato si potrebbe spiegare alla luce del fatto che imparare a riconoscere e tollerare l'emozione della noia sembra essere collegato con l'acquisizione di migliori strategie metacognitive di approccio a diversi compiti ed è coerente con la letteratura che aveva evidenziato come le persone più propense a provare noia ottenessero prestazioni peggiori nei compiti che richiedevano attenzione sostenuta (Malkovsky, Merrifield & Danckert, 2012) e che una minore tolleranza in questa emozione fosse associata a impulsività e stato d'agitazione (Mercer-Lynn *et al.*, 2014; Isacescu *et al.*, 2016). Sembra quindi che incrementando la possibilità di riconoscere e gestire questa emozione migliorino le prestazioni a livello di funzioni esecutive. Possiamo ipotizzare che intervenire sulla noia possa contribuire, in integrazione ad altri tipi di intervento, alla riduzione dei comportamenti esternalizzanti e parallelamente potrebbe avere una ricaduta positiva rispetto all'aderenza alle regole di questi bambini.

I risultati del presente lavoro vanno letti alla luce dei limiti dello studio, in prima istanza alla ridotta numerosità del campione e dei dati che abbiamo a disposizione, la mancanza di un disegno sperimentale randomizzato e l'assenza di un valutatore esterno al terapeuta durante la somministrazione della testistica. Inoltre, nonostante la buona aderenza al trattamento e il grado di coinvolgimento raggiunto durante tutto il trattamento non è stato indagato il livello di coinvolgimento e le ricadute del trattamento da parte dei genitori e degli insegnanti del bambino, per verificare l'eventuale generalizzazione della tolleranza alla noia anche in altri ambienti di vita come la scuola e la famiglia. Emerge anche la necessità di avere uno strumento di misurazione valido e utile della noia in infanzia per verificare in modo più puntuale quanto il trattamento incida su questo aspetto, così come gli aspetti legati alla regolazione delle emozioni.

Elemento a nostro avviso importante è stato coinvolgere il nucleo familiare nelle attività che venivano proposte ai bambini e dare loro un ruolo attivo nel processo di cambiamento e scoperta che i bambini affrontavano a ogni seduta. Aver incluso i genitori in parte delle sedute e aver permesso loro di sperimentare in prima persona gli esercizi assegnati e le varie attività proposte ipotizziamo possa essere stato un facilitatore nell'adesione al trattamento del bambino/a.

Da questo studio, in sintesi, emerge come l'Allenamento alla noia possa essere considerato una scelta terapeutica realizzabile per bambini con disturbo esternalizzante poiché va ad agire su un'emozione ancora poco studiata in

letteratura, specialmente in età evolutiva, ma che risulta correlata con molti Disturbi esternalizzanti in età adulta nonché con una maggiore competenza da un punto di vista metacognitivo, sia sul piano attentivo che sul piano emotivo.

Sarebbe utile un ulteriore studio in cui ampliare il numero del campione e prevedere, al fine di migliorare la ricerca, misure legate non solo alle funzioni esecutive ma anche in relazione al costrutto della noia e sul versante emotivo che includano un valutatore esterno e indicatori di aderenza al protocollo. Inoltre appare prioritario, per verificare quanto l'intervento incida nella vita quotidiana del bambino, includere misure legate alla percezione dei genitori e degli insegnanti in relazione agli aspetti comportamentali. A seguito di queste modifiche sarebbe poi utile confrontare questo trattamento in piccolo gruppo con altri trattamenti già validati per comprenderne l'efficacia. È auspicabile che in futuri studi vengano inserite due misure di outcome e processo legate sia agli effetti ipotizzabili della componente espositiva basata sulla mindfulness, sia della componente di enquiry finalizzata a promuovere le funzioni esecutive, ovvero la dimensione metacognitiva.

Riferimenti bibliografici

- Ahmed S.M.S. (1990). Psychometric Properties of the Boredom Proneness Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 71, 963-966. DOI: 10.2466/pms.1990.71.3.963.
- De Chenne T.K. (1988). Boredom as a clinical issue. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(1): 71-81. DOI: 10.1037/h0085325.
- Conroy R.M., Golden J., Jeffares I., O'Neill D. & McGee H. (2010). Boredom-proneness, loneliness, social engagement and depression and their association with cognitive function in older people: a population study. *Psychology, health & medicine*, 15(4): 463-473. DOI: 10.1080/13548506.2010.487103.
- Didonna F. (ed.) (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. Springer Science + Business Media.
- Eastwood J.D., Frischen A., Fenske M.J. & Smilek D. (2012). The unengaged mind: Defining boredom in terms of attention. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5): 482-495. DOI: 10.1177/1745691612456044.
- Farmer R. & Sundberg N.D. (1986). Boredom proneness – the development and correlates of a new scale. *Journal of personality assessment*, 50(1): 4-17. DOI: 10.1207/s15327752jpa5001_2.
- Geiwitz P.J. (1966). Structure of boredom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5): 592-600. DOI: 10.1037/h0023202.
- Hill A.B. & Perkins R.E. (1985). Towards a model of boredom. *British Journal of Psychology*, 76(2): 235-240 DOI: 10.1111/j.2044-8295.1985.tb01947.x.
- Iazzetta P., Gagliardo G., Lupo M., Pascucci T., Pratesi D., Sabatini D., Saettoni M. & Gragnani A. (2013). Relazioni tra temperamento, carattere e predisposizione alla noia nei disturbi da uso di sostanze. *Cognitivismo clinico*, 10(2): 134-148.

- Iverson G. (2001). Interpreting change on the WAIS-III/WMS-III in clinical samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(2): 183-191. DOI: 10.1016/S0887-6177(00)00060-3.
- Isacescu J., Struk A. A. & Danckert J. (2017). Cognitive and affective predictors of boredom proneness. *Cognition & emotion*, 31(8): 1741-1748. DOI: 10.1080/02699931.2016.1259995.
- Jacobson N.S. & Truax P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1): 12-19. DOI: 10.1037/0022-006X.59.1.12.
- LaPera N. (2011). Relationships between Boredom Proneness, Mindfulness, Anxiety, Depression, and Substance Use. *The New School Psychology Bulletin*, 8(2): 15-25.
- Lari L., Gragnani A. Calugi S. & Sættoni M. (2013). La noia e i disturbi dell'umore: Esperienze cliniche e di ricerca *Cognitivismo clinico*, 10(1): 45-64.
- Losada A., Márquez-González M., Pachana N., Wetherell J., Fernández-Fernández V., Nogales-González C. & Ruiz-Díaz M. (2015). Behavioral correlates of anxiety in well-functioning older adults. *International Psychogeriatrics*, 27(7): 1135-1146. DOI: 10.1017/S1041610214001148.
- Malkovsky E., Merrifield C., Goldberg Y. & Danckert J. (2012). Exploring the relationship between boredom and sustained attention. *Experimental brain research*, 221(1): 59-67. DOI: 10.1007/s00221-012-3147-z.
- Mercer-Lynn K.B., Flora D.B., Fahlman S.A. & Eastwood J.D. (2013). The measurement of boredom: differences between existing self-report scales. *Assessment*, 20(5): 585-596. DOI: 10.1177/1073191111408229.
- Mercer-Lynn K.B., Bar R.J. & Eastwood J.D. (2014). Causes of boredom: The person, the situation, or both? *Personality and Individual Differences*, 56: 122-126. DOI: 10.1016/j.paid.2013.08.034.
- Morey S. (2017). *Single Case Methods in Clinical Psychology*. London: Routledge.
- Lambruschi F. & Muratori P. (2020). *I disturbi del comportamento in età evolutiva. Fattori di rischio, strumenti di assessment e strategie psicoterapeutiche*. Erickson, Trento.
- O'Hanlon J.F. (1981). Boredom: Practical consequences and a theory. *Acta Psychologica*, 49(1): 53-82. DOI: 10.1016/0001-6918(81)90033-0.
- Von Gemmingen M.J., Sullivan B.F. & Pomerantz A.M. (2003). Investigating the relationships between boredom proneness, paranoia, and self-consciousness. *Personality and Individual Differences*, 34(6): 907-919. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00219-7.
- Weybright E.H., Caldwell L.L., Ram N., Smith E.A. & Wegner L. (2015). Boredom Prone or Nothing to Do? Distinguishing Between State and Trait Leisure Boredom and its Association with Substance Use in South African Adolescents. *Leisure sciences*, 37(4): 311-331. DOI: 10.1080/01490400.2015.1014530.
- Weybright E.H., Doering E.L. & Perone S. (2022). Difficulties with Emotion Regulation during COVID-19 and Associations with Boredom in College Students. *Behavioral Sciences*, 12(8): 296. DOI: 10.3390/bs12080296.
- Wojtowicz Z. & Loewenstein G. (2020). Curiosity and the Economics of Attention. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 35: 135-140. DOI: 10.1016/j.cobeha.2020.09.002.

Da bruco a farfalla: il caso di Roberto

Liana La Gioia*, Carlotta De Chirico**,
Maria Grazia Foschino Barbaro***



*Ricevuto il 3 giugno 2023
accettato il 12 novembre 2023*

Sommario

Il lavoro espone e sintetizza l'intervento psicoterapeutico di Roberto, un bambino con un Disturbo Specifico dell'Apprendimento con compromissione del calcolo e della scrittura, in comorbidità con Disturbo d'Ansia Generalizzato. A seguito della valutazione si è ritenuto opportuno iniziare una psicoterapia e impostare un intervento sulle difficoltà di apprendimento con lo scopo di far acquisire al bambino un metodo di studio idoneo a compensare le sue problematiche. Data la presenza in comorbidità, di un disturbo d'ansia generalizzato, si inizia un trattamento psicoterapeutico attraverso il protocollo "Cool Kids" per il trattamento dei disturbi d'ansia.

L'intervento si è focalizzato sulla riduzione dei sintomi ansiosi e l'accettazione di possibili fallimenti scolastici e relazionali. Nella prima fase di psicoeducazione, è stato spiegato al bambino come funziona l'ansia, come si attiva e il suo circolo vizioso.

Il miglioramento dei sintomi è stato osservato in fase di condivisione del profilo interno in seguito, si è intervenuti attraverso la ristrutturazione cognitiva, sulla paura di essere inadegua-

* Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva AIPC-BARI; Viale Borsellino e Falcone, 2 – 70125 Bari; e-mail: lagioialiana@libero.it.

** Psicologa, Psicoterapeuta in formazione 1° anno Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva AIPC BARI; Via Bengasi, 19 – 70124 Bari; e-mail: dechirico.carlotta1@gmail.com.

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Centro Clinico, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva AIPC-BARI; Viale Borsellino e Falcone, 2 – 70125 Bari; mariagraziafoschinobarbaro@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16933

to e giudicato. Ci si è focalizzati anche sulla scoperta dei propri interessi e valori. Roberto ha imparato, nonostante l'ansia, ad affrontare situazioni che riteneva difficili da vivere.

Parallelamente si è svolto un lavoro di *parent training* finalizzato ad aiutare il loro figlio a gestire meglio la sua ansia, lavorando sul loro senso di competenza e sul modificare il loro comportamento al fine di evitare l'escalation che si produce nei momenti di ansia.

Per Roberto è stato anche previsto un ciclo di intervento di potenziamento sulle difficoltà di apprendimento svolto da uno specialista. Nel corso dei trattamenti, si sono osservati dei miglioramenti nelle performance scolastiche, nelle relazioni sociali e con i familiari.

Parole chiave: Disturbo di Apprendimento, Disturbo d'Ansia Generalizzata, Terapia cognitivo-comportamentale, metodo di studio.

From caterpillar to butterfly: Roberto's story

Abstract

The paper presents and synthesizes the psychotherapeutic intervention with Robert, a child with Specific Learning Disorder characterized by impairments in calculation and writing, and the comorbidity of Generalized Anxiety Disorder. Following the assessment, psychotherapy treatment was started and an intervention targeting the learning difficulties was implemented to equip the child with a suitable study method to compensate for his difficulties. Due to the comorbidity of Generalized Anxiety Disorder, a psychotherapeutic treatment using the Cool Kids protocol for anxiety disorders was selected.

The intervention aimed at reducing anxious symptoms and accepting possible academic and interpersonal failures. In the initial phase of psychoeducation, the child was explained how anxiety works, how it is activated, and its vicious cycle. Improvement in symptoms was observed during the sharing of the internal profile. Subsequently, cognitive restructuring was employed to address the fear of inadequacy and judgment. Attention was also given to explore interests and values. Despite the feeling of anxiety, Roberto learned to face situations he believed being difficult to experience. Simultaneously, parent training was conducted to support to better manage their child's anxiety, working on their sense of competence, and modifying their behavior to avoid escalation during moments of anxiety.

A specialized intervention was also planned to help Roberto with his learning difficulties. Throughout the treatments, improvements were observed in academic performance, social relationships, and family interactions.

Keywords: Learning disorder, Generalized Anxiety Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy, study method.

Introduzione

Con l'acronimo DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento) si intende una categoria diagnostica, relativa ai Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento che appartengono ai disturbi del neurosviluppo (DSM-5, 2014). Le

ricerche hanno messo in luce che i DSA si presentano associati a disturbi emotivi e comportamentali che, se sottovalutati, possono costituire un fattore di rischio per il futuro benessere psicologico dell'individuo (Mugnaini *et al.*, 2008).

L'esperienza clinica e i dati riportati da numerose ricerche suggeriscono che si presentano frequentemente associati a disturbi emotivi e comportamentali. La comorbilità fra i DSA e i disturbi di tipo internalizzanti o esternalizzanti è tra il 25-50%. Le categorie diagnostiche maggiormente riscontrate riguardano il deficit di attenzione e iperattività; il disturbo oppositivo-provocatorio; i disturbi della condotta; il disturbo depressivo e i disturbi di ansia. I DSA comportano conseguenze, tra cui risultati scolastici inadeguati, frustrazioni, elevati tassi di abbandono scolastico e bocciature (Stella & Biancardi, 1992). Le difficoltà inducono scarsa fiducia nelle proprie capacità e la credenza "non posso farcela".

L'anticipazione del fallimento diminuisce la motivazione, l'impegno e la persistenza nel compito (Bandura, 1997; Lau & Chan, 2003), e può anche indurre a evitare i contesti di apprendimento. Tutti questi vissuti potrebbero aumentare le probabilità d'insuccesso e rafforzano ulteriormente la credenza di non essere capaci. Di conseguenza appare evidente come un DSA possa rappresentare un potenziale elemento di rischio psicopatologico. La comorbilità tra dislessia e disturbi psicologici è infatti molto alta, con percentuali che arrivano anche al 72% (Backer & Neuhauser, 2003).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la discalculia un disturbo a base organica, geneticamente determinato ed espressione di una disfunzione cerebrale (OMS, 1992). La disgrafia è un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nella realizzazione della stessa; per disortografia si intende un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica (Legge 8 ottobre 2010, n. 170, "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico", GU n. 244 del 18-10-2010, e successive disposizioni legislative). Secondo l'OMS il disturbo d'ansia generalizzato si caratterizza per la presenza, eccessiva e prolungata nel tempo, della sintomatologia ansiosa frutto dell'attività mentale di *worry* (rimuginio).

A differenza degli altri disturbi d'ansia, ha come tema della preoccupazione un'ampia gamma di stimoli e situazioni che non possono essere definite e raggruppate all'interno di un'unica categoria, come nel caso di una fobia specifica o disturbo da attacco di panico. Il contenuto delle preoccupazioni si estende a diverse aree tematiche: famiglia, lavoro, salute, relazioni. Il disturbo d'ansia generalizzata (GAD) è un disturbo psichiatrico inserito, nel DSM-5, all'interno del capitolo dei disturbi d'ansia ed è caratterizzato dalla

presenza di sintomi ansiosi (sia psichici che fisici) che non sono legati a una causa specifica ma sono appunto “generalizzati”. Lo stato d’ansia è cronico anche se è alternato da momenti di aumento dell’intensità, il paziente tende a essere costantemente in allerta, a preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa, evidenziando nel tempo una riduzione significativa della qualità di vita.

I sintomi ansiosi tendono a essere presenti per tutta la giornata, per tutti i giorni, e le preoccupazioni riguardano temi della vita quotidiana del paziente come la famiglia, la situazione economica, il lavoro e la salute personale. Chi soffre di disturbo d’ansia generalizzata riferisce inoltre uno stato di costante preoccupazione nei confronti del futuro, insieme a uno stato di tensione e di inquietudine diffusa che non è in grado di controllare. Alcuni studi sostengono che i sintomi di ansia e depressione sono più frequenti nei bambini con DSA proprio perché sono bambini consapevoli delle proprie difficoltà, sperimentano spesso vissuti fallimentari, e mostrano livelli più bassi di autostima rispetto ai bambini senza DSA. Questo perché sviluppano meno strategie per affrontare le difficoltà emotive che si possono verificare durante le lezioni. Spesso, infatti, gli studenti con problemi di apprendimento presentano sintomi internalizzanti (il 26% secondo Porter & Rourke, 1985), come ansia e depressione. Tuttavia, non mancano risultati contrastanti. Heiervang, Stevenson, Lund e Hugdahl (2001) hanno riscontrato che i bambini dislessici hanno la stessa probabilità dei normolettori a sviluppare problemi internalizzanti.

Caso clinico

Roberto è un bambino di 9 anni che frequenta la quarta elementare. La coppia genitoriale chiede una consulenza per le difficoltà nell’ambito degli apprendimenti e il persistere di episodi in cui il piccolo è in ansia.

Unigenito, di un nucleo familiare, trasferitosi da un’altra città, per problemi lavorativi dei genitori, a casa dei nonni materni. Quando Roberto aveva 4 anni, il nonno materno, a cui era molto legato, si ammala e successivamente subisce un intervento. Il bambino vive tutto il periodo di malattia del nonno con grande preoccupazione partecipando alle cure che gli fornivano la mamma e la nonna. Rispetto a questo periodo le insegnanti riferivano ai genitori facile distraibilità e difficoltà nel seguire le lezioni. All’età di 6 anni, vive la malattia della zia materna, la quale si trasferisce nella casa dei nonni – dove la famiglia di Roberto viveva – e dopo un anno viene a mancare. All’età di 7 anni il piccolo viene ricoverato per un’infezione, in tale occasione verrebbe sottoposto ad accertamenti invasivi segue assenza da scuola per quasi due mesi. Durante il periodo di degenza riferiva alla mamma “*Non voglio più*

stare qui in ospedale, mi mancano i nonni e voglio giocare con i miei amici”, “Sono preoccupato per i nonni che sono soli a casa”.

La famiglia riporta questo periodo molto stressante per il piccolo in cui è particolarmente preoccupato per i nonni soli a casa e per il rendimento scolastico date le numerose assenze.

Secondo la madre i suddetti eventi stressanti avrebbero generato in Roberto delle ansie, spesso è preoccupato per la salute sua e dei familiari e lamenta dei dolori.

Nel colloquio vengono riportati dai genitori episodi di ansia in cui Roberto riferisce di avere la tachicardia e chiede alla madre “*Mamma vedi mi batte il cuore*”, la madre puntualmente gli controlla il battito al fine di rassicurare il figlio. I genitori ogni volta che il bambino chiede rassicurazioni sono pronti a fornirle.

All’età di 7 anni frequenta lezioni di nuoto per circa un anno, abbandona questo sport perché inizia a temere che in acqua potrebbe accadergli un incidente. Dopo qualche mese, decide di iniziare lezioni di muay thai per 2-3 volte a settimana. La famiglia riporta che il primo giorno, al termine della lezione, non vedendo il padre, inizia a preoccuparsi chiedendo aiuto alla segreteria della palestra. Da quel giorno comincia il timore di non essere più ripreso vivendo così con ansia il momento della lezione; se lo accompagna la mamma controlla continuamente dal vetro se è fuori ad aspettarlo.

Nel corso di un’uscita scolastica, la maestra riferisce ai genitori che il bambino richiedeva la vicinanza dell’adulto, non si allontanava da lei seppur incoraggiato a raggiungere i compagni, domandava di essere messo in contatto con i genitori perché preoccupato per loro.

Per quanto riguarda il profitto scolastico, la madre riferisce che Roberto si distrae frequentemente durante i compiti, mostra difficoltà in matematica soprattutto nelle operazioni, nelle tabelline, nella risoluzione dei problemi e nello svolgimento dei temi. Ha voti bassi nello scritto (ad esempio nei testi – riferisce – “*Non so che scrivere*”); la grafia sembra essere peggiorata rispetto agli anni scorsi. Nei dettati di brano errori tipici sono omissione di parole e doppie; inoltre emergerebbe difficoltà a copiare dalla lavagna. Per quanto riguarda le materie orali, ha bisogno nello studio del supporto di un adulto che gli spieghi la lezione.

Vengono riportati dalla famiglia altri episodi di ansia, in particolare un episodio che sembra aver parecchio spaventato Roberto; di ritorno da scuola, mentre era sull’autobus, un bambino che frequenta la sua stessa scuola, lo avrebbe minacciato con dei gesti. Da allora, prova ansia ogni qualvolta deve prendere l’autobus. Se deve recarsi nel bagno della scuola teme di incontrarlo nei corridoi.

La madre lo descrive sensibile e affettuoso; il padre lo descrive come un bambino buono, sensibile, a volte immaturo, ad esempio litiga con la cuginetta di due anni ed è geloso dei suoi giochi. Roberto ha come *hobby* il disegno, riproduce quadri di artisti famosi.

Dal colloquio con le insegnanti, emerge che Roberto è un bambino che vuole stare spesso al centro dell'attenzione. Nel gruppo deve decidere lui l'attività da svolgere e se inserito nel gruppo da lui gradito si distrae facilmente senza lavorare. A dire delle insegnanti commette parecchi errori di ortografia e ha difficoltà in matematica.

Nell'esposizione orale invece ha un'ottima proprietà di linguaggio ed è capace di fare collegamenti.

I genitori riportano episodi in cui il bambino manifesta sintomatologia ansiosa in vari contesti, difficoltà di gestione della rabbia e nelle relazioni interpersonali. Dopo una serie di eventi stressanti e malattie di alcuni familiari, tra le varie ansie, sviluppa preoccupazione per la salute sua e dei familiari.

Roberto si trovava a trascorrere i pomeriggi in preda al pensiero delle circostanze catastrofiche e negative che sarebbero potute accadere ai familiari in ritardo dall'orario in cui avrebbero dovuto far ritorno in casa, potrebbero aver subito incidenti e ogni altro tipo di catastrofe.

Il bambino non riusciva a intravedere altra possibilità se non l'attività mentale di rimuginio e la richiesta di continue rassicurazioni e conferme da parte dei nonni.

Tale atteggiamento, si tratta di uno stile (il rimuginio) che il bambino riteneva utile per gestire al meglio le circostanze negative immaginate. Ogni qualvolta i genitori tornavano a casa sani e salvi, e il bambino aveva trascorso l'intero pomeriggio a preoccuparsi, questa combinazione evento-gestione mentale dell'evento, agiva rinforzando l'atteggiamento di Roberto, il quale era spinto ad agire nuovamente allo stesso modo quando i genitori si trovavano nelle stesse circostanze.

Il bambino credeva di "far qualcosa, di occuparsi del problema" e questo gli restituiva la percezione di un certo livello di controllo sulle situazioni. Alla lunga, tale atteggiamento ha cominciato ad avere conseguenze e ripercussioni sul suo benessere e quello dell'intera famiglia (genitori e nonni).

Così facendo, le attività pomeridiane di Roberto si riducevano al minimo, tendeva a distrarsi dai compiti e dall'attività sportiva praticata.

Dopo una valutazione neuropsicologica di cui di seguito si espongono i risultati, si fa diagnosi di Disturbo Specifico dell'Apprendimento con compromissione del calcolo 315.1 (F81.81) e della scrittura 315.2 (F81.81) in comorbidità con Disturbo d'Ansia Generalizzato 300.02 (F41.1) (DSM-5).

Funzionamento cognitivo

Dalla somministrazione della Scala d'Intelligenza WISC-IV (Wechsler, 2012) risulta quanto di seguito riportato.

Tabella 1 – Indici e QI

| Scale | Indici |
|---|--------|
| Indice di comprensione verbale (ICV) | 94 |
| Indice di ragionamento visuo percettivo (IRP) | 87 |
| Indice di memoria di lavoro (IML) | 76 |
| Indice di velocità di elaborazione (IVE) | 74 |
| Indice di abilità generale (IAG) | 89 |
| Totale Quoziente Intellettivo (QI) | 79 |

Si somministrano le prove di *lettura 2-3* della *DDE-2 (Batteria per la Valutazione della Dislessia e Disortografia Evolutiva)* (Sartori *et al.*, 1995). Dalle quali emerge una prestazione nella norma in velocità nella lettura di parole e non parole. Nella correttezza in entrambe le prove risulta una prestazione al di sotto del range di variazione normale.

Dalla somministrazione delle *prove di scrittura 6-7-8 3* della *DDE-2 (Batteria per la Valutazione della Dislessia e Disortografia Evolutiva)* (Sartori *et al.*, 1995) nelle prove di scrittura di parole e dettato di frasi omofone risultano prestazioni carenti, nella prova di scrittura di non parole risulta una prestazione al di sotto del range di variazione normale.

Dalla prova di *lettura del brano MT-3-Clinica* (Cornoldi, 2017) emerge una prestazione sufficiente sia in rapidità che in correttezza.

Alle prove di *comprensione dei brani MT-3-Clinica* Roberto nel brano di cronaca si colloca nella fascia di prestazione “Sufficiente”.

Nel brano informativo si colloca nella fascia di prestazione “Richiesta di attenzione”. Complessivamente nella prova di comprensione si colloca nella fascia di prestazione “Richiesta di attenzione”.

Si somministra *BVSCO-3 (Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica)* (Cornoldi *et al.*, 2022). Nella scrittura dettata di un testo rientrano in:

- “Richiesta di intervento immediato”: errori fonologici, errori accenti-doppie, errori minori ed errori totali;
- “Richiesta di attenzione”: omissioni e parole inappropriate.

Per quanto riguarda la velocità di scrittura, le tre prove (scrittura di “le”, di “Uno”, di “Numeri”) rientrano nella prestazione normale. Nella prova copia di brano la prestazione è sufficiente per il numero di parole ma per gli errori rientra nella fascia richiesta di intervento immediato.

Nelle Prove di valutazione della capacità di produzione del testo scritto emerge che Roberto produce una storia breve senza descrivere l’immagine; presenta un’aderenza alle consegne poco adeguata. Il testo a livello strutturale è formato da due frasi molto lunghe senza l’utilizzo della punteggiatura. La struttura lessicale risulta non adeguata all’età, e caratterizzata da una terminologia poco variabile. La capacità di produzione del testo scritto risulta limitata nella componente espressiva.

Il testo narrativo presenta una parziale aderenza alle consegne, è composto da un’unica frase priva di punteggiatura. La consequenzialità delle immagini risulta corretta. Sono presenti errori ortografici (omissione di doppie, fusione illegale). La struttura lessicale è caratterizzata da poca variabilità terminologica.

Per la valutazione della scrittura viene somministrata la Scala sintetica – *BHK (Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva)* (Di Brina & Rossini, 2011) dalla quale emerge un punteggio nettamente deficitario sia in velocità che nel livello qualitativo.

Per la valutazione del calcolo viene somministrata *BDE 2 (Batteria Discalculia Evolutiva. Test per la diagnosi dei disturbi dell’elaborazione numerica e del calcolo in età evolutiva)* (Biancardi *et al.*, 2016) relativa alla classe frequentata, emergono i seguenti punteggi:

- *Area del numero*: nella norma le prove di scrittura e ripetizione di numeri, sotto la norma la prova di conteggio e nella fascia clinica la prova di lettura di numeri.
- *Area del calcolo*: tutte le prove rientrano nella fascia clinica (moltiplicazioni a mente, calcolo rapido e a mente, e tabelline dirette).
- *Area del senso del numero*: nella norma la prova inserzioni, sotto la norma le prove di triplette e linea dei numeri, in fascia clinica la prova di calcolo approssimativo.
- *Soluzione di problemi aritmetici*: punteggio sotto la norma.

In conclusione, nella fascia clinica rientrano il quoziente numerico, di calcolo e il totale e il quoziente del senso del numero sotto norma.

Date le difficoltà riportate sia dalla famiglia che dagli insegnanti, si approfondisce l’area relativa all’attenzione. Si decide di somministrare *Test delle Campanelle Modificato* (Biancardi, 1997).

Dalla somministrazione risultano punteggi al di sotto della media sia in rapidità che in accuratezza. Per approfondire ulteriormente l'attenzione si somministrano prove della *Batteria BIA (Batteria Italiana per l'ADHD)* (Marzocchi *et al.*, 2010).

- *Test di attenzione uditiva (TAU)*: la prova misura l'attenzione uditiva sostenuta e attiva altri processi cognitivi, tra cui la memoria di lavoro per il trattenimento dell'informazione uditiva, il recupero fonologico della stringa di fonemi corrispondente al numero da ricordare, l'updating per far avanzare il conteggio dei suoni. Risultano valori patologici. Ottiene un punteggio indicativo di media-alta difficoltà.
- *Test di Stroop Numerico*, per la valutazione dei processi inibitori in accesso, da cui risulta. Dal test si evince che Roberto compie errori di identità (interferenza) e di conteggio. Il tempo di interferenza rispecchia l'efficienza con cui il bambino riesce a inibire una risposta automatica (leggere l'identità del numero) e attivare la risposta controllata (contare il numero di elementi). Tale valore risulta di media alta-gravità; emerge difficoltà a controllare le informazioni interferenti.
- *Test di Memoria Strategica Verbale (TMSV)*: valuta diversi aspetti della memoria episodica: la capacità di ricordo totale, l'elaborazione semantica delle informazioni e l'uso delle strategie di apprendimento. Da cui risulta che: la capacità di ricordo totale risulta compromessa, Roberto fa fatica a organizzarle probabilmente per la mancanza di un'adeguata strategia di categorizzazione semantica. Il numero totale di parole rievocate e le parole in cluster risultano influenzati dalla memoria a breve termine e dalla padronanza lessicale. Le conseguenze di questa difficoltà di organizzazione del materiale non risultano particolarmente evidenti nei compiti di libera rievocazione, bensì nelle attività cognitive e scolastiche ove è richiesto di organizzare materiale e soprattutto nello studio di materie quali storia, geografia o scienze, dove le informazioni necessitano di essere memorizzate in maniera strutturata. Roberto ottiene un punteggio indicativo di media-alta difficoltà.
- *Test CP*, per la valutazione dell'attenzione visiva sostenuta, da cui risulta che Roberto ha difficoltà nel mantenere l'attenzione costante per un periodo di tempo prolungato. Il punteggio ottenuto è indicativo di media-alta difficoltà.
- Alle scale *SDAG* e *SDAI* (Scale per la disattenzione e iperattività somministrate a genitori e insegnanti) (Cornoldi *et al.*, 1996), per la rilevazione dei comportamenti di disattenzione e iperattività/impulsività somministrate rispettivamente la prima ai genitori e la seconda alle insegnanti emergono i seguenti risultati:

- SDAG: punteggi deficitari in disattenzione, nella norma nella scala iperattività.
- SDAI: punteggi deficitari per la disattenzione e ai limiti inferiori della norma per l'iperattività.
- Al test *SAFA* (*Scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti*) (Cianchetti, 2001), emergono punteggi patologici nelle scale totali Ansia e Depressione e nelle sotto scale: ansia generalizzata, ansia sociale, da separazione, umore depresso, anedonia disinteresse, umore irritabile, paura della maturità, ipocondria. Punteggi borderline nelle sotto scale: ansia relativa alla scuola, senso di inadeguatezza-bassa autostima.
- Al *TMA* (*Valutazione multidimensionale dell'autostima*), (Bruce, Bracken, 2004) emergono punteggi molto negativi nell'area interpersonale, emozionale; lievemente negativa l'area della competenza scolastica; nella media l'autostima familiare e corporea. Complessivamente il punteggio dell'autostima risulta lievemente negativa.
- Alla *CBCL* (*Questionario sul comportamento del bambino*) (Achenbach, 2001), somministrato ai genitori, emergono punteggi che superano il *cut-off* per problemi internalizzanti ansioso/depressivi; raggiunto ma non superato il *cut-off* per problemi di attenzione.

Profilo interno del disturbo

I sintomi d'ansia di Roberto sembrano emergere in situazioni in cui valuta ci possa essere un esito catastrofico sia per sé che per gli altri, in particolare per i suoi genitori e per i nonni. Tale ansia e attesa apprensiva è presente per la maggior parte del giorno.

Roberto mostra difficoltà a controllare le sue preoccupazioni. L'ansia è associata a irrequietezza e irritabilità visibili sia dai genitori nell'ambito del contesto familiare, che dalle insegnanti a scuola. Inoltre, è presente facile affaticamento, difficoltà a concentrarsi e vuoti di memoria durante lo studio. I genitori evidenziano difficoltà nell'addormentamento e sonno inquieto.

Tale sintomatologia impedisce a Roberto di svolgere compiti velocemente e in maniera efficiente, aumentando la sua irritabilità.

Nell'ambito del contesto scolastico è presente la credenza di essere inadeguato sul piano intellettuale, di non essere competente quanto i suoi compagni di classe. Tale disagio si manifesta con ansia da prestazione, momenti di inibizione nel contesto scolastico durante le interrogazioni, blocco e rinuncia dinanzi a compiti in cui valuta di non essere capace a sostenere le prove allo stesso modo degli altri.

Fattori e processi di mantenimento

Roberto è iperfocalizzato sulle sensazioni corporee, questo lo induce a sviluppare un'attenzione selettiva rispetto alle manifestazioni somatiche che altrimenti non verrebbero notate. Inoltre, i comportamenti protettivi (far controllare il proprio battito cardiaco ai genitori, ricerca continua e costante della presenza degli stessi) non gli permettono di sperimentare che gli stati ansiosi sono transitori.

Gli evitamenti delle situazioni che potrebbero generargli ansia e preoccupazione (trovarsi da solo alla lezione di muay thai) mantengono intatta la credenza che qualora dovesse sentirsi male ci sarebbero esiti catastrofici. Infine, sono presenti pensieri secondari di autocritica rispetto alla propria condizione attuale (*“Non sono più bravo a rimanere da solo a lezione di muay thai”*) che gli mantengono un'idea di sé come debole e non più in grado di gestire le situazioni problematiche. Questo aumenterebbe il senso di minaccia percepito, in quanto le sue risorse nella situazione attuale non sembrerebbero sufficienti per fronteggiare l'evento e questo genera in Roberto maggiore preoccupazione e ansia. I Fattori individuali osservati nel caso di Roberto sono:

- Il pensiero di Roberto *“Sono stupido e non so fare niente”* è mantenuto dall'inefficacia scolastica; di conseguenza a scuola il bambino non faceva uso degli strumenti compensativi e dispensativi previsti tentava di farcela da solo (tentativo di soluzione) sperimentando così insuccessi.
- Roberto mette in atto degli evitamenti: spesso si assenta dalla palestra come tentativo di restare con i genitori e timore di sperimentare sintomi ansiosi e si assenta da scuola per restare a casa con i nonni.

I Fattori interpersonali riscontrati nel caso di Roberto sono: In classe le insegnanti non tenevano conto del Piano Didattico Personalizzato stilato in base al suo profilo neuropsicologico; lo interrogavano senza programmare l'interrogazione, i compiti a casa assegnati erano molti e non adeguati alle sue difficoltà, questo aumentava la sua percezione di non essere adeguato e di avere un problema che gli altri non hanno. Si continuava a ripetere *“Sono diverso dai miei compagni, loro sono più intelligenti di me”*.

Il modello cognitivo per l'ansia e il DAG

I pazienti affetti da DAG (Disturbo d'Ansia Generalizzato) appaiono cronicamente ansiosi e apprensivi, vivono in uno stato di eccessiva preoccupa-

zione per le circostanze quotidiane, questo comporta una condizione di allarme e ipervigilanza. Seppur in assenza di gravi ma realistiche motivazioni, riferiscono apprensione per la salute fisica dei familiari e le capacità di rendimento lavorativo o scolastico.

La componente somatica associata è costituita da sintomi del sistema neurovegetativo, tra cui respiro affannoso, palpitazioni, sudorazione, secchezza delle fauci, sensazione di nodo alla gola o di testa vuota, vampate di caldo; frequenti sono i disturbi della serie gastroenterica (meteorismo, nausea e diarrea). I sintomi legati a tensione muscolare, capo, collo, dorso sono responsabili dei dolori diffusi e delle cefalee. Talvolta il coinvolgimento della sfera muscolare comporta tremore e/o contrazioni e irrigidimenti degli arti superiori.

Sono infine presenti sintomi della sfera cognitiva (ridotta concentrazione, facile distraibilità, disturbi della memoria) e della vigilanza (irrequietezza, irritabilità, nervosismo, facilità a sussultare, stato di allarme). I disturbi del sonno si manifestano sotto forma di insonnia iniziale, centrale o di sonno interrotto da frequenti risvegli.

L'elemento qualificante il disturbo d'ansia generalizzato è il "rimuginio" ("worry"), attività mentale ripetitiva e pervasiva i cui contenuti consistono in previsioni essenzialmente negative. In questo disturbo dominante è il tema del controllo; il paziente è convinto che il completo controllo degli eventi, possa consentirgli di evitare la catastrofe temuta, per tale motivo è ipervigile verso gli stimoli minacciosi sia interni che esterni.

Secondo Wells (Wells, 1997), esistono due tipi di preoccupazioni che vivono le persone con questa problematica, l'autore le definisce di tipo 1 e tipo 2.

Le preoccupazioni di tipo 1 riguardano fatti e circostanze ritenuti pericolosi e che la persona ritiene di poter controllare mediante strategie verbali, rimuginio, utili a passare in rassegna ogni aspetto e particolare della situazione al fine di individuare una via d'uscita al problema. Tentativo infruttuoso, ogni tentativo finisce col far emergere aspetti ancora più negativi e incontrollabili della situazione i quali, inoltre, danno origine a un grave stress dovuto alla presenza di pensieri negativi ed emozioni intense e difficili da gestire. Quest'ultimo aspetto è alla base delle preoccupazioni di tipo 2. La stessa persona si rende conto di aver perso il controllo di quella strategia (rimuginio) che riteneva utile e sviluppa una forte apprensione nei confronti di tutti quei pensieri che arrecano stress e disagio.

Crede di stare per impazzire e che per via di questi pensieri ne avrà un danno ulteriore alla sua salute mentale. La persona agisce un'ampia gamma di comportamenti protettivi, prevalenti sono gli evitamenti esperienziali e le continue richieste di rassicurazioni agiti prevalentemente a persone di fidu-

cia e a lui vicine. Molto spesso è proprio l'atteggiamento delle figure di riferimento, con le continue rassicurazioni e azioni protettive (tra queste, per esempio, accompagnare la persona nei suoi spostamenti o sostituirsi a lei in attività e circostanze ritenute pericolose) a favorire il mantenimento del problema nel tempo.

Il trattamento cognitivo del disturbo d'ansia generalizzato prevede che da un evento scatenante abbia origine una preoccupazione di tipo 1, legata a credenze positive relative al rimuginio; successivamente, si innescherebbero preoccupazioni di tipo 2, collegate alle credenze negative inerenti le rimuginazioni di tipo 2, collegate alle credenze negative relative le rimuginazioni, susseguenti a sensazioni di mancanza di controllo delle stesse e vissuti di disagio, in risposta alle quali vengono messi in atto comportamenti di evitamento e ricerca continua di rassicurazioni. L'evitamento consiste nell'evitare stimoli esterni valutati dal paziente come minacciosi; la ricerca delle rassicurazioni ha lo scopo di interrompere le preoccupazioni. Il paziente capita spesso che tenta di respingere le preoccupazioni con l'effetto paradossale di aumentare intensità e frequenza; ricerche dimostrano che il tentativo di non pensare a qualcosa ha il risultato opposto.

In una review di Caselli e collaboratori sull'efficacia della Terapia cognitivo-comportamentale nei disturbi d'ansia, gli autori affermano che il processo di cambiamento avviene attraverso un circuito che prevede: l'identificazione dei timori nucleari e dei comportamenti di evitamento/controllo, la disputa verbale delle credenze che sostengono la risposta ansiosa, l'esposizione a situazioni temute con la riduzione di evitamento e controllo, l'uso di esperimenti comportamentali per acquisire nuove conoscenze (Caselli *et al.*, 2016).

Trattamento psicoterapeutico

La terapia con Roberto è durata circa un anno e mezzo. Sono state svolte sedute a cadenza settimanale con il bambino e in parallelo si è svolto un lavoro di *parent training* con la famiglia con incontri a cadenza quindicinale, di tanto in tanto sono stati programmati degli incontri con genitori e bambino.

Nel percorso con Roberto sono state utilizzate tecniche cognitive affiancate a esercizi comportamentali (Deacon & Abramowitz, 2004) per questo disturbo che ha come caratteristiche preoccupazioni generalizzate e relative a diversi ambiti della vita quotidiana. È stato utilizzato il programma "Cool Kids" (Rapee, 2014).

Il "Cool Kids" è un programma di trattamento per l'ansia rivolto specificamente ai bambini, che rientrano nei criteri per una diagnosi primaria di

qualunque disturbo d'ansia. È basato sulla Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e mira ad aiutare i bambini a gestire e superare l'ansia in modo efficace.

Il programma "Cool Kids" si sviluppa in diversi moduli che affrontano specifici problemi. È progettato per essere adattabile alle esigenze individuali dei bambini, tenendo conto del loro livello di sviluppo e delle loro particolari preoccupazioni. L'obiettivo principale è quello di insegnare abilità e strategie che possono utilizzare per gestire l'ansia in modo efficace.

Il programma "Cool Kids" si concentra sull'insegnamento di competenze specifiche, tra cui:

- *Identificazione dei sintomi di ansia*: ai bambini viene insegnato a riconoscere i segnali fisici e emotivi dell'ansia.
- *Pensieri ansiosi e negativi*: i bambini imparano a identificare e affrontare i pensieri ansiosi irrealistici. Vengono introdotte tecniche per sostituire i pensieri negativi con pensieri realistici e positivi.
- *Gestione dei sintomi fisici*: i bambini imparano a rilassarsi e ad affrontare i sintomi fisici dell'ansia attraverso tecniche di respirazione e rilassamento muscolare.
- *Risoluzione dei problemi*: vengono insegnate abilità di *problem solving* per affrontare le situazioni.
- I bambini vengono incoraggiati a impegnarsi in comportamenti positivi che contrastano l'ansia ed esposti gradualmente alle situazioni temute.

Il programma "Cool Kids" utilizza anche il coinvolgimento dei genitori per sostenere il trattamento dell'ansia dei bambini. I genitori vengono formati per comprendere l'ansia dei loro figli, fornire supporto e incoraggiamento e implementare le strategie apprese durante le sessioni di terapia.

La Terapia cognitivo-comportamentale mira a eliminare i timori esagerati e i comportamenti di controllo ed evitamento che mantengono i Disturbi d'Ansia (Beck, 1976; Wells, 1997), nel tentativo di riacquisire un senso di sicurezza e di confidenza nelle attività della vita quotidiana. Per l'intervento terapeutico sono state utilizzate strategie di intervento di derivazione CBT:

- *Interventi psicoeducativi* sulla natura dell'ansia, al bambino è stato spiegato il funzionamento dell'ansia a livello fisiologico e dei circoli viziosi correlati, in tale occasione sono state fornite nuove modalità di lettura di pensieri e stati d'animo.
- *Individuazione e riduzione* dei comportamenti protettivi;
- *Esercizi di auto-monitoraggio*, annotazione giornaliera degli episodi visuti durante la giornata poi trascritti nello schema ABC dove in bambino

doveva indicare le situazioni, con pensieri ed emozioni e comportamenti associati. Tale tecnica ha aiutato Roberto a riconoscere i pensieri e le emozioni correlate alle situazioni in cui provava ansia. Una volta condivisi accuratamente quali fossero gli effetti fisiologici di questa emozione, con il bambino abbiamo condiviso l'importanza di ridurre i comportamenti protettivi;

- *Esercizi di esposizione*, in vivo e in immaginazione, dopo aver individuato con il bambino le situazioni che gli provocavano l'ansia, sono state classificate in ordine gerarchico da quella che gli faceva provare meno ansia a quella più temuta. Si sono così stabiliti con il paziente graduali step per affrontare l'evento o la situazione temuti, in modo da confrontarsi con le paure in diversi contesti, solitamente da quello meno fastidioso al più spaventoso.

Nel percorso di *parent training* con i genitori è stato utilizzato il programma "Cool Kids"; nella fase iniziale è stato previsto un intervento psicoeducativo sull'ansia, in tale percorso i genitori hanno imparato le stesse tecniche insegnate al bambino in modo da essere in grado di supportarlo nel mettere in pratica le abilità acquisite. Si è lavorato ricostruendo di volta in volta gli episodi che accadevano a Roberto allo scopo di migliorare potenziare e valorizzare le risorse individuali dei genitori.

Intervento sulle difficoltà di apprendimento

Si è ritenuto opportuno procedere con un tutoraggio specializzato, con lo scopo di far acquisire al bambino un metodo di studio idoneo a compensare le difficoltà di apprendimento. Roberto, a seguito di una diagnosi di disturbo del calcolo e dell'espressione scritta, in comorbidità con il disturbo dell'attenzione selettiva e sostenuta, si reca presso l'associazione culturale per delle ripetizioni specialistiche e un percorso di potenziamento cognitivo, con il fine di acquisire un metodo di studio adeguato alle sue esigenze scolastiche e personali. Si è quindi imparata la strutturazione di mappe mentali (Buzan, 2018) per lo studio orale di materie umanistiche e scientifiche; ci si è focalizzati sugli aspetti potenzianti e la buona riuscita di un compito attraverso rinforzi positivi e infine si è sfruttato ampiamente l'utilizzo di colori, disegni e tecniche di memorizzazione efficace PAV (Paradosso, Azione, Vivido).

Inizialmente si è scelto di intervenire sulle difficoltà di attenzione, in cui si osservano comportamenti come:

- difficoltà nel mantenere l'attenzione sui compiti o su singole attività;
- difficoltà nel portare a termine le attività scolastiche;
- difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane;
- difficoltà di pianificazione delle attività quotidiane e delle attività scolastiche.

Per il potenziamento delle abilità di calcolo si è partiti dalla strutturazione di un obiettivo determinato dal grado di competenza di Roberto, come punto di partenza iniziale. Per il bambino è stato svolto un intervento di 4 mesi con cadenza bisettimanale, della durata di circa 60 minuti.

Gli obiettivi sono stati i seguenti:

- potenziare la conoscenza e la competenza dell'area del senso del numero, in particolare per ciò che concerne la sua conoscenza lessicale, sintattica e posizionale;
- migliorare la capacità e l'autonomia del calcolo a mente e di calcoli veloci e automatizzati;
- migliorare l'autostima di Roberto, relativa alla matematica e al successo scolastico.

Le sedute erano così strutturate: prima parte iniziale di 5/10 minuti circa in cui si chiedeva a Roberto come fossero andate le sue giornate e se ci fossero novità dal punto di vista scolastico, qualche minuto dedicato al ripasso dell'appuntamento precedente e si chiedeva se ci fossero domani applicative o come fosse andata l'applicazione durante la settimana. Questo seguito dalla spiegazione di una nuova strategia, un'applicazione guidata e un'applicazione autonoma della stessa sul suo materiale scolastico, in modo tale da elicitare eventuali dubbi o domande in sede.

Si sono utilizzati strumenti come la calcolatrice, la tavola pitagorica, schede preparate ad hoc per Roberto, e un quaderno in cui poteva scrivere tutte le regole apprese, in modo tale da poterle consultare all'occorrenza. Si è infine cercato di introdurre quanto appreso anche all'interno della vita quotidiana, in modo da automatizzare il processo.

Valutazione di esito

Dopo un periodo di circa un anno e mezzo di trattamento psicoterapeutico e di *parent training* con i genitori, Roberto ha imparato a monitorare il suo stato ansioso, riconoscendolo a livello fisiologico e individuando i pensieri

correlati. I genitori hanno imparato a gestire le loro ansie e a supportare il figlio durante gli episodi in cui era presente la sintomatologia ansiosa. Nel corso della terapia riferivano avere maggiore dialogo con il figlio; osservando che il figlio non metteva più in atto gli evitamenti che prima dell'inizio della terapia erano sistematici. Per quanto riguarda i compiti, Roberto con il supporto del tutor specialistico ha iniziato a pianificare lo studio pomeridiano mettendo in campo le strategie suggeritegli dall'operatore.

Nel complesso, ha consolidato abitudini più adeguate alla sua organizzazione quotidiana (es. preparare il materiale scolastico e lo zaino la sera prima di andare a dormire, mentre prima lo faceva o la mamma o lui stesso in modo frettoloso dimenticando puntualmente materiale a casa).

I voti risultano migliorati, il bambino ha accettato di utilizzare gli strumenti compensativi e dispensativi, questo ha permesso di collezionare successi e di accettare gli insuccessi normalizzandoli.

Dopo aver effettuato le valutazioni post trattamento, si sono potuti riscontrare minori livelli di ansia e un miglioramento dei livelli di autostima soprattutto in ambito scolastico. Roberto ha sviluppato un proprio metodo di studio che lo ha fatto sentire competente. Migliorate risultano anche le relazioni interpersonali sia con i pari che con gli adulti. È in grado di riconoscere i propri modi di pensare abituali, individuando il rapporto tra pensieri-emozioni. Migliorate risultano anche le abilità di autoregolazione del proprio comportamento, R. affronta paure e ansie, attraverso strategie di coping funzionali.

Nell'intervento sulle difficoltà di apprendimento, Roberto è stato inserito in un piccolo gruppo di coetanei, si sono riscontrati problemi di comunicazione poiché si mostrava spaventato e chiuso; presentandosi abbracciato al suo zaino, da cui non c'era modo di staccarlo.

Inizialmente è stato impegnativo entrare nel suo mondo; strategia utilizzata è stata inizialmente la scrittura: è stato utilizzato un diario nel quale riportava i propri pensieri e stati d'animo poiché aveva difficoltà a parlare sia con l'operatore che con i compagni di gruppo.

Pian piano si è cercato di stabilire un rapporto di complicità, utilizzando i suoi interessi (disegni, il lettering e il materiale di cartoleria).

Nelle sedute di psicoterapia mostrava le stesse difficoltà su descritte. Durante le prime sedute era lento e taciturno, dimenticava spesso di fare gli *homework* assegnati, a volte si distraeva e c'era la necessità di riportarlo sul compito.

Molte volte chiedeva la possibilità di rappresentare i suoi stati d'animo e gli episodi accaduti a scuola o a casa in cui sperimentava l'ansia, disegnando e osservando la rappresentazione gli era più facile esporre i pensieri e ricostruire gli episodi. Non ha mai saltato una seduta, riconoscendo l'importan-

za del nostro spazio; tale importanza veniva riportata in seduta dai genitori durante gli incontri di *parent training*. Dopo un anno di trattamento ha imparato a monitorare il suo stato ansioso, a riconoscerlo a livello fisiologico individuando i pensieri correlati. Ha iniziato a esporsi alle situazioni che valutava come pericolose accettando tutti i possibili rischi. Nel gruppo studio si espone, e ha stretto rapporti di amicizia con alcuni ragazzi con i quali si frequenta, ha valutato che l'amicizia è un valore importante per lui, per cui si è impegnato a perseguirlo nonostante l'ansia che non gli permetteva di chiedere all'altro di uscire. I genitori riferiscono che con loro riesce ad avere un dialogo, hanno osservato che Roberto non ricorre agli evitamenti, nell'ambiente scolastico normalizza l'utilizzo degli strumenti compensativi in classe (*"Sono stanco di tener nascosto il mio DSA e ho deciso di dirlo ai miei compagni spiegando loro le difficoltà che incontro nello studio"*).

Attualmente si sta monitorando con sedute mensili l'andamento delle possibili ricadute seppure Roberto risulti consapevole dei suoi pensieri e distorsioni cognitive tali da poterle riconoscere in autonomia per affrontare le possibili situazioni ansiose in maniera più funzionale. Gli incontri con i genitori attualmente con cadenza mensile si stanno focalizzando sulla valutazione dei cambiamenti dei sintomi d'ansia di Roberto, sui cambiamenti dell'atteggiamento degli stessi e sulle abilità che hanno appreso. Tali valutazioni sono fondamentali per il mantenimento dei progressi e per affrontare le possibili eventuali ricadute.

Bibliografia

- Achenbach T.M. & Rescorla L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Milano: Raffaele Cortina, 2014.
- Backer A. & Neuhauser G. (2003). Internalizing and externalizing syndrome in reading and writing disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(5): 329-337.
- Bandura A. (1997). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: Meridian (trad. it.: *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio, 1984).
- Biancardi A., Bachmann C. & Nicoletti C. (2016). *BDE 2. Batteria Discalculia Evolutiva. Test per la diagnosi dei disturbi dell'elaborazione numerica e del calcolo in età evolutiva – 8-13 anni*. Trento: Erickson.
- Bracken B.A. (2004). *Test TMA – test di valutazione multidimensionale dell'autostima*. Trento: Erickson.
- Buzan T. (2018). *Mind Map Mastery: The Complete Guide to Learning and Using the Most Powerful Thinking Tool in the Universe* (Illustrated). Watkins Publishing.

- Caselli G., Manfredi C., Ruggiero G.M. & Sassaroli S. (2016). La Terapia Cognitivo-Comportamentale dei Disturbi d'Ansia: una revisione degli studi di efficacia. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 22(1): 81-101.
- Cianchetti C. & Sannio Fascello G. (2001). *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Cornoldi C., Ferrara R. & Re A.M. (2022). *BVSCO-3. Batteria per la Valutazione clinica della Scrittura e della Competenza Ortografica*. Firenze: Giunti.
- Cornoldi C., Gardinale M., Masi A. & Petternò L. (1996). *Impulsività e autocontrollo*. Trento: Erickson.
- Deacon B.J. & Abramowitz J.S. (2004). Cognitive and behavioral treatment for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60: 429-441. DOI: 10.1002/jclp.10255.
- Di Brina C. & Rossini G. (2011). *BHK. Scala sintetica per la valutazione della scrittura in età evolutiva*. Trento: Erickson.
- Di Pietro M. (2015). *L'abc delle mie emozioni. Giochi e attività per l'educazione razionale-emotiva*. Trento: Erickson.
- Di Pietro M. & Kendall P. (1995). *Terapia scolastica dell'ansia. Guida per psicologi e insegnanti* (XI ed.). Trento: Erickson.
- Lyneham H. (2014). *Il programma Cool Kids. Manuale del terapeuta, del bambino e del genitore*. Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Fisher P.H., Masia-Warner C. & Klein R.G. (2004). Skills for Social and Academic Success: A School-Based Intervention for Social Anxiety Disorder in Adolescents. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 7: 241-249. DOI: 10.1007/s10567-004-6088-7.
- Heiervang E., Stevenson J., Lund A. & Hugdahl K. (2001). Behaviour problems in children with dyslexia. *Nordic journal of psychiatry*, 55(4): 251-256. DOI: 10.1080/080394801681019101.
- Lau K.-I. & Chan D.W. (2003). Reading strategy use and motivation among Chinese good and poor readers in Hong Kong. *Journal of Research in Reading*, 26(2): 177-190. DOI: 10.1111/1467-9817.00195.
- Mifsud C. & Rapee R.M. (2005). Early Intervention for Childhood Anxiety in a School Setting: Outcomes for an Economically Disadvantaged Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10): 996-1004. DOI: 10.1097/01.chi.0000173294.13441.87.
- Marzocchi G.M., Re A.M. & Cornoldi C. (2010). *Batteria Italiana per l'ADHD per la valutazione dei bambini con deficit di attenzione/iperattività*. Trento: Erickson.
- Mugnaini D., Chelazzi C. & Romagnoli C. (2008). Correlati psicosociali della dislessia: Una rassegna. *Dislessia*, 5(2): 195-210.
- Porter J.E. & Rourke B.P. (1985). Socioemotional functioning of learning-disabled children: A subtypal analysis of personality patterns. In Rourke B.P. (ed.). *Neuropsychology of learning disabilities: Essentials of subtype analysis* (pp. 257-279). New York: Guilford Press.
- Rapee R., Wignall A., Abbott M. & Lyneham H. (2014). *Il programma Cool Kids. Manuale del terapeuta, del bambino e del genitore*. Istituto di Scienze Cognitive Editore.
- Sartori G., Job R. & Tressoldi P.E. (1995). *DDE-2. Batteria per la Valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva-2*. Firenze: Giunti.
- Sassaroli S., Lorenzini R. & Ruggiero M.G. (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stella G. & Biancardi A. (1992). Competenze lessicali e abilità di letto-scrittura nei bambini Down. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 59: 589-597.

Liana La Gioia, Carlotta De Chirico, Maria Grazia Foschino Barbaro

- Wechsler D. (2012). *WISC-IV. Wechsler Intelligence Scale for Children – Quarta edizione. Contributo alla taratura italiana*, adattamento italiano di A. Orsini, L. Pezzuti e L. Picone. Firenze: Giunti.
- Wells A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley (trad. it.: *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. Milano: Mc-Graw-Hill, 1999).
- World Health Organization (1990). *International Classification of Diseases ICD-10*. Geneva: WHO (trad. it. *ICD-10: Classificazione Statistica Internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati della decima previsione*. Milano: Masson 1992).

Passaggio alla psicoterapia online durante la pandemia da Coronavirus (Covid-19): variabili associate alla soddisfazione dei pazienti. Il caso del Centro Medico Santagostino



Laura Staccini*, Daniele Cavadini**, Rosa Gravagnuolo***,
Elena Olivetti****, Camilla Bongiovanni*****, Raffaella Calati*****,
Fabio Madeddu*****, Laura Mandelli*****, Stefano Porcelli*****

*Ricevuto il 16 maggio 2022
accettato il 16 novembre 2023*

Sommario

La pandemia da Coronavirus (Covid-19) ha richiesto l'adattamento di pazienti e psicoterapeuti a un'evoluzione del tradizionale setting "in presenza" alla videoterapia (VT). La VT ha visto una progressiva diffusione prima come passaggio obbligato e, poi, come nuova modalità alternativa o integrabile. L'obiettivo di questo lavoro è indagare il grado di soddisfazione dei pazienti nel passaggio alla VT, unitamente all'impatto di attitudini/esperienze pregresse e attuali riguardo alla VT stessa. A tal fine, è stato sviluppato un questionario ad hoc, inviato via e-mail a tutti i pazienti seguiti in psicoterapia, tra marzo e giugno 2020, presso il servizio di Psicologia, Psicoterapia e Psichiatria del Centro Medico Santagostino. È stata condotta un'analisi della distribuzione delle risposte nel campione (n = 111) e un modello di regressione multipla per

* Psicologo, psicoterapeuta, Professore a contratto. Centro Medico Santagostino, Società e Salute SpA, Via Temperanza 6, Milano; Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna, V.le Berti Pichat, 5 – 40126 Bologna; e-mail: laura.staccini2@unibo.it.

** Psicologo, psicoterapeuta. Centro Medico Santagostino. Centro Terapia Cognitiva, Via Rusconi, 10 – 22100 Como; e-mail: daniele.cavadini@santagostino.it.

*** Psicologa, Dipartimento di Psicologia, Università di Milano-Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; e-mail: r.gravagnuolo@campus.unimib.it.

**** Psicologo, psicoterapeuta. Centro Medico Santagostino. Società e Salute SpA, Via Temperanza, 6 – 20127 Milano; e-mail: elena.olivetti@santagostino; camilla.bongiovanni@santagostino.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16934*

valutare l'effetto di specifiche variabili sul grado di soddisfazione espresso dai pazienti. Le difficoltà nell'uso dei sistemi di video-comunicazione e di postazione predicono una minore soddisfazione per la VT. Nell'esperienza di VT, un senso di maggiore spontaneità con il terapeuta e la percezione di impatto sul modo di comunicare correlano, rispettivamente positivamente e negativamente, con la soddisfazione per la VT. Al fine di una migliore esperienza di VT, proponiamo di considerare diverse variabili contestuali e specifiche che ne caratterizzano il setting.

Parole chiave: psicoterapia online, transizione, soddisfazione.

The transition to online psychotherapy during the Coronavirus (COVID-19) pandemic: variables associated with satisfaction of patients. The case of the Santagostino Medical Center

Abstract

Due to the Coronavirus pandemic (Covid-19), the traditional psychotherapeutic setting had evolved to integrate video-conference psychotherapy. Since then, video-conference therapy (VT) has had a progressive diffusion and has become an alternative or integrable psychotherapy modality. The present study aimed to investigate patients' satisfaction with the transition to VT, and the impact of prior and current attitudes/experiences with video-conference psychotherapy. An online survey was e-mailed to all patients treated at the Psychology, Psychotherapy and Psychiatry service of the Santagostino Medical Center between March and June 2020. The analysis of the distribution of responses in the sample (n = 111) and a multiple regression model were conducted to evaluate the effect of each variable on the degree of satisfaction. Problems related to the use of video-communication software and suitable location for VT predicted dissatisfaction with VT. A sense of increased spontaneity towards the therapist and the perceived impact on the way to communicate during VT experiences correlated positively and negatively respectively with satisfaction with VT. For a better VT experience, several setting-related variables should be considered.

Keywords: online psychotherapy, transition, satisfaction.

***** Psicologa, psicoterapeuta, Ricercatore a tempo determinato, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; Dipartimento di Psichiatria dell'Adulto, Ospedale Universitario di Nimes, Francia; e-mail: raffaella.calati@unimib.it.

***** Medico psichiatra, Professore ordinario. Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; e-mail: fabio.madeddu@unimib.it.

***** Psicologo, psicoterapeuta, Professore a contratto. Centro Medico Santagostino. Società e Salute SpA, Via Temperanza, 6 – 20127 Milano; Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi Milano Bicocca, Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 – 20126 Milano; e-mail: laura.mandelli@unimib.it

***** Medico psichiatra. Centro Medico Santagostino. Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna, Viale C. Pepoli, 5 – 40123 Bologna; e-mail: stefano.porcelli@santagostino.it.

Introduzione

La pandemia da Coronavirus (Covid-19) ha comportato una serie di radicali trasformazioni e cambiamenti nella vita e nelle abitudini dell'intera popolazione mondiale, comprese le modalità tradizionali di richiesta ed erogazione dei servizi sanitari. Nel campo della psichiatria e della psicologia, la videoterapia (VT) ha iniziato a occupare un posto sempre più consistente, affiancando e/o sostituendo in alcuni casi la tradizionale psicoterapia "in presenza" (nello studio del terapeuta).

La VT consiste in sedute di psicoterapia effettuate tramite connessione audio-video tra persone che si trovano in luoghi geograficamente distanti, dove c'è sincronia temporale ma non uno spazio fisico condiviso (Field, 1996; Schopp, Demiris & Glueckauf, 2006). La VT sembra portare diversi vantaggi poiché costituisce un valido mezzo attraverso cui rendere facilmente accessibile e immediato l'intervento terapeutico (Chen *et al.*, 2022). Infatti, per le persone affette da disagio psichico, spesso è la natura stessa del disturbo a rendere difficile l'accesso ai servizi di salute mentale (Backhaus *et al.*, 2012), soprattutto a causa di barriere come, ad esempio, i tempi di attesa molto lunghi, il non sapere a chi chiedere aiuto, la carenza di integrazione tra i servizi sanitari e i supporti governativi, le barriere culturali o linguistiche, i timori rispetto allo stigma sociale e i costi elevati (Moroz *et al.*, 2020). Questa osservazione è ancora più evidente per quelle patologie la cui sintomatologia comprende l'isolamento e il ritiro sociale, come nel caso del disturbo da ansia sociale per cui solamente il 10% della popolazione riceve un adeguato trattamento e per cui le nuove tecnologie hanno mostrato essere una valida alternativa alla tradizionale psicoterapia (Grassi & Marsigli, 2020).

Potendo ridurre le barriere sia logistiche che psicologiche che si interpongono tra il paziente e il terapeuta, la VT andrebbe a espandere l'accesso ai servizi di salute mentale e migliorare la qualità della vita di chi soffre di disagio psichico. Inoltre, numerosi studi hanno evidenziato come la VT sortisca esiti clinici simili alla tradizionale psicoterapia in presenza, dimostrandosi efficace nel ridurre significativamente i sintomi di depressione, ansia e migliorando la qualità della vita dei pazienti (Berryhill *et al.*, 2019; Păsărelu *et al.*, 2017; Trenoska Basile *et al.*, 2022).

Tuttavia, nel contesto della salute mentale, dove l'efficacia del trattamento è strettamente legata alla qualità della relazione tra paziente e terapeuta, non è ancora chiaro come questa nuova modalità di erogazione del trattamento sia percepita dai pazienti che usufruiscono dei servizi di salute mentale. Evidenze recenti riportano che, sebbene i pazienti trovino effettivamente più pratico e conveniente l'accesso alla terapia VT, la terapia in presenza

sembra essere ancora percepita come più coinvolgente e utile (van Kessel *et al.*, 2022; Abdelkarim *et al.*, 2022). La VT, infatti, potrebbe incrementare i tassi di abbandono del trattamento, come mostrato in uno studio in pazienti affetti da disturbo depressivo (Deen *et al.*, 2013). Tuttavia, questa osservazione non è unanime, poiché altri autori non hanno trovato differenze significative nel tasso di abbandono tra due gruppi di pazienti oncologici supportati rispettivamente tramite intervento in VT e terapia tradizionale in presenza, suggerendo così un livello di accettazione del trattamento comparabile (Bisseling *et al.*, 2019).

Particolare attenzione è stata rivolta anche al concetto di alleanza terapeutica in VT e sull'impatto che questa nuova tipologia di setting può avere sul legame tra paziente e terapeuta. A tal proposito, rispetto alla terapia tradizionale, la VT potrebbe impattare negativamente sull'alleanza terapeutica, (Norwood *et al.*, 2018). Tuttavia, dalle evidenze empiriche riportate in letteratura emergono frequentemente dati che vanno in direzione opposta. Alcuni studi, infatti, non evidenziano differenze tra la qualità dell'alleanza terapeutica in VT o in terapia in presenza (Knaevelsrud *et al.*, 2006; Simpson *et al.*, 2014; Cipolletta *et al.*, 2018), questo perché la relazione e l'intimità terapeutica che si instaurano nella VT avrebbero caratteristiche specifiche, poiché costruite in modo distintivo e differente rispetto a come avviene nella psicoterapia tradizionale. Quest'idea è supportata da studi recenti che hanno osservato elevati livelli di alleanza terapeutica percepita dai pazienti all'inizio del trattamento online, nonché un senso di maggiore controllo personale e riservatezza percepita (Simpson *et al.*, 2021). In tal senso, il setting online non sembra essere un fattore in grado di compromettere l'alleanza terapeutica, ma al contrario potrebbe andare a rinforzare la qualità del legame (Smaniotto *et al.*, 2020).

Nonostante in diversi studi la VT sembri essere associata a risultati clinici simili alla terapia tradizionale e a una buona soddisfazione dell'utente (Backhaus *et al.*, 2012; Jenkins-Guarnieri *et al.*, 2015), non tutti gli autori hanno riportato le medesime osservazioni. Apolinário-Hagen e collaboratori (2017) hanno condotto un'indagine online per valutare l'atteggiamento dei pazienti nei confronti degli interventi online. Sebbene l'81% dei soggetti abbia dichiarato di essere potenzialmente disposto a usufruire della VT, tale tipologia di trattamento è stata considerata utile ma non equivalente all'approccio tradizionale. Cipolletta e colleghi (2018), analizzando una serie di sessioni di VT, hanno frequentemente osservato la richiesta dei pazienti di integrare le sessioni online con sessioni in presenza, suggerendo che la modalità online era ancora considerata un complemento e non un sostituto della psicoterapia tradizionale. Infine, Osma e colleghi (2019) hanno

evidenziato un alto tasso di rifiuto della terapia VT in un campione di soggetti affetti da disturbo emotivo, essendo da loro valutata come “impersonale e inefficace”.

In aggiunta a queste considerazioni, è opportuno far presente che anche i fattori contestuali determinati dal setting possono avere un impatto sulla soddisfazione e l'esito alla VT, e che alcuni pazienti potrebbero essere più predisposti ad accettare tale tipologia di trattamento rispetto ad altre proprio a causa di caratteristiche specifiche del setting (Etzelmüller *et al.*, 2018).

Alla luce di queste evidenze e della scarsa conoscenza dei possibili fattori che possono avere un'influenza rispetto agli atteggiamenti e alla soddisfazione del paziente per la VT, è stato condotto uno studio con lo scopo di indagare il grado di soddisfazione nei confronti della VT in pazienti in carico presso il servizio di psicologia, psicoterapia e psichiatria del Centro Medico Santagostino. I pazienti erano passati alla modalità online durante il primo lockdown dovuto alla pandemia da Covid-19 a marzo 2020, dovendosi adattare a un nuovo modo di accedere al supporto psicologico (per una descrizione completa si veda Olivetti *et al.*, 2021). Nell'ipotesi che alcuni pazienti siano maggiormente predisposti di altri ad apprezzare la VT, l'identificazione di variabili maggiormente associate alla soddisfazione di un trattamento mediante VT può avere una notevole rilevanza clinica, dato l'attuale aumento della richiesta di tale modalità di usufruire del supporto psicoterapico.

Metodo

Partecipanti

Un questionario costruito ad hoc è stato inviato tramite e-mail ai pazienti in trattamento presso il servizio di psicologia, psicoterapia e psichiatria del Centro Medico Santagostino di Bologna in carico da marzo 2020 a giugno 2020 (circa 1.500 pazienti) e che avevano dato adesione a ricevere materiale tramite newsletter. A causa dell'emergenza pandemica, la grande maggioranza dei pazienti in carico tra marzo e giugno 2020 era stato convertito alla VT, con tassi di conversione fino al 90%. Il questionario, inviato nel giugno 2020, a tale scopo sono state prese in considerazione variabili personali (età, sesso, scolarizzazione, ecc.), il grado di conoscenza e di scetticismo verso la VT, e di dimestichezza con i mezzi di video-comunicazione, riferiti come antecedenti all'esperienza di VT stessa. Abbiamo inoltre considerato la pre-

senza di difficoltà tecniche e di postazione esperite durante la VT, unitamente a variabili volte a indagare la percezione di differenze rispetto alla terapia in presenza, sulla base di alcune suggestioni in letteratura (Abdelkarim & Abdelfattah, 2022; Etzelmueller *et al.*, 2018; Jenkis-Guarnieri *et al.*, 2015; Pruitt *et al.*, 2018). Un totale di 173 pazienti ha compilato almeno la prima sezione (A) del questionario (vedi *Misure*), e 111 (67,7%) hanno compilato per intero il questionario e sono stati inclusi nelle analisi. I pazienti che non avevano proseguito in VT o non avevano compilato per intero il questionario non differivano per età e genere dai pazienti che avevano completato per intero il questionario.

Misure

Il questionario si compone di due sezioni, con domande perlopiù a risposta multipla su scala Likert (da 1 per niente o raramente a 5 molto spesso, sempre):

- la *SEZIONE A*, si compone di 15 domande volte a raccogliere informazioni sociodemografiche, durata e orientamento della psicoterapia in atto, livello di familiarità con i sistemi di VT, precedenti esperienze di VT prima dello stato di emergenza (*“Prima dell'emergenza Covid-19, hai mai fatto sedute di psicoterapia online, tramite video?”*) e grado di scetticismo nei confronti della VT (*“Prima dell'emergenza Covid-19, quanto eri scettico verso la videoterapia online?”*);
- la *SEZIONE B*, si rivolge unicamente ai pazienti che avevano accettato di proseguire le sedute tramite VT durante il lockdown. Si compone di 25 domande volte a raccogliere informazioni riguardo alle difficoltà tecnico-informatiche (es. *“In che misura hai riscontrato difficoltà nell'uso dei dispositivi (pc/tablet/smartphone)?”*) e logistiche (es. *“In che misura hai riscontrato difficoltà nel trovare una postazione idonea per effettuare la seduta?”*), differenze percepite con la psicoterapia in presenza e aspetti legati all'esperienza di VT (es. *“Hai la sensazione di essere in 'connessione' con il tuo terapeuta durante la videoterapia, anche in assenza di una presenza vis-à-vis?”*) e il cambiamento di atteggiamento nei confronti della VT (*“Con il passaggio alla videoterapia, è cambiato il tuo atteggiamento verso questa modalità?”*). Infine, è stata fatta una valutazione della soddisfazione generale per la VT (*“Indica su una scala da 0 a 10 il tuo apprezzamento generale della videoterapia online?”*).

Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state condotte utilizzando la versione 20.0 del software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Sono state eseguite statistiche descrittive per identificare e riportare le caratteristiche dei pazienti, riportando media \pm deviazione standard per le variabili continue e le percentuali per le variabili categoriali. L'associazione tra soddisfazione verso la VT (variabile dipendente) e sesso, età, durata della terapia (in mesi) e soddisfazione globale rispetto alla terapia personale, sono state analizzate mediante test non parametrici (Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis ANOVA e Correlazione di Spearman). Analogamente, l'analisi di correlazione di Spearman è stata utilizzata per analizzare la correlazione tra la variabile dipendente e le restanti variabili a scala likert raccolte al questionario. L'analisi di regressione multipla è stata impiegata per testare possibili predittori indipendenti del grado di soddisfazione per la VT (per un massimo di 5 predittori, data la grandezza campionaria del nostro campione, $n = 111$). Considerato l'elevato numero di variabili considerate, è stato fissato un valore di significatività inferiore a 0,01 (a due vie). Nel nostro campione, con i parametri citati, avevamo un potere statistico sufficiente (0,80) che ci permetteva di individuare dimensioni dell'effetto medie ($d = 0.30$).

Risultati

In generale, l'esperienza di VT viene valutata positivamente (*Tabella 1*).

Tabella 1. Variabili personali, difficoltà tecniche e di postazione ($n = 111$)

| | Media | \pm DS* |
|--|-------|-----------|
| Età (anni) | 34,16 | 10,44 |
| Durata della terapia in atto (mesi) | 13,0 | 13,1 |
| Soddisfazione globale per la terapia (scala 0-5) | 4,5 | 0,7 |
| Soddisfazione per la VT (scala 0-10) | 7,8 | 1,9 |

| | n. | % |
|--------|----|------|
| Sesso | | |
| Uomini | 85 | 76,6 |
| Donne | 26 | 23,4 |

| | | |
|--|-----|------|
| <i>Scolarità</i> | | |
| Media inferiore | 2 | 1,8 |
| Media superiore | 26 | 23,4 |
| Laurea | 57 | 51,4 |
| Post laurea | 25 | 22,5 |
| <i>Tipo di terapia (riferita)</i> | | |
| Cognitivo-comportamentale | 33 | 27,7 |
| Interpersonale/sistemica/relazionale | 19 | 17,1 |
| Psicoanalisi/psicodinamica | 17 | 15,3 |
| Non nota | 42 | 37,8 |
| <i>Setting di terapia pre-Covid</i> | | |
| Presso lo studio del terapeuta | 86 | 77,5 |
| In studio e online | 7 | 6,3 |
| Solo online | 8 | 7,2 |
| Terapia iniziata online durante il Covid | 10 | 9,0 |
| <i>Pregressa esperienza di VT</i> | | |
| No | 96 | 86,5 |
| Sì | 15 | 13,5 |
| <i>Famigliarità con i sistemi di video-comunicazione</i> | | |
| Scarsa | 6 | 5,4 |
| Media | 12 | 10,8 |
| Buona | 93 | 83,8 |
| <i>Conoscenza/Aver sentito parlare di VT</i> | | |
| L'avevo provata in precedenza | 24 | 21,6 |
| Ne avevo sentito solo parlare | 58 | 52,3 |
| Non la conosco | 29 | 26,1 |
| <i>Scetticismo</i> | | |
| Per nulla/poco | 61 | 55,0 |
| No opinione | 12 | 10,8 |
| Molto/abbastanza | 38 | 34,2 |
| <i>Difficoltà a trovare una postazione idonea</i> | | |
| No | 65 | 70,7 |
| Sì | 27 | 29,3 |
| <i>Difficoltà con i sistemi di video-comunicazione</i> | | |
| No | 109 | 98,2 |
| Sì | 2 | 1,8 |

segue Tab. 1

| | | |
|--|-----|------|
| <i>Difficoltà con i programmi di video-comunicazione</i> | | |
| No | 108 | 97,3 |
| Sì | 3 | 2,7 |
| <i>Difficoltà di connessione internet</i> | | |
| No | 102 | 91,9 |
| Sì | 9 | 8,1 |
| <i>Agio nella postazione di VT</i> | | |
| Nella gran parte dei casi | 73 | 65,8 |
| Variabile (a volte sì, a volte no) | 34 | 30,6 |
| Mai o quasi mai | 4 | 3,6 |
| <i>Posticipo delle sedute a causa di difficoltà tecniche</i> | | |
| Mai o 1-2 volte | 109 | 98,2 |
| Più di 2-3 volte | 2 | 1,8 |
| <i>Problemi di regolarità delle sedute</i> | | |
| Per niente o poco | 101 | 91,0 |
| Talvolta/Spesso | 10 | 0,9 |
| <i>Problemi di durata delle sedute</i> | | |
| Per niente | 99 | 89,2 |
| Talvolta o spesso (maggiore/minore) | 12 | 10,8 |

Legenda: DS, deviazione standard; VT, videoterapia

Variabili personali, difficoltà tecniche e di postazione

In *Tabella 1* sono riportate le caratteristiche socio-demografiche, di terapia e le difficoltà tecniche/di setting riportate. L'associazione tra Soddisfazione per la VT e le variabili personali e di natura tecnica sono riportate in *Tabella 2*. Correlazioni significative sono state identificate per Scetticismo, Difficoltà a trovare una postazione idonea, Senso di agio nella postazione di VT, Difficoltà con i programmi di video-comunicazione e Problemi di durata delle sedute. La difficoltà a trovare una postazione idonea è strettamente associata al senso di agio nella postazione. L'analisi di regressione logistica multipla indica un impatto significativo indipendente dei problemi legati alla postazione e all'uso dei software, mentre il grado di scetticismo iniziale manteneva solo una associazione al limite della significatività con la soddisfazione per la VT (*Tabella 3*).

Tabella 2. Associazione tra variabili personali, difficoltà tecniche e di postazione con la soddisfazione per la videoterapia (VT)

| Variabili Personali | Stat. |
|---|-------------|
| Età | R = 0,11 |
| Sesso | Z = 1,78 |
| Livello educativo | H = 3,84 |
| Tipo di terapia (riferito) | H = 5,0 |
| Setting di terapia pre-Covid | H = 4,03 |
| Durata della terapia in atto | R = 0,05 |
| Soddisfazione globale per la terapia | R = 0,29* |
| Pregressa esperienza di VT | Z = -0,49 |
| Conoscenza/aver sentito parlare della VT | R = -0,05 |
| Scetticismo verso la VT | R = -0,32** |
| Familiarità con i sistemi di video-comunicazione | R = 0,06 |
| Difficoltà a trovare una postazione idonea | Z = -3,09* |
| Difficoltà con i dispositivi di videochiamata | Z = -0,36 |
| Difficoltà con i programmi di video-comunicazione | Z = -2,69* |
| Difficoltà di connessione internet | Z = -0,62 |
| Agio nella postazione di VT | R = 0,58** |
| Posticipo delle sedute a causa di difficoltà tecniche | Z = -0,01 |
| Problemi di regolarità delle sedute | Z = 1,55 |
| Problemi di durata delle sedute | Z = -2,59** |

Legenda: VT: videoterapia; R: Spearman Rho; Z: Mann-Whitney t-test; H: Kruskal-Wallis H test.
* p < 0,01, ** p < 0,001

Tabella 3. Associazione tra variabili personali, difficoltà tecniche e di postazione con la soddisfazione per la VT (regressione logistica multipla)

| | B | CI for B | | SE B | β | R ² | ΔR^2 |
|---|------|----------|------|------|---------|----------------|--------------|
| | | -95% | +95% | | | | |
| Modello | | | | | | 0,36 | 0,33** |
| Difficoltà di postazione | 0,63 | 0,26 | 0,99 | 0,19 | 0,30** | | |
| Difficoltà con l'uso dei programmi di video-comunicazione | 2,50 | 1,34 | 3,66 | 0,58 | 0,39** | | |
| Scetticismo | 0,50 | 0,84 | 0,12 | 0,18 | 0,23 | | |
| Problemi legati alla durata delle sedute | 0,40 | -0,15 | 0,95 | 0,28 | 0,13 | | |

Legenda: VT: videoterapia; B: coefficiente di regressione non standardizzato; CI: intervallo di confidenza; SE: errore standard; β : coefficiente di regressione standardizzato; R²: coefficiente di determinazione; ΔR^2 : coefficiente di determinazione corretto.

* p < 0,01, ** p < 0,001

Differenze percepite rispetto alla terapia in presenza

Le variabili legate alla percezione di differenze rispetto alla terapia in presenza sono riportate nel dettaglio in *Tabella 4*. Tutte, a eccezione del Senso di una minor comprensione da parte del terapeuta in VT, sono correlate alla soddisfazione per la VT (*Tabella 5*). Tali variabili sono inoltre correlate tra loro: il Senso di maggiore spontaneità è positivamente correlato con il Senso di maggiore intimità con il terapeuta ($R = 0,64, p < 0,001$), maggiore controllo sull'andamento del colloquio ($R = 0,52, p < 0,001$), aiuto ed efficacia ($R = 0,27, p = 0,004$) e, negativamente, con Disagio a incontrare il terapeuta in un setting differente ($R = -0.32, p < 0,001$). La Percezione di impatto sulla comunicazione correla positivamente con Senso di minore utilità delle sedute ($R = 0,27 p = 0,005$). Considerando le variabili personali, di difficoltà tecniche e di postazione, sul Senso di maggiore spontaneità impatta negativamente il grado di Scetticismo iniziale ($R = -0,29, p = 0,002$), mentre sul Senso di minore utilità delle sedute in VT impattano le Difficoltà a individuare una postazione idonea in VT ($Z = -3,13, p = 0,001$) e le Difficoltà con i mezzi di video-comunicazione ($Z = 1,14, p = 0,004$).

Tabella 4. Variabili legate alla percezione di differenze rispetto alla terapia in presenza (n = 111)

| | Mai/ Raramente | | Talvolta | | Spesso/Quasi sempre | |
|--|-------------------|------|----------|------|------------------------|------|
| | n. | % | n. | % | n. | % |
| Senso di maggiore connessione emotiva con il terapeuta | 92 | 82,9 | 12 | 10,8 | 7 | 6,3 |
| Senso di maggiore intimità con il terapeuta | 19 | 17,1 | 37 | 33,3 | 55 | 49,5 |
| Senso di maggiore spontaneità con il terapeuta | 16 | 14,5 | 33 | 30,0 | 61 | 55,5 |
| Senso di maggiore controllo sull'andamento del colloquio | 15 | 13,6 | 28 | 25,5 | 15 | 13,6 |
| Senso di aiuto ed efficacia | 95 | 85,6 | 11 | 9,9 | 5 | 4,5 |
| Percezione di un impatto sul modo di comunicare | 18 | 16,2 | 27 | 24,3 | 66 | 59,5 |
| Disagio a incontrare il terapeuta in un setting differente | 1 | 0,9 | 13 | 11,7 | 97 | 87,4 |
| Sensazione di essere meno compreso dal terapeuta | 4 | 3,6 | 2 | 1,8 | 105 | 94,6 |
| Senso di minore utilità delle sedute | 2 | 1,8 | 4 | 3,6 | 104 | 95,5 |

Tabella 5. Correlazione tra le variabili legate alla percezione di differenze rispetto alla terapia in presenza e la soddisfazione per la videoterapia (VT)

| | Rho di Spearman |
|--|-----------------|
| Senso di maggiore connessione emotiva con il terapeuta | 0,39** |
| Senso di maggiore intimità con il terapeuta | 0,44** |
| Senso di maggiore spontaneità con il terapeuta | 0,47** |
| Senso di maggiore controllo sull'andamento del colloquio | 0,29* |
| Senso di aiuto ed efficacia | 0,43** |
| Percezione di un impatto sulla comunicazione | -0,40** |
| Sensazione di essere meno compreso dal terapeuta | -0,14 |
| Senso di minore utilità delle sedute | -0,34*** |

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

Cambio di opinione verso la videoterapia (VT)

Alla domanda “Con il passaggio alla videoterapia, è cambiato il tuo atteggiamento verso questa modalità?” il 51,8% dei pazienti risponde “Sì la apprezzo maggiormente/ho riscontrato vantaggi”, il 35,5% risponde “No, non è cambiato”, mentre il 12,7% risponde “Ho riscontrato alcuni/numerosi o solo svantaggi”. Il cambiamento di opinione non si associa a nessuna variabile di natura personale, tecnica o di postazione, mentre correla positivamente con il Senso di aiuto ed efficacia ($R = 0,53$, $p < 0,001$), la Soddifazione globale per terapia ($R = 0,25$, $p = 0,008$) e, negativamente, con il Senso di minore utilità delle sedute ($R = -0,36$, $p < 0,001$) (dati non riportati, disponibili su richiesta).

Discussione

La percezione che terapeuti e pazienti hanno riguardo alla VT è talvolta discordante (Cataldo *et al.*, 2021), ma è possibile che siano le caratteristiche contestuali del setting a predisporre alcuni individui ad accettare più facilmente la terapia online rispetto ad altri (Etzelmüller *et al.*, 2018). Non tutti i pazienti accettano facilmente questa modalità di trattamento e, infatti, già diversi autori avevano sottolineato la forte diffidenza dei pazienti nei confronti della VT (Apolinário-Hagen *et al.*, 2017; Cipolletta *et al.*, 2018;

Osma *et al.*, 2019). Dai risultati, tuttavia, è emerso che nonostante un iniziale atteggiamento scettico da parte del 34.2% del campione verso la VT, e la mancanza di esperienze pregresse per la quasi totalità dei pazienti (86,5%), il 51,4% di loro ha riferito un cambiamento nel proprio atteggiamento dopo avere sperimentato il nuovo setting per qualche mese. L'esperienza diretta continua a essere, come altri hanno notato (Jesser *et al.*, 2022), uno dei migliori modi per aumentare la confidenza con ciò che è nuovo e ridurre nel tempo le difficoltà nell'adattarsi alle novità e ai cambiamenti. Dai nostri risultati si può evincere quanto sia importante che i pazienti abbiano un buon livello di familiarità con la VT e le tecnologie a essa annesses per poter trarre il massimo beneficio dal trattamento. Tuttavia, non sempre queste condizioni sono ricreabili in terapia e, per ovviare a questo problema, è di fondamentale importanza che i professionisti della salute mentale siano in grado di accompagnare i pazienti all'interno del setting nuovo terapeutico. Difatti, già diversi autori avevano sottolineato precedentemente la necessità di flessibilità da parte dei clinici per il successo dell'implementazione della VT (Brooks *et al.*, 2012), evidenziando come molto spesso sia l'atteggiamento stesso del terapeuta e le capacità di comprendere le difficoltà del paziente a favorire l'utilizzo delle nuove tecnologie. Alla stessa maniera, dai nostri risultati è emerso come il livello di apprezzamento della VT sia significativamente predetto da fattori come: sentirsi a proprio agio nel luogo in cui avveniva la seduta e la difficoltà nell'uso dei programmi di video-chiamata. Il contesto ambientale e le competenze tecnologiche sono apparsi, dunque, essere elementi a cui prestare particolare attenzione durante la VT. In linea con quanto rilevato nel presente studio, Döring e colleghi (2022) hanno recentemente evidenziato tra i fattori chiave per il livello di fatica nell'uso della VT, i fattori tecnologici e ambientali. I problemi collegati alle difficoltà nell'uso degli apparecchi tecnologici possono costituire un ostacolo importante all'implementazione della VT; tra i più comuni sono stati segnalati problemi di connettività (Brooks *et al.*, 2012; Moreau *et al.*, 2018; Palyo *et al.*, 2012), problemi relativi all'allestimento delle apparecchiature necessarie per effettuare la videoconferenza (Adler *et al.*, 2014; Interian *et al.*, 2018) e la mancanza di supporto tecnico (Adler *et al.*, 2014; Interian *et al.*, 2018). Altri studi hanno evidenziato, invece, delle strategie *per* superare queste problemi, ad esempio grazie all'impiego di personale formato specificatamente all'utilizzo della VT (Brooks *et al.*, 2012; Shore *et al.*, 2012), capaci quindi di sfruttare le più opportune competenze comunicative e relazionali. Sugeriamo, ad esempio, di approfondire elementi caratterizzanti il colloquio in VT, al fine di individuare fin da subito possibili fattori di disturbo o disagio nella terapia. Così come in apertura e/o chiusura di una seduta di terapia in presenza si è soliti approfondire diversi

elementi del colloquio, potrebbe essere opportuno dedicare particolare attenzione ad aspetti specifici del setting in VT. A tal fine, potrebbe essere importante assicurarsi che vi siano condizioni adeguate fin dall'inizio del percorso di psicoterapia, dedicando tempo, se necessario, alla costruzione di un setting sufficientemente stabile e funzionale. In linea con gli studi precedenti (Smaniotto *et al.*, 2020; Simpson *et al.*, 2021), dai risultati è stato possibile evidenziare che una sotto-popolazione non irrilevante – circa il 50% dei partecipanti – ha dichiarato di avere trovato delle facilitazioni derivanti dal setting online, nel livello di vicinanza emotiva e spontaneità della relazione con il terapeuta. Approfondendo con i pazienti le informazioni relative alla esperienza VT al termine delle sedute è possibile apportare le dovute correzioni e gli accorgimenti necessari nei colloqui successivi, permettendo in tal modo di tenere conto degli elementi che ostacolano il clima emotivo del colloquio.

Questo studio suggerisce che devono essere identificate e affrontate numerose barriere al fine di migliorare i servizi di VT nelle organizzazioni della salute mentale. Studi recenti hanno anche riferito una sostanziale mancanza di formazione in materia (Montoya *et al.*, 2022) suggerendo l'importanza di incrementare i programmi formativi dedicati proprio all'uso della terapia online. La mancanza di formazione può impattare sull'efficacia del trattamento (Muir *et al.*, 2020) e per questa ragione è necessaria una formazione, soprattutto per i terapeuti con meno esperienza di terapia online, al fine di promuovere una maggiore competenza in merito e sostenere un uso efficace della terapia online in futuro.

Punti di forza e limiti

Il presente studio offre un focus preciso su aspetti legati alla percezione soggettiva dei pazienti rispetto alla VT. Tuttavia, la numerosità del campione e il contesto specifico nel quale lo studio è stato condotto non permettono di generalizzare i dati ottenuti. Inoltre, anche le caratteristiche demografiche dei pazienti che hanno risposto al questionario identificano una sotto-popolazione che probabilmente è portatrice di caratteristiche proprie. Sarebbe, inoltre, opportuno affiancare ai dati raccolti elementi clinici e di funzionamento globale dei pazienti, così come operare una differenziazione fra approcci terapeutici distinti.

Gli studi successivi potrebbero, inoltre, prendere in considerazione gruppi differenti di pazienti e comparare soggetti che utilizzano la modalità VT con soggetti che sono in trattamento mediante terapia tradizionale per ottenere risultati empiricamente più consistenti.

Conclusioni

La VT sta trovando la sua nicchia evolutiva all'interno della pratica dei professionisti della salute mentale. Un processo di integrazione, corroborato da dati scientifici solidi che consentano di comprendere sempre di più quando e come essa è uno strumento utilizzabile se non preferibile, è necessario perché ci si possa servire al meglio dei suoi vantaggi.

Come altri aspetti del setting, un'attenzione da parte dello psicoterapeuta al vissuto soggettivo che i pazienti sperimentano nella ricerca di un luogo adatto in cui svolgere le sedute e nell'utilizzo dei dispositivi tecnologici hardware e software, può rivelarsi importante.

Riferimenti bibliografici

- Adler G., Pritchett L.R., Kauth M.R. & Nadorff D. (2014). A pilot project to improve access to telepsychotherapy at rural clinics. *Telemedicine and e-Health*, 20(1): 83-85. DOI: 10.1089/tmj.2013.0085.
- Abdelkarim A. & Abdelfattah I. (2022). Patients' Satisfaction with the quality of online versus in-person DBT skills group therapy: A pilot study. *European Psychiatry*, 65(S1): S708-S708. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.1824.
- Apolinário-Hagen J., Vehreschild V. & Alkoudmani R.M. (2017). Current views and perspectives on E-mental health: an exploratory survey study for understanding public attitudes toward internet-based psychotherapy in Germany. *JMIR Mental Health*, 4(1): e8. DOI: 10.2196/mental.6375.
- Backhaus A., Agha Z., Maglione M.L., Repp A., Ross B., Zuest D., Rice-Thorp N.M., Lohr J. & Thorp S.R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2): 111-131. DOI: 10.1037/a0027924.
- Berryhill M.B., Culmer N., Williams N., Halli-Tierney A., Betancourt A., Roberts H. & King M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health*, 25(6): 435-446. DOI: 10.1089/tmj.2018.0058.
- Bisseling E., Cillessen L., Spinhoven P., Schellekens M., Compen F., Van der Lee M. & Speckens A. (2019). Development of the therapeutic alliance and its association with internet-based mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients: Secondary analysis of a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(10): e14065. DOI: 10.2196/14065.
- Brooks E., Manson S.M., Bair B., Dailey N. & Shore J.H. (2012). The diffusion of telehealth in rural American Indian communities: a retrospective survey of key stakeholders. *Telemedicine and e-Health*, 18(1): 60-66. DOI: 10.1089/tmj.2011.0076.
- Cataldo F., Chang S., Mendoza A. & Buchanan G. (2021). A Perspective on Client-Psychotherapist Relationships in Videoconferencing Psychotherapy: Literature Review. *JMIR Mental Health*, 8(2): e19004. DOI: 10.2196/19004.
- Chen P.V., Helm A., Caloudas S.G., Ecker A., Day G., Hogan J. & Lindsay J. (2022). Evidence

- of phone vs video-conferencing for mental health treatments: A review of the literature. *Current Psychiatry Reports*, 24(10): 529-539. DOI: 10.1007/s11920-022-01359-8.
- Cipolletta S. & Mocellin D. (2017). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy Research*, 28: 1-16. DOI: 10.1080/10503307.2016.1259533.
- Deen T.L., Fortney J.C. & Schroeder G. (2013). Patient acceptance of and initiation and engagement in telepsychotherapy in primary care. *Psychiatric services*, 64(4): 380-384. DOI: 10.1176/appi.ps.201200198.
- Döring N., Moor K.D., Fiedler M., Schoenberg K. & Raake A. (2022). Videoconference Fatigue: A Conceptual Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19: 2061. DOI: 10.3390/ijerph19042061.
- Etzelmüller A., Radkovsky A., Hannig W., Berking M. & Ebert D.D. (2018). Patient's experience with blended video-and internet based cognitive behavioural therapy service in routine care. *Internet interventions*, 12: 165-175. DOI: 10.1016/j.invent.2018.01.003.
- Field M. (1996). *Telemental health – A guide to assessing telecommunications to health care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Grassi E. & Marsigli N. (2020). Le nuove tecnologie e la psicoterapia: approfondimento del trattamento del disturbo d'ansia sociale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 47: 101-119. DOI: 10.3280/qpc47-2020oa11208.
- Interian A., King A.R., St. Hill L.M., Robinson C.H. & Damschroder L.J. (2018). Evaluating the implementation of home-based videoconferencing for providing mental health services. *Psychiatric Services*, 69(1): 69-75. DOI: 10.1176/appi.ps.201700004.
- Jenkins-Guarnieri M.A., Pruitt L.D., Luxton D.D. & Johnson K. (2015). Patient perceptions of telemental health: Systematic review of direct comparisons to in-person psychotherapeutic treatments. *Telemedicine and e-Health*, 21(8): 652-660. DOI: 10.1089/tmj.2014.0165.
- Jesser A., Muckenhuber J & Lunglmayr B. (2022). Psychodynamic Therapist's Subjective Experiences With Remote Psychotherapy During the COVID-19-Pandemic. A Qualitative Study With Therapists Practicing Guided Affective Imagery, Hypnosis and Autogenous Relaxation. *Frontiers in Psychology*, 12: 777102. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.777102.
- Knaevelsrud C. & Maercker A. (2006). Does the Quality of the Working Alliance Predict Treatment Outcome in Online Psychotherapy for Traumatized Patients? *Journal of Medical Internet Research* 8(4): e31. DOI: 10.2196/jmir.8.4.e31.
- Montoya M.I., Kogan C.S., Rebello T.J., Sadowska K., Garcia-Pacheco J.A., Khoury B., Kulygina M., Matsumoto C., Robles R., Huang J., Andrews H.F., Ayuso-Mateos J.L., Denny K., Gaebel W., Gureje O., Kanba S., Maré K., Medina-Mora M.E., Pike K.M., Roberts M.C., ... & Reed G.M. (2022). An international survey examining the impact of the COVID-19 pandemic on telehealth use among mental health professionals. *Journal of psychiatric research*, 148: 188-196. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.01.050.
- Moreau J.L., Cordasco K.M., Young A.S., Oishi S.M., Rose D.E., Canelo I., ... & Hamilton A.B. (2018). The use of telemental health to meet the mental health needs of women using Department of Veterans Affairs Services. *Women's Health Issues*, 28(2): 181-187. DOI: 10.1016/j.whi.2017.12.005.
- Moroz N., Moroz I. & D'Angelo M.S. (2020, November). Mental health services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare management forum*, 33(6): 282-287. DOI: 10.1177/0840470420933911.
- Muir S.D., de Boer K., Nedeljkovic M. & Meyer D. (2020). Barriers and facilitators of video-conferencing psychotherapy implementation in veteran mental health care environments:

- a systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1): 1-11. DOI: 10.1186/s12913-020-05858-3.
- Norwood C., Moghaddam N.G., Malins S. & Sabin-Farrell R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 25: 797-808. DOI: 10.1002/cpp.2315.
- Olivetti E., Bongiovanni C., Staccini L., Cavadini D., Mandelli L. & Porcelli S. (2021). Passaggio alla psicoterapia online durante la pandemia da Coronavirus (Covid-19): precedente esperienza, familiarità con la tecnologia e conoscenze teoriche sulla psicoterapia online da parte del terapeuta. Il caso del Centro Medico Santagostino. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 49: 21-34. DOI: 10.3280/qpc49-2021oa13211.
- Osma J., Suso-Ribera C., Peris-Baquero Ó., Gil-Lacruz M., Pérez-Ayerra L., Ferreres-Galan V., Torres-Alfosea M.Á., López-Escriche M. & Domínguez O. (2019). What format of treatment do patients with emotional disorders prefer and why? Implications for public mental health settings and policies. *PLoS One*, 14(6): e0218117. DOI: 10.1371/journal.pone.0218117.
- Palyo S.A., Schopmeyer K.A. & McQuaid J.R. (2012). Tele-pain management: Use of videoconferencing technology in the delivery of an integrated cognitive-behavioral and physical therapy group intervention. *Psychological Services*, 9(2): 200. DOI: 10.1037/a0025987.
- Păsărelu C.R., Andersson G., Bergman Nordgren L. & Dobrea A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1): 1-28. DOI: 10.1080/16506073.2016.1231219.
- Schopp L., Demiris G. & Glueckauf R. (2006). Rural backwaters or frontrunners? Rural telehealth in the vanguard of psychology practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37: 165-173. doi:10.1037/0735-7028.37.2.165.
- Shore J., Kaufmann L.J., Brooks E., Bair B., Dailey N., Richardson Jr. W.B., ... & Manson S. (2012). Review of American Indian veteran telemental health. *Telemedicine and e-Health*, 18(2): 87-94. DOI: 10.1089/tmj.2011.0057.
- Simpson S.G. & Reid C.L. (2014). Alliance in videoconferencing psychotherapy. *Australian Journal of Rural Health*, 22: 280-299. DOI: 10.1111/ajr.12149.
- Simpson S., Richardson L., Pietrabissa G., Castelnuovo G. & Reid C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(2): 409-421. DOI: 10.1002/cpp.2521.
- Smaniotta C., Ceschin R., Zappalà A., Nai S. & Gualtieri E. (2020). La nuova sfida della video psicoterapia su Internet. La nuova sfida della video psicoterapia su Internet. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 47: 121-136.
- Trenoska Basile V., Newton-John T. & Wootton B.M. (2022). Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 78(12): 2381-2395. DOI: 10.1002/jclp.23360.
- van Kessel K., de Pont S., Gasteiger C. & Goedeke S. (2022). Clients' experiences of online therapy in the early stages of a COVID-19 world: A scoping review. *Counselling and Psychotherapy Research*. DOI: 10.1002/capr.12610.

FrancoAngeli

a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.



Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.

FrancoAngeli



Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>



Riccardo Bertaccini, Furio Lambruschi (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'adolescente*. Roma: Carocci, 2023

Alice e il Brucaliffo si guardarono in silenzio per un bel po', poi la bestiola le chiese: «Chi sei?» e Alice rispose: «Io... io non sono sicura di saperlo, in questo momento... cioè, stamattina sapevo chi ero, ma da allora sono cambiata parecchie volte! Mi dispiace di non riuscire a spiegarmi meglio, ma io per prima non capisco niente! [...] è una cosa che confonde parecchio!»

Lewis Carroll

Nel 1865 Lewis Carroll, attraverso le pagine di uno dei suoi più grandi lavori, tratteggia il cambiamento emotivo e cognitivo di una giovane che, attraverso un viaggio in un mondo emblematico, misterioso e in continua evoluzione, si trova ad affrontare difficili prove che le serviranno per crescere, maturare e acquisire consapevolezza. L'autore avrà forse voluto fascinosamente condurre il lettore alla scoperta di quella terra di mezzo che separa un giovane dal mondo adulto, l'adolescenza?

Centocinquantaquattro anni dividono il romanzo di Carroll dalla pubblicazione del testo *Psicoterapia cognitiva dell'adolescente*, a cura di Riccardo Bertaccini e Furio Lambruschi, ma un sottile fil rouge sembra accomunare i testi: la scoperta dell'adolescenza.

In particolare, gli autori del testo edito nel 2023, pongono una peculiare attenzione all'analisi di questo periodo così sensibile e critico a cui guardare con curiosità e competenza, soprattutto alla luce delle possibili implicazioni psicopatologiche che tale percorso porta con sé.

A differenza di Alice che – ahinoi! – si perde tra rappresentazioni oniriche, conigli ansiosi e madri-regine piuttosto rigide, sembra emergere a oggi un massiccio aumento dei fattori di rischio educativi, sociali, affettivi, familiari e ambientali a cui

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 53/2023
DOI: 10.3280/qpc53-2023oa16935

gli adolescenti devono far fronte, spingendo in tal modo gli esperti a muoversi al fine di attivare risorse preventive, diagnostiche e terapeutiche.

Si delinea in tal modo l'obiettivo principale che gli autori hanno voluto perseguire con la stesura del testo in questione: fornire ai professionisti interessati un'ampia e aggiornata panoramica sull'adolescenza, con uno sguardo attento alle problematiche e relative modalità di assessment e intervento.

Il viaggio di Alice si snoda in 12 frenetici e colorati capitoli, mentre Riccardo Bertaccini e Furio Lambruschi conducono delicatamente e con estrema chiarezza il lettore alla scoperta e alla comprensione del mondo dell'adolescente, con una precisione che forse, ai tempi, avrebbe aiutato anche Alice a riconoscere prima la strada.

Ci si troverà così dinanzi una tripartita suddivisione del libro: dai fondamenti teorici e caratteristiche del setting clinico con l'adolescente, alla messa in luce delle principali aree psicopatologiche con particolare riferimento all'intervento clinico, sino ad arrivare alla stesura dei principali protocolli di intervento per il paziente adolescente.

Nel delineare le possibili modalità di funzionamento adolescenziale gli autori, nella prima parte del volume, fanno riferimento a un modello a tre assi dello sviluppo e del Sé che tenta di coniugare alcune delle più importanti prospettive concettuali del cognitivismo italiano: gli approcci delineati da Guidano e Liotti, l'approccio post-razionalista e l'approccio cognitivo-evoluzionista. Si prosegue poi con la messa in evidenza delle principali linee guida circa la costruzione del setting clinico, dal setting individuale al multisetting, le procedure e gli strumenti di assessment e un particolare faro acceso sulla gestione della relazione terapeutica con l'adolescente.

La seconda parte del libro sembra metaforicamente portare il lettore a quell'esatto momento in cui, centocinquantotto anni prima Alice, cadendo dentro una grande buca, ritroverà davanti a sé un lungo passaggio che condurrà in una stanza adornata da una serie di lampadari e una moltitudine di porte. Ebbene, gli autori qui si focalizzano in modo approfondito sulle molteplici aree psicopatologiche dell'adolescenza che, simili a tante porte, conducono il lettore verso una maggiore conoscenza e approfondimento delle più accreditate modalità di intervento clinico.

Uscendo dalla stanza adornata di lampadari e dalle molteplici porte, il lettore si ritrova così alla terza parte del volume, dove troverà una descrizione di protocolli specifici di intervento per il paziente adolescente, con particolare riferimento alla terapia dialettico-comportamentale per i disturbi della regolazione emotiva e le condotte a rischio, e un'accurata messa a fuoco su una terapia cognitivo-comportamentale di terza ondata, conosciuta come Acceptance and Commitment Therapy, utile per incrementare la flessibilità psicologica e accrescere la consapevolezza nel momento presente, per l'apertura alle proprie esperienze interiori e la costruzione di direzioni di vita coerenti con i propri valori.

Così come il Coniglio Bianco aiuterà Alice rispetto alle direzioni da prendere lungo il percorso, allo stesso modo di grande supporto all'interno del volume, sono le vignette cliniche presenti lungo il dipanarsi dei capitoli, quasi a fare da mappa realistica all'interno del variegato universo degli adolescenti.

Alice improvvisamente si sveglia, ritrovandosi sdraiata sulle gambe della sorella la quale, a conclusione di quel meraviglioso viaggio, comincia anch'ella a sognare il Coniglio Bianco, il Topo nel lago, le tazze del tè, la lepre Marzolina, la Regina, il Ramarro e la Tartaruga, immaginando però Alice davanti a lei, ormai diventata donna, a raccontare le storie vissute a molti altri bambini.

È un po' così che si conclude il testo *Psicoterapia cognitiva dell'adolescente*: Riccardo Bertaccini e Furio Lambruschi, presentano in Appendice una splendida filmografia sull'adolescenza che, da *Little Miss Sunshine* a *L'attimo fuggente*, tenta, attraverso la mediazione della metafora filmica, di far sognare ancora lettori esperti e meno esperti.

Caterina Parisio*

Paul Stellard. *Think Good, Feel Good: allenati a pensare diversamente per sentirti meglio*. Roma: Fioriti, 2021

Questo libro ha dal mio punto di vista il merito di essere di facile lettura, ma non di meno preciso e chiaro nella spiegazione di un approccio alla psicoterapia in età evolutiva che integra terapia cognitiva standard, procedure comportamentali e procedure della cosiddetta terza onda. Provo ad argomentare le ragioni per cui mi sembra una lettura da suggerire.

La prima cosa che mi ha colpito è il fatto che nel primo capitolo c'è una presentazione della psicoterapia cognitiva essenziale, semplice nel linguaggio e chiarissima nei concetti che spiega in modo essenziale cosa è la psicoterapia cognitiva e su quali principi scientifici si basa. Il rasoio di Occam usato bene. In particolare mi ha impressionato l'abilità dell'autore di spiegare in poche parole sia le specificità delle cosiddette tre onde della CBT (il comportamentismo, il cognitivismo e le terapie terza onda) e sia il quanto siano integrabili senza forzature, non solo su un piano tecnico (nell'uso di tecniche efficaci, anche se sviluppate in "un'altra onda"), ma anche su un piano concettuale; ad esempio, l'autore evidenzia la non contraddizione nell'usare le procedure di terza onda che "non hanno lo scopo esplicito di modificare le cognizioni", e basarsi su una teoria che prevede che il cambiamento dei sintomi segua il cambiamento della cognizione (il fatto che, per esempio, la mindfulness non agisca in modo esplicito sulla cognizione, non implica che non la modifichi e che il cambiamento avvenga a quel livello!).

Un secondo ottimo motivo per leggere questo libro è che, da non esperta del tema, ho avuto l'impressione che contenga una "cassetta degli attrezzi", nei termini dell'autore, completa. Non ci sono protocolli per singoli disturbi, ma ci sono tutti gli strumenti di cambiamento utili nel curare i disturbi emotivi, nel costruire com-

* PsyD. Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale Terzo Centro, Via Ravena, 9C – 00161 Roma; e-mail:caterina.parisio28@gmail.com.

petenze e, in ultimo, migliorare complessivamente il funzionamento e il benessere del bambino. Le procedure tipiche della CBT sono presentate in capitoli, in forma già adattata all'età evolutiva e spesso tradotte in schede di lavoro direttamente applicabili; per esempio, il debating prevede delle schede con le domande tipiche della discussione che si possono o compilare insieme o dare come strumento da usare da solo al paziente.

In ultimo, una cosa che mi ha colpito molto è l'idea del paziente e dei disturbi mentale che traspare, che definirei di grande fiducia nel paziente e nelle sue risorse: i sintomi e le difficoltà del paziente (e dei genitori) sembrano concettualizzate nella mente del terapeuta sempre come modalità disfunzionali sì, ma anche sempre orientate a soddisfare bisogni, perseguire scopi e desideri del tutto legittimi e condivisibili.

Claudia Perdighe*

Gianpaolo Salvatore. *La vergogna del terapeuta. Da nucleo di sofferenza a fattore di cura.* Milano: Raffaello Cortina, 2023

Charles Rycroft (1968) definiva la vergogna «la cenerentola delle emozioni spiacevoli», emozione a cui Gianpaolo Salvatore dedica il suo ultimo libro *La vergogna del terapeuta. Da nucleo di sofferenza a fattore di cura*, pubblicato da Raffaello Cortina Editore.

Il libro non è un manuale tecnico, quanto piuttosto un viaggio nel mondo interiore del terapeuta. Attraverso il racconto di casi clinici e di supervisioni, l'intento dell'autore è di mostrare quanto le aree di vulnerabilità del terapeuta siano da considerarsi materia per la comprensione del processo clinico (Bernhardt *et al.*, 2019; Bernhardt, Nissen-Lie & Råbu, 2021; Lupinacci *et al.*, 2015; McWilliams, 2021). L'esperienza avversa della vergogna (Hahn, 2000) implica sentimenti di inadeguatezza e la vivida sensazione di essere condannato per quelle inadeguatezze. I processi di pensiero diventano meno organizzati e sono caratterizzati da autocritica ruminativa (Lewis, 1971). Questa emozione può portare a inibire i processi di autoconsapevolezza di alcuni stati mentali e a ostacolarne la comunicazione. Inoltre, la vergogna può limitare le funzioni della Teoria della Mente generando un'attribuzione agli altri di pensieri negativi sul sé. Ciò rappresenta un limite per la conoscenza sociale e condiziona lo sviluppo delle competenze sociali, generando errori sia nella comprensione delle intenzioni altrui, che nel valutare le conseguenze dei propri comportamenti sugli altri (Procacci *et al.*, 2011).

A volte, nonostante le nostre buone intenzioni, le teorie e le tecniche si trasformano, inevitabilmente e necessariamente, in un rifugio per proteggersi dalla rela-

* Psicologa, Psicoterapeuta, APC/SPC, Viale Castro Pretorio, 116 – 00185 Roma; e-mail: perdighe@apc.it.

zione. Uscire da questo enactment significa essere disposti a lasciarsi abitare da una vergogna in grado di esporci al pericolo della frammentazione.

Salvatore ci fa notare che quando il terapeuta riesce a conoscere emotivamente il nucleo di sofferenza del paziente, si realizza un collegamento diretto e potente tra i nuclei affettivi dei due partecipanti e questo consente al terapeuta, di essere più sensibile ai segnali non verbali e alle sfumature dell'esperienza del paziente, facilitando così una connessione più profonda e autentica. È su questa base che il terapeuta realizza intuitivamente il proprio contributo all'enactment, comprende come la propria storia e quella del paziente si innescano reciprocamente, la danza tra rispettive parti protettive diventa dialogo tra nuclei traumatici capaci di sintonizzarsi e regolarsi reciprocamente. Ciò costituisce l'essenza della funzione curativa della relazione terapeutica. Da qui la spiegazione del secondo titolo del libro "Da nucleo di sofferenza a fattore di cura". Un aspetto che non viene trascurato è quanto può essere di aiuto al paziente l'attitudine del terapeuta a entrare in contatto con le proprie esperienze e/o i propri nuclei emotivi, anche dolorosi, con la stessa apertura e flessibilità che cerca di favorire nel paziente stesso (Hayes, Vinca, 2017; Jørgensen, 2019).

Lo strumento indispensabile per poter consentire ai terapeuti di accedere al proprio nucleo di sofferenza è il contesto sicuro e protetto della supervisione. A ciò si aggiunge che l'esperienza dell'essere supervisionati e il desiderio di mostrarsi competenti può indurre vergogna. Aspetto non trascurabile dai supervisori che sono responsabili della creazione di un'atmosfera dentro il quale l'esperienza della vergogna e le difese comunemente usate per difendersi possano essere identificate, riconosciute e rielaborate. Salvatore ci mostra che «la vulnerabilità e la vergogna di un terapeuta hanno diritto di cittadinanza nella relazione tra colleghi e, che è possibile sperimentare senso di inadeguatezza, impotenza, vergogna, senza essere considerati deboli o incompetenti».

Il libro consta di nove capitoli; la prima parte è più teorica e segue il percorso personale e formativo dell'autore. La seconda parte del libro, composta da quattro capitoli, presenta al lettore una serie di scenari clinici e ci illustra in parallelo il processo terapeutico e quello di supervisione. È attraverso i casi di Annie e Emanuela, Alex e Nicola, Tiffany e Nadia, Dorothy ed Ettore, a cui sono dedicati i titoli dei capitoli, che l'autore esamina l'esperienza interna del terapeuta e, ci fornisce un modo per trasformare questa spiacevole emozione, in una potente fonte di conoscenza e di cura.

Lo stile di scrittura predilige la voce personale dall'autore; la lettura è veloce e scorrevole, a tratti avvincente; il lettore comodamente seduto sul divano o sulla sedia del proprio studio, potrà vivere un'avventura sulle montagne russe della vergogna.

Marianna Russo*

* Dirigente Psicologo, ASL FG, DSS 53; e-mail: m.annarusso@gmail.com.

Bibliografia

- Bernhardt I.S., Nissen-Lie H.A., Moltu C., McLeod J. & Råbu M. (2019). It's both a strength and a drawback. How therapists' personal qualities are experienced in their professional work. *Psychotherapy Research*, 29(7): 959-970. DOI: 10.1080/10503307.2018.1490972.
- Bernhardt I.S., Nussen-Lie H.A. & Råbu M. (2021). The embodied listener. A dyadic case study of how therapist and patient reflect on the significance of therapist's personal presence for the therapeutic change process. *Psychotherapy Research*, 31(5): 682-694. DOI: 10.1080/10503307.2020.1808728.
- Hayes J.A. & Vinca M. (2017). Therapist presence, absence and extraordinary presence. In Castonguay L.G. & Hill C.E. (a cura di). *How and Why are Some Therapists Better than Others? Understanding Therapist Effects* (pp. 85-99). Washington DC: American Psychological Association.
- Jørgensen C.R. (2019). *The Psychotherapeutic Stance*. New York: Springer International Publishing.
- Lupinacci M.A., Biondo D., Accetti L., Galeota M. & Lucattini A. (2015). *Il dolore dell'analista*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- McWilliams N. (2021). *La supervisione. Teoria e pratica psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Procacci M., Catania D. & Popolo R. (2011). I disturbi di ansia sociale. In Procacci M., Popolo R. & Marsigli N. (a cura di). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rycroft C. (1968). *Dizionario critico di psicoanalisi*. Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Salvatore G. (2023). *La vergogna del terapeuta. Da nucleo di sofferenza a fattore di cura*. Milano: Raffaello Cortina.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva è la rivista che dal 1996, raccoglie i contributi teorici e clinici dei professionisti (psicoterapeuti, psichiatri, psicologi clinici) che si riconoscono, da ormai quarant'anni, nella Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

La rivista persegue diversi scopi: sicuramente far circolare l'informazione tra i soci, ma soprattutto accrescere la conoscenza e la comprensione dei differenti approcci presenti nella Società. Quest'ultimo dato rappresenta un'importante risorsa di una società scientifica e consente di proporre al lettore una visione da una parte ampia e dall'altra dettagliata dei molti temi trattati dal cognitivismo clinico con rilevanze ed enfasi modulate dalla diversità dei modelli all'interno di una condivisione di assunti di base, comuni.

Si può perciò affermare che *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* dia conto delle fasi di sviluppo dei modelli teorici e delle prassi cliniche nelle molteplici applicazioni in ambito cognitivista.

L'attenzione viene posta nel riportare riflessioni sul lavoro svolto, attraverso il confronto sulle strategie e procedure di intervento, elaborate nelle diverse aree psicopatologiche.

Tutto questo potrebbe essere definito, ambiziosamente, uno strumento di aggiornamento all'interno di una politica culturale condivisa.

Il progetto redazionale è complesso e ha anche il compito di facilitare il dibattito e la discussione tra le diverse anime del cognitivismo clinico ampiamente rappresentate nella comunità cognitivista italiana.

Un ulteriore scopo di *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, infatti, riguarda la promozione del cognitivismo italiano che ha ormai, grazie alla presenza di professionisti che agiscono sulla base di conoscenze scientifiche rigorose solide e accettate dalla comunità internazionale, una comprovata tradizione clinica, teorica e di ricerca.
