

C.S.P. - Psicopedagogie.it

*Istituto di Formazione aderente al ANIP -Associazione Nazionale Istituti di Pedagogia
Istituto di formazione riconosciuto dalla UNIPED-Unione Italiana Pedagogisti*

Istituto ITARD

**MASTER BIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE E PERFEZIONAMENTO
IN PEDAGOGIA CLINICA E NEI PROCESSI EDUCATIVI E DIDATTICI
2021/2022**

La pedagogia clinica in adolescenza:

paradigma teorico ed esempi operativi

fra scuola, sviluppo, emozioni e complessità.

Dott.ssa

Francesca La Via

Supervisore

Dott.ssa Gloria Palermo

INTRODUZIONE.	p.6
CAPITOLO 1. LA PEDAGOGIA COME CLINICA DELLA FORMAZIONE.	p.9
1.1 Il paradigma della complessità.	p.9
1.2 L'evoluzione dello sguardo clinico in pedagogia.	p.10
1.3 Il contributo clinico di J. M. Itard.	p.13
1.4 Epistemologia della pedagogia clinica.	p.15
CAPITOLO 2. LA PEDAGOGIA CLINICA NELL'ADOLESCENZA.	p.23
2.1 Chi sono gli adolescenti?	p.24
2.2 Le teorie dello sviluppo in adolescenza.	p.26
2.3 L'importanza dell'intervento pedagogico-clinico con gli adolescenti.	p.29
CAPITOLO 3. LE AREE DI INTERVENTO CLINICO-PEDAGOGICO CON ADOLESCENTI.	p.31
3.1 La regolazione emotiva: tra esplosioni e poli opposti.	p.31
3.2 Spezzare il cordone ombelicale: verso l'indipendenza.	p.36
3.3 Il potere salvifico dell'amicizia.	p.37
3.4 Il costrutto di identità e identità in costruzione.	p.40
3.5 Tutto passa dal corpo.	p.42
CAPITOLO 4. IL LAVORO DEL PEDAGOGISTA CLINICO CON GLI ADOLESCENTI: FRA SVILUPPO, EMOZIONI E APPRENDIMENTO.	p.44
4.1 Apprendimento e intelligenza.	p.44
4.2 Il Q.I e l'intelligenza.	p.44

4.3 Il Q.E, le emozioni e l'intelligenza emotiva.	p.46
4.4 Il bagaglio di strategie per la regolazione emotiva: le emozioni da portare in viaggio.	p.55
4.5 Teorie sull'intelligenza e approccio all'apprendimento: intelligenza statica e dinamica, impotenza appresa e padronanza del compito.	p.66
4.6 L'autostima.	p.76
4.7 L'autoefficacia.	p.81
4.8 Le relazioni interpersonali e il vissuto scolastico.	p.86

CAPITOLO 5. "COME MI PENSO, COME MI PENSANO":

PROGETTO EDUCATIVO-PEDAGOGICO IN UNA CLASSE PRIMA SUPERIORE.

	p.90
CONCLUSIONI.	p.92
BIBLIOGRAFIA.	p.94
SITOGRAFIA.	p.97

INTRODUZIONE

«... ogni opera d'arte scaturisce da una meravigliosa intesa tra fantasia e ragione, o, se vuoi, tra sensibilità e pensiero. C'è sempre qualcosa di casuale in un processo creativo e in una certa fase è importante non chiudere le porte a queste idee casuali. Si devono lasciare andare le pecore prima di cominciare a pascolarle»

(Gaarder, Il mondo di Sofia, 1994, p.468)

Il punto di partenza di questo lavoro è la complessità, come concetto trasversale che si estende dall'ambito educativo e pedagogico alla condizione umana in senso lato e alla realtà in cui viviamo.

Sono convinta che un mondo tanto complesso come quello di oggi abbia bisogno di uno sguardo che sappia penetrare nelle sue infinite sfaccettature e che lo sguardo più adatto per questo compito sia quello clinico.

Ho percorso l'evoluzione di ciò che oggi si intende per approccio clinico, a partire dall'ambito medico, nell'Antica Grecia, dove ha origine, fino a quello educativo e pedagogico.

Questo percorso a ritroso nel tempo ha permesso di far emergere i fondamenti teorici e le correnti di pensiero che caratterizzano l'approccio clinico nelle professioni pedagogiche e di cura, dal positivismo, con l'importanza riposta nelle discipline scientifiche, al pensiero umanistico e filosofico della fenomenologia e dell'ermeneutica che hanno caratterizzato il Novecento.

Da qui, è stato possibile delineare una cornice epistemologica che racchiudesse i nodi centrali attraverso cui sviluppare un lavoro educativo e pedagogico di stampo clinico, come l'attenzione all'unicità dei soggetti coinvolti, al contesto ecologico e organizzato, allo sguardo olistico e laterale.

La postura clinica, che fonda i propri principi ontologici e deontologici sull'inclinazione attenta e dedicata nei confronti dell'Altro, sull'approccio scientifico supportato dalle teorie consolidate e dai dati oggettivi e sul rispetto per la soggettività e le irriducibili differenze individuali, diventa, a mio avviso, ottimale nell'approccio a fasi della vita complesse per definizione, come possono essere quelle della preadolescenza e dell'adolescenza.

Il secondo capitolo è, quindi, dedicato ai destinatari della riflessione clinico-pedagogica maturata per questo lavoro di tesi: i preadolescenti e gli adolescenti.

Nel vasto panorama di soggetti e di contesti educativi che interessano la pedagogia clinica, ho scelto di soffermarmi su questa fase dello sviluppo, sia per l'interesse che ha in me suscitato, sia per l'esperienza lavorativa che mi ha vista coinvolta nell'ultimo anno come educatrice socio-pedagogica con ragazzi e ragazze in questa fascia d'età.

Ho inizialmente delineato il profilo dell'adolescente attingendo dalla letteratura, dagli studi condotti nell'ambito della psicologia dello sviluppo e da quelli più recenti di professionisti nei vari campi della psicopedagogia e delle neuroscienze, definendo la fascia d'età nella quale viene inquadrata questa fase della vita e ciò che essa comporta in termini di caratteristiche e cambiamenti.

Il periodo della vita che si estende dalla preadolescenza all'adolescenza è, infatti, il momento del cambiamento per eccellenza: cambiano i tratti somatici, le funzioni corporee e fisiologiche, quelle mentali, emotive, psichiche e sociali. Ciò significa che, una volta giunti alle soglie della preadolescenza, ogni individuo dovrà affrontare una profonda ristrutturazione del proprio Sé, dovrà abbandonare l'Io bambino e costruire l'identità adulta, con i vissuti e gli stravolgimenti psicologici ed emotivi che tutto questo comporta.

Per comprendere la portata di tali cambiamenti, ho riportato i principali studi sull'argomento, ovvero quelli dei compiti di sviluppo di Havighurst e delle teorie dello sviluppo dell'identità di Erikson. A fronte dei dati empirici e teorici che dimostrano la moltitudine, la grandezza e l'entità delle sfide in seno a questa età dello sviluppo, trasversali ad ogni ambito dell'esperienza, ho successivamente delineato alcune delle principali aree di intervento e di compiti dello sviluppo su cui l'occhio clinico e pedagogico può porre l'attenzione.

È emerso, così, quanto lo sguardo clinico sia fondamentale, su più fronti: sulla sfera emotiva, particolarmente coinvolta dalla maturazione fisiologica e psicologica in atto a quest'età, come dimostrato dai contributi delle neuroscienze, nonché dall'esperienza quotidiana di genitori, parenti e professionisti dell'ambito educativo; sul tema dell'indipendenza, come costruzione dell'identità personale, delle autonomie e del graduale distacco, reale e simbolico, dal nido familiare; sul compito evolutivo inerente allo sviluppo delle abilità di socializzazione, di relazione con i pari e della costruzione di buone amicizie. Infine, si cita, fra gli aspetti di cui il pedagogista clinico non può non farsi carico, quello del rapporto con il corpo, palcoscenico di tutte le emozioni, principale bersaglio dei mutamenti in pubertà e potente strumento espressivo per disagi e sofferenze.

Infine, nel terzo capitolo, ho inteso sottolineare il collegamento inevitabile, diretto e talvolta causale, fra i cambiamenti legati alla preadolescenza e adolescenza e gli ambiti dell'esistenza che vengono coinvolti, con le abilità e le difficoltà nell'apprendimento.

In quest'ultima parte ho voluto evidenziare come un buon approccio allo studio e all'apprendimento sia il risultato di una molteplicità di fattori. Soprattutto durante i periodi della pubertà e dell'adolescenza, infatti, a concorrere per il raggiungimento degli obiettivi didattici si annoverano diversi elementi, fra cui una solida e strutturata intelligenza emotiva, la consapevolezza del proprio funzionamento intellettuale, il metodo di studio, le abilità metacognitive, l'efficacia delle proprie idee e azioni, un'autostima sufficientemente positiva, la vicinanza di amici e amiche.

Pertanto, ho provato a dimostrare come il lavoro del pedagogo clinico con ragazzi e ragazze preadolescenti e adolescenti possa essere prezioso se orientato ad un intervento pluriprospettico, che sappia fare luce e unire le abilità nelle aree della didattica e degli apprendimenti, con quelle cognitive, intellettive, emotive, psicologiche e sociali, così mutevoli e vulnerabili in questo periodo della vita.

Nello specifico, ho riportato quelli che possono risultare i principali fattori implicati nelle abilità di apprendimento: il costrutto di intelligenza e le intelligenze multiple, il quoziente intellettuale e il quoziente emotivo, le teorie sull'intelligenza e gli obiettivi di apprendimento, l'approccio al compito e gli stili cognitivi, l'autoefficacia, l'autostima e il vissuto scolastico.

Per ognuno dei fattori elencati e descritti, ho ipotizzato i possibili contributi, progetti, strumenti e materiali di un intervento di tipo pedagogico e clinico che voglia affrontare le difficoltà in ambito scolastico e il benessere psico-fisico di ragazze e ragazzi adolescenti e preadolescenti, attraverso un approccio olistico e sistemico.

CAPITOLO 1

LA PEDAGOGIA COME CLINICA DELLA FORMAZIONE

1.1 Il paradigma della complessità

«*Ho cercato, non so con quanto successo, di redigere racconti lineari. Non mi azzarderò a dire che sono semplici; sulla terra non c'è una sola pagina, una sola parola che lo sia, giacché tutte postulano l'universo, il cui attributo più noto è la complessità.*» (Borges, *Il manoscritto di Brodie*, 1991, p.11)

Se, come espresso da Borges (1999), l'attributo per eccellenza dell'universo è quello della complessità, allora per comprendere e rappresentare la realtà nelle sue componenti non basta, e non serve, tentare la via della semplificazione a tutti i costi, della riduzione o della divisione in categorie immediatamente riconoscibili.

Il mondo in cui viviamo è sempre più ricco e dinamico, vede nascere e svilupparsi continuamente nuovi scenari e nuovi protagonisti, evolvono gli strumenti con cui guardare tutte queste evoluzioni, si modifica il pensiero e i metodi di studio.

Si tratta di un mondo intrinsecamente complesso, abitato da esseri umani altrettanto complessi e che, dunque, richiede di essere guardato e pensato adottando il paradigma della complessità.

“A un pensiero che isola e separa si dovrebbe sostituire un pensiero che distingue e unisce. A un pensiero disgiuntivo e riduttivo occorrerebbe sostituire un pensiero del complesso nel senso originario del termine *complexus*: ciò che è tessuto insieme.” (Morin, 2009, p.91)

Una siffatta mentalità, che sappia rispettare le singolarità e le differenze di ogni singolo fenomeno o essere vivente ma che, al contempo, non rinunci mai al tentativo di capire, che si muova in equilibrio fra l'interesse verso l'Altro, la volontà di comprendere e la promessa di non calpestare e non cancellare le altrui irriducibili unicità, dovrebbe essere la mentalità di chi si occupa di pedagogia, di educazione e di tutte quelle discipline e professioni definibili “di cura”.

È, infatti, una *forma mentis* che deve adattarsi a questa realtà dinamica, complicata, in repentina evoluzione. Una realtà per la quale il sociologo e filosofo polacco Zygmunt Bauman ha coniato

l'ormai nota definizione di modernità "liquida", poiché in essa è assodato che "il cambiamento è l'unica cosa permanente e che l'incertezza è l'unica certezza". (Bauman, 2011, pp. 8-11)

Questa concezione di modernità è risultata tanto efficace e calzante da essere ripresa successivamente in diversi ambiti per dipingere figure professionali, attori sociali, contesti di vita e, in generale, gli individui moderni.

La liquidità, la mutevolezza, l'impossibilità della semplificazione e, al contempo, l'imprecisione intrinseca caratterizzano l'educazione in *latu sensu*, perché tali sono le caratteristiche della modernità, terreno su cui si muovono i "professionisti della cura".

Entrando nello specifico del campo educativo-pedagogico, per esempio, una particolare patologia, un deficit sensoriale, piuttosto che un disturbo neurologico o fisico, può essere considerata una condizione di tipo "complesso" in quanto, pur riguardando una sezione specifica della vita di un individuo, è necessario intervenire con ottica globale, olistica, prendendo in carico, anche in senso preventivo e riabilitativo, l'intero organismo, il contesto privato e sociale, la salute psico-fisica.

La natura dell'uomo, la sua vita, la sua educazione e formazione, se intesa come un insieme sistemico di aspetti e intrecci, è sempre intrinsecamente complessa. Pertanto, la pedagogia, che di educazione e formazione dell'uomo si cura, non può che essere scienza complessa che si occupa di complessità.

Eppure, da sempre si tende a voler normalizzare a tutti i costi, a far rientrare ogni cosa entro canoni conosciuti, comprensibili, sicuri, semplificati. Spesso si chiede proprio questo all'educazione.

Per questo è necessaria la consapevolezza di cosa significhi esattamente educare, e nello specifico educare alla complessità.

1.2 L'evoluzione dello sguardo clinico in pedagogia.

La storia della pedagogia, dalla maieutica di Socrate e dai Sofisti che nell'antica Grecia si interrogavano sulla natura umana, passando per il distacco dall'egemonia della filosofia fino all'acquisizione di uno statuto epistemologico autonomo e definito, ha dimostrato di evolvere inevitabilmente nell'assunzione di una postura clinica. L'approccio clinico diventa un punto di arrivo necessario, una condizione *sine qua non* della pedagogia.

Piero Crispiani scrive: "Il termine *clinico* non significa "sanitario" né "patologico", bensì atto di studio, analisi, diagnosi, progettazione ed intervento portato in modo ravvicinato e diretto alla singolare individualità delle persone, dei gruppi o delle situazioni". (Crispiani, 2011, p. 29)

È un termine solitamente associato all'ambito medico, tuttavia esso può essere utilizzato per qualsiasi disciplina che abbia a che fare con la cura e con l'osservazione.

Si tratta di “piegarsi sull'oggetto considerato e collocarsi in una disposizione di ricerca e ascolto (...). È questo, infatti, il significato etimologico del concetto di “clinico”, da *klinè*, letto, e *klinein*, piegarsi, curvarsi”. (Riva,2004, p.67,).

1.2.1 Storia dello sguardo clinico.

L'attitudine clinica in ambito medico, dove ha origine e al quale è più comunemente associata, ha origini antiche, precisamente intorno al 460 a.c. nella Grecia di Ippocrate.

“La medicina ippocratica, ma anche le dottrine mediche coeve e successive, si basavano precisamente sull'osservazione dei singoli malati, ossia sulla raccolta di ogni possibile indicazione consentita dall'uso dei cinque sensi, per stabilire una prognosi o una diagnosi sul caso clinico in oggetto. [...] Il Corpus Hippocraticum riunisce in alcune decine di trattati il bagaglio culturale della medicina greca laica e contiene le norme e il pensiero che hanno influenzato la medicina occidentale per secoli. La dottrina racchiusa in quest'opera è basata sulla concezione esclusivamente naturalistica delle malattie e sullo studio del malato condotto tramite attenta osservazione [...]”. (Treccani)

Con Ippocrate si avvia un tipo di presa in carico del paziente basata sull'osservazione attenta e diretta dei fenomeni, sull'interpretazione dei segnali e dei sintomi, un po' più lontano dalla tendenza a etichettare le patologie omologandole, semplificandole e riconducendole a cause di stampo etico, morale o religioso.

Nel XIX secolo, grazie soprattutto al Positivismo, la medicina, la pedagogia e tutte le scienze rivolte “alla cura”, si chinano sull'oggetto d'osservazione per coglierne i dettagli, analizzarne le specificità, per conoscere nel modo quanto più approfondito e attento possibile. Gli strumenti d'analisi e le tecniche d'osservazione sono resi più dettagliati e precisi. L'obiettivo di coloro che si dedicano alla presa in carico di un fenomeno o di qualunque essere vivente diventa quello di comprendere al meglio possibile ciò che si ha davanti.

1.2.2 L'ermeneutica

All'800, secolo considerato delle certezze, delle evidenze scientifiche, di ciò che è conoscibile in quanto osservabile e misurabile, subentra il così detto Secolo delle incertezze: il Novecento. Con le due Grandi Guerre, con la crisi dell'individuo e la conseguente attenzione sullo stesso, nel XX secolo l'individuo è al centro d'interesse di svariati campi scientifici e culturali, dalla letteratura all'arte, da Pirandello ai surrealisti, da Freud e dalla psicanalisi, con la scoperta dell'inconscio e del riconoscimento del concetto di personalità; ma è anche il secolo delle grandi dittature, delle società di massa e dei consumi e della globalizzazione.

In ambito medico la postura clinica si definisce, con sempre maggiore chiarezza, come cura della singolarità del paziente, empirica ed ecologica, compiuta tramite anamnesi attenta e precisa ma al contempo flessibile e aperta alla complessità e alle sfumature.

Il pensiero scientifico quantitativo e obiettivo si ammorbidisce, si apre al qualitativo. La cura diventa clinica perché cerca il compromesso fra l'oggettivo e il soggettivo, fra la precisione e l'incertezza, le sfumature, lo scarto del sempre potenzialmente sconosciuto e conoscibile.

Così il pensiero clinico, con il positivismo prima e il post-positivismo successivamente, diventa un pensiero fenomenologico ed ermeneutico.

1.2.3 Ermeneutica dello sguardo clinico

«*Poiché siamo nel mondo, noi siamo condannati al senso e non possiamo fare nulla né dire nulla che non assuma un nome nella storia.*» (M. Merleau-Ponty, 2003, p.29).

Se la mentalità pedagogica, per essere clinica, deve sviluppare un approccio di impronta fenomenologica nei confronti dell'incontro con l'Altro, quindi predisporre in apertura e ascolto autentico sospendendo pregiudizi e preconcetti, allora tale approccio dovrà essere anche, necessariamente, ermeneutico.

L'ermeneutica, “*dal gr. ἐρμηνευτική (τέχνη)*, arte interpretatoria” (Zanichelli, 1985, p.663) è una corrente antica del pensiero filosofico, elaborata nel Novecento dai filosofi Edmund Husserl e Martin Heidegger come “fenomenologia della comprensione esistenziale” (Guaragna, 2013). Essa indica l'attività speculativa volta alla significazione dei fenomeni.

L'ermeneutica è atteggiamento che coglie, accoglie, descrive e successivamente, si interroga. Heidegger ha scritto che l'esistenza di ciascuno è “*Dasein*”, ovvero “*esserci come esistenza situata, è apertura alla verità dell'essere*” (Guaragna, 2013). Per poter comprendere ciò che si ha di fronte è necessario rendersi “porosi”, assorbire, accogliere e significare i segni dell'Altro. Così una *forma*

mentis pedagogica di postura clinica diventa fenomenologica ed ermeneutica quando si predispone ad accogliere, senza filtri, quello arriva e lo interpreta. Il pensiero fenomenologico ermeneutico, per esempio, ha influenzato in modo importante l'approccio alla malattia mentale in ambito psichiatrico. Lo psichiatra Ludwing Binswanger "diede avvio ad una corrente di pensiero denominata psichiatria fenomenologica" (Palmieri, Gambacorti-Passerini, 2019, p.43) ispirandosi proprio alle teorie di Husserl e Heidegger per una considerazione completamente nuova della malattia mentale, intesa come personale modalità dell'uomo di porsi nei confronti del mondo. Egli invitava, infatti, ad un atteggiamento che superasse le categorie standard di normalizzazione e "a una relazione e comunicazione col paziente che sapesse facilitare l'accesso alla sua visione del mondo e che valorizzasse la sua storia esistenziale" (Palmieri, Gambacorti-Passerini, 2019, p.43).

1.3 Il contributo clinico di J. M. Itard.

"In apertura dell'800, là dove M. Foucault coglie la nascita della moderna clinica, si esprime la vicenda personale e l'esperienza teorica e professionale di J.M. Itard, medico e pedagogista, sullo sfondo del razionalismo post-rivoluzionario francese, dell'insorgente antropologia e del grande sviluppo delle scienze applicate all'uomo." (Crispiani, 2011, p. 33)

Itard può essere considerato perfetto portavoce di un'epistemologia interdisciplinare, avendo saputo coniugare l'ambito educativo-pedagogico con quello medico e terapeutico, dalla postura esplicitamente clinica. Lo scienziato ha impostato il suo lavoro di medico e di educatore intrecciando una metodologia di tipo scientifico- sperimentale, basata sull'osservazione del dato oggettivo, formulazione di ipotesi e uso di dati, strumenti, misure sicuri e precisi, con un approccio teorico e pratico che comprendeva il coinvolgimento personale, la flessibilità, un setting non solo strutturato in laboratorio ma anche vissuto in contesti di vita quotidiani e informali.

Egli è stato, poi, un grande innovatore nell'affrontare l'eziologia di deficit e disturbi focalizzandosi sul contesto sociale e ambientale di provenienza, dimostrando quanto l'approccio che oggi è definito come olistico e bio-psico-sociale, che indaga e coinvolge tutti gli ambiti di vita degli individui, permetta un intervento a 360 gradi. Egli rivolge, infatti, l'attenzione alla correlazione fra le condizioni ambientali e determinati disturbi psico-fisici e all'impatto attivo e determinante dell'ambiente sullo sviluppo dell'essere umano.

L'approccio Itardiano alla "straordinarietà del caso" si evince dal lavoro empirico ed individuale condotto su Victor "il bambino dell'apparente età di undici-dodici anni, completamente nudo, solo, incapace di parlare [...] catturato da alcuni cacciatori nell'estate del 1798". (Mariani, 2014)

Per la singolarità della situazione, Itard segnala infatti che “il fanciullo non poteva essere confrontato che con sé stesso”. (Crispiani, 2011, p. 34)

Dalla riflessione di Piero Crispiani sul lavoro di J.M. Itard si possono quindi estrapolare alcuni dei punti cardine del pensiero del medico francese, che lo annoverano come precursore della moderna pedagogia clinica:

- *La distinzione da organico a funzionale*: “che riguarda la duplice natura dei comportamenti umani e delle patologie [...]. Tale separazione schiude potenziali diagnostici ed educativi” (Ivi, p. 35). Decisivi per lo sviluppo delle scienze neuro-psico-pedagogiche, in direzione della più pertinente interpretazione delle sindromi, della migliore conoscenza dei casi e della costruzione di progetti educativi mirati tanto ai deficit quanto alle risorse e alle potenzialità del singolo.
- *La priorità dell’osservazione*: “nel lavoro diagnostico del medico-pedagogista, l’osservazione gode della postazione primaria sia temporalmente, nel senso che precede ogni altra forma di rilevazione, che per la qualità globale del risultato conoscitivo”. (*Ibidem*)

Itard, nel suo lavoro, alla scelta di test standardizzati o setting laboratoriali, privilegia la sistematicità dell’osservazione diretta, empirica e consapevole, le attività spontanee o parzialmente guidate, tenendo conto anche della soggettualità dell’osservatore e dell’osservato.

- *L’ecologia*: con questo termine si indica l’approccio olistico all’intera persona nella sua globalità, “Fin dalla fase diagnostica, Itard si confronta con l’intera unità bio-psichica del fanciullo, osservandone e descrivendone tutte le funzioni (motorie, percettive, logiche, linguistiche, emotive, affettive, sensoriali)” (Ivi)
- *Il corredo tecnologico*: ovvero l’insieme di tutti quei materiali, strumenti, modalità di approccio, intervento e trattamento, l’organizzazione dell’ambiente, la prossemica, tutto ciò che contribuisce alla creazione del progetto educativo. il “corredo tecnologico” risulta “tra i contributi più eloquenti di Itard alla costruzione della clinica pedagogica [...]. I materiali via via inventati, costruiti e progettati, quindi il loro impiego plastico e creativo [...] aprono un’indelebile strada di lavoro per educatori e pedagogisti.” (Ivi, p. 37).

Con Itard, e la sua determinazione a definirsi educatore, la pedagogia si delinea non solo come disciplina relativa all’educazione, ma anche allo sviluppo delle funzioni umane, osservate,

diagnosticate e teorizzate nei singoli aspetti, nelle condizioni evolutive normali in quelle patologiche o borderline.

Altro importante contributo apportato alla pedagogia dalla sua esperienza in medicina è l'approccio alla disabilità. L'approccio itardiano, infatti, affronta i deficit organici e sensoriali inserendoli all'interno di un intervento più ampio, prendendo in considerazione il contesto di provenienza e di vita attuale dei pazienti, la situazione educativa e relazionale, pregressa e attuale. Itard coinvolge i suoi pazienti con disabilità all'interno di interventi terapeutici che si muovono sia sul piano prettamente medico sia quello pedagogico/educativo e che sono tarati, ritagliati, cuciti su misura di ogni singolo individuo. In questo modo l'intervento diventa clinico, in quanto non è solo la diagnosi a fare da cornice ma l'individuo stesso, protagonista, con le sue peculiari e uniche caratteristiche, la sua personalità, la sua individualità. Non si tratta di seguire le linee guida standard e predefinite da una determinata diagnosi ma di elaborare un piano terapeutico sulla base dell'osservazione, empirica ed ecologica, possibilmente quotidiana e a stretto contatto con la persona.

Molti professionisti, medici, psicologi, psichiatri e psicoterapeuti, educatori, pedagogisti prestigiosi come Maria Montessori, Lev S. Vigotskij, John Dewey, Friedrich W.A. Frobel, Carl Rogers, Johann H. Pestalozzi, Sándor Ferenczi, hanno contribuito a dotare la pedagogia di uno approccio clinico, capace di interfacciarsi all'Altro con una visione globale, centrata sulla complessità e sulla multidimensionalità.

Ripercorrendo le origini, i momenti storici più influenti e alcuni dei precursori della pedagogia in senso clinico, possiamo delinearne le caratteristiche attuali.

1.4 Epistemologia della pedagogia come clinica.

I contributi del pensiero fenomenologico ed ermeneutico nell'ambito delle discipline che si occupano di mente e di formazione, come la pedagogia, l'educazione, la psicologia e la psichiatria, hanno permesso l'elaborazione di un pensiero capace di equilibrare l'approccio scientifico, empirico e razionale con quello speculativo e filosofico. Riccardo Massa rivendicava proprio "l'istanza di una pedagogia critica, ermeneutica e radicale [...] che si confronti sul campo con i significati concreti che emergono dalle esperienze formative di qualunque tipo e in qualunque età e in lungo età" (Rezzara, 2012, p. 170).

Sulle basi di una pedagogia così orientata, si possono definire i principi cardine per un'educazione in senso clinico.

1.4.1 L'oggetto clinico: la formazione

“La *pedagogia come scienza dello sviluppo umano* osserva, descrive e teorizza i processi dello sviluppo integrato e totale ed il suo andamento normale o tipico. È quindi una scienza prospettica.” (Crispiani, 2011, p. 127)

Tante metafore sono state brillantemente create per dipingere l'azione pedagogica: la bussola, il timone della barca a vela. Personalmente mi è sempre piaciuto pensare al paragone con il faro, che punta la sua luce e nello stesso tempo la muove, a 360 gradi, in tante direzioni, quando cala il buio, per rischiarare quel che non si vede, per offrire una direzione, una base sicura, un percorso da poter seguire.

1.4.2 Lo sguardo clinico è fenomenologico.

Il pensiero educativo e pedagogico che vuole essere clinico non può che abbracciare una filosofia di stampo fenomenologico.

Vellone et. al. (2014) ricordano che Edmund Husserl, filosofo e matematico tedesco che intorno alla seconda metà dell'Ottocento fondò quella corrente di pensiero qual è la moderna fenomenologia, sosteneva che “è conoscenza quello che l'esperienza ci fa vedere tutti i giorni, il qui ed ora, le realtà contingenti” (Vellone; Sinapi; Rastelli, p.2, 2014).

Secondo il pensiero fenomenologico, per comprendere un fenomeno, un evento o qualunque manifestazione appartenente alla realtà circostante, non è sufficiente basarsi su teorie o concetti prestabiliti e precostruiti, su classificazioni, modelli, metodologie e tassonomie elaborate da qualcun altro. In questo modo la conoscenza del fenomeno risulta parziale, limitata e incompleta.

È necessario, invece, porsi in apertura, in ascolto tanto del proprio punto di vista di osservazione, quanto di ciò che arriva da quello che si osserva.

Per chi si occupa di educazione, questo comporta il tentativo di porsi nei confronti della conoscenza dell'Altro sospendendo i propri paradigmi di riferimento, i propri filtri e gli inevitabili pregiudizi, in modo tale da avvicinarsi quanto più possibile alla sua essenza, alle sue verità, in modo da sentire e *vedere* davvero chi è l'Altro. Foucault scriveva sullo sguardo clinico: “È uno sguardo della sensibilità concreta, uno sguardo che va di corpo in corpo e di cui tutto il tragitto si situa nello spazio della

manifestazione sensibile. Ogni verità per la clinica e verità sensibile; la teoria tace o si dilegua quasi sempre al capezzale dei malati per far posto all'osservazione e all'esperienza" (Foucault, p. 132).

1.4.3 L'approccio clinico è ermeneutico.

“Poiché siamo nel mondo, noi siamo *condannati al senso* e non possiamo fare nulla né dire nulla che non assuma un nome nella storia”. (M. Merleau-Ponty)

Se la mentalità pedagogica, per essere clinica, deve sviluppare un approccio di impronta fenomenologica nei confronti dell'incontro con l'Altro, quindi predisporre in apertura e ascolto autentico, sospendendo pregiudizi e preconcetti, allora tale approccio dovrà essere anche, necessariamente, ermeneutico.

Così una forma mentis pedagogica di postura clinica è fenomenologica ed ermeneutica, in quanto si predispone ad accogliere, senza filtri, quello arriva e lo interpreta.

1.4.4 Il focus clinico alla singolarità.

“Ad ogni individuo dotato di vita psichica autonoma, appartiene dunque una personalità propria che si manifesta, in modo elevatamente individuale ed irripetibile e che realizza la massima espressione della *biodiversità*, come esito dinamico dell'interazione fra le sue *funzioni*, raggruppabili nelle dimensioni corporea, psicologica ed operativa, da cui il suo *stile di vita*”. (Crispiani, 2011, p. 52)

Questa riflessione di Piero Crispiani riassume quanto scritto fin' ora a proposito degli aspetti fondamentali e trasversali che rendono clinico il pensiero pedagogico. Chi opera nel mondo educativo con sguardo clinico non può che abituarsi a essere fenomenologicamente in contatto diretto con ciò che osserva, disponibile ad accogliere tutto quello che arriva, per poi, con esercizio ermeneutico, elaborare e significare, sospendendo pregiudizi e generalizzazioni.

Ancora, come scritto da Crispiani:

“Per formazione è intesa “qualunque pratica consapevole, intenzionale, finalizzata, organizzata e controllata rispetto all'apprendimento strutturato e permanente di conoscenze, abilità o atteggiamenti determinati” pensato e gestito in un regime di forte individualità e situazionalità, che richiama il senso della formazione come romanzo individuale”. (Crispiani, 2011, p. 45)

1.4.5 La presa in carico clinica è olistica.

“Questa scienza dell’educazione è dotata di un telescopio strategico” [...] dispone di uno sguardo a 360 ° con il quale è possibile un’interpretazione multidimensionale della vita personale (affettiva, sociale, culturale, cognitiva, valoriale). La pedagogia non si identifica con una o più sfere di maturazione della vita personale, ma si propone come progetto formativo integrale del soggetto-persona, in grado di riannodare- in un quadro sistemico e interrelato- la molteplicità delle sue dimensioni costitutive”. (Rezzara, 2012, p. 117)

La pedagogia che si propone di essere clinica e che punta il focus della sua attenzione alla formazione dell’individuo in quanto unico e irripetibile, deve guardare tutto ciò che concerne quell’individuo. Deve adottare una visione olistica “dal greco ὅλος tutto, intero, totale” (Treccani)

La lente di cui si serve uno sguardo clinico-pedagogico dispone di un obiettivo a 360° con cui poter inquadrare l’obiettivo a tutto campo. In questo modo è possibile sia focalizzarsi su una situazione in particolare, sia avere sott’occhio tutto quello che vi ruota attorno.

1.4.6 L’ambiente clinico è empirico ed ecologico.

Poiché il lavoro clinico in ambito pedagogico dovrebbe essere pensato e attuato nella condizione di aderenza alle cose e al mondo, fenomenologicamente immersi nella contingenza della situazione e del tempo in cui ci si trova e si opera, aperti a ciò che si ha intorno per cogliere tutto quello che arriva a 360 gradi, esso è empirico ed ecologico.

Il positivismo ha contribuito a riportare “in campo” le scienze e l’osservazione diretta, sottolineando l’importanza del contatto ravvicinato con l’oggetto di studio; tanto che in molteplici discipline, in molti hanno trasferito la propria attività fuori dai laboratori, nel mondo reale e concreto, praticando l’osservazione *in loco*.

La riflessione epistemologica in merito ha oramai confermato l’influenza del contesto di vita, ambientale e sociale sulla formazione psichica, biologica, fisica e culturale sugli esseri umani. Dunque, la presa in carico clinica di uno o più soggetti, sul piano educativo, pedagogico e terapeutico, deve individuare le caratteristiche costitutive dell’ambiente, come esso influisce e forma gli individui che vi abitano, quali legami esistono fra essi, come possono essere elementi facilitatori e come, invece, possono essere di ostacolo in termini di formazione, come e quanto sono determinanti dal punto di vista dello sviluppo fisico, psichico, emotivo, educativo, culturale.

Se con la pedagogia clinica ci si muove sul piano empirico ed ecologico dell'esperienza di vita contingente, allora, con essa, si entra anche nelle trame del quotidiano, della preziosa "banalità" di tutti i giorni. È evidente che "l'attività educativa passa attraverso gesti semplici, abituali, quasi ovvi. Con la differenza che essi vengono investiti di un significato particolare che li rende *importanti*". (Iori, 2018, p. 98)

Il lavoro educativo deve sapersi orientare ed essere adattato alle trame delle situazioni quotidiane, dove, del resto, ha luogo e vita e la formazione, senza tuttavia che questo significhi superficialità e mera improvvisazione. Anzi, osservare e intervenire clinicamente sui contesti vissuti del quotidiano, sulla routine giornaliera, sugli spazi della casa, del lavoro, della scuola, del tempo libero, significa conoscere nel profondo il processo di formazione di chi si sta accompagnando.

1.4.7 Formazione clinica all'adattamento.

"Il cambiamento è inevitabile. Ci sarà sempre qualcuno che sposterà il Formaggio". (Johnson, 2020, p. 63)

Prendersi cura in modo autentico dell'Altro, accompagnandolo nell'elaborazione del proprio progetto di vita, significa altresì affiancarlo nella presa di coscienza dei propri meccanismi adattivi e, qualora essi risultassero disfunzionali o non adeguati, intervenire per modificarli, sistamarli, adattarli.

L'adattamento al proprio ambiente di vita è un processo connaturato e necessario per l'essere umano e influenza lo sviluppo dell'intera personalità, quindi degli aspetti motori, percettivi, emotivi, affettivi, intellettivi, comunicativi, sociali. Se manca la capacità di adattamento, crollano anche paradigmi di riferimento. Adattarsi significa costruire schemi interpretativi e di riferimento che permettano di muoversi nel proprio contesto di vita in maniera sana e funzionale. Pertanto l'intervento pedagogico clinico può essere utile al riconoscimento delle risorse personali, delle caratteristiche, delle abilità ma anche delle difficoltà e delle carenze; può supportare l'elaborazione di strategie di *coping* e di *problem solving* per il miglior processo di inserimento possibile al proprio contesto o progetto di vita; allo stesso modo un progetto pedagogico clinicamente impostato può accompagnare nel disvelamento dei meccanismi disadattivi e nella loro sostituzione o riconversione in strategie adatte ed efficaci.

1.4.8 Vestire clinicamente il contesto.

Agire clinicamente nella quotidianità con metodo, significa organizzare in modo funzionale l'ambiente in cui ci si muove.

Il *setting* educativo-pedagogico, anche se per lo più coincide con luoghi informali e vissuti, deve essere il più possibile pensato e predisposto.

Ogni componente dell'ambiente educativo, ogni suo elemento è parte attiva con diretto potere, nel senso foucaultiano del termine, perché agisce sull'oggetto; pertanto, lo sguardo clinico del pedagogo e dell'educatore deve intervenire nella disposizione di tali elementi in modo da "apparecchiare" o "vestire" la scena.

1.4.9 La cassetta degli attrezzi clinici.

Vestire la scena educativa su misura dei destinatari del lavoro educativo comporta, fra le altre cose, investire le componenti del setting di specifico riguardo e significato. In questo modo tutto ciò che fa parte, ad esempio, di un'aula scolastica, di un laboratorio, di una cameretta dove fare i compiti o di una stanza di ospedale, deve essere clinicamente disposto e predisposto, deve seguire una logica funzionale al progetto pedagogico e al lavoro educativo. Tutto ciò che è parte del setting può essere, quindi, considerato "un attrezzo".

Gli attrezzi sono qualunque cosa, materiale e immateriale, concreto, invisibile, che rientra nell'ambiente educativo. Può trattarsi di oggetti, giocattoli, mobili, spazi, prossemiche, distanze, silenzi, sguardi. Gli attrezzi fungono, appunto, da quelli che Andrea Canevaro ha chiamato *mediatori*, ovvero ciò che permette di raggiungere al meglio un obiettivo, dei facilitatori, degli appoggi che "forniscono sostegno e che si collegano uno all'altro. Un mediatore è come un semplice sasso su cui appoggiare il piede per andare all'altra riva. L'importante è costruire collegamenti e andare avanti". (Canevaro, 2008, pp.192)

Fra gli attrezzi più influenti sulla scena educativa vale, poi, la pena ricordare il corpo.

Nell'intervento clinico pedagogico il corpo è, infatti, protagonista. I corpi in scena possono assumere infiniti ruoli e significati. Possono essere mediatori, catalizzatori, veicoli, simboli, messaggi. Attraverso la corporeità si può agire, comunicare, raggiungere obiettivi o esprimere emozioni e contenuti che le parole non riescono dire. Si può cogliere e leggere ciò che non viene detto con la voce.

“Viene in mente il dualismo cartesiano tra *res cogitans* e *res extensa* o il dualismo socratico-platonico che fa del corpo la prigione dell’anima, in sostanza un ostacolo [...]. Il soggetto si identifica con il corpo anzitutto perché è attraverso il corpo che vediamo le cose, le possiamo toccare, cogliere il loro movimento, la loro quiete, sentire degli odori, dei rumori”. (Guaragna, 2003)

In pedagogia, il soma (il corpo) non si riduce ad essere una variante del *séma (tomba) dell’anima, nemmeno una sua custodia*” (Platone, *Opere*, 1967, pp. 213-214), come raccontava Platone, ma è attore attivo e creativo della scena, portatore di contenuti semantici che spesso nemmeno il più fertile dei discorsi riesce a racchiudere e a esprimere. Soprattutto, è sempre bene tenere a mente la funzione del corpo come intermediario fra il soggetto e il suo ambiente.

1.5 Con chi e dove lavora il pedagogista clinico

Il pedagogista clinico si rivolge “alla persona in chiave evolutiva (infanzia-adolescenza) e permanente (adulità-anzianità), e a istituzioni e sistemi (famiglia- scuola- équipe educativa e inter-professionale-comunità e organizzazioni). (UNIPED, Sito dell’Unione Italiana Pedagogisti)

Il sito indica poi gli ambiti di intervento in cui opera in generale il pedagogista (clinico e non):

1. educativo, sociale, assistenziale;
2. socio sanitario (finalità di Prevenzione);
3. scolastico, formativo, ambientale e (inter-)culturale;
4. giuridico minorile e adulto [...].

Il pedagogista può, inoltre, operare, in qualità di libero professionista, in tutti i settori previsti dal ruolo come: pedagogista della famiglia; pedagogista della coppia; pedagogista giuridico; pedagogista scolastico; pedagogista della gestazione e della maternità; pedagogista geriatrico; pedagogista della motricità; pedagogista dello sport; pedagogista della musica; pedagogista interculturale; pedagogista del viaggio e del turismo; pedagogista della salute; pedagogista nei centri di riabilitazione; pedagogista terapeuta di patologie/sindromi; pedagogista specialista dei disordini funzionali; pedagogista specialista di condizioni di disadattamento e disagio; pedagogista mediatore; pedagogista dell’alimentazione; pedagogista coordinatore di servizi per la prima infanzia; pedagogista di centri e di comunità di accoglienza; pedagogista di comunità sociali; pedagogista del lavoro; pedagogista orientatore scolastico e del lavoro; pedagogista delle Risorse Umane; pedagogista delle emergenze; pedagogista dell’educazione alla salute. pedagogista nella Dirigenza

scolastica. pedagogista responsabile di servizi formativi. pedagogista del gioco e dei servizi ludici; pedagogista della promozione culturale. pedagogista del patrimonio. pedagogista formatore/docente di pedagogia.” (UNIPED, Sito dell’Unione Italiana Pedagogisti)

È evidente quanto siano vasti e numerosi gli ambiti di intervento e i soggetti destinatari del lavoro del pedagogista, anche per il clinico. Per questo motivo, dal momento in cui egli si trovi a lavorare in un ambito in particolare, non può non formarsi e specializzarsi in modo specifico e approfondito.

Ogni contesto educativo, ogni soggetto in formazione destinatario di un intervento pedagogico-clinico rappresenta un mondo a sé, unico e irripetibile, mutevole continuamente nel tempo e nelle dinamiche, e, dunque, richiede studio, aggiornamento, conoscenze teoriche e esperienza sul campo.

CAPITOLO 2

LA PEDAGOGIA CLINICA NELL'ADOLESCENZA

“Alle volte uno si crede incompleto ed è soltanto giovane”

(Calvino, Il visconte dimezzato, 1985, p.76)

Lavoro come educatrice socio-pedagogica in ambito scolastico da molto tempo e quest'anno, per la prima volta, sono stata chiamata in una scuola superiore.

Il mio lavoro prevede di seguire alunni con disabilità ai quali è stato assegnato l'affiancamento della figura dell'educatore (o assistente ad personam) per un percorso di supporto educativo-didattico, spesso in complementarità con l'insegnante di sostegno.

Fra i vari compiti e obiettivi del lavoro dell'educatore socio-pedagogico rientra quello di accompagnamento nella costruzione di relazioni e interazioni positive, sane e adeguate, sia con il gruppo dei pari sia con gli adulti. Questo significa interagire tanto con il soggetto destinatario dell'assistenza educativa quanto con il gruppo classe e, in generale, con tutti coloro che frequentano la scuola.

Si crea, così, la meravigliosa possibilità di operare contemporaneamente nell'ambito dello sviluppo tipico e atipico, nell'ottica della distinzione e dell'integrazione, conoscendo infiniti modi di crescere, apprendere, creare identità, stringere relazioni.

Personalmente, ho sempre dedicato gran parte del mio lavoro a creare ponti fra i bambini, le bambine, i ragazzi e le ragazze che avevo il compito di seguire come loro educatrice, i compagni di classe, di scuola e gli adulti presenti nell'istituto.

Non solo, ho sempre ritenuto fondamentale approfittare dell'immensa fortuna, nonché del ricchissimo potenziale in seno al ruolo dell'educatore scolastico: ovvero di essere una figura di mediazione fra gli alunni e gli insegnanti.

Ogni educatore che lavora nelle scuole, incaricato di seguire ragazz* con disabilità diventa, se vuole, anche un preziosissimo “jolly”. Egli è insieme figura adulta e autorevole, spesso chiamato “prof.” o “maestro/a”, ma mai considerato completamente tale; può essere visto come un elemento di riferimento tanto dagli studenti quanto dai colleghi insegnanti, perché è sempre presente, sempre sul

posto, “infiltrato” fra i banchi; può conoscere dinamiche e caratteristiche dei ragazzi, può aiutare, dare consigli, essere l’occhio esterno in grado di offrire una visione generale a 360 gradi della situazione della classe.

Trovo che, in tal senso, gli educatori nelle scuole abbiano in mano un potere grandissimo e risorse e strumenti che, se colti e utilizzati, possono “fare magie”.

Quest’anno ho potuto lavorare in una classe prima superiore di un istituto tecnico, trovandomi a contatto con adolescenti a cui mi sono profondamente affezionata e della cui fascia di età e di sviluppo ho voluto approfondire le mie conoscenze.

2.1 Chi sono gli adolescenti?

« “Cresco o rimpicciolisco? Cresco o rimpicciolisco?”, tenendosi la mano sulla testa, per sentire se si alzava o si abbassava; e fu molto sorpresa di scoprire che rimaneva tale quale. A dire il vero, e quello che in genere accade quando si mangia un dolce; ma Alice si era talmente abituata ad aspettarsi solo cose straordinarie, che le sembrava quasi noioso e stupido che la vita continuasse sempre allo stesso modo. » (Carroll, Alice nel Paese delle Meraviglie, 1995, p.36)

Nel libro di testo “Psicologia dello sviluppo” Luigia Camaioni e Paola Di Blasio spiegano che:

“il periodo di transizione tra l’infanzia e la vita adulta prende il nome di adolescenza (...). In termini strettamente cronologici, l’inizio dell’adolescenza può essere collocato all’incirca tra i 10 e i 12 anni nelle femmine, e tra gli 11 e i 13 anni nei maschi, mentre la conclusione viene fatta coincidere per entrambi, con i 18 anni, allorché l’individuo acquisisce le competenze e i requisiti necessari per assumere le responsabilità di adulto.” (Camaioni, Di Blasio, 2011, p.255).

Tutta la letteratura legata alla psicologia dello sviluppo è concorde nel definire quella adolescenziale come una fase di profondi cambiamenti, trasversali ad ogni ambito dell’esistenza. Sebbene ogni individuo si sviluppi in modi e tempi unici e personali, l’adolescenza è riconoscibile da cambiamenti fase-specifici comuni, raggruppabili in una sequenza di periodi sotto il nome di: “preadolescenza, prima adolescenza, pubertà, tarda adolescenza e post adolescenza, [...] utilizzati per scanderne i vari momenti e definirne l’articolazione in chiave di meccanismi e di processi psicologici” (ivi p.256).

In particolare, “nella fase *pre-puberale*, un anno o due prima della pubertà, iniziano a manifestarsi [...] alcune lievi modificazioni corporee caratterizzate da un arrotondamento delle forme e da un leggero aumento di peso. Il corpo, nella sua interezza assumerà un’importanza determinante nella **pubertà**, periodo in cui si realizzano cambiamenti rapidi e, talora, disarmonici.” (*Ibidem.*)

Considerando che tutti questi cambiamenti avvengono all’incirca intorno agli 8-9 anni, non va sottovalutato il possibile effetto travolgente e destabilizzante che possono avere su bambine e bambini ancora immaturi dal punto di vista cognitivo e delle abilità di elaborazione delle esperienze.

Proseguendo per le tappe dello sviluppo adolescenziale precedentemente elencate, Camaioni e Di Blasio (2011) sottolineano che:

“la pubertà è un fenomeno universale che segnala il passaggio dalla condizione *fisiologica* del bambino alla condizione fisiologica dell’adulto; l’adolescenza, invece, è il passaggio dallo *status sociale* del bambino a quello dell’adulto [...]. Nella preadolescenza vengono affrontati problemi nuovi e del tutto diversi da quelli tipici dell’infanzia; problemi legati alla crescita fisica, alla identità corporea, alla definizione sessuale identità corporea (...). Nell’adolescenza, la maturazione delle capacità di analisi e di introspezione, la definizione della propria identità dei valori e delle scelte, consentono una progressiva riorganizzazione (...).” (*Ibidem*)

Soprattutto per chi si occupa di pedagogia in senso clinico è importante tenere a mente che tali informazioni, relative alle tappe dello sviluppo indicate per l’adolescenza, sono universalmente riconosciute e servono a osservare la crescita dei soggetti in questo momento della loro vita, comprendendo e inquadrando i cambiamenti e i comportamenti in atto, valutandone la tipicità o segnalando eventuali anticipazioni o ritardi.

Tuttavia, non vanno dimenticati tutti quei fattori, come il quadro di sviluppo organico di ogni soggetto, la presenza di disturbi o malattie, il contesto familiare e sociale di vita, la cultura di riferimento, il periodo storico, che possono far rientrare nella norma un adolescente altrimenti considerabile divergente rispetto al cosiddetto sviluppo tipico.

Come lo sguardo clinico impone, mai dimenticare che ogni individuo è unico e irripetibile e, dunque, che la teoria funge da guida ma è l’esperienza che decide la strada.

2.2 Le teorie dello sviluppo in adolescenza

«Avevo sedici anni, allora, e adesso ne ho diciassette, e certe volte mi comporto come se ne avessi tredici. È proprio da ridere, perché sono alto un metro e ottantanove e ho i capelli grigi. Sul serio. Da un lato -il destino- sono pieno di capelli bianchi, milioni. Li ho sempre avuti, anche quando ero bambino. Eppure certe volte mi comporto ancora come se avessi appena sí e no dodici anni».

(Salinger, Il Giovane Holden, 2002, pp. 11-12)

2.2.1 I compiti di sviluppo

Come l'infanzia, anche l'adolescenza comprende una serie di quelli che Havighurst [1952] ha definito "compiti di sviluppo", ovvero una serie di tappe che ogni adolescente dovrebbe incontrare e attraversare durante la crescita e che permetteranno uno sviluppo bio-psico-fisico completo e necessario per entrare nell'adulthood. Eccone un elenco:

Tab.1 Compiti di sviluppo, da Camaioni, Di Blasi, 2018(fonte Havighurst, 1952).

- Instaurare relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi
- Acquisire un ruolo sociale [...]
- Accettare il proprio corpo e usarlo in modo efficace
- Conseguire indipendenza emotiva dai genitori e da altri adulti
- Raggiungere la sicurezza di indipendenza economica
- Orientarsi verso, e prepararsi per una occupazione o professione
- Prepararsi al matrimonio e alla vita familiare
- Sviluppare competenze intellettuali e conoscenze necessarie per la competenza civile
- Desiderare e acquisire un comportamento socialmente responsabile
- Acquisire un sistema di valori e una coscienza etica come guida al proprio comportamento.

Anche in questo caso si tratta di compiti che vanno declinati in base alle diverse epoche e culture, ma ancora una volta diventano linee guide utili per comprendere lo stato delle cose nelle grandi macro aree della vita, rispetto alle relazioni interpersonali, i legami familiari, il corpo, l'indipendenza, la maturità in campo personale, sociale, etico.

2.2.2 Le teorie dello sviluppo di Erik Erikson

Lo psicologo e psicoanalista tedesco Erik Homburger Erikson sosteneva che è durante il periodo dell'adolescenza che si compie il processo di ricerca dell'identità.

Erikson, infatti, ha elaborato una serie di tappe evolutive, o stadi, attraverso i quali avverrebbe la graduale costruzione dell'identità individuale, su molteplici piani: fisiologico, psicologico, sociale e culturale.

“La teoria di Erikson propone uno schema evolutivo caratterizzato da otto stadi organizzati in sequenza a cui corrispondono altrettante crisi psicosociali che, se superate con successo, rappresentano un passo avanti verso la maturità psicologica. Per ognuna delle fasi di sviluppo che l'Io deve affrontare e risolvere sono possibili esiti adattivi e disadattivi, che dipendono dalle esperienze passate ma anche da quelle che nascono nel presente e che contengono potenzialità trasformative.” (Camaioni, Di Blasio, 2011, p.265)

Tab. 2 “Le otto fasi di sviluppo dell'individuo proposte da Erik Erikson”, (Loiacono, 2019)

Età approssimativa	Qualità dell'Io che devono svilupparsi	Alcuni compiti e attività relativi alle fasi
0-1	Fiducia di base o sfiducia	Fiducia nella madre o nella persona che si cura prevalentemente di lui e nelle proprie capacità di far accadere le cose. Elemento chiave per l'inizio di un attaccamento sicuro.
2-3	Autonomia o vergogna e dubbio	Nuove abilità fisiche lo rendono più autonomo; viene educato al controllo degli sfinteri; apprende a controllarsi ma, se il trattamento è inadeguato, può sviluppare un senso di vergogna.
4-5	Iniziativa o senso di colpa	Organizza attività finalizzate; diviene più determinato e aggressivo; il complesso di Edipo nei confronti del genitore dello stesso sesso può far nascere un senso di colpa.
6-12	Industriosità o inferiorità	Apprende tutte le norme e le abilità culturali di base, incluse le abilità scolastiche e l'uso di attrezzi.
13-18	Identità o confusione di ruoli	Adatta la coscienza di sé ai cambiamenti puberali, fa scelte professionali, raggiunge un'identità sessuale adulta e cerca nuovi valori.
19-25	Intimità o isolamento	Instaura uno o più rapporti intimi che vanno al di là dell'amore adolescenziale; forma gruppi familiari.
26-40	Generatività o stagnazione	Mette al mondo e cresce dei figli, si concentra sulle conquiste professionali o sulla creatività e addestra la nuova generazione.
41 e oltre	Integrità o disperazione	Integra le fasi precedenti e trova un accordo con la propria identità di base. Si accetta.

MEDICINA  ONLINE

Nel lungo processo di costruzione di sé e della propria identità, Erikson parla di **“identità dell’Io”** come del “sentimento cosciente di avere un’identità personale [che] si basa sulla percezione della continuità della propria esistenza nel tempo e nello spazio, e sul simultaneo riconoscimento della continuità da parte degli altri.” (*Ibidem*)

Ciò significa che l’individuo adolescente è impegnato in modo attivo e creativo a costruire e organizzare la propria identità, abbandonando modelli identificativi consolidati e legati alla fanciullezza e creandone di nuovi. Si trova, quindi, a dover lasciare, ri-definire, integrare e annettere diversi aspetti del Sé, così da raggiungere gradualmente una identità quanto più stabile e coerente.

Si configura così un percorso di inevitabili strappi e necessarie crisi, talvolta eccitanti e gratificanti, talvolta spaventose e dolorose, prima di acquisire un’identità in cui riconoscersi.

2.3 L'importanza dell'intervento pedagogico-clinico con gli adolescenti

«Il signor Arvey disse che sulla Pietra di Rosetta era scritto che quando i ragazzi disobbediscono ai genitori, fumano sigarette e litigano, le stagioni cambiano. Su Jem E su di me cadde dunque la colpa di quei cambiamenti naturali, e quindi del dispiacere dei nostri vicini e del nostro disagio.»

(Lee, Il buio oltre la siepe, 1981, p.105)

Alla luce di quanto illustrato, appare chiaro quanto quello dell'adolescenza sia un periodo della vita profondamente complesso e complicato e, in quanto tale, meritevole di attenzione e supporto.

Per questo, il lavoro pedagogico-clinico può fare moltissimo, in termini di prevenzione, sostegno e accompagnamento.

Quel che accade in questo periodo della vita coinvolge gli individui a livello tanto profondo, radicale e su una molteplicità di aspetti da essere stato paragonato all'esperienza del **lutto**.

“Nel periodo che va dall'inizio delle scuole medie alla fine del liceo [...] negli adolescenti avviene un profondo processo di negoziazione e rivisitazione del proprio essere, che genera una forte tensione tra il desiderio di cambiamento e la spinta opposta a non abbandonare il precedente modo di essere in relazione con sé stessi e con gli altri. [...] i cambiamenti indotti dalla biologia e accompagnati da emozioni intense e fantasie su di sé e sul proprio corpo provocano un senso di dislocazione e di perdita che Anna Freud ha paragonato al processo del lutto. Questo complesso di cambiamenti ingenera preoccupazioni e angosce che l'adolescente cerca di affrontare attivando difese contro il senso di impotenza e di inadeguatezza.” (Quagliata, 2018, p.7)

Il lutto è esperienza traumatica che sconvolge e che ha a che fare con sentimenti di dolore, impotenza, confusione, messa in discussione. Perdere qualcuno o qualcosa, a maggior ragione se riguarda sé stessi, può far sentire fragili, persi, scoperti; e poiché l'adolescenza porta in qualche modo a perdere sé stessi, anche se solo in parte, le conseguenze possono ricadere tanto sul piano emotivo quanto su quello affettivo, cognitivo, fisiologico, sociale, sulle abilità relazionali, su quelle intellettive, insomma in modo trasversale a tutti i piani dell'esistenza individuale.

Inoltre, i cambiamenti sul piano fisiologico/corporeo e quelli legati alla cognizione e alla mentalizzazione non avvengono quasi mai in parallelo, piuttosto accade che, spesso, i primi

irrompono senza preavviso e un po' inaspettati creando uno sconquasso emotivo ancora difficile da elaborare e metabolizzare.

“Come ricorda Margot Waddell (2000), i cambiamenti fisiologici della pubertà si verificano solitamente prima di quelli emotivi, questo soprattutto per quanto riguarda il sesso femminile. Infatti, molte ragazze iniziano ad avere le mestruazioni e a sviluppare caratteristiche sessuali secondarie all'età di dieci o persino nove anni. Questi cambiamenti corporei portano con sé un sentimento perturbante (Freud, S., 1919), infatti, la comparsa del corpo genitale è vissuto in un primo tempo come estraneo ed esterno al ragazzo, rispetto alle precedenti sicurezze del periodo infantile. L'adolescente, pertanto, in questo processo di cambiamento, attraversa un lutto normale riferito su più fronti: lutto dei genitori, idealizzati nell'infanzia; lutto del corpo infantile; lutto della propria identità e del proprio ruolo nel mondo infantile” (Gentile, 2015)

Sono evidenti, dai compiti di sviluppo o dagli stadi elaborati da Erikson, la quantità e la difficoltà dei cambiamenti che si attraversano in questa fase della vita.

Cambiamenti che si traducono in esperienze sconvolgenti, che possono lasciare, anche se in modalità e durata diversa da individuo a individuo, tracce e memorie, temporanee o indelebili, esperienze che possono mettere in crisi. *Crisi*, infatti, deriva dal greco *Krìsis*

“il cui significato letterale è «separazione» «scelta» «giudizio». L'essenza della crisi è la difficoltà a cambiare punto di vista su di sé e sul mondo che si elabora in un arco di tempo. L'adolescenza conduce ad un nuovo stato mentale che, con il maturare delle facoltà introspettive e autoriflessive permette una riflessione autonoma, di spostare il proprio punto di vista in campi di riferimento diversi”. (Chiandetti, Pellizoni, 2017-2018)

CAPITOLO 3

LE AREE DI INTERVENTO CLINICO-PEDAGOGICO

CON ADOLESCENTI

Avendo delineato le condizioni inserenti allo sviluppo durante l'adolescenza, facendo una sintesi di ciò che avviene in questa fase della vita e sottolineandone la complessità e le criticità, è ora possibile riflettere su quali possono essere le aree di intervento verso cui il pedagogista clinico può dedicare il proprio intervento.

3.1 La regolazione emotiva: tra esplosioni e poli opposti

«D'altro canto, ero estremista: volevo tutto o nulla. se avessi amato, sarebbe stato un amore per la vita, e mi sarei data ad esso tutta intera, col mio corpo, il cuore, la testa e tutto il mio passato. Mi rifiutavo di rubacchiare sensazioni... »

(De Beauvoir, Memorie d'una ragazza perbene, 1978, p.171)

Scrive, giustamente, Enrico Castelli Gattinara (2018) che durante l'adolescenza: "Le emozioni si fanno sentire con prepotenza e scandiscono con forza inaudita ogni momento della vita".

I genitori e i parenti di figli preadolescenti o adolescenti, in contatto con loro nell'ambiente libero e informale della casa, ma anche gli insegnanti, gli educatori e tutto coloro che lavorano con ragazzi e ragazze in questa fascia d'età, conoscono bene le esplosioni emotive, "le rispostacce", i pianti disperati tipici di quegli anni. E se si torna indietro con i ricordi a quando, a propria volta, si stava attraversando quella fase, non si può non ricordare reazioni furenti, innamoramenti strazianti, baratri di tristezza.

Le emozioni calibrate a livello massimo sono tipiche e fisiologiche in adolescenza, lo dice l'esperienza, la fase di cambiamenti destabilizzanti ed emotivamente sconvolgenti di cui è stato fin qui discusso, lo sostengono la scienza e la biologia.

Anche le neuroscienze, osservando il cervello di soggetti appartenenti a questa fascia di età, confermano una diminuzione nella capacità regolativa e di controllo emotivo durante l'adolescenza. Come riporta Matteo Lancini (2021):

“Durante l'adolescenza la regione prefrontale, nel processo di ristrutturazione, perderebbe temporaneamente la sua funzione di integrazione. Questo rimodellamento renderebbe i giovani più vulnerabili all'influsso di emozioni intense e dirompenti, generate dall'iperattivazione del sistema limbico e dalla secrezione di importanti quantità di ormoni. L'iperattivazione del sistema limbico, combinata con la mancanza di controllo emotivo da parte della corteccia prefrontale, sarebbe dunque alla base dell'esuberanza e dell'impulsività adolescenziali”. (Lancini, 2021. p.52)

Ecco allora che la sfera emotiva in adolescenza si configura come condizione ambivalente di potenzialità creative e distruttive. Lancini (2021), infatti, ricorda anche che:

“In adolescenza il cervello si rimodella attraverso due processi fondamentali. Il primo processo è la potatura sinaptica, che consiste nella riduzione del numero complessivo di neuroni e di sinapsi. [...] Le sinapsi inattive vengono progressivamente eliminate, determinando così una maggiore specializzazione cerebrale. Il secondo processo è la mielinizzazione, che consiste nella formazione della mielina, una guaina che riveste l'assone del neurone e che consente un più rapido passaggio del flusso elettrico [...]. Durante la fase adolescenziale, in alcune regioni cerebrali la quantità di mielina raddoppia, aumentando così la rapidità e l'efficienza cognitiva.” (*Ivi, p.51*)

Anche le neuroscienze, dunque, danno prova del potenziale creativo dei giovani adolescenti, i quali, grazie alla plasticità cerebrale che permette al cervello di modificarsi continuamente e alla mielinizzazione che consente di rafforzarne e selezionarne le connessioni sinaptiche, possono sperimentare nuove esperienze, esplorare, aprirsi a nuove occasioni e modalità di apprendimento.

D'altro canto, tale *status* di ricostruzione e rigenerazione, nonché la riduzione dell'attivazione delle regioni prefrontali, rendono il cervello e la mente più vulnerabili ed esposti, con conseguente instabilità sul piano emotivo. Il potenziale distruttivo si manifesta proprio qui, in queste condizioni di disequilibrio nella regolazione emotiva.

Di norma gli eccessi emotivi rimangono limitati per intensità e durata. Reazioni molto intense ed esplosive tendono ad essere circoscritte a episodi, a momenti, per poi attenuarsi e permettere all'adolescente di tornare ad un normale *status* psico-emotivo omeostatico e sostenibile.

Talvolta, invece, emozioni come la rabbia, l'angoscia, la paura possono amplificarsi, essere percepite come insostenibili e, anziché regolate e metabolizzate, vengono espresse "contro" sé stessi o gli Altri. In questi casi quel che accade è che non si attiva un normale processo di mentalizzazione ed elaborazione, né dell'evento innescante né della reazione, tanto che le emozioni si trasformano in pericolosi e spaventosi ordigni di cui disfarsi immediatamente.

Ed ecco che quando le emozioni che diventano ingestibili e non trovano spazio nella mente, si trasformano in atto, in azioni e comportamenti nocivi e problematici.

"In adolescenza i sentimenti insostenibili sono spesso seguiti dall'azione: il processo complesso di provare un'emozione, assimilarla ed elaborarla, è spesso sostituito da un immediato passaggio all'atto. [...] questo tipo di *acting out*, basato sulla rapida identificazione proiettiva di un'esperienza non elaborata, è comune alla maggior parte degli adolescenti, ma in quelli più a rischio è spinto all'estremo e associato a temi di morte, danno e distruttività [...]" (Anderson, 2018, p.84)

3.1.1 Una menzione speciale per... l'ansia

Fra le emozioni più insidiose possiamo annoverare l'ansia.

Difficile da comprendere e gestire a tutte le età ma, in adolescenza, rischia di diventare incontrollabile e invalidante.

Ne scrive bene la dott.ssa psicoterapeuta dell'età evoluta Stefania Andreoli nel suo libro dedicato all'argomento "*Mamma, ho l'ansia*", nel quale inizialmente spiega quanto, come tutte le emozioni, anche l'ansia sia importante e funzionale:

"L'ansia e il panico hanno una loro origine e una loro funzione del tutto sane e fisiologiche, che individuiamo nel cosiddetto *meccanismo di attacco-fuga* di cui sono normalmente dotate tutte le creature. Quando percepisce un cambiamento dello status quo, ogni essere vivente reagisce mettendo automaticamente in moto una serie di condizioni per prepararsi ad attaccare o a fuggire [...]. Si tratta di un meccanismo di sopravvivenza". (Andreoli, 2021, p.19)

L'ansia è un grande alleato per difendersi, restare vigili, attivi e per rispondere adeguatamente ai pericoli. È presente per evitare di essere sopraffatti oppure funge da spia, da segnale che forse qualcosa non va in quel motore che è il nostro corpo, la nostra mente e il nostro mondo emotivo. Quando l'ansia si fa più acuta, infatti, può essere l'allarme di qualcosa che ci riguarda e che chiede di essere guardato.

L'importante è capire quando se ne perde il controllo, quando diventa sentimento predominante nelle risposte a determinate situazioni o sentimento prevalente per tempi prolungati, trasformandosi in funzionamento pericoloso e disadattivo.

Infatti, scrive ancora la Andreoli (2021): "[...] esistono vari tipi e gradi di ansia. La prima cosa da distinguere [...] è il confine oltre il quale l'ansia normale e appropriata diventa disfunzionale e patologica: questo avviene nel momento in cui viene avvertita con una frequenza e un'intensità tali da fare lo sgambetto troppo spesso e con cadute sempre più rovinose che passano metaforicamente da un ginocchio sbucciato a gambe e braccia fratturate" (Andreoli, 2021, p.23)

L'ansia generalmente si fa sentire per tutto l'arco della vita. Fin da quando si è piccoli, anche se durante l'infanzia è più probabile venga espressa in maniera psicosomatica, data l'immaturità fisiologica di elaborare eventi ed emozioni.

In adolescenza, complici i cambiamenti e lo sviluppo in atto, l'iper-attività ormonale, l'incontro con le prime richieste di responsabilità e di scelte che riguardano la propria vita, l'ansia può farsi sentire forte e minacciosa.

Se si osservano e si ascoltano ragazze e ragazzi adolescenti, li si potrà sentir riferire di ansia legata alla scuola, alle interrogazioni, all'esibirsi davanti al pubblico, alle visite mediche, all'incontrare persone nuove. Fino a qui, tutto bene.

La necessità di monitorare e intervenire nasce in base alle risposte che gli adolescenti mettono in campo per reagire all'ansia nelle suddette situazioni.

La dott.ssa Campbell, per esempio, parla di soluzioni difensive: “L'ansia è uno stato emotivo di allerta di fronte a un pericolo presente o futuro. All'ansia rispondiamo con manovre difensive, che chiamerò soluzioni. [...] Quando sono efficaci, queste soluzioni o manovre difensive, restano invisibili a noi e agli altri. Tutti infatti ricorriamo a diverse soluzioni difensive di fronte a problemi che incontriamo ogni giorno [...]” (Campbell, 2018, pp. 56-57)

Se, invece, le risposte all'ansia si traducono in abbandono scolastico, ritiro sociale, abuso di sostanze, autolesionismo, fino al mutismo selettivo o ai tentativi di suicidio, è chiaro che bisogna intervenire, ascoltare cosa l'ansia ha da dire e apprendere nuovi modi di comunicare il malessere.

Il lavoro pedagogico-clinico può essere di grande aiuto nell'accompagnamento durante lo sviluppo psico-emotivo. A seconda dei bisogni dei singoli individui, si può, infatti, impostare il progetto pedagogico su interventi dedicati all'emotività oppure integrando il lavoro sulle emozioni con quello sull'apprendimento o sulla motricità. Sicuramente vale la pena tenere presente che la conoscenza, la consapevolezza e la capacità di controllo delle emozioni e del proprio mondo emotivo sono alla base di un buono sviluppo cognitivo e intellettuale.

“Da una recente meta-analisi (Robinson et al., 2020) si evince come le abilità di autoregolazione abbiano effetti cumulativi nel tempo: i livelli di autoregolazione in età prescolare sono associati da un lato a buone competenze sociali e a buone motivazioni all'apprendimento, e dall'altro lato a minori problemi sia internalizzati che esternalizzati [...]. inoltre, le abilità di autoregolazione in età scolare si collegano a ottime prestazioni accademiche e a una minore possibilità di sviluppare una sintomatologia depressiva, o problemi di obesità, o utilizzo di sostanze in adolescenza. Da ultimo, si evidenzia come i livelli di autoregolazione mostrati nei primi anni della scuola primaria siano predittivi di un buon adattamento, un buon equilibrio psicologico e una migliore salute fisica in età adulta”. (Bianco, Castelli, 2018).

3.2 Spezzare il cordone ombelicale: verso l'indipendenza

«Io, senza togliere la fronte dalla mappa distesa, su cui andavo tracciando dei segni con un pezzo di carbone, le risposi che stavo studiando i miei itinerari; giacché, affermai convinto, l'epoca di esplorare il mondo ormai s'avvicinava, per me: intendevo partire, al più tardi, l'anno prossimo: o in compagnia di mio padre, o, altrimenti, anche solo!» (Morante, *L'isola di Arturo*, 1957, p.208)

È proprio in questo periodo della vita che si inizia a tagliare metaforicamente il cordone ombelicale che lega ai genitori, per costruire la propria autonomia e indipendenza.

Per tutta l'infanzia si rimane inevitabilmente agganciati ad un rapporto di dipendenza dai genitori o *cargivers*. È un rapporto, questo, funzionale alla protezione di ogni infante in quanto essere umano ancora bio-psico-socialmente immaturo. Una volta giunti alle soglie dell'adolescenza, però, prende avvio il processo di distacco concreto, materiale, psicologico ed emotivo dagli adulti di riferimento.

Si tratta di un processo composto di due momenti complementari e paralleli: "l'individualizzazione, proprio dell'adolescente che si esprime nella sua propensione ad autonomizzarsi dai legami familiari, e il secondo, la differenziazione. [...]" (Camaioni, Di Blasio, 2011, p.278)

Individualizzazione e separazione o differenziazione sono passaggi, *condicio sine qua non* fondamentali per raggiungere l'adulthood e un'identità propria, per non sentirsi più solo figli ma, prima di tutto, persone.

Anzi, come scrive la dott.ssa Stefania Andreoli in un bellissimo passaggio del suo libro "*Mio figlio è normale*":

"separazione-individuazione significa separarsi dai genitori come prerequisito fondamentale per individuarsi in quanto se stessi. Non compiere il primo passaggio (dolorosissimo per tutti, *in primis* per i figli) significa non poter fare bene il secondo. Non smettere di essere il figlio dei propri genitori significa non godere del margine sufficiente per diventare l'amico di Piero, la ragazza di Gianni, il compagno di volontariato in Croce Rossa di Mario, il complice di scorribande di Franco. Significa assottigliare le occasioni di vita e di espressione di sé, restando chi si è stati anziché diventando chi si è". (Andreoli, 2020)

Diventa necessario che il motto Montessoriano “*aiutami a fare da solo*”, in adolescenza si tramuti nell’altrettanto noto motto pronunciato da quasi ogni figlio o figlia “*mamma, faccio io*”.

La separazione dai genitori, dunque, è il prerequisito fondamentale per lasciarsi alle spalle il ruolo di “figlio-di” e acquisire quello nuovo di individuo, amic*, compagn*, professionista-in, genitore-di etc.

L’essere pronti a questo distacco, inoltre, è condizione predittiva della capacità di stabilire legami amicali o sentimentali sani e positivi; al contrario, problemi di distacco possono essere causa o conseguenza di difficoltà nella costruzione di buone relazioni con gli Altri.

Il lavoro del pedagogo clinico, in questo ambito, può risultare prezioso se atto a supportare percorsi di conoscenza e consapevolezza di sé, delle autonomie e della sicurezza e delle capacità per “cavarsela da soli”, di strategie per affrontare sfide e ostacoli senza necessariamente l’intervento di un adulto, di riflessione su chi si pensa di essere, sui propri desideri e aspirazioni.

3.3 Il potere salvifico dell’amicizia

«Adesso Pin deve decidersi se dire o non dire a Lupo Rosso dei nidi di ragno. Certo Lupo Rosso è un ragazzo fenomeno che può fare tutte le cose immaginabili; ma il posto dei nidi di ragno è un grande segreto e bisogna essere dei veri amici in tutto e per tutto.»

(Calvino, I sentieri dei nidi di ragno, 2016, p.46 Milano)

Affidandosi ancora una volta al manuale di psicologia dello sviluppo, si legge che:

“la relazione con i pari permette “di rafforzare i processi di identificazione, di differenziazione-individuazione e di integrazione relazionale [...] L’appartenenza al gruppo dei pari, [che] nasce da un iniziale bisogno di affiliazione non sempre selettivo e che risponde all’esigenza di trovare supporto, condivisione e approvazione, si trasforma in un bisogno di appartenenza che implica la scelta selettiva di attività e di riferimenti valoriali che meglio si conciliano con valori e scelte congrue con l’immagine di sé che l’adolescente pian piano costruisce.” (Camaioni, Di Blasio, 2011, p.281)

La dimensione amicale e relazionale chiama in campo diversi fattori e abilità: empatia, condivisione, reciprocità, fiducia, rispetto dell'Altro, ma anche capacità di aprirsi, mettersi in gioco, disvelarsi, comprendere sé stessi.

Se durante l'infanzia si apprendono le competenze di base per comprendere e agire nel mondo stando in relazione, in adolescenza queste competenze si affinano, permettono di muoversi nella sfera sociale, di vivere in serenità e ricevere supporto, di comprendere meglio sé stessi insieme al mondo fuori da sé.

In un articolo dedicato al tema delle amicizie in adolescenza, la dott.ssa Elena Buday spiega con chiarezza la vitale importanza delle relazioni amicali durante il periodo adolescenziale:

“Nei pari [l'adolescente] troverà figure di attaccamento sostitutive e transizionali che lo sosterranno nell'elaborare la dipendenza dai genitori e nel conquistare l'autonomia, modelli di identificazione con cui confrontarsi, [...] l'appartenenza a un gruppo che lo supporterà nel suo bisogno di apprezzamento e identità, attenuando il senso di solitudine e perdita che accompagna i processi separativi”. (Buday, 2020)

La capacità di instaurare relazioni di amicizia, soprattutto con i pari, è dunque da ritenersi un indice del benessere emotivo e psicologico dell'adolescente, nonché un “fattore protettivo dal rischio di disagio psicosociale” (Camaioni, Di Blasio, 2011, p.281)

Di contro, la mancanza di tali rapporti amicali va considerata un campanello d'allarme, un indicatore di un possibile vissuto di disagio.

Può accadere che vi sia un problema di bullismo, inflitto o subito, piuttosto che di depressione, ansia, ritiro sociale, disturbi del comportamento alimentare, autolesionismo, condotte di comportamento deviante o antisociale. Sono tutte realtà che hanno a che fare, sia per causa che per conseguenza, con la relazione.

Come afferma la dott.ssa E. Quagliata, in situazioni come quelle appena elencate: “Accade una sorta di *rottura mentale col mondo*”. E aggiunge che ovunque l'adolescente si trovi in una situazione di crisi in relazione con sé stesso o con il mondo, “se ne allontana drasticamente. Ha la sensazione che la minaccia venga da fuori e per questo si ritrae dalla scuola o dalla famiglia: ci sono adolescenti che si rinchiodano in camera per mesi, a volte per anni”. (Quagliata, 2018, p.40)

Si pensi in questo senso al fenomeno degli *Hikikomori*. Come ben spiegato sul sito del centro specializzato “Cooperativa Sociale Onlus Hikikomori Milano”, parliamo di un fenomeno nato principalmente in Giappone, il cui nome nasce dall’unione delle parole “*hiku*” (tirare) e “*komoru*” (ritirarsi), quindi letteralmente significa “isolarsi, ritirarsi” e che si riferiva al numero sempre crescente di giovani, i quali “apparentemente per una forma di apatia scolastica, interrompevano le relazioni sociali e si ritiravano nella propria stanza rimanendovi rinchiusi anche per lunghi periodi. [...] Di solito sono giovani [...] che decidono di rinchiuersi volontariamente nella propria stanza, evitando qualunque contatto diretto con il mondo esterno, spesso famigliari inclusi”. (Centro Hikikomori-Milano, 2018)

Sulla stessa pagina del Sito si fa riferimento all’uso assorbente e alienante che i ragazzi *hikikomori* fanno di Internet. Non si può non notare quanto l’uso spasmodico del cellulare, dei social o dei giochi, soprattutto online e di ruolo, sia comune nella realtà di moltissimi ragazzi e ragazze, sebbene non in forma tale da essere considerato patologico. Il legame con queste realtà virtuali è oggettivamente sempre più forte. Lo dimostra il tempo passato sullo schermo, l’uso anche durante le ore di lezione, insieme agli amici, talvolta la preferenza a rimanere nella propria stanza anziché uscire in compagnia.

A volte si tratta semplicemente di una tendenza figlia dei tempi moderni e della generazione nativa digitale, tendenza che comunque non andrebbe sottovalutata, data la crescente sostituzione dei rapporti sociali in carne e ossa con quelli virtuali, in solitudine e lontano da tutti. Sempre più spesso ci si imbatte in adolescenti che riferiscono di non avere amici e preferire rimanere in casa a giocare con il telefono (o mezzi simili) piuttosto che uscire; studenti che tengono il cellulare nascosto dietro l’astuccio per giocare online o scorrere le *home* di *instagram* o *tik tok*, e non come atto di ribellione nei confronti degli insegnanti o di noia davanti alla lezione, ma perché non riescono a farne a meno; ragazzi e ragazze che esplodono in rabbia isterica e reazioni violente se viene loro ritirato lo smartphone. Insomma, tutte situazioni e comportamenti che non è possibile ritenere solo figli del nuovo millennio, piuttosto vanno tenuti sotto controllo, con le antenne ben tese, e visti come indici di un diffuso disagio e malessere giovanile, a rischio di peggioramento.

Infine, non va dimenticato che, nei casi più gravi, problemi nelle relazioni si manifestano anche in presenza di comportamenti antisociali. E proprio a tal proposito Artur H. Williams (1983), sulle orme di Melanie Klein, fa notare come “il deviante scarichi sugli altri, mediante l’identificazione proiettiva, sentimenti di rabbia, invidia, confusione, paura ed eccitazione, che sono diventati insostenibili.” (Campbell, 2018, p.55)

Alla luce di quanto scritto rispetto all’importanza delle relazioni sociali e amicali in adolescenza, un intervento di tipo clinico pedagogico consente la possibilità di focalizzarsi sui fattori che ostacolano

relazioni sane e positive. Si può pensare, per esempio, a percorsi metacognitivi di riflessione sul Sé, sull'idea di relazione, sui rapporti con i pari, con genitori e con gli Altri in generale, sui concetti di fiducia, reciprocità ed empatia, condivisione.

3.4 Il costrutto di identità e identità in costruzione

«*“Domani finirai di essere un burattino di legno, e diventerai un ragazzo perbene”* »

«*ma... disgraziatamente, nella vita dei burattini, c'è sempre un ma che sciupa ogni cosa*».

(Collodi, *Pinocchio*, 2010, p.127)

Come è stato definito nei paragrafi precedenti, il periodo dell'adolescenza è quello in cui si definisce il processo di costruzione dell'identità.

“Sebbene la formazione del senso di identità prosegua per tutto l'arco della vita in connessione col mutare delle circostanze, delle scelte e dei ruoli sociali, è soprattutto nella preadolescenza e nell'adolescenza che si manifesta in modo più tipico ed evidente. [...] Non a caso Erickson [1950] ha affermato che il periodo veramente cruciale per lo sviluppo della persona non è la prima infanzia, ma l'adolescenza.” (Camaioni, Di Blasio, 2011, p.264)

Sono molti i fattori che concorrono alla costruzione di tale processo: il carattere, le caratteristiche fisiche, il contesto familiare e sociale in cui si cresce, la cultura di riferimento, l'istruzione, l'educazione formale e informale cui si è sottoposti, le relazioni interpersonali.

In ogni campo del sapere, poi, è stata posta grande attenzione al concetto di identità. In letteratura, in arte, in biologia, nelle scienze psicologiche e in quelle pedagogiche, innumerevoli autori e studiosi hanno riflettuto sul significato empirico e ontologico di identità.

Dalla biologia e dalle scienze naturali, che insegnano come il DNA rappresenti “l'impronta genetica di ciascuno di noi” (*DNA*, 2018), tale da permettere di identificarci come esseri viventi unici e irripetibili al pensiero di Freud, Jung, Erikson che, in psicologia e psicanalisi, hanno discusso di identità in chiave analitica ed evolutiva; si ricorda il pensiero di Bruner sull'identità come costruzione sociale; o quello di H. Mead, il quale, seguendo il filone degli interazionisti simbolici, riteneva la soggettività come qualità “non tanto del soggetto, ma del suo essere in relazione con gli altri” (Castello, 2019);

Per lo psicologo Jerome Bruner, facente parte della corrente della psicologia culturale, il Sé si struttura attraverso il rapporto con gli Altri e con il contesto esperienziale e culturale di riferimento. A lui si deve, infatti, l'elaborazione del concetto di *Sé delocalizzato* ovvero “non localizzato solo nella fortezza della coscienza privata immediata, ma anche in una situazione storico-culturale”. (Bruner, 1992)

In uno dei suoi celebri scritti “La ricerca del significato”, Bruner (1992) afferma che secondo la psicologia culturale: “il Sé doveva essere considerato come una costruzione che [...] si muove dall'esterno verso l'interno e viceversa, e cioè dalla cultura alla mente e dalla mente alla cultura. [...] l'autostima e il concetto di sé degli individui varia[no] in netta reazione al tipo di persone che si trovano a frequentare”.

Il sociologo canadese Erving Goffman parlava, invece, di identità in senso plurale, come “molteplicità del sé” in quanto “l'individuo riesce a gestire e a cambiare una pluralità di self multipli e fluttuanti in quanto prodotti non da una qualche attività psichica, ma dagli eventi e dagli scenari sociali nei quali agisce” (Castello, 2019);

Anche in letteratura, si ricorda Luigi Pirandello, che racconta l'uomo non come singola e univoca personalità, ma come “*Uno, Nessuno, Centomila*” maschere, con molteplici e diverse personalità, tante quante gli Altri gliene attribuiscono.

Dalle diverse interpretazioni relative al concetto di identità si possono comunque trarre alcuni denominatori comuni: l'identità ha caratteri di unicità poiché legati al singolo individuo ma non è univoca e nemmeno statica; essa si presenta in diverse sfaccettature a seconda del momento storico di vita dell'individuo e a seconda del contesto; può modificarsi ed essere modificata; risente ed è influenzata dalle relazioni interpersonali. Inoltre, “due principali aspetti compongono tale costrutto: l'idea che un individuo ha di sé stesso (ciò che “pensa di essere”), e ciò che l'individuo è con le caratteristiche che fanno di lui un essere unico e riconoscibile.” (Camaioni, Di Blasi, 2011)

Poter rispondere alla domanda “*Chi sono*” dipende da dati oggettivi e incontestabili, come le dimensioni, le misure, il colore degli occhi e dei capelli, l'immagine riflessa allo specchio e dalla percezione che si ha di sé, dai pensieri tutti soggettivi che si costruiscono sulla propria persona.

“R. Cahn (2000) parla di soggettivazione intesa come processo di assunzione della soggettività. Essa rinvia a quell'insieme di azioni psichiche che conducono l'individuo a percepire la propria individualità creando uno

spazio psichico personale adeguato, che permette una differenziazione con l'esterno e allo stesso tempo una capacità di auto simbolizzazione dell'esperienza. Questo processo riguarda il corso dell'intera vita dell'individuo e in questa fase dello sviluppo trova uno snodo cruciale". (Gentile, 2015)

È facile immaginare quanto in adolescenza, il momento in cui l'identità chiede con forza di essere definita, sia invece difficile integrare l'immagine oggettiva e l'idea soggettiva del Sé, acquisire un pensiero coerente sulla persona che si sta diventando, accettarsi e riconoscersi.

3.5 Tutto passa dal corpo

«Lassù era tutto talmente nuovo per me, che non riuscivo a recuperare il mio equilibrio naturale. Mi sentivo lunghissimo, come se non fossi tutto di un pezzo, ma composto di tanti segmenti, sicché testa e spalle rispondevano in un modo ai miei comandi, e stinchi e caviglie in un altro.»

(Auster, Mr Vertigo, 1995, p.91)

Abbiamo visto che il corpo è un grande protagonista durante l'adolescenza. Subisce cambiamenti profondi, anzi è il primo ad annunciare l'avvio dell'evoluzione verso l'adulthood, ancor prima del cuore e della mente, ancor prima di essere abbastanza grandi da elaborare cognitivamente ed emotivamente questo sviluppo; il corpo è la parte di Sé che in questo periodo determina (o mette in crisi) l'identità di genere, la sessualità, il percepirsi creature riproduttive e il passaggio luttuoso dal corpo infantile generato al corpo adulto generativo;

in ultimo, ma non certo per importanza, il corpo è un potentissimo strumento per esprimere le emozioni. Esso è a portata di mano, è "sempre con noi", per cui ciò che desideriamo, di cui abbiamo bisogno o che non riusciamo a esprimere, spesso finiamo per trasmetterlo attraverso il nostro corpo, meraviglioso palcoscenico di ciò che abbiamo dentro.

All'interno del libro "Adolescenti in crisi", la dott.ssa E. Quagliata e il dottor M. Laufer dedicano un dialogo proprio sul senso di crisi che a vari livelli può generare il corpo in adolescenza, tanto da produrre quello che essi definiscono: "breackdown evolutivo, ossia una crisi caratterizzata dall'interruzione del normale percorso dello sviluppo." (Quagliata, 2018, p.36)

L'interruzione del processo di sviluppo e i cambiamenti radicali, sia nel corpo che nella mente, generano inevitabilmente disorientamento e confusione, seppur in modi e intensità differenti per ciascuno individuo. Per tenere fede all'inclinazione clinica, quindi, ogni adolescente va guardato nel suo personalissimo percorso di sviluppo, non valutando come preoccupanti reazioni di destabilizzazione rispetto al corpo, qualora non sia necessario, ma nemmeno sottovalutandole.

Come ancora riportano Quagliata e Laufer (2018): "le conseguenze del breakdown possono essere molto varie: dal cercare rifugio nell'isolamento, distaccandosi dagli oggetti esterni, al rifiuto di continuare a vivere, dall'idea che per risolvere tutti i problemi basti distruggere il proprio corpo fisicamente maturo, al rompere definitivamente con la realtà e al conseguente insorgere di un'organizzazione psicotica". (*ivi*, p.41)

Sappiamo insomma che i cambiamenti fisici in pubertà e adolescenza comportano fatica ed è considerato normale che i ragazzi e le ragazze per un po' non si piacciono, vogliano essere diversi, provino diete o allenamenti e così via.

Ma come per ogni sintomo di eventuale malessere, è importante monitorarne la durata e l'entità. Se l'insoddisfazione del proprio aspetto o il desiderio di cambiare diventano eccessivamente prolungati nel tempo, tanto pervasivi da portare la persona a disprezzarsi *in toto*, se inficiano il normale percorso di vita, impedendo per esempio di uscire di casa, incontrare gli Altri, andare a scuola, avere una vita sessuale o sentimentale, se diventano un pericolo per la salute, allora non si tratta più di cambiamenti fisiologici ma significa che qualcosa è andato storto e che la crescita ha subito un crollo.

Un rapporto negativo, disfunzionale o patologico dell'adolescente con il proprio corpo può portare a gravi conseguenze come disturbi del comportamento alimentare, ossessività rispetto al cibo o all'allenamento fisico, disforia di genere, dismorfofobia, autolesionismo, fino, nei casi più gravi, ad atti suicidari.

Ecco perché un occhio clinico e un intervento pedagogico, anche in questo campo, possono fare tanto. Un percorso di supporto e accompagnamento da parte del pedagogo clinico può, per esempio, ruotare intorno al concetto di identità e di fisicità; all'idea del Sé in ottica passata, presente e futura; alle modalità di integrazione della percezione di sé con quella che si trasmette all'esterno; al rapporto con il proprio corpo; all'autostima e alla fiducia in sé stessi.

In ottica preventiva o di intervento, dunque, o in casi di emergenza conclamata, il lavoro pedagogico diventa utile non tanto per lavorare sul sintomo o sul corpo nel dettaglio (lavoro che può comunque essere realizzato in un'equipe con altri esperti in materia), quanto per il rafforzamento e l'integrazione delle varie parti del Sé, attraverso tecniche di autoriflessione e metacognizione.

CAPITOLO 4

IL LAVORO DEL PEDAGOGISTA CLINICO CON GLI ADOLESCENTI: FRA SVILUPPO, EMOZIONI E APPRENDIMENTO

4.1 APPRENDIMENTO E INTELLIGENZA

«Hai detto che avrebbero rivelato cosa eravate realmente. Dentro di voi. È questo che hai detto, non è così? Noi prendevamo i vostri lavori perché pensavamo che fossero un riflesso della vostra anima. O, per concludere il ragionamento, lo facevamo per dimostrare che voi avevate un'anima.»

(Ishiguro, Non lasciarmi, 2016, p.264)

Spesso accade che l'intervento del pedagogo clinico venga richiesto in situazioni di specifiche problematiche di tipo didattico o legati alle abilità nell'apprendimento. Ci si aspetta, dunque che l'intervento clinico-pedagogico si occupi quasi esclusivamente di difficoltà nella lettura o nella scrittura, nel procedimento del calcolo o della codifica numerica, piuttosto che di capacità mnemoniche o di comprensione del testo. In verità, l'approccio clinico è chiamato ad occuparsi tanto della situazione specifica quanto della persona nella sua interezza, quindi a considerare la difficoltà specifica in correlazione con tutto ciò che la riguarda, in termini di caratteristiche, abilità e funzionamento.

Lo sguardo clinico di un pedagogo diventa un supporto prezioso per indagare in modo olistico le origini e le soluzioni a specifiche problematiche. Così, difficoltà nella memorizzazione delle formule o nella comprensione di un testo, possono essere indagate e correlate a strategie di studio non inadeguate, a incoerenze fra il metodo di studio e il proprio stile cognitivo, ad un ambiente ostile e ostacolante oppure a stati emotivi disregolati e invalidanti.

4.2 Il Q.I e l'intelligenza

Quello di intelligenza risulta ancora un concetto talmente vasto e sfaccettato da non trovare corrispondenza in una definizione unica, definitiva e universalmente condivisa all'interno del mondo scientifico.

Come suggerisce la Prof.ssa A. Cadamuro in *Stili cognitivi e stili di apprendimento*: “forse la definizione più condivisa è quella che vede l’intelligenza come la capacità di apprendere dall’esperienza, utilizzando i processi metacognitivi per migliorare l’apprendimento e aumentare la capacità di adattamento all’ambiente circostante, a seconda dei contesti sociali e culturali”. (Cadamuro, 2014, p.11)

Questo perché l’intelligenza umana implica numerose abilità in altrettanti numerosi ambiti dell’esistenza: dalle attività intellettive specificatamente cognitive e “corticali” come il linguaggio, la comprensione e la memoria, alle competenze in ambito emotivo, sociale, corporeo. Infatti:

“Nel concetto di *intelligenza* è possibile includere tre tipi generali di capacità: la capacità di risolvere problemi, cioè di ragionare logicamente, di intuire collegamenti tra idee diverse, di capire i vari aspetti di un problema e di avere un atteggiamento mentale flessibile; la capacità verbale, che implica abilità come quella di parlare in modo chiaro e ordinato e di possedere un ampio vocabolario; l’intelligenza pratica, che è costituita da abilità come quella di comprendere l’essenziale delle situazioni, sapere come raggiungere degli scopi e come far fronte a compiti nuovi.” (Del Po, 2008)

Nel corso della storia sulla ricerca per definire e misurare l’intelligenza sono state elaborate diverse teorie e metodi di valutazione.

Il primo metodo valutativo a stampo psicometrico si deve ad Alfred Binet, il quale si basò sull’età cronologica per comparare individui differenti per capacità e risultati intellettuali.

All’autore si deve, infatti, il primato di aver espresso l’intelligenza attraverso un’unica misura sintetica e globale: il quoziente intellettuale Q.I. (calcolato tenendo conto dell’età sia mentale – EM – sia cronologica – EC) secondo la formula:

$$Q.I. = EM/EC \times 100.$$

“Con Terman (1916) il Q.I. passa dall’essere calcolato come Q.I. rapporto, all’essere calcolato come Q.I. deviazione (punteggi standard con media = 100 e deviazione standard = 16), con apposite tabelle di conversione, dal punteggio grezzo al punteggio standardizzato, in base all’età dei soggetti. Tale test prese il nome *Stanford-Binet*.” (Del Po, 2008)

Ad oggi, i principali TEST utilizzati per la misurazione del Q.I. sono:

- Le scale Wechsler: WAIS-R [1] / WISC-R / WIPPSI.
- Matrici progressive di Raven: Matrici Progressive Colore / P.M. 38 / P.M. 47.

Sebbene entrambi i Test sopraindicati non possano essere somministrati dai pedagogisti clinici, essi possono ugualmente essere presi in considerazione e integrati all'interno di una valutazione pedagogica. Nel caso in cui il soggetto del percorso pedagogico abbia sostenuto le scale Wechsler o le Matrici progressive di Raven, il pedagogista può consultarne i risultati, inserirli in valutazione e considerarli nel quadro globale relativo al soggetto in carico, insieme agli altri test effettuati e alle valutazioni.

Soprattutto, test di questo tipo risultano rilevanti in presenza di gravi deviazioni standard rispetto alla media, piuttosto che di specifiche problematiche o patologie.

Accanto a metodologie così precise per la valutazione dell'intelligenza, sono stati elaborati anche approcci meno specifici e più flessibili, volti a osservare tutti quegli aspetti che influiscono sulla capacità individuale di apprendere e di agire nel proprio contesto di vita.

4.3 Il Q.E, le emozioni e l'intelligenza emotiva

4.3.1 Le emozioni

« "Ho paura di lui," disse Piggy "e per questo lo conosco. Se si ha paura di qualcuno, lo si odia, ma non si può fare a meno di pensarci. Ci si persuade che non c'è niente da temere virgola e poi quando lo si rivede... È come l'asma, che non lascia respirare.»

(Golding, Il Signore delle Mosche, 1980, p.100)

Non esiste ancora una definizione precisa e univoca intorno alle emozioni. In ambito scientifico e psicologico si sono susseguite svariate teorie rispetto alla loro natura, alle origini, alle tipologie. Tuttavia, si può concludere che:

«Benché non esista un consenso unanime sulla definizione del termine, le emozioni sono descritte come stati affettivi intensi, accompagnati da modificazioni fisiologiche e cambiamenti comportamentali osservabili, alla cui attuazione sono dedicati circuiti neurali specifici. [...] Il loro ruolo è però intuitivamente riconosciuto come essenziale: le tracce emotive lasciate dagli episodi della nostra esistenza agiscono da guida per le decisioni e gli atti successivi» (Braschi, 2010)

Le emozioni consistono, dunque, in risposte fisiologiche a determinati stimoli sensoriali e in specifiche situazioni, vengono memorizzate per essere ri-utilizzate in senso adattivo e fungono da legame fra l'essere umano e l'ambiente. Come dimostrato dagli importanti studi di neuroscienziati come Antonio Damasio e Joseph LeDoux, le aree cerebrali del circuito limbico, fondamentali nel processo di elaborazione delle emozioni primarie, sono determinanti nei processi decisionali e di memorizzazione. Difatti “siamo un impasto di emozioni e coscienza” (Salvini & Dondoni, 2011, p.157).

Così scrive, infatti, Damasio (2003, pp. 72-73):

«Le emozioni offrono al cervello e alla mente un mezzo naturale per valutare l'ambiente all'interno e all'esterno dell'organismo e per reagire in modo adattivo. In realtà, in molte circostanze, noi valutiamo consapevolmente gli oggetti che causano le emozioni [...]. In tali circostanze, l'apparato delle emozioni valuta in modo spontaneo, e l'apparato della mente cosciente co-valuta ponderatamente. Possiamo perfino modulare la nostra reazione emozionale. In effetti, uno degli scopi fondamentali dell'educazione è interporre una tappa valutativa non automatica fra oggetti causativi e risposte emozionali. Così facendo, cerchiamo di dare una forma alle nostre reazioni spontanee».

Un altro celebre studioso di questo ambito, lo psicologo e scrittore Daniel Goleman, rifacendosi agli studi di Paul Ekman sul tema, fa notare come: «la radice della stessa parola emozione è il verbo latino MOVEO, “muovere”, con l'aggiunta del prefisso “e” (“movimento da”), per indicare che in ogni emozione è implicita la tendenza ad agire» (Goleman, 2021, p.24).

Il repertorio emotivo non solo configura la reazione personale e contingente di ciascun individuo, ma determina anche le azioni successive, in termini decisioni, movimenti, reazioni impulsive o modulate. Di conseguenza, la sua regolazione influisce in modo importante e diretto sulle modalità con cui affrontare eventi e situazioni.

4.3.2 Regolare le emozioni.

Per regolazione emotiva si intende il complesso di “modificazione automatica o intenzionale dello stato emotivo di una persona, che promuove un comportamento adattivo o diretto a uno scopo” (Franciosi, 2017, p.17).

La capacità di regolare in modo efficace, coerente e funzionale il proprio mondo emotivo è, dunque, essenziale per un buon funzionamento cognitivo, sociale, emotivo. Allo stesso modo, le difficoltà a processare e gestire le emozioni si ripercuotono inevitabilmente su ogni aspetto della vita, dal funzionamento intellettuale, a quello organico, neurologico, relazionale.

Considerando la regolazione emotiva come insieme di processi estrinseci e intrinseci responsabili delle reazioni emotive funzionali e adattive, le due categorie di fattori implicati nella regolazione emotiva sono quella dei “Fattori individuali” e quella dei “Fattori contestuali” (Franciosi, 2017, p.25).

I fattori individuali comprendono tutti gli elementi riferiti esclusivamente all’individuo, le sue caratteristiche fisiologiche, organiche, il temperamento, il carattere. Essi possono essere suddivisi a loro volta in fattori cognitivi, relativi a tutti i processi di tipo cognitivo e intellettuale e in fattori sensoriali, relativi al processamento degli stimoli sensoriali. I fattori contestuali, invece, riguardano tutto ciò che è esterno all’individuo e che proviene dall’ambiente.

4.3.3 La neocorteccia e i fattori cognitivi

I fattori cognitivi riguardano tutte quelle funzioni dipendenti principalmente dai processi che avvengono nella parte corticale del cervello. La neocorteccia è la parte più recente del cervello umano, che, come scrive Daniel Goleman, è «responsabile di tutte le nostre capacità segnatamente umane. Essa è sede del pensiero; contiene i centri che integrano e comprendono quanto viene percepito dai sensi, e inoltre, aggiunge ai sentimenti ciò che noi pensiamo di essi [...]» (Goleman, 2021, p.32).

4.3.4 Le Funzioni Esecutive

Fra i fattori cognitivi che possono compromettere la regolazione emotiva rientrano le funzioni esecutive. Come ricordato da Palmieri et. al, riportando gli studi di Ozonof et. al. (1991): “Le funzioni esecutive consistono in una serie di operazioni mediate dai lobi frontali, che consentono il controllo volontario del comportamento cognitivo e motorio. Esse regolano i processi di pianificazione, controllo e coordinazione del sistema cognitivo, assicurano flessibilità al comportamento e svolgono un ruolo importantissimo nella soluzione dei problemi e nell’acquisizione delle abilità sociali.” (Palmieri et. al, p.7).

Difficoltà rispetto alle FE si traducono, per esempio, in rigidità di pensiero, impulsività, reattività immediata, scarsa flessibilità di pensiero e risposta ai cambiamenti, selettività e perseverazione, tutte conseguenze inevitabilmente legate a difficoltà nella regolazione emotiva.

4.3.5 Il sistema limbico e i fattori sensoriali

L'altro grande nucleo di processi neuro-biologici legato alla regolazione delle emozioni è quello del sistema limbico, la parte più antica del cervello, che si occupa dell'elaborazione e della regolazione emozionale, insieme al sistema nervoso centrale (*snc*) e periferico (*snp*), e ai neurotrasmettitori.

Secondo gli studi di Papez (1937) il circuito limbico consiste in una serie di strutture nervose interconnesse, include l'amigdala e l'insula ed è in continua interazione con le aree corticali e sottocorticali. È quello che Damasio definisce "il nocciolo antico del cervello [che] si occupa della regolazione biologica di base, giù nello scantinato, mentre in alto la neocorteccia pondera con saggezza e perspicacia" (Damasio, 1995, p. 188).

Fra questi, "la struttura nervosa che classicamente è ritenuta la fondamentale base neurologica degli stati emotivi è l'amigdala" (Matarazzo & Zammuner, 2015, p.55), così chiamata per la sua forma simile ad una mandorla (dal greco ἀμυγδάλη, mandorla). "L'amigdala ha un ruolo cruciale nelle emozioni: nell'esprimerle, nel riconoscerle e nel provarle. Il suo ruolo si manifesta soprattutto nelle emozioni primarie, cioè quelle sei emozioni che sono espresse ugualmente in tutte le culture: paura, disgusto, tristezza, rabbia, gioia e sorpresa" (Umiltà, 2011, p.83). Matarazzo e Zammuner (2015) ricordano come la funzione prevalentemente riconosciuta all'amigdala sia "l'evocazione e il mantenimento delle emozioni legate alla paura" e, in generale, delle emozioni particolarmente intense.

L'altra area corticale parte di questa sorta di "centralina emotiva" è l'insula, strettamente interconnessa con l'attivazione dell'amigdala nella percezione delle emozioni intense, "deputata ad elaborare le informazioni provenienti dal corpo sembra svolgere un ruolo cruciale nell'ambito dei processi neurocognitivi ed emozionali" (Matarazzo & Zammuner 2015, p.56). Fra questi, i processi enterocettivi, ossia il processamento fisiologico e cognitivo delle sensazioni interne, che si è soliti esprimere verbalmente con l'espressione "mi sento" (Matarazzo & Zammuner, 2015) e che si ipotizza possa essere di grande incidenza alla generazione del "senso di sé".

Non ultimo, Matarazzo e Zammuner (2015, p. 56) riportano come l'ippocampo, connesso con l'amigdala, sia alla base dei processi di apprendimento e memoria, fondamentale per la formazione delle paure apprese e al richiamo di ricordi emotivamente determinanti, svolgendo così un ruolo importantissimo nella regolazione emotiva. Esso contribuisce, quindi, alla modulazione flessibile e adattiva delle risposte "in modo da adattarle a esigenze mutevoli senza più dover reagire in modo automatico e rigidamente invariabile" (Goleman, 2021, p.31).

Nel caso di anomalie nel funzionamento di amigdala, insula, ippocampo, nelle aree nel sistema limbico e nelle interconnessioni fra le parti, si verificano disfunzioni anche nei rispettivi compiti sopracitati. Ne conseguono anomalie: nella mentalizzazione, nella significazione coerente e funzionale di sensazioni e stimoli, nella percezione distinta degli stimoli, nella loro elaborazione e gestione, nella capacità di registrare in memoria esperienze al fine di sviluppare risposte adatte per le esperienze successive.

4.3.6 L'arousal

Similmente, problematiche nella regolazione emotiva per eccesso o per difetto nella risposta, avvengono anche per la modulazione dell'*arousal*, definito come:

«stato generale di attivazione e reattività del sistema nervoso, in risposta a stimoli interni (soggettivi) o esterni (ambientali e sociali). Comprende un livello intermedio ottimale, adeguato [a]l funzionamento psicologico. (...) Le prestazioni migliori nell'essere umano si ottengono in corrispondenza di livelli intermedi di arousal, mentre un arousal ridotto (come nel sonno o nel rilassamento profondo) o eccessivo (come negli attacchi di panico) è incompatibile con un buon funzionamento cognitivo.» (Treccani, 2008).

Il nostro sistema nervoso è costantemente attivato, indipendentemente dagli stimoli cui è sottoposto e varia da stati di attivazione alta, quando è alto il livello di eccitazione e bassa attivazione, quando si trova in condizioni di rilassamento.

In caso di forte eccitazione, per esempio di fronte alla percezione di paura, di pericolo o di intensa felicità, l'*arousal* può attivarsi in due modalità di risposta differenti, di *iper* o *ipo* attivazione. Fra gli stati alti, i molto alti, i bassi e i troppo bassi, si colloca la condizione mediana, di equilibrio, quella che Siegel (1999) ha definito "*finestra di tolleranza*, il margine entro il quale gli stati emozionali di diversa intensità possono essere processati senza che ciò comprometta il funzionamento del sistema nel suo complesso." (Franciosi, 2017, p.43). Si tratta, quindi, di uno status omeostatico ritenuto la via di mezzo, nel quale l'individuo può sentirsi al contempo reattivo, al sicuro, tranquillo e rilassato.

Nel caso in cui, a fronte di stati emotivi molto intensi, si oltrepassi la personale soglia della finestra di tolleranza, sia in eccesso sia in difetto, si possono verificare risposte emotive, cognitive e motorie disorganizzate, con la sensazione di perdita del controllo.

4.3.7 I fattori ambientali

In conclusione, si riporta l'ultimo gruppo di fattori che incidono sulla regolazione emotiva. Sono quelli che possiamo definire i fattori ambientali. Si tratta di tutto ciò che proviene e appartiene all'esterno, per esempio i luoghi, lo spazio, il tempo, le persone, le luci, i rumori, gli odori, i colori, i materiali.

Alla luce di tutto questo, non bisogna dimenticare che ogni area del cervello e ogni parte del corpo è sempre correlata alle altre, così come ogni corpo è inserito nell'ambiente in cui vive. Infatti, «la sinergia che costantemente si crea tra il cervello umano e l'organismo nella sua interezza si riflette nella sinergia tra l'individuo e il suo habitat, inteso anch'esso come insieme indivisibile e come un unico, globale "organismo"» (Frauenfelder, Santoianni, Striano, 2004, p. 22).

4.3.8 Intelligenze multiple e intelligenza emotiva

Il professor Howard Gardner, per esempio, ha sviluppato la teoria delle *intelligenze multiple*, che corrispondono a sette intelligenze distinte e autonome ma allo stesso complementari e interattive. Come sottolinea Cadamuro (2014), "Gardner considera ciascuna abilità come una forma di intelligenza separata e non solo come una parte di un insieme. [...] L'autore sostiene che le persone sono in grado di evidenziare competenze in tutte queste intelligenze ma ve ne sono alcune in cui brillano particolarmente, arrivando ad essere caratterizzate da un *profilo di intelligenze*".

Tab.3 Le "7 intelligenze" di Gardner con i relativi compiti cognitivi coinvolti maggiormente (Cadamuro, 2014)

Tipo di intelligenza	Compiti correlati
Intelligenza linguistica: include i meccanismi coinvolti nella fonologia, sintassi, semantica e pragmatica.	Leggere libri; scrivere una tesina, un libro, una poesia; comprensione del parlato.
Intelligenza logico-matematica: coinvolge l'uso e la comprensione di relazioni astratte.	Soluzione di problemi matematici, fare i conti, sviluppo di una dimostrazione matematica, ragionamento logico.
Intelligenza spaziale: concerne l'abilità di percepire l'informazione visiva o spaziale, di modificarla e trasformarla e di ricreare immagini visive in assenza del riferimento legato allo stimolo fisico iniziale.	Spostamento da un posto all'altro, lettura cartine, disposizione di oggetti in uno spazio.
Intelligenza musicale: consente alle persone di creare, comunicare e comprendere il significato che proviene dai suoni.	Cantare una canzone, comporre una sonata, suonare, apprezzare la struttura di un brano musicale.
Intelligenza corporeo-cinestetica: riguarda l'uso di tutte le parti del corpo per risolvere problemi.	Ballare, giocare, correre.
Intelligenza interpersonale: si fonda sulla capacità di riconoscere e distinguere tra sentimenti, credenze e intenzioni delle altre persone.	Relazionarsi ad altre persone, capire il comportamento, le motivazioni e le emozioni degli altri.
Intelligenza intrapersonale: si fonda sulla capacità di distinguere tra le proprie emozioni e sentimenti.	Capire se stessi, chi siamo, cosa ci fa essere come siamo, come cambiamo dati i limiti preesistenti delle nostre abilità in funzione dei nostri interessi.

Gardner, in seguito, specificò che il sette era un numero approssimativo e arbitrario, tanto che arrivò a stilare un elenco di venti diversi tipi di intelligenze. Il concetto che era determinato a dimostrare rimaneva comunque quello di intelligenza come “concezione poliedrica [che] offre una visuale più ricca delle capacità e del potenziale di successo di quanto non possa fare il test standard per la misurazione del Qi”. (Goleman, p.72, 2021)

A partire dagli studi di Gardner, sempre più psicologi e studiosi nell’ambito sono giunti a condividere l’idea che il metro di misura per stabilire il livello di intelligenza di un individuo non possa limitarsi alla valutazione delle abilità linguistiche e logico-matematiche.

Psicologi come Sternberg e Salovey hanno definito l’intelligenza come l’insieme di tutte quelle abilità determinanti non solo a conseguire buoni risultati in ambito scolastico e accademico, ma anche in termini di “ciò che è necessario per avere successo nella vita”. (Goleman, p.78, 2021)

Salovey, per esempio, alle sette intelligenze elaborate da Gardner, ne aggiungeva altre cinque inerenti specificatamente al rapporto con le emozioni proprie e con quelle altrui, delineando così il concetto sempre più definito di *intelligenza emotiva*.

Nel libro di Goleman, *Intelligenza Emotiva* (2021) esse sono così riassunte:

1. *Conoscenza delle proprie emozioni*: ovvero l’autoconsapevolezza, o la capacità propriocettiva di comprendere come ci si sente e di riconoscere un’emozione e un sentimento quando si presenta.
2. *Controllo delle emozioni*: ovvero la capacità di gestire le proprie emozioni in modo controllato, adeguato, coerente e funzionale alla situazione contingente.
3. *Motivazione di sé stessi*: ossia la capacità di governare i propri stati d’animo, non farsi sopraffare e, grazie ad essi e al loro controllo, raggiungere un determinato obiettivo.
4. *Riconoscimento delle altrui emozioni*: in altri termini, l’empatia. La capacità di connettersi agli Altri, alle loro emozioni, desideri e bisogni.
5. *Gestione delle relazioni*: ovvero tutte quelle abilità sociali che permettono di saper stare (bene) in rapporto con l’Altro.

È evidente come ognuno di questi punti necessiti di ulteriori approfondimenti; tuttavia, anche solo accennandole, ci si accorge immediatamente della vastità di competenze in cui può spaziare l’intelligenza umana. Soprattutto, per chi lavora in ambito educativo-pedagogico, una visione di

intelligenza tanto ampia e polivalente fornisce l'opportunità di aiutare ragazze e ragazzi a scoprirsi (o a rendersi) abili, capaci e competenti in diversi ambiti dell'esistenza.

La prova che l'idea di intelligenza come concetto allargato a una maggiore gamma di abilità e competenze sia sempre più diffusa, è evidente anche dall'attenzione crescente che la scuola ripone, sulle competenze emotive e relazionali degli studenti e l'investimento (seppur ancora insufficiente) in progetti e formazione dedicati a queste componenti dell'apprendimento.

In ambito scolastico il tema delle emozioni è ormai considerato di importanza inconfutabile e sempre di più oggetto di ricerche e attenzioni.

“Le emozioni non sono disgiunte dall'attività cognitiva anzi influiscono concretamente sui processi cognitivi, come attenzione memoria comprensione (Cornoldi et al., 2018); attirano l'attenzione e le risorse su ciò che le induce e indirizzano l'atteggiamento [...]. Influenzano l'apprendimento anche in modo qualitativo: quelle piacevoli favoriscono un approccio olistico, l'intuizione, la creatività nella soluzione dei problemi e una disposizione ottimistica verso l'impegno che si deve affrontare. Invece, le emozioni negative incoraggiano un apprendimento maggiormente focalizzato sui dettagli” (Lucangeli, 2020, p. 53).

Un clima sereno e confortevole e un bagaglio di strategie acquisite, da sfoderare in caso di momenti critici, per regolare il proprio *status* emotivo, sono due condizioni importantissime da considerare in ambito scolastico.

Nel primo caso, la responsabilità e il dovere di creare un clima sereno all'interno della classe spettano agli insegnanti. In ogni scuola di ordine e grado, i docenti dovrebbero premurarsi di svolgere le proprie lezioni in un'atmosfera accogliente, positiva, fatta di ascolto e motivazione; ne vale il clima emotivo dell'intera classe ma anche la qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento. Soprattutto, mantenere un ambiente scolastico di questo tipo, è fondamentale dalle primissime classi del Nido, all'Infanzia e poi alle scuole elementari, perché sono gli anni in cui la componente affettiva da parte dell'adulto è ancora molto importante per la crescita dei bambini e delle bambine.

Risulta importante soprattutto fino alla fine della scuola primaria di secondo grado, in quanto gli studenti e le studentesse, sebbene si trovino nella fase della pre-adolescenza e inizino a imboccare la via verso l'indipendenza, sono nel pieno dei loro primi grandi cambiamenti fisici e psico-emotivi. Solitamente durante gli anni delle medie i ragazzi e le ragazze preadolescenti iniziano la classe Prima fisiologicamente e mentalmente immaturi e giungono in Terza con tutto il carico dei segni e delle

responsabilità di inizio-adolescenza. Per questo, la componente affettiva e la responsabilità del clima accidentato da parte degli insegnanti, all'interno della classe è ancora importante, ma probabilmente può essere ridimensionata, alleggerita; è il momento in cui gli adulti di riferimento (compresi i docenti) iniziano a fare un passo indietro, nella giusta distanza che permetta loro di tenersi a vista, di *esserci*, ma anche di lasciar libera la strada verso l'autonomia.

Insieme al clima sereno, la seconda condizione necessaria per un buon vissuto scolastico emerge più che mai al momento delle scuole superiori e, come accennato poc'anzi, consiste nel possedere un buon bagaglio di strategie per la consapevolezza e la regolazione emotiva.

L'autonomia nella gestione delle proprie emozioni è particolarmente importante durante il periodo delle Superiori per due ordini di motivi: perché è l'età della costruzione della propria identità e autonomia e perché, soprattutto oggi, alle scuole Superiori i professori cambiano più frequentemente.

Gli anni delle scuole Secondarie di Secondo grado corrispondono, infatti, al periodo dell'adolescenza. Come precedentemente affrontato, è compito evolutivo dell'adolescenza quello di affrontare cambiamenti strutturali su molteplici piani (fisiologici, psicologici, cognitivi, emotivi) e di farlo parallelamente allo sviluppo di autonomia e indipendenza. Ne consegue che, a questa età, si cresce e ci si allontana dall'accudimento degli adulti di riferimento (parenti, insegnanti, educatori) i quali, a loro volta, hanno "il compito" di rimanere punti di riferimento, ma sempre più alla (giusta) distanza.

Se ragazze e ragazzi in questa fase dello sviluppo hanno acquisito un buon rapporto con le proprie emozioni, se hanno imparato a conoscerle, a gestirle, a regolarle, sapranno anche affrontare nel modo più adattivo e funzionale le situazioni più impegnative, senza necessariamente l'intervento adulto.

Sviluppando la consapevolezza del proprio "funzionamento" emotivo ed essendo in grado di regolarsi da soli, sarà anche più facile affrontare anni di scuola senza necessariamente l'aiuto di insegnanti stabili di riferimento, dato che, allo stato attuale del sistema scolastico, risulta sempre più diffusa e radicata la condizione di precarietà, mancanza di posti fissi e continue supplenze, che rende il contesto scolastico privo di un corpo insegnanti stabile e continuativo.

Dunque, la costruzione di buone strategie di regolazione emotiva influisce in modo positivo difficoltà nell'apprendimento, nello sviluppo e nella socializzazione.

4.4 Il bagaglio di strategie per la regolazione emotiva: le emozioni da portare in viaggio.

«*Abbraccio tutto di Madonnina, sino alla gloria nascosta, la gioia promessa.*

Sino al pianto, che mi fa uomo.»

(Mencarelli, Tutto chiede Salvezza, 2020, p.189)

Prima di riportare gli interventi e gli strumenti che il pedagogo clinico può utilizzare per un progetto che preveda di lavorare sull'intelligenza emotiva con preadolescenti e adolescenti, è utile dedicare riportare almeno qualcuna delle emozioni e stati d'animo da inserire nel cosiddetto *bagaglio di strategie* per la regolazione emotiva.

4.4.1 Ansia e paura

Come è stato spiegato nel precedente capitolo, l'ansia è un'emozione ambivalente. Serve a mantenere uno stato di vigilanza per reagire alle minacce, mantiene alta la soglia di attenzione e attivazione neurologica e comunica malesseri latenti e inespressi.

Per lo più associata a vissuti negativi, l'ansia viene tendenzialmente considerata un ostacolo, un intralcio, anziché che un fattore protettivo o una risorsa. Nel caso di preadolescenti e adolescenti, poi, capita che essa rappresenti per qualcuno un nemico, mentre per qualcun altro un supporto.

Daniel Goleman racconta a tal proposito come l'ansia per i test venne studiata scientificamente per la prima volta negli anni Sessanta da Richard Alpert: “egli confessò che il suo interesse per la materia era scaturito dal fatto che spesso, quando era studente, il nervosismo aveva abbassato il suo rendimento agli esami, mentre il suo collega Ralph Habert aveva constatato che la pressione che precedeva la prova lo aiutava a dare il meglio. [...] dimostrò che esistono due tipi di studenti ansiosi: quelli la cui ansia compromette la prestazione scolastica, e quelli che riescono a far bene nonostante lo stress o, forse, proprio grazie a esso.” (Goleman, 2021).

Per qualcuno, dunque, l'ansia passa inosservata, magari intesa per lo più come eccitazione o brivido adrenalinico; non viene associata ad un problema, talvolta non viene nemmeno riconosciuta. Oppure può essere considerata al pari di una buona spinta motivazionale, legata alla capacità di mettersi in gioco, di esporsi, di giocarsela in sano agonismo.

In questi casi è ansia che fornisce spinta vitale, energia per agire, è azione propositiva. Al netto di fare attenzione che non si trasformi in rischio di bassa soglia di attenzione di fronte ai pericoli, di apatia o menefreghismo, oppure in eccesso di impulsività, se essa viene mantenuta ad un livello di attivazione equilibrato può essere certamente guardata come un buon strumento di supporto nel proprio bagaglio emotivo.

Di contro, quando l'ansia si attiva fino a raggiungere un'intensità insopportabile oppure è sempre iper-attivata in ogni momento della giornata, anche in assenza di campanelli d'allarme, essa può diventare una compagna di viaggio difficile e faticosa, talvolta una vera e propria zavorra.

Pensiamo a quei ragazzi che, a causa dell'ansia, non parlano quando interrogati, si bloccano di fronte al compito, non riescono a studiare, ma nemmeno a uscire con amici, conoscere persone, affrontare qualsiasi situazione sociale, positiva o negativa che sia, o che non riescono nemmeno a chiedere aiuto.

Situazioni di questo tipo sono rischiose per lo sviluppo psichico, emotivo, sociale, ma anche cognitivo e per la salute; l'ansia, così gestita, è invalidante a 360 gradi.

Un'ansia di quest'ultimo tipo è emozione che blocca, che spegne, che ferma; impedisce di muoversi e di sperimentare; è ansia che si allea alla paura, diventa un nemico e mostra l'intero mondo come un luogo pericoloso.

Così capita che ragazze e ragazzi imparano ad affrontare qualunque cosa (verifiche, test, interrogazioni, colloqui, situazioni sociali, conversazioni, conoscenze, esperienze), per paura di soffrire, di fallire, di deludere, che rinunciano in partenza, non ci provano, si chiudono e si nascondono. Oppure temono a tal punto il rischio di fallire e di non farcela, che poi davvero falliscono e non ce la fanno.

Proprio come spiegato attraverso il fenomeno della *profezia che si autoavvera*, teorizzato da vari studiosi in diversi ambiti (dalla psicologia, alla pedagogia, sociologia ed economia) secondo cui una “una predizione, anche di per sé infondata [...] produce gli effetti reali attesi” (Lo Presti, 2019), per questi ragazzi l'ansia e la paura producono l'aspettativa di fallimento, che a sua volta porta al reale fallimento o alla ritirata. Come scrive Goleman: “le nostre preoccupazioni diventano così teorie che si autoverificano: in altre parole, non solo predicano il disastro, ma ci spingono verso di esso” (Goleman, 2021, p.146) ne conseguono sentimenti di sfiducia, delusione, bassa autostima, tristezza, che, se non elaborati, possono peggiorare in comportamenti e situazioni più problematiche e patologiche.

Per quanto concerne l'aspetto prettamente cognitivo e legato all'apprendimento, sentimenti quali ansia e paura influiscono direttamente sulla prestazione e sull'approccio al compito. Come raccontava Goleman in merito agli studi di Alpert, l'ansia prestazionale di fronte ai test diventa un ostacolo all'esecuzione del compito in quanto sottrae molte risorse necessarie per affrontarlo.

L'ansia durante una prestazione scolastica può, infatti, produrre un abbassamento dei livelli di attenzione e concentrazione; malessere psico-fisico dovuto all'iper attivazione dell'amigdala e iperproduzione di cortisolo, che possono provocare palpitazioni, sudorazione, iperventilazione, dolori allo stomaco e alla testa; possono addirittura *annebbiare la mente*, ostacolare il ricordo di nozioni anche bene acquisite (tante volte prima di un esame o una qualunque prestazione si usa dire di non ricordarsi più nulla). A tale proposito, spiega ancora Goleman:

“quando le emozioni sopraffanno la concentrazione, quel che viene effettivamente annientato è una capacità mentale che gli scienziati cognitivi chiamano *memoria di lavoro*, ossia l'abilità di tenere a mente tutte le informazioni rilevanti per portare a termine ciò a cui ci stiamo dedicando. [...] la memoria di lavoro è una funzione esecutiva per eccellenza, che rende possibili tutti gli altri sforzi intellettuali, dal pronunciare una frase ad affrontare una proposizione logica ingarbugliata. La memoria di lavoro ha sede nella corteccia prefrontale, [...] il luogo in cui si incontrano sensazioni ed emozioni. Quando i circuiti del sistema limbico che affluiscono alla corteccia prefrontale sono in preda alla sofferenza emotiva, a rimetterci è proprio l'efficienza della memoria di lavoro [...]” (Goleman, 2021, p.136)

Ecco, dunque, come emozioni quali ansia e paura, quando diventano “negative”, ovvero non permettono di raggiungere obiettivi e di affrontare esperienze, non solo inficiano il benessere psicofisico, ma anche le prestazioni cognitive.

L'intervento pedagogico-clinico con ansia e paura: Come può intervenire un pedagogo clinico per lavorare sull'ansia e sulla paura (e sulle emozioni, in generale)?

Innanzitutto, tenendo fede ai principi dello sguardo clinico: l'intervento deve essere cucito su misura del destinatario, il quale va ascoltato, osservato, considerato nella sua unicità e individualità.

Successivamente, si attinge al materiale, alle idee, a tipologie o correnti di pensiero pedagogico e psicologico ritenute più adatte al soggetto.

Infine, si sviluppa il lavoro con l'obiettivo di condurre il ragazzo o la ragazza in carico a conoscere la propria ansia (o paura): cercando di raggiungere un livello minimo di consapevolezza, riconoscendo il momento in cui emerge, cercando di comprenderne cause e origine;

è un'ansia amica o nemica? Aiuta a motivare e a migliorare oppure ostacola e blocca? È una o più di una? È possibile trovare delle modalità per gestirla, per farsela alleata, per trasformarla in qualcosa di positivo che sia di supporto o quanto meno non sia di impaccio?

Potrebbe essere utile un esercizio di stampo cognitivo-comportamentale che richiede di rappresentare visivamente la propria ansia (con un disegno, un colore, una parola etc.), di darle un nome e di provare a rivolgersi direttamente a essa (o alla sua versione grafica) parlandole, soprattutto nei momenti critici. Le si può parlare come fosse una compagna da consolare o a cui chiedere supporto per affrontare quella cosa che fa così tanta paura. Si tratta di una strategia che gioca sull'esprimere concretamente attraverso il segno grafico il proprio malessere, di esorcizzarlo in modo quasi giocoso e di dare un nome e un volto ad una sofferenza altrimenti latente e inafferrabile (per questo anche spaventosa).

Uno strumento utile che il pedagogo clinico può utilizzare, specifico per la valutazione dell'ansia, è il *Questionario Ansia e Resilienza (QAR)*, compreso nella batteria dei questionari *AMOS-Abilità e motivazione allo studio: prove di valutazione e orientamento per la scuola secondaria di secondo grado e l'università (2014)*, Erickson.

Il questionario è stato ideato per riconoscere e osservare l'intensità di due approcci specifici, quello dell'ansia e quello della resilienza, con cui gli studenti e le studentesse possono affrontare le sfide legate allo studio e agli apprendimenti.

Viene presa in considerazione la capacità di resilienza in quanto reazione postuma agli eventi, che definisce la modalità con cui un individuo risponde ai successi o agli insuccessi.

L'ansia è presa in esame per le conseguenze di attivazione propositiva oppure di disattivazione ed evitamento, che questa emozione può provocare negli studenti. Come ben scritto nel manuale TMA: "l'ansia è infatti come tutte le emozioni caratterizzata da un livello di arousal (attivazione) che per natura spinge ad agire. Siamo noi che decidiamo di non dare seguito a questa spinta interiore e magari ci blocchiamo, ci nascondiamo [...]. L'ansia ben gestita può essere un aiuto. L'ansia eccessiva può venir ridimensionata, attraverso i meccanismi di re-appraisal." (De Beni et.al., 2014)

Il pedagogo clinico può adottare il test *QAR* per lavorare sui meccanismi anticipatori legati all'ansia e sulle risposte agli eventi (soprattutto critici) di tipo resiliente. Può, per esempio, somministrare il questionario, restituirlo insieme all'analisi e alla riflessione sui risultati; può discutere con i ragazzi e le ragazze che hanno svolto il questionario, in merito alla percezione e alla consapevolezza dei loro livelli di ansia e delle capacità di resistenza, reali o ideali e auspicabili; infine pensare a strategie per

regolare al meglio l'ansia, affinché essa sia tollerabile, funzionale e non invalidante e strategie per reagire nel modo più resiliente e propositivo possibile alle difficoltà.

4.4.2 La rabbia

Anche la rabbia, come l'ansia e la paura, fa parte di quelle emozioni specificatamente viscerali, primordiali, rettiliane. Come tale, non a caso, è fra le più frequenti ed evidenti nel repertorio emotivo degli adolescenti.

Nel linguaggio comune ricorrono espressioni come “essere accecati dalla rabbia” o “esplodere di rabbia”, a conferma di quanto essa sia un'emozione che lascia poco spazio alla ragione.

La neurofisiologia, infatti, conferma che durante i momenti di arrabbiatura le funzioni cognitive-superiori del cervello diminuiscono la loro attività e cedono spazio all'area limbica deputata alle reazioni emotive; in particolare, le neuroscienze osservano una iper-attivazione dell'amigdala, che determina le reazioni di attacco-fuga, porta le risposte neurologiche e psichiche a livello istintivo e genera l'ipoattivazione delle attività nelle parti prefrontali del cervello.

Si tratta di un processo mutuato a partire dalla storia evolutiva dell'essere umano, che mantiene i caratteri di istintività e impulsività, fondamentali quando era necessario essere pronti a difendersi dai pericoli o a cacciare le prede; si tratta anche di un processo che si è affinato nel corso dell'evoluzione della specie e che, di riflesso, si affina nel processo di maturazione di ogni singolo individuo. La capacità di gestire e regolare la rabbia, infatti, si acquisisce in età adulta, prima di allora il cervello è ancora fisiologicamente immaturo e incapace di mediare attraverso le funzioni cognitive le risposte istintive causate dalla rabbia.

Durante l'adolescenza e la preadolescenza tale mediazione risulta più che mai complicata in quanto ci si trova in quella fase evolutiva di contrasto fra spinte dirette alla crescita, alla maturazione, alla ricerca di equilibrio e stabilità e spinte ancora infantili fatte di impulsi e bisogno di accudimento.

Scrivo a questo proposito C. Gattinara: “L'adolescenza e la preadolescenza sono l'età in cui è più facile perdere il controllo di sé, perché le emozioni si intensificano [...]. a quest'età il cervello subisce cambiamenti radicali e si ristrutturava profondamente: deve imparare a governare gli impulsi, deve gestire il cambiamento, deve conoscere le emozioni e scenderci a patti [...]”. (Gattinara, 2018, p.143)

Ecco perché la rabbia, durante questa fase dello sviluppo, è emozione che esplode, che urla, che non ha limiti e non si contiene; è emozione che blocca, che ferma tutto, che non prevede compromessi o soluzioni immediate; è chiusura, è isolamento, è rifiuto e allontanamento della e dalla relazione.

e Tambornini (2018)” sostengono che a questa età la rabbia: “[...] è di tipo esplosivo: è una vera e propria eruzione che invade il cervello emotivo e per un po’ gli impedisce di connettersi con quello cognitivo, che dovrebbe dirigerlo e *addomesticarlo*” (Pellai, Tambornini, 2018, p.116.)

Un’altra caratteristica della rabbia che vale la pena considerare in ottica educativa e psicopedagogica, è il suo particolare rapporto con il tempo. Si tratta, infatti, di un’emozione che ha tanto a che vedere con il presente, perché è contestuale e scaturisce dall’immediato ma la cui origine ha quasi sempre, in qualche modo, radici nel passato. Inoltre, poiché la rabbia tende a bloccare e chiudere, sembra anche volta a tenere lontano il futuro.

Insomma, l’arrabbiatura nasce in un istante del presente, ma spesso si spiega attraverso cause storiche e riguardanti il passato, e poiché ha caratteristiche di distruttività e cecità, ostacola uno sguardo propositivo al futuro

In “*Accendere il buio, dominare il vulcano*” (2021) Alberto Pellai e Barbara Tambornini scrivono che: “Ogni volta che ci arrabbiamo per qualcosa si intrecciano due piani temporali distinti: uno relativo al *qui e ora* e quindi sincronico col fatto, e uno relativo alla nostra storia di vita e quindi diacronico”. (Pellai, Tambornini, 2021, pp.138-139)

Diventa importante, dunque, anche per quanto riguarda la rabbia, conoscerne gli aspetti costitutivi: come è fatta, cosa comporta, quali sono le sue caratteristiche, a che cosa serve.

Bisogna avere presente che la rabbia è una potente reazione fisiologica ed emotiva donataci fin dai primi momenti della storia evolutiva della specie umana, fondamentale come meccanismo per difendersi e per non essere sopraffatti.

Soprattutto, la rabbia è essenziale durante la crescita per il processo di individualizzazione, indipendenza e differenziazione. Gli adolescenti “*si arrabbiano per*”, in senso sia causale che finale: si arrabbiano a causa di motivi specifici ma anche legati a malesseri, a disfunzioni relazioni, a problematiche del passato che si ripropongono nel presente (e a causa dell’immaturità fisiologica delle aree prefrontali del cervello, quelle addette alla razionalità e alla mediazione); e si arrabbiano per farsi sentire come individui unici parte di questo mondo, come persone in costruzione, portatori di idee, desideri, sogni propri, differenti e differenziati dal passato o dalle aspettative altrui.

Sono dettagli importanti di cui tenere conto quando si lavora in senso clinico educativo-pedagogico con ragazze e ragazzi di questa età, per poterli supportare in un percorso di conoscenza di questa emozione, dei propri meccanismi in atto durante l’arrabbiatura, per comprenderne le origini e gestirne la direzione e le conseguenze.

L'intervento pedagogico-clinico con la rabbia: Intervenire sulle abilità per la gestione e la regolazione della rabbia può risultare molto semplice da una parte, e molto complicato da un'altra.

La rabbia è un'emozione piuttosto chiara e riconoscibile. Per questo, a differenza dell'ansia che è più nascosta e indefinita, non si dovrebbe incorrere in grosse difficoltà nell'individuare e descrivere il momento della rabbia, in termini di quando, come o perché esplode. La parte più complicata può, invece, consistere nel trovare il modo di controllarla o limitarla, nei casi di esplosioni difficili da contenere.

In ogni caso, come per l'ansia e per tutti gli stati emotivi in generale, l'intervento del pedagogo clinico, oltre ad essere declinato su misura dei destinatari e dei contesti di intervento, in base a bisogni espliciti o impliciti, richieste e possibilità, dovrà sempre porre l'attenzione sull'acquisizione delle competenze necessarie per assumere conoscenza e consapevolezza emotiva.

Un percorso di questo tipo potrà, dunque, accompagnare il ragazzo o la ragazza a domandarsi cosa sia la rabbia, quando si manifesta, in quali modi, in quali occasioni, cosa succede quando accade;

Che tipo è la propria rabbia? Costruttiva (sa risolvere i conflitti e portare a riflessioni e soluzioni) oppure distruttiva (diventa solamente uno sfogo, danneggia sé e gli Altri, provoca conseguenze negative)? C'è modo di canalizzarla, depotenziarla o per renderla creativa e funzionale? Si possono pensare a modalità espressive come l'arte, il disegno, i fumetti, la musica, lo sport.

4.4.3 La noia

Fra le emozioni da inserire nel bagaglio delle strategie per la regolazione emotiva vale la pena riservare un posto anche alla noia.

La noia, che è forse più uno stato d'animo, può essere fonte di grandi sorprese: spesso associata all'idea di staticità, di immobilismo, al colore grigio, alla dimensione piatta; la noia non piace, la si evita come un ospite sgradito, quasi la si rifugge a ogni costo. Eppure, a ben pensarci, nasconde in seno una grandissima ricchezza.

Innanzitutto, come ben scrive E. Castelli Gattinara (2018) la noia è tipica della preadolescenza, ma assume anche un carattere particolare proprio in questa fase della vita.

“La mente di un preadolescente è in piena trasformazione: come per il corpo, si abbandonano le caratteristiche infantili e si riorganizza ogni cosa. Ma l'abbandono delle certezze dell'infanzia non significa riuscire subito a

disporre di un'alternativa: spesso ci vuole tempo [...] prima di costruire una struttura stabile. Nell'attesa il preadolescente fremde di curiosità, di passioni passeggere, di interessi ondivaghi: non ha ancora quella fame di avventura e quella creatività indomabile dell'adolescente, ma non ha più i rassicuranti interessi e piaceri, nonché la concentrazione dell'infanzia. Quindi si annoia molto facilmente". (C. Gattinara, 2018, p.126)

Ed è una noia che ha il sapore dell'assoluto, come accade in generale alle emozioni a questa età.

Ecco perché spesso, per i preadolescenti, ma anche per gli adolescenti, annoiarsi pare insopportabile: dà l'impressione di sprecare tempo, di perdere occasioni.

Ed ecco anche perché è necessario fare attenzione agli stratagemmi scelti e usati in modo lenitivo e assorbente per "risolvere" la noia. Che si tratti di *social media*, videogiochi, cellulari oppure sostanze stupefacenti o alcolici, tutto ciò che viene utilizzato per alienarsi o, semplicemente, per occupare il tempo facendo *qualsiasi* cosa, rischia di diventare rischioso. Non tanto nell'attività in sé (escludendo quelle oggettivamente pericolose per la salute) quanto per la frequenza, il tempo impiegato e soprattutto il motivo.

Cercare ad ogni costo un'attività alternativa alla noia non è di per sé sbagliato o motivo di riflessione, lo è il cercare ad ogni costo di fuggire dalla noia se il motivo è l'incapacità o l'insostenibilità di fermarsi, di stare con sé stessi, di *esserci* pienamente e avere a che fare con chi si è, con chi si è stati o con chi si sta diventando.

Eccola qui l'immensa ricchezza insita nella noia: la possibilità di imparare a stare con *Sé*, di scoprirsi e di scoprire il mondo, di guardarsi dentro e guardare fuori, senza necessarie distrazioni.

La noia offre occasione di questa portata e permette di fermarsi, di pensare, di prendersi tempo, di dedicarsi tempo, di osservare, immaginare, di inventare, di trovare soluzioni e alternative, di mettersi in prospettive diverse; la noia ha una potenza creativa che spesso si sottovaluta e, chi lavora in ambito educativo-pedagogico, può utilizzare in moltissimi modi.

L'intervento pedagogico-clinico con la noia: Sebbene potrebbe non sembrare particolarmente utile o rilevante soffermarsi su questa emozione, in realtà il pedagogista clinico può attingere e ricavare risorse preziose da un lavoro di questo tipo.

Riflettere sul significato personale, empirico e ontologico di *noia* può portare a scavare e scoprire molto di sé stessi; soprattutto lo si può fare imboccando via traverse, non convenzionali, indirette. Perché, chi se lo aspetterebbe di trovarsi a ragionare su cosa si pensa e come si pensa, di scoprire paure, sogni, aspetti di sé inaspettati, grazie ad un lavoro dedicato alla noia?

Domandare “cosa è per te la noia? Cosa fai quando ti annoi? Cosa senti quando ti annoi... fastidio, disagio, tristezza, rabbia, sollievo...? Posso rendere la mia noia qualcosa di creativo?”

In concreto, si possono organizzare moltissime attività: ricreare situazioni potenzialmente noiose, per esempio rimanere da soli senza distrattori, per poi osservare e riportare cosa è successo e come ci si è sentiti; oppure immaginare possibili risposte alla noia che incentivino la capacità di stare con sé stessi, senza fuggire o trovare per forza qualcosa da fare (si pensi a semplici forme di mindfulness, di respirazione, di autoriflessione).

4.4.4 La gioia

Per concludere questa piccola, piccolissima manciata di emozioni da portar con sé nella valigia degli strumenti per la regolazione emotiva si intende qui riportare anche la gioia.

La gioia, inutile dirlo, è un’emozione immediatamente collocabile fra quelle che fanno subito e quasi sempre bene. Per chi ancora attua la divisione in emozioni positive ed emozioni negative, questa rientra senza dubbio alcuno nel primo gruppo.

La gioia è energia, è vitalità, alza l’umore, muove le endorfine e accompagna la produzione di serotonina; è associata ai colori caldi, a ricordi, esperienze, momenti di vita legati al benessere.

Perché collocare proprio la gioia fra le emozioni importanti nel bagaglio degli strumenti per preadolescenti e adolescenti? Perché essa possiede le caratteristiche peculiari di quell’età: la dismisura, la fugacità e l’inaspettato.

Scrivono ancora C. Gattinara che la gioia “[...] è un’emozione che non ammette limiti e che si nutre del presente” (Gattinara, 2021, p.41). Non è lo stesso della felicità, dell’allegria o della serenità, che comportano un tempo più prolungato e tonalità più chiare e sfumate. La gioia esplode anche quando non ce lo si aspetta; può durare solo attimi, non fa solo sentire bene ma fa *esplodere il cuore*, come si suole dire.

Inoltre è capace di imprimersi tanto in profondità da sentirne ancora il ricordo dopo molto tempo, perché nasce da qualcosa, anche molto piccola talvolta, che è (o è stata) importante.

Per un lavoro educativo e pedagogico non si tratta, allora, di imparare a gestire o a regolare la gioia (perché ben venga che ci sia e che sia il più travolgente possibile!), quanto di imparare ad assaporarla, a conservarla come una carica motivante e propositiva, a riconoscerne l’origine e snocciolarne le componenti.

L'intervento pedagogico-clinico con la gioia: Dedicare almeno parte dell'intervento pedagogico alla gioia significa incentivare ragazze e ragazzi adolescenti e preadolescenti a fare spazio, dentro al proprio bagaglio emotivo, a un'emozione che può diventare una preziosa compagna di viaggio, una di quelle che motivano e danno la giusta spinta.

Il pedagogo clinico può condurre un lavoro di riflessione sulla gioia (cosa significa a livello personale, quando la si percepisce o si è percepita, come si reagisce) per giungere a chiarire che cosa dà origine a questa emozione e, quindi, cosa si ritiene piacevole, bello, gratificante, fonte di felicità.

Inoltre, gli istanti di gioia, anche se brevi, sanno essere molto intensi e motivo di vere e proprie ricariche di energia positiva. Aiutare ragazzi e ragazze ad imparare ad assaporare e conservare le sensazioni donate dai momenti gioiosi significa aiutarli a costruire una riserva di *bei momenti* cui attingere quando si trovano in quelli più bui e sconfortanti. Un po' come *Peter Pan*, che è tornato a volare grazie ai ricordi felici.

4.4.5 L'intervento clinico-pedagogico e il Q.E: Costruire la propria valigia di competenze emotive.

Abbiamo visto come l'intelligenza sia un costrutto plurale e sfaccettato, legato a competenze di vario genere: linguistiche, logico-matematiche, motorie, sociali, emotive.

L'intelligenza di un individuo si può riassumere come l'insieme di abilità che vanno da quelle prettamente scolastico-accademiche a quelle richieste in campo creativo, relazionale, affettivo: in tutti gli ambiti dell'esistenza umana.

Un pedagogo clinico che voglia interessarsi ad un intervento incentrato sul potenziamento di determinati aspetti dell'apprendimento può decidere di muoversi in molteplici direzioni e con svariati strumenti.

Se l'intervento clinico-pedagogico richiedesse di rafforzare delle fragilità, per esempio, nelle aree della letto-scrittura, oppure nelle abilità del calcolo, il pedagogo, proprio in quanto clinico, potrà impostare l'intervento con un approccio a sguardo ampio, olistico, multidisciplinare: partendo da una eventuale valutazione del Quoziente Intellettivo e dai punteggi nelle varie aree intellettive e degli apprendimenti, passando dalle abilità sociali, relazionali, motorie, dalle condizioni neuropsicologiche a quella della regolazione emotiva.

Il mondo dell'adolescenza, peraltro, è un mondo dove gli affetti e l'emotività giocano una parte importante nel percorso di crescita e di sviluppo. Talvolta sono tanto preponderanti da incidere

direttamente sugli aspetti decisionali, sugli apprendimenti, sullo stato psicofisico dei ragazzi e delle ragazze a questa età.

Aiutare ragazze e ragazzi in questa fase dello sviluppo, supportandoli nella costruzione di un personale bagaglio di strumenti per conoscere e gestire le proprie emozioni e competenze emotive inciderà inevitabilmente e positivamente su tutto il resto: sulle competenze cognitive e intellettive, sul benessere psicologico e su quello fisico, sulla loro sfera sociale e relazionale, come una vera e propria cascata.

Le modalità, le attività, i progetti possono essere i più disparati e dipendono da diverse variabili: i soggetti destinatari, la condizione di tipicità o atipicità nello sviluppo, la presenza di particolari quadri clinici o patologie, il contesto di lavoro (privato o istituzionale), i bisogni e le richieste, le risorse (temporali, economiche, materiali). Elaborando un progetto che si basi sul bisogno da cui nasce la richiesta di intervento pedagogico (può essere la richiesta privata di genitori a seguito specifici problemi da parte del* figl* oppure l'adesione ad un bando di concorso per un progetto scolastico), si stabiliscono le possibili attività che verranno svolte, le tempistiche, le modalità di monitoraggio del lavoro e la valutazione finale.

In generale, è importante che un lavoro pedagogico-clinico dedicato alle competenze emotive sia basato su attività improntate alla conoscenza delle emozioni principali e delle loro sfumature; sull'inquadrare il funzionamento del proprio mondo emotivo; sull'individuare le emozioni che rappresentano delle risorse o che possono diventare tali; allo stesso modo capire quali sono le più problematiche e disfunzionali (e come portarle dalla propria parte).

A seconda, poi, di come viene attuato il progetto (in studio, a scuola, in centri educativi) il pedagogista clinico può utilizzare strumenti quali: il colloquio clinico, l'osservazione, le discussioni e il brainstorming, attività preimpostate o inventate, singolarmente o insieme ad altri professionisti (insegnanti, educatori, specialisti, terapeuti), collaborando con la famiglia.

Nel dettaglio, le attività legate al tema dell'educazione emotiva sono sempre più diffuse e numerose, pertanto si può creare e attingere da moltissime fonti; sono stati riportati accenni ed esempi di possibili attività su ansia, paura, rabbia, noia e gioia.

Inoltre, va sottolineato che si può anche fare riferimento a programmi o testi che si reputino stimolanti e interessanti, anche se affrontano situazioni, problematiche o si rivolgono a destinatari diversi da quelli del proprio progetto. Così, le attività di gruppo dedicate a bambini con difficoltà nella comunicazione possono essere adattate, rielaborandole e individualizzandole, anche a gruppi di studenti adolescenti in assenza di specifiche diagnosi.

Chiara Salviato, Irene Mammarella e Cesare Cornoldi (2020) ad esempio, nell'introduzione di un loro interessantissimo testo edito Erickson, scrivono:

“Il nostro programma propone approcci cognitivo-comportamentali per un piccolo gruppo ed è volto a migliorare la competenza sociale in bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, Disturbo dello Spettro Autistico e con Disturbo Non Verbale. Il programma [però] può essere applicato anche ad altri gruppi di bambini che, per problematiche diverse o anche senza alcuna diagnosi specifica, si trovano in difficoltà quando devono interagire con i pari”. (Salviato, Mammarella, Cornoldi, p. 10, 2020)

Un buon manuale che presenti attività specifiche per un'utenza specifica può, quindi, essere declinato anche a destinatari e ambiti diversi. L'importante è tenere a mente gli ingredienti chiave di un lavoro pedagogico, con approccio clinico, sul potenziamento dell'intelligenza emotiva: l'attenzione ad adattare l'intervento sull'età dei destinatari, sulle caratteristiche e i bisogni fase-specifici di quella determinata fascia dello sviluppo e l'attenzione ancor più particolare sui bisogni personali dei soggetti coinvolti; l'impegno ad offrire ai propri destinatari la possibilità di vivere un viaggio di conoscenza e presa di consapevolezza delle emozioni; il focus sul far comprendere l'impatto e l'importanza che esse hanno sulla costruzione de Sé; ultimo ma non per importanza:

declinare il tutto su misura di ciascuno.

4.5 Teorie sull'intelligenza e approccio all'apprendimento:

intelligenza statica e dinamica, impotenza appresa e padronanza del compito.

«Gli errori sono necessari, utili come il pane e spesso anche belli: per esempio, la torre di Pisa.»

(Rodari, Il libro degli errori, 1964, p.3)

Fra le varie caratteristiche che il concetto di intelligenze comprende (multipla, multiforme, variegata), vale la pena affrontarne altre due, particolarmente interessanti per i pedagogisti clinici che lavorano con gli adolescenti: la staticità o la dinamicità.

Considerare l'intelligenza come statica oppure come dinamica e mutevole ha un impatto molto significativo sulla costruzione della propria identità e sul modo di approcciarsi allo studio, alle sfide e agli apprendimenti in generale.

Citando la professoressa Carol S. Dweck e il manuale a cui si farà riferimento per trattare questo argomento, è possibile dimostrare “come le convinzioni degli studenti riguardo alla propria intelligenza determinino gli obiettivi che [gli studenti] perseguono, e come tali convinzioni e tali obiettivi diano origine a stili motivazionali ad attivi o disadattivi, che producono importanti effetti in situazioni reali”. (Dweck, 2000, p.15)

4.5.1 L'intelligenza statica

La teoria dell'intelligenza statica riguarda la convinzione che l'intelligenza sia un tratto fisso, modificabile solo di poco, se non addirittura immutabile; per questo viene definita anche *teoria dell'entità*, in quanto: “l'intelligenza viene rappresentata come *un'entità* che è dentro di noi e che noi non possiamo cambiare” (Dweck, 2000, p.19)

Nel suo testo “*Teorie del Sé, Intelligenza, motivazione, personalità e sviluppo*”, Carol S. Dweck (2000) si domanda “Cosa fa sentire intelligenti gli studenti con una teoria dell'entità?”

Ebbene, ecco alcune delle caratteristiche descritte nel testo delle che contraddistinguono gli adolescenti che percepiscono la propria intelligenza come statica: tendono a mantenere i loro standard e obiettivi; puntano a facili successi, raggiungibili senza rischi o costi eccessivi; valutano come successi i risultati ottenuti con poca fatica; paragonano le proprie prestazioni con quelle altrui e ritengono vincenti, o sintomo di maggiore intelligenza, quelle con punteggi o valutazioni migliori.

Dweck sottolinea, poi, che: “la teoria dell'entità [...] è un sistema di significati che richiede, per essere mantenuto, una serie di facili successi. Le sfide sono una minaccia per l'autostima. Gli studenti con una teoria dell'entità tendono facilmente a lasciarsi sfuggire preziose opportunità di apprendimento se tali opportunità possono far rischiare di fallire. Abbandonano rapidamente i compiti che presentano difficoltà [...]”. (*Ibidem*)

Possedere una teoria dell'intelligenza statica-entitaria può, dunque, portare gli studenti a considerare le proprie competenze e abilità come non migliorabili (o quantomeno non di molto).

Questo, a sua volta, comporta concentrare i propri sforzi per mantenere e dimostrare quanto acquisito, cercando a tutti i costi di non apportare grandi modifiche, di rimanere nella propria *comfort zone*, di puntare al facile successo.

Comporta anche la scelta di non correre rischi e di non affrontare compiti o prove se non si è sicuri di farcela. Con l'obiettivo di avere sempre risultati e successi certi o prevedibili.

Il bisogno di sicurezza e di conferma si dimostrerà, con molta probabilità, anche nella ricerca di lodi e gratificazioni da parte degli Altri.

Certamente questo tipo di concezione dell'intelligenza porta con sé anche dei benefici, come il senso di sicurezza, la certezza di non poter subire eccessivi stravolgimenti, una stabilità che protegge da pericoli, azzardi, danni dettati da eccessiva impulsività.

Ma, nel percepire la propria intelligenza come un nucleo innato e imm modificabile, si contano anche molti rischi, soprattutto per individui nell'età dello sviluppo.

4.5.2 Reagire agli errori: Stile di impotenza appresa

Con la definizione “stile di impotenza appresa” ci si riferisce ad un particolare tipo di risposta agli insuccessi. Come dimostrato dalle ricerche condotte da Diener e Dweck (1978; 1980) con gruppi di studenti, questo tipo di stile appreso si manifesta in quei bambini e ragazzi che, a seguito di un insuccesso o di una prova fallita, mostrano di “[...] disprezzare la loro capacità e intelligenza a causa degli errori commessi, dicendo frasi del tipo: «Credo di non essere molto sveglio», «Non ho mai avuto una buona memoria e ancora «Non sono proprio adatto per cose del genere». (Dweck, 2000, p.26)

Inoltre, essi spesso mostrano di aver “perso la fiducia nelle proprie capacità di riuscita nei compiti futuri, ma [...] anche dimenticato i successi raggiunti in precedenza, [...] minimizzando così le buone prestazioni ed esagerando quelle negative”. (*Ibidem*)

Ne emerge un quadro di insicurezza e sfiducia nelle proprie capacità e nella possibilità di riuscita, con conseguenze emotive contrassegnate da demotivazione, rassegnazione, tristezza, frustrazione.

Le reazioni comportamentali, poi, possono tradursi in abbandono del compito, evitamento di prove simili in occasioni future, chiusura e incapacità di chiedere aiuto. Ancora una volta si nota il funzionamento tipico della *profezia che si autoavvera*: l'idea che anche un singolo errore porti all'insuccesso dell'intera prova, delle prove future e all'idea di essere perdenti.

4.5.3 La finalità dell'apprendimento: obiettivo di prestazione

Per gli studenti con un'idea di intelligenza statica, non migliorabile, gli obiettivi delle prove accademiche o di qualsiasi compito o test può consistere nel limitarsi alla sicurezza di non fallire e di poter ricevere la rassicurazione di lodi e giudizi positivi.

Dwenck (2000) scrive, infatti che per alcuni di questi ragazzi, le prove “rappresentano un test per la loro intelligenza. In tal caso, un insuccesso sta a indicare una mancanza stabile di capacità.” (Dwenck, 2000, p.37) Affrontare in questo modo le situazioni che prevedono un giudizio o una valutazione significa porsi obiettivi che sono stati definiti “di prestazione”, che consistono “nell'ottenere giudizi positivi e vincenti sulle proprie capacità evitando quelli negativi. [...] quando gli studenti perseguono obiettivi di prestazione sono preoccupati del loro livello di intelligenza: essi vogliono sembrare capaci (a sé stessi o agli altri) ed evitare di apparire il contrario. A volte, gli studenti ottengono questo risultato giocando sul sicuro nello schivare del tutto gli errori”. (*Ibidem*)

Se i bambini o i ragazzi ripongono eccessiva importanza alla prestazione, rischiano di approcciarsi alla scuola, allo studio e alle prove che in generale la vita riserva, sottostimando i contenuti e ciò che imparano e dimenticando l'intero percorso, per concentrarsi sui risultati, sui giudizi, sulla conferma di dimostrarsi sempre all'altezza (o almeno di non fallire).

Ancora una volta, per chi possiede una teoria dell'intelligenza statica e si pone obiettivi di prestazione, il proprio valore come persone può essere determinato da singoli successi e singoli insuccessi ottenuti in singole prove e compiti.

4.5.4L'approccio al compito: ansia da prestazione

L'idea di intelligenza innata, e soprattutto il legame così forte alla prestazione, rischia di produrre negli studenti livelli molto alti di ansia.

Se il valore personale è dettato anche solo da una singola prestazione, ne consegue che la posta in gioco è sempre molto alta. Se un singolo test determina il senso di successo nella vita oppure di fallimento generale, l'approccio al compito non potrà che comportare livelli di stress molto elevati e strategie poco funzionali.

Possono verificarsi, per esempio, dinamiche definite “di autosabotaggio” che consistono nella fuga (anche non intenzionale) di fronte al compito da affrontare, e ciò può avvenire in modi diversi “dal non studiare abbastanza prima di un test al lasciare cose da fare fino all'ultimo momento” (Dwenck, 2000, p.71)

A Questo punto, anche alla luce di quanto scritto, è interessante riflettere su cosa fa sentire intelligenti gli studenti con una teoria dell'intelligenza entitaria e obiettivi incentrati sulla prestazione; quali sono le caratteristiche necessarie a questi studenti per percepirsi vincenti, persone di successo, “intelligenti”.

E. Elliott, V. Henderson-MacGyvers e C. Dwenck riportano a questo proposito le risposte di alcuni bambini che, durante uno studio, avevano dimostrato una teoria dell'intelligenza statica e obiettivi di prestazione, intervistati a proposito di queste tematiche. Essi avevano dichiarato di sentirsi intelligenti quando: "Non facevano errori; consegnavano la loro prova scritta per primi; trovavano facile un lavoro. In altre parole, questi alunni si erano sentiti più capaci quando avevano eseguito i loro lavori facilmente, senza errori e più velocemente dei compagni". (Dwenck, 2000, p.73)

Come riporta Dwenck (2000), risposte simili furono date anche da ragazzi più grandi che frequentavano il college.

Insomma, per questi tipi di studenti, con questo tipo di teorie sull'intelligenza e sugli obiettivi, il proprio livello di capacità e di valore personale si misura dalle valutazioni anche solo di singole prove; così, errori e insuccessi determinano la percezione di fallimento personale e delusione; la propria intelligenza necessita di giudizi positivi, confronti e conferme; nel confronto con gli Altri il successo si ottiene grazie a risultati migliori; i livelli di ansia, fragilità, frustrazione e insicurezza personale sono, solitamente, molto alti.

4.5.5 L'intelligenza incrementale

Con *teoria dell'intelligenza incrementale* si indica quella concezione per la quale l'intelligenza non è considerata un tratto fisso, innato e imm modificabile, come per la teoria dell'intelligenza statica, bensì "qualcosa che è possibile accrescere attraverso l'apprendimento [...], qualcosa che può essere migliorato attraverso l'impegno". (Dwenck, 2000, p.20)

Se si percepisce l'intelligenza in questo modo, come un insieme di abilità e apprendimenti acquisiti ma sempre potenzialmente modificabile e migliorabile, significa predisporre in modo aperto e propositivo a sfide e a nuove esperienze, come in un cantiere sempre aperto e in costruzione.

4.5.6 Reagire agli errori: lo stile motivazionale di padronanza.

La definizione *orientamento alla padronanza* indica invece la tendenza a rispondere agli insuccessi in modo resiliente e ottimistico. In questo caso "gli studenti rimangono concentrati sul compito e desiderano padroneggiare la situazione nonostante l'insorgere delle difficoltà." (Dwenck, 2000, p.24)

Già dalla stessa definizione si nota la differenza con lo stile di impotenza appresa. Possedere uno stile motivazionale di padronanza permette un approccio alle sfide e alle difficoltà, di qualunque genere

esse siano, che non porta a reazioni di fuga, abbandono o evitamento ma al desiderio di mettersi in gioco, di provare, con atteggiamento sereno e propositivo.

Con questo tipo di stile, l'approccio alle sfide è aperto, fiducioso, sicuro; si traduce in una posizione *verso* il compito, verso le novità, verso l'ignoto.

Di fronte agli errori e agli insuccessi, poi, non viene messa in discussione l'intera intelligenza personale o il proprio valore come individuo. Attraverso lo stesso studio sugli stili motivazionali condotto da Dwenck (2000) con gruppi di studenti, l'autrice riporta come i bambini e i ragazzi, di fronte a compiti complessi e agli errori commessi, non sembravano considerarsi incapaci e non si fermavano di fronte agli insuccessi. Anzi, Dwenck racconta che "alcuni partivano da regole automotivanti: «È il problema più difficile da risolvere e io voglio provare le cose più difficili», oppure «Dovrei dedicarci più tempo e cercare di comprenderlo» [...]. Quasi tutti gli alunni del gruppo orientato alla padronanza si impegnavano in qualche genere di autoistruzione o automonitoraggio finalizzato a facilitare la loro prestazione". (Dwenck, 2000, p.29)

Uno stile orientato alla padronanza, dunque, permette, come indicato dal termine stesso, di essere padroni sulla scena, padroni delle proprie capacità e delle competenze in proprio possesso.

4.5.7 La finalità dell'apprendimento: obiettivi orientati al compito

Il termine *padronanza* può essere associato anche al tipo di obiettivo e alle finalità dell'apprendimento che un individuo impara a porsi.

L'obiettivo *di padronanza*, anche detto *orientato al compito* "è finalizzato a incrementare le proprie competenze e riflette un desiderio di acquisire nuove capacità, padroneggiare nuovi compiti o capire cose nuove: è desiderio di migliorare" (Dwenck, 2000, p.38)

Ciò significa che chi impara a porsi questo tipo di obiettivi, con queste modalità, finalizzerà il proprio approccio all'apprendimento sull'acquisizione di nuove conoscenze e sul miglioramento di quelle già apprese.

Mentre l'altro tipo di approccio precedentemente affrontato, quello volto "alla prestazione", era orientato principalmente alla dimostrazione delle proprie abilità, all'apparire capaci, evitando le difficoltà e temendo gli insuccessi, con quest'ultimo stile di orientamento all'apprendimento l'obiettivo è proprio la ricerca di novità e difficoltà per poter migliorare sé stessi.

Inoltre, in quest'ultimo caso, gli studenti che si approcciano alle sfide orientati al compito e alla sua padronanza, sono maggiormente impegnati a cercare e creare nuove strategie per portare a termine in modo positivo il compito o la sfida che si trovano ad affrontare. Anziché evitare o abbandonare per timore di fallire (e mettere in discussione il proprio valore o la propria intelligenza), si attivano con desiderio, fiducia e ottimismo a fare tutto il possibile per non arrendersi e raggiungere il traguardo.

4.5.8 L'approccio al compito: fiducia e desiderio

È piuttosto semplice intuire quali sono le emozioni e gli stati d'animo predominanti negli individui che possiedono uno stile di padronanza. Se lo stile entitario e prestazionale richiama spesso stati emotivi di ansia, tristezza, sfiducia e delusione, lo stile orientato alla padronanza viene, invece, accompagnato per lo più da positività e propositività, fiducia, voglia di mettersi in gioco e di imparare.

Gli studenti orientati al compito imparano a sentirsi padroni di sé e delle proprie competenze, quindi ad avere fiducia in sé stessi; un errore, il fallimento di una prova, un risultato negativo di un test non viene percepito come predittivo di un insuccesso generalizzato anche alle prove future e non viene associato ad un'idea del Sé come incapace o inadeguato. Anzi, l'errore invoglia a perseverare, a trovare nuove strategie, ad affidarsi alle proprie capacità e conoscenze oppure all'aiuto di Altri.

Anche i rapporti con l'Altro diventano diversi rispetto a chi possiede una teoria prestazionale/entitaria. Se per questi ultimi, infatti, chiedere aiuto è sintomo di debolezza e il confronto si gioca solo sulla competizione (da vincere, per potersi sentire vincenti), gli individui orientati alla padronanza tendono a chiedere aiuto senza timore di apparire incapaci. Chiedere aiuto, piuttosto, rientra in una delle strategie funzionali che possono essere utili a portare a termine il compito. Inoltre, la fiducia nelle proprie capacità non implica dover a tutti i costi superare gli altri (in termini di risultati migliori o punteggi più alti), in quanto il proprio valore viene percepito a prescindere dai risultati altrui.

Riportando nuovamente lo studio condotto da E. Elliott, V. Handerson-MacGyvers e C. S. Dwenck (2000) con bambini delle elementari sulle teorie in merito all'intelligenza, gli studenti che avevano dimostrato una teoria dell'intelligenza di tipo incrementale e orientata alla padronanza, avevano affermato di "sentirsi intelligenti" quando: "non sapevano risolvere qualcosa di piuttosto difficile e poi lo capivano [...]; eseguivano i compiti allo scopo di imparare come diventare intelligenti; leggevano un libro difficile". Similmente, gli studenti del college che avevano partecipato al medesimo studio e ai quali era stata posta la stessa domanda, relativa a quando si sentivano

intelligenti, avevano risposto: “«quando lavoro su qualcosa che ancora non comprendo». Oppure: «quando utilizzo qualcosa che conosco per insegnare a qualcun altro». (Dwenck, 2000, p.73)

Anche le risposte fornite da questi studenti, peraltro di età differenti, dimostrano che chi possiede una concezione dell'intelligenza come incrementale e uno stile di apprendimento orientato alla padronanza, si percepisce come capace e intelligente quando ha la possibilità di affrontare sfide difficili, quando riesce a utilizzare gli strumenti acquisiti per cercare di superare delle difficoltà, quando capisce di essere immerso in attività da cui ricavare nuove conoscenze.

Non ultimo, come sottolinea giustamente Dwenck: “un'altra caratteristica del modello di padronanza è che può favorire un'atmosfera più collaborativa tra gli studenti, perché ognuno può sentirsi più intelligente applicando le proprie capacità intellettuali nei problemi da affrontare” (Dwenck, 2000, p.74). E, si può aggiungere, la percezione del proprio valore non è legato alla necessità di risultare migliore degli altri, ma anche alla consapevolezza di poter utilizzare le proprie capacità e conoscenze per aiutare gli Altri.

4.5.9 L'intervento clinico-pedagogico e le teorie sull'intelligenza

Prima ancora di intervenire su eventuali difficoltà o fragilità in determinate aree dell'apprendimento, il pedagogista clinico può valutare di andare ad indagare quali tipi di teorie rispetto all'intelligenza, propria e in generale, hanno sviluppato i ragazzi e le ragazze in carico al progetto pedagogico.

Quando si tratta di adolescenti e preadolescenti, bisogna ricordare quanto le caratteristiche tipiche di questa fase dello sviluppo incidano sulla crescita e sugli apprendimenti. Abbiamo, infatti, ricordato che si tratta di una fase della vita in cui si costruisce la propria identità, in cui si è più confusi e vulnerabili e l'emotività è impattante sotto molti punti di vista.

Ecco, dunque, che provare a supportare la presa di consapevolezza rispetto a quale teoria sull'intelligenza si possiede, può essere di grande aiuto anche nell'intervento rispetto a specifiche difficoltà scolastiche.

Il lavoro del pedagogista clinico con studentesse e studenti adolescenti, sia in condizione di difficoltà specifiche, sia che non ve ne siano in particolare, può vertere su un percorso che faccia luce su quali sono i pensieri intorno al concetto di intelligenza, su come interpretano la propria (entitaria e statica o dinamica e incrementale?), su quando e come si sentono “intelligenti”; un percorso che faccia riflettere rispetto alle personali reazioni agli errori, agli insuccessi, alle vittorie e alle conquiste.

Importantissimo anche progettare un lavoro che permetta di osservare le modalità con cui studenti e studentesse si avvicinano alle sfide (soprattutto quelle scolastiche, ma anche della vita), con quali obiettivi, quali strumenti e con quali stati d'animo.

Confrontando, infine, i due tipi di cognizioni e di approcci rispetto all'intelligenza e all'apprendimento, risulta piuttosto chiaro quale sia quello più funzionale ad apprendere e a costruire un'idea del Sé positiva e salutare.

Al netto che entrambi non devono necessariamente essere considerati in assoluto funzionali o disfunzionali, che contengono aspetti positivi sia l'uno che l'altro e che possono essere in parte anche compresenti in un individuo (per esempio: una persona può manifestare la predisposizione ad un approccio orientato alla padronanza, ma anche caratteristiche di prestazione, e viceversa), ecco che lo sguardo clinico-pedagogico può servire a individuare quello migliore per l'apprendimento e la costruzione del Sé.

Una teoria che valuti l'intelligenza come dinamica e incrementale e un approccio alle sfide cosiddetto di padronanza risultano, fra le modalità descritte, le migliori in quanto più funzionali e adeguate, per i motivi fino a qui riportati.

Il pedagogo clinico, in qualunque ambito si trovi a lavorare (in uno studio privato, a scuola, con singoli, con gruppi etc.) può, dunque guidare a comprendere i diversi tipi di concezione rispetto all'intelligenza e all'apprendimento per, poi, provare a far riflettere i ragazzi sui vantaggi e i benefici di valutare l'intelligenza come un insieme di capacità dinamiche, modificabili e migliorabili e l'apprendimento come un'esperienza di cui avere padronanza, fiducia e desiderio.

Gli strumenti clinico-pedagogici per le teorie sull'intelligenza e l'approccio all'apprendimento: Attingendo nuovamente dal validissimo manuale di Carol S. Dweck, "Teorie del Sé: Intelligenza, motivazione, personalità e sviluppo" (2000), è possibile far riferimento alle scale di valutazione delle teorie implicite.

Si tratta di schede volte a misurare e valutare "le teorie che le persone hanno sulla propria intelligenza o personalità [...], utilizzat[e] per predire gli obiettivi personali di un soggetto, i giudizi su sé stesso, e le reazioni di impotenza o orientate alla padronanza". (Dweck, 2000, p.247)

Le schede sono di vario tipo, sotto forma di questionario, destinate a individui di diverse età e composte da una serie di *Items* a cui si chiede di rispondere o dare una valutazione;

Alcune indagano aree di interesse “generalì”, come “il tipo di persona”, con l’obiettivo di estrapolare l’idea che un individuo ha sulla propria persona. Altre schede indagano, invece, aspetti più specifici, come l’intelligenza, la personalità, la fiducia, il carattere morale.

Vale la pena riportare quanto specificato da Dweck, che scrive: “in generale, le scale delle teorie implicite non sono correlate con altre scale. [...] importante, e il fatto che le scale non siano correlate con le misure delle capacità cognitive. Ciò conferma che le teorie implicite descrivono le opinioni sul Sé che hanno **conseguenze** cognitive, motivazionali, emotive e comportamentali, ma sono distinte da altri costrutti cognitivi e motivazionali” (Dweck, 2000, p.249)

Questionario sulle Convinzioni (QC): Il *Questionario sulle Convinzioni (QC)* è un altro dei questionari che compongono la batteria dei test AMOS-*Abilità e motivazione allo studio: prove di valutazione e orientamento per la scuola secondaria di secondo grado e l’università (2014)*, Erickson.

Si tratta di una prova, composta una serie di *Items*, articolata in sei parti, volte a valutare il tipo di intelligenza che uno studente crede di possedere e il tipo che considera ideale. Nello specifico viene valutato quanto lo studente consideri l’intelligenza e la personalità come modificabile oppure come innata e statica; il grado di fiducia e di motivazione rispetto alle proprie capacità; gli obiettivi con cui si approccia allo studio e agli apprendimenti. Dai punteggi delle risposte risulteranno i profili di studenti e studentesse tendenti a considerare l’intelligenza come entitaria e a dimostrare obiettivi di apprendimento basati sulla prestazione oppure più vicini ad un’idea di intelligenza come incrementale, con obiettivi di apprendimento basati sulla padronanza.

Questo strumento ha il pregio di essere chiaro e di facile utilizzo, tanto da poter essere somministrato anche in assenza dell’esaminatore e consente a ragazze e ragazzi di abbozzare anche da soli una prima autovalutazione, rispetto alle proprie convinzioni e motivazioni nell’ambito degli apprendimenti.

Insieme al pedagogo clinico si può, poi, procedere ad un lavoro di riflessione intorno ai risultati ottenuti e di esplorazione rispetto al proprio approccio allo studio e alle conoscenze, al senso di sé e di come ci si considera intelligenti; alle correlazioni fra il profilo emerso e i propri successi o insuccessi scolastici; agli obiettivi per i quali, alla fine, si va a scuola; ai personalissimi “*come*” e “*perché*” si impara e si studia.

4.6 L'autostima

«*Je veux te raconter, ô molle enchanteresse!
les diverses beautés qui parent ta jeunesse;
je veux te peindre ta beauté,
où l'enfance s'allie à la maturité.*»
(Baudelaire, *I fiori del male*, 1988, pp. 144-115)

«*Voglio narrarti, incantatrice,
le diverse bellezze che ornano la tua gioventù;
voglio dipingerti la tua bellezza
dove l'infanzia s'unisce alla maturità.*»

Autostima: “Considerazione che un individuo ha di sé stesso. L'autovalutazione che è alla base dell'autostima può manifestarsi come sopravvalutazione o come sottovalutazione a seconda della considerazione che ciascuno può avere di sé, rispetto agli altri o alla situazione in cui si trova” (Treccani)

Già la definizione fornita dall'enciclopedia Treccani racchiude con chiarezza gli elementi fondamentali che costituiscono il concetto di autostima.

L'autostima è una *stima*, quindi una valutazione, una misurazione del Sé (αὐτός, sé stesso), e pertanto si tratta di un concetto che implica una sorta di doppio rapporto bi-direzionale: verso sé stessi e con l'idea che si ha di sé, e verso l'esterno, con la realtà con cui ci si confronta; è la valutazione che si fa rispetto alla propria persona (come ci si sente) e il prodotto del confronto che si compie fra sé stessi e l'esterno, quindi con l'esperienza, con gli Altri, con i valori etc.

Essa, dunque, non è innata e non è fissa, ma si costruisce e si modifica nel tempo, attraverso le esperienze vissute e significate in determinati modi assolutamente personali o grazie ai modelli di pensiero e di valutazione e pattern di comportamento appresi e reiterati.

“L'autostima è uno schema comportamentale e cognitivo preso multidimensionale è riferito ai diversi contesti, che si basa sulla valutazione espressa da un individuo delle esperienze e dei comportamenti passati influenza i suoi comportamenti attuali e predice quelli futuri. Quindi, il concetto di sé, sia negli ambiti specifici sia in generale, è un costrutto in cui interagiscono ambiente e comportamenti” (Bracken, 2003, p.30)

L'intervento clinico-pedagogico sull'autostima: Il concetto di autostima racchiude tutte quelle caratteristiche che richiamano naturalmente l'epistemologia della pedagogia clinica: l'ermeneutica, la fenomenologia, l'approccio comportamentale e costruttivista e l'influenza diretta dell'ambiente sulla costruzione dell'identità.

L'autostima è il frutto di un pensiero che è ermeneutico in quanto derivato dall'insieme di significati personali che l'individuo attribuisce alle esperienze e, di conseguenza, a sé stesso e alla propria vita. Una persona si sente "capace" in qualcosa, perché determinate esperienze o altrui opinioni ritenute positive hanno portato la persona a percepirsi tale; è fenomenologica in quanto i vissuti, gli eventi, gli incontri, ogni cosa proveniente dalla realtà in cui si vive e che influenza la costruzione della nostra identità, viene sentita (e poi significata) in modo completamente unico e personale; l'autostima è la valutazione di aspetti del Sé che sono costruiti, gradualmente nel tempo, e appresi tramite il comportamento; è dettata dal giudizio e dal confronto che si fa con l'ambiente in cui si vive e con le persone che lo compongono, in termini di valori culturali, etici e morali, di aspettative, di ideali di riferimento. Per questo, il pedagogo clinico può intervenire moltissimo in tema di autostima.

Innanzitutto, come già affermato, la costruzione del concetto del Sé è evolutiva, ovvero si sviluppa nel corso della crescita attraverso le esperienze vissute e il modo in cui vengono significate. Ne consegue che finché non si ha accumulato una sufficiente quantità di esperienze e di capacità di significarle, il senso di sé e l'autostima rimangono acerbe e immature.

Il momento della crescita in cui ne avviene la maturazione e la stabilità è quindi quello della preadolescenza, quando ha inizio il processo di individualizzazione, diversificazione e il concetto di Sé diviene sempre più differenziato.

“Quando i bambini cominciano a interagire più indipendentemente con una gamma più vasta di persone e ambienti, essi sono esposti a nuove esperienze, ha successi e fallimenti e alle reazioni delle altre persone. Tali reazioni consentono loro di valutare sé stessi all'interno di ciascun nuovo ambiente. [...] Con in susseguirsi di queste esperienze di apprendimento i bambini, avvicinandosi all'adolescenza, cominciano a sviluppare un'autostima sempre più differenziata, specifica per ogni ambito. [...] Quindi, la differenziazione degli ambiti inizia nell'infanzia e diviene molto maggiore durante la scuola media inferiore e superiore.” (Bracken, 2003, pp.22-23)

Il pedagogo clinico può, così, lavorare con ragazze e ragazzi in una fase dello sviluppo con capacità cognitive, metacognitive e di significazione delle esperienze che sono ormai mature (o comunque adeguate ai suddetti compiti) e che hanno la necessità, oltre che l'obiettivo evolutivo, di dare un senso ai propri vissuti, all'impatto che hanno sul Sé, e costruire un'identità e un'autostima il più sana, sostenibile e auspicata possibile. Può contribuire a educare nella presa di consapevolezza rispetto ai propri modelli culturali e familiari di riferimento e come essi hanno influito sulla costruzione della propria identità e dei propri schemi comportamentali di risposta agli eventi della vita. Difatti, come riflette Filippo Ongaro (2020): “A fare la differenza sono le esperienze che abbiamo vissuto nella vita

e le reazioni ad esse che abbiamo avuto. Una serie di fallimenti può giocare un ruolo importante, così come le esperienze vissute da piccoli, e in particolare lo stile educativo dei nostri genitori. Essersi sentiti dire spesso «Non ce la farai mai», oppure «Sono certo che ce la farai», fa un'enorme differenza nel futuro di una persona.” (Ongaro, 2020)

L'autostima, poi, si misura come valutazione del Sé in diversi ambiti, così come sono diversi e molteplici gli ambiti dell'esistenza. Gli ambiti che l'essere umano esperisce e in cui si percepisce sono, per esempio, il vissuto corporeo, quello emotivo, il rapporto con i famigliari, quello con pari, le relazioni interpersonali in generale, la scuola, il lavoro etc. Questo porta ad affermare che l'autostima è anche un concetto multidimensionale, dove ogni dimensione dell'esperienza si interseca e si influenza, in termini di effetti e conseguenze. Per esempio, “le attrattive fisiche di una persona (l'aspetto corporeo), le sue capacità intellettive di base (la competenza), le abilità interpersonali, il supporto e l'orientamento che le vengono forniti dalla famiglia sono tutti fattori che influiscono sui suoi successi scolastici” (Bracken, 2003, p.19)

Lavorare dal punto di vista pedagogico e clinico sull'autostima diventa quindi importantissimo anche nell'ottica di un vissuto scolastico positivo o per rafforzare eventuali difficoltà negli apprendimenti. Come sostiene ancora Bracken (2003):

“Benché l'autostima scolastica non coincida con la capacità scolastica, essa viene comunque sviluppata attraverso i propri successi e fallimenti negli ambienti nelle attività scolastiche [...] ed è altamente predittiva della performance scolastica futura. [...] L'autostima scolastica è una valutazione personale di come uno studente vede e vive la sua riuscita in ambito scolastico e conduce anche a una predizione di come è verosimile che riesca a scuola in futuro”. (Ivi, p.28)

In ultimo, un ulteriore aspetto su cui il pedagogo clinico può porre l'attenzione, relativamente all'autostima di ragazzi e ragazzi preadolescenti e adolescenti, è quello degli standard e dei modelli con cui si confrontano.

“La nostra società e il sistema educativo in particolare tendono a creare degli approcci standardizzati ai problemi e ciò invita le persone a cercare sempre di aderire a un modello specifico di azione o comportamento e ad essere implicitamente ipercritiche nel momento in cui non si calza a pennello con quel modello. Tuttavia, non sempre il comportamento previsto è il più adatto a noi come singoli individui di fronte ai nostri specifici problemi. Per questo dobbiamo sviluppare il coraggio di non autocensurare la nostra creatività di fronte alle difficoltà.” (Filippo Ongaro, 2020)

Ciò che l'intervento clinico-pedagogico può fare è sostenere bambini, preadolescenti e adolescenti a fissare obiettivi e standard ideali che coincidano con le proprie, reali possibilità. Le competenze da raggiungere in determinati ambiti della vita non possono essere sempre assolute e uguali per tutti, perché dipendono da tanti fattori (le caratteristiche personali, le condizioni economiche, quelle ambientali e socio-culturali etc); il pedagogista clinico può dunque accompagnare la persona in un percorso di consapevolezza delle proprie condizioni, capacità e possibilità reali e concrete, così che possa prefiggersi obiettivi e traguardi realistici, sostenibili, concreti e veramente raggiungibili; questo anche per evitare il rischio di vissuti di inadeguatezza e fallimento, quando il raggiungimento di un determinato obiettivo non dipende dell'impegno o dalle abilità della persona, ma dalla mancanza di strumenti o di opportunità.

Gli strumenti: il TMA: Uno strumento che i pedagogisti clinici possono utilizzare per valutare i livelli di autostima in bambin* e ragazz* è il “*Test di valutazione multidimensionale dell'autostima TMA*” di Bruce A. Bracken, aggiornato per essere utilizzato anche in Italia, con parametri *ad hoc*, grazie al lavoro di Linda Bergamini e Luigi Pedrabissi dell'Università di Padova.

Il *TMA* è un test che serve a valutare quelle che vengono considerate le sei componenti che formano l'autostima globale di un individuo. Esse sono: *le relazioni interpersonali, la competenza di controllo dell'ambiente, l'emotività, il successo scolastico, la vita familiare, il vissuto corporeo.*

Come spiegato all'interno dello stesso *TMA*, le varie componenti sono interconnesse, si sovrappongono e si concentrano verso la dimensione globale dell'autostima

Il *TMA* è destinato a bambin* e ragazz* di età compresa fra i 9 e i 19 anni; Può essere somministrato da pedagogisti, psicologici e dagli insegnanti. Inoltre, può essere svolto anche in assenza di esaminatori, in questo caso chiamati solo al momento della restituzione o per il chiarimento di eventuali dubbi; Come ogni test è formato da *Items*, scale di punteggi e tabelle apposite per le correzioni; Non sono previsti limiti temporali per la somministrazione, tuttavia il tempo impiegato può rientrare nei criteri di osservazione e valutazione di chi esamina (per esempio se il soggetto in esame è eccessivamente veloce e impulsivo o al contrario lento e insicuro).

È uno strumento estremamente flessibile e qualitativo, in grado di raggiungere una valutazione globale del costrutto del Sé anche a partire da singole aree dell'esperienza e a trarne un'osservazione olistica e discorsiva.

Come specificato nel manuale, infatti: “in quanto strumento obiettivo di diagnosi clinica, il test può essere usato per valutare sia l'autostima globale sia le singole misure di ciascuna delle sue sei dimensioni. [...] consentirà di identificare quegli ambiti dell'autostima significativamente devianti

rispetto all'autostima globale" (Bracken, 2003, p.31) sia in confronto alla media, sia rispetto alla percezione del soggetto.

Poiché, come è stato sottolineato, l'autostima si forma attraverso l'interazione con l'ambiente, questo test è stato creato proprio per valutare l'impatto che diversi ambienti di vita possono avere su un soggetto. Basandosi sull'etica e sull'epistemologia della pedagogia clinica "il modello TMA non è orientato alla patologia, ma piuttosto al contesto. [esso] ha infatti lo scopo di identificare le aree e i contesti più vicini alle fonti di disagio e di disadattamento." (*ivi*, p.74) come esemplificato nel testo, se un ragazzo a cui sono stati sottoposti altri strumenti diagnostici mostra alti livelli di malessere (per esempio ansia o tono molto basso dell'umore), il test *TMA* consente di valutare il vissuto del soggetto nei propri ambienti di vita e considerare se in qualcuno di essi emergono punteggi bassi, borderline o molto divergenti rispetto alle altre aree.

Se il soggetto, in altri test, ha mostrato risultati preoccupanti rispetto al tono dell'umore e nel test *TMA* i punteggi bassi si riscontrano nell'area familiare, si può ipotizzare senza necessariamente ulteriori indagini l'origine dello stato emotivo segnalato. Oppure, come riportato ad esempio nello stesso *TMA*, nel caso in cui gli ambiti dove è emerso maggiore disagio siano quello scolastico e quello della competenza, "si potrebbe inferire che l'ansia del ragazzo sia connessa con la performance intellettuale e con il controllo del suo ambiente di vita. [...] I risultati del test *TMA*, combinati con informazioni ricavate da altri strumenti o fonti, possono essere utilissimi per orientare gli interventi educativi e psicologici" (*Ibidem*).

Il pedagogista clinico, quindi, può servirsi di questo prezioso strumento testistico per un progetto dedicato al concetto di Sé e all'autostima e che verta sulle modalità e sugli obiettivi fin qui descritti:

la collaborazione multidisciplinare con altri professionisti e con l'utilizzo di diversi strumenti diagnostico-valutativi; la possibilità di osservare svariati ambiti dell'esistenza degli individui, considerando come essi vi si rapportano e come li vivono; osservare come il vissuto negativo anche di un solo ambito della propria vita può incidere sul benessere e sull'autostima globale; riflettere sul significato attribuito alle esperienze, soprattutto quelle legate al passato e su come questi significati possano influire sui propri meccanismi di funzionamento ed essere predittivi di esperienze future; riflettere su quanto i giudizi altrui, le dinamiche e i rapporti interpersonali possano incidere sulla costruzione e sulla percezione di Sé; considerare i concetti di successo e insuccesso che sono stati maturati nel tempo, se corrispondono a realtà e se sono basati su aspettative proprie oppure altrui.

4.7 L'autoefficacia

« il destino è una parola da vecchi, non puoi crederci a 14 anni. E se ci credi, lo devi cambiare. È vero che non sei uguale agli altri, nessuno ha la tua forza. »

(Di Pietrantonio, *L'arminuta*, 2017, p.143)

“La convinzione della propria efficacia è una risorsa personale centrale nello sviluppo, nell'adattamento efficace e nel cambiamento. Essa opera agendo sui processi cognitivi, motivazionali, affettivi e decisionali. Dalle convinzioni di efficacia dipende se si pensa in modo pessimistico e autodebilitante oppure ottimistico e autovalorizzante”. (Bandura, 2012, p.10)

È con queste parole che Albert Bandura, nel suo libro “*Adolescenti e autoefficacia*”, definisce il concetto di autoefficacia. L'autore, il primo a concettualizzare la dimensione psicologica dell'autoefficacia, ne riferisce come “fondamento dell'agentività umana”, in quanto da essa dipendono le modalità e le capacità di agire dell'essere umano.

Il concetto di autoefficacia si esprime nella percezione che un individuo ha rispetto alle proprie capacità, in ogni campo dell'esperienza. Il tipo di credenza che ognuno possiede relativamente all'efficacia delle proprie azioni, delle proprie scelte e delle proprie idee determina anche il grado di motivazione, di autostima, di possibilità di affrontare le sfide nonché i risultati e gli esiti delle proprie azioni e delle proprie scelte.

Così, la convinzione dell'efficacia delle proprie azioni comporta livelli più alti di motivazione, positività, fiducia, di desiderio di affrontare novità compiti e sperienze. Al contrario, l'insicurezza o il pessimismo rispetto all'efficacia delle proprie scelte e azioni comporta maggiore ansia, insicurezza, paura di fronte alle novità e al rischio di fallimento

Sebbene i fattori che portano a sentirsi efficaci o meno siano di svariata natura e non sono sempre gestibili (per esempio la natura del carattere, le condizioni ambientali, eventuali svantaggi fisici, psichici o cognitivi), l'autoefficacia può essere appresa, allenata e, in qualche modo, educata. Essa, infatti, non è altro che l'insieme di strategie volte alla conoscenza di sé, delle proprie abilità e possibilità, all'autoregolazione dei propri stati emotivi e dei comportamenti e alla valutazione delle conseguenze rispetto alle proprie credenze e azioni.

Scrivi Bandura: “Perché il senso di efficacia si sviluppi, una persona deve imparare a monitorare il proprio comportamento rilevante per la salute e le condizioni sociali e cognitive in cui lo mette in

atto, stabilire dei sotto-obiettivi raggiungibili per motivare e orientare i propri sforzi, attingere da una varietà di strategie di fronteggiamento [...] utilizzare degli incentivi motivanti e forme di sostegno sociale è [...]. (ivi, p.36)

Per agire in modo efficace e, soprattutto, per essere convinti dell'efficacia delle proprie scelte, è necessario affrontare un percorso che conduca alla consapevolezza del proprio *modus pensandi* e del proprio *modus pensandi*. Non solo, bisogna arrivare a comprendere quanto più possibile i propri meccanismi di funzionamento, il proprio mondo emotivo e la sua autoregolazione, in modo da apprendere le giuste strategie per muoversi nel mondo in modo sicuro, fiducioso e propositivo; in modo da sentirsi efficaci in ciò che si fa e che si pensa.

L'intervento clinico-pedagogico sull'autoefficacia con studenti adolescenti: Anche quello dell'autoefficacia può risultare un ambito interessante su cui concentrare l'intervento clinico-pedagogico, soprattutto quando questo riguarda gli adolescenti.

Come già sottolineato, i giovani nell'età dell'adolescenza si trovano ad affrontare numerose sfide sotto vari punti di vista: emotivo, identitario, psicologico, sociale. Numerosi sono, dunque, i fattori di stress a cui dover far fronte. Oltre agli *stressor* interni provocati da un Sé in evoluzione, sopraggiungono anche quelli legati al mondo dell'adulità sempre più vicino, con il suo carico di aspettative, responsabilità e richieste. Ecco perché il pedagogista clinico può assumere un ruolo di grande importanza nel favorire la costruzione di un baglio di strategie cognitive e comportamentali che siano, sia a livello effettivo sia a livello percettivo, efficaci nell'affrontare le esperienze in questo momento della vita.

“Il successo con cui vengono gestiti i rischi e le sfide dell'adolescenza dipende non poco dalla forza dell'efficacia personale sviluppatasi con le precedenti esperienze di padroneggiamento. i giovani che entrano nell'adolescenza con un buon senso di efficacia gestiscono gli *stressor* transizionali in modi che sostengono o incrementano il loro senso di competenza personale [...]. quelli assediati da un senso di inefficacia menomante portano con sé la loro vulnerabilità allo stress e alle disfunzioni nelle nuove situazioni di cambiamento biopsicosociale” (Bandura, 2012, p. 57)

La scuola, poi, diventa quel luogo che richiede buone strategie di autoefficacia e che può anche permetterne la costruzione attraverso un progetto pedagogico-clinico, in collaborazione con i docenti-

Seguendo la riflessione di Bandura: “Gli adolescenti hanno bisogno di impegnarsi nel perseguimento di obiettivi che diano loro uno scopo e un senso di realizzazione. [...] gli studenti devono sviluppare

le abilità necessarie per regolare le determinanti motivazionali, emozionali e sociali del loro funzionamento intellettuale oltre agli aspetti cognitivi.” (ivi, pp.24-25).

Gli strumenti: i questionari AMOS: La batteria AMOS è una raccolta di questionari volti alla valutazione della consapevolezza che gli studenti hanno del proprio approccio e motivazione allo studio. Come ben definito nel capitolo introduttivo al manuale: “questa raccolta di strumenti intende favorire la conoscenza (e l'auto conoscenza) dello studente per meglio orientarlo di fronte alle sempre più impegnative richieste [...]. Essa si presenta come un'articolata serie di questionari e prove, capaci di fornire un quadro completo e dettagliato del profilo dello studente, rispetto agli aspetti fondamentali relativi alle capacità di studio, alle strategie, agli stili e alle convinzioni motivazionali” (De Beni, et al., 2014, p.7).

La batteria AMOS è composta da sette questionari, ognuno dei quali comprendente una serie di *Items* con scale di valutazione e di calcolo dei punteggi, che si possono somministrare insieme oppure separatamente; è rivolto a studenti e studentesse frequentanti le scuole superiori di secondo grado e l'università e possono essere svolti sia individualmente che in gruppo. I questionari che indagano diverse aree legate alle modalità e agli approcci allo studio sono i seguenti:

Questionario sulle Strategie di Studio (QSS), Questionario sull'Approccio allo Studio (QAS), Questionario sugli Stili Cognitivi (QSC), Prova di Apprendimento (PA), Prova di Studio (PS), Questionario dell'Convinzioni (QC), Questionario Ansia e Resilienza (QAR).

Il *Questionario sulle Strategie di Studio (QSS)* serve ad indagare quanto uno studente ritiene utili le strategie per lo studio, quanto le utilizza e quale tipo predilige.

Con questo questionario un lavoro pedagogico-clinico può far emergere le strategie utilizzate dagli studenti, sia che essi ne sia consapevoli, sia che non lo siano, e valutare insieme quanto e se queste strategie risultano efficaci; può anche portare a riflessione e confronto le strategie che uno studente considera ideali e quelle che applica effettivamente. Nel caso, per esempio, si riscontrasse una *incoerenza strategica*, ossia una differenza fra “*voler essere ed essere*” (ivi, p.14), il pedagogo clinico può sostenere il ragazzo o la ragazza in un percorso di maggiore consapevolezza rispetto ai desideri e aspirazioni e ai dati di realtà, in modo tale da trovare quella coerenza interna che eviti vissuti di dispercezione, frustrazione e disagio o di difficoltà scolastiche.

Il pedagogo clinico potrebbe, dunque, progettare l'intervento attraverso la somministrazione del questionario, la sua restituzione e osservazione insieme ai soggetti che hanno risposto ai vari *items*, la riflessione sulle considerazioni in merito all'utilità di possedere strategie per studiare, l'analisi delle strategie che si ritengono migliori, quelle che ognuno utilizza concretamente, un eventuale confronto

e, se serve, finire con un percorso di supporto allo sviluppo di strategie di studio individualizzate e adeguate.

Un intervento simile può essere considerato per *Questionario sull'Approccio allo Studio (QAS)*. Il *QAS* viene infatti utilizzato per valutare alcune competenze relative alle metodologie e tipologie di approccio allo studio. Attraverso la compilazione del questionario, gli studenti e le studentesse sono chiamati ad un lavoro di autoanalisi, metacognitivo e autodescrittivo, relativo a cinque aree fondamentali per possedere un metodo di studio (che sia esso efficace o inefficace): l'organizzazione (del proprio tempo e delle attività per studiare), l'elaborazione (personale e approfondita dello studio), l'autovalutazione (dei propri risultati e dell'apprendimento), le strategie di preparazione a una prova, la sensibilità metacognitiva (ovvero la capacità di riflettere su come si studia).

Questionario sugli Stili Cognitivi (QSC): Questo test si riferisce a specifiche modalità esistenti nell'affrontare compiti cognitivi e di apprendimento, anche chiamate *stile globale, stile analitico, stile verbale e stile visivo*.

Come specificato nel manuale *AMOS (2014)*: “Gli stili cognitivi di elaborazione dell'informazione si riferiscono al modo in cui lo studio viene affrontato, ovvero ai percorsi alle strategie preferenziali che ognuno tende ad adottare gli stili cognitivi possono pertanto essere definiti come la modalità individuale di apprendimento, ovvero come la predisposizione d'avvalersi di particolari strategie di apprendimento indipendentemente dalle richieste specifiche del compito” (*ivi, p.43*). Uno stile cognitivo, dunque, è rappresentato dall'insieme di strategie stabilmente adottate nell'affrontare compiti, anche diversi fra loro.

Fra i vari tipi di stili cognitivi individuati e classificati, il questionario QSC si concentra sulle coppie dicotomiche di stili “globale o analitico” e “verbale o visivo”; sono definite coppie dicotomiche perché uno stile è contrapposto all'altro per la differenza di caratteristiche, ma si tratta di una classificazione per lo più simbolica, in quanto un individuo può possedere dimostrarsi maggiormente predisposto verso uno stile, pur manifestando anche caratteristiche dello stile opposto.

“Chi possiede uno stile cognitivo prevalentemente di tipo globale tende a preferire una visione di insieme dell'oggetto di studio, cioè ad affrontare il problema o l'argomento nei suoi tratti distintivi e complessivi. Chi si riconosce principalmente in uno stile di tipo analitico tende, invece, a privilegiare i particolari, cioè a preferire, nello studio, gli aspetti più specifici e i dettagli.” (*ivi, pp.44-45*)

Anche gli studi di neuroscienze dimostrano l'esistenza di questi due tipi di stili, specie quando vengono indagati i meccanismi di funzionamento legati alla coerenza centrale. La coerenza centrale o interna è la predisposizione del sistema cognitivo a riconoscere e conservare in memoria le

informazioni provenienti dall'ambiente, percepite dagli organi di senso come molteplici e frammentarie, quindi la "capacità di sintetizzare in un tutto coerente o di sistematizzare in un complesso di conoscenze le molteplici esperienze parcellari [...]" (Cottini, 2011, p.52).

Talvolta una coerenza centrale debole spiegherebbe caratteristiche come l'attenzione ai dettagli, la selettività, una maggiore abilità in determinati compiti specifici (caratteristiche ricorrenti nelle persone autistiche, per esempio).

Al di là delle situazioni più o meno specifiche o problematiche, le tendenze all'uno o all'altro stile cognitivo ha conseguenze nelle modalità di studio che sono molto rilevanti e determinanti.

Determinanti nel tipo di approccio allo studio si rivelano anche le differenze fra uno stile cognitivo di tipo verbale e uno stile cognitivo di tipo visivo, che De Beni et.al. (2014) spiegano in questi termini: "C'è chi tende a elaborare le informazioni prevalentemente attraverso il canale verbale e chi preferisce il canale visivo. Nel primo caso c'è la tendenza a utilizzare soprattutto il codice linguistico [...], nel secondo a impiegare un codice iconografico o immaginativo, ad esempio a preferire le immagini" (De Beni et.al.,2014, p.45)

Il contributo del pedagogo clinico in questo ambito può rivelarsi prezioso sotto diversi punti di vista: aiutare l'alunn* a riconoscere la propria tendenza ad uno stile in particolare; aiutare gli insegnanti a identificare gli stili cognitivi degli alunni di una classe, evidenziando gli stili individuali, oppure gli stili predominante, oppure ancora quelli degli alunni che presentano determinate difficoltà; aiutare gli alunni ad imparare a padroneggiare tutti gli stili.

Attraverso il Questionario sugli Stili Cognitivi (QSC), dunque, un pedagogo clinico può lavorare con ragazz* e ragazz* sulla consapevolezza del proprio stile predominante in modo tale da elaborare un metodo di studio che si basi sul proprio stile (utilizzando i riassunti e le mappe con immagini, ripetendo oralmente la lezione di ripasso oppure scrivendo appunti etc). In caso di difficoltà nello studio, per esempio, il pedagogo clinico può indagare se la causa o la soluzione non possano trovarsi in un metodo di studio non coerente con lo stile di apprendo del soggetto in questione.

Con un intervento clinico-pedagogico, poi, si può incentivare gli studenti a saper gestire in modo flessibile anche gli stili cognitivi a cui non sono abituati, in modo da poter affrontare ogni compito e performance con approcci diversi e secondo le richieste.

Infine, l'intervento clinico pedagogico incentrato sugli stili cognitivi può essere utile ai docenti per conoscere le modalità prevalenti con cui i loro studenti tendono ad approcciarsi allo studio. In questo modo gli insegnanti potranno selezionare e presentare le tipologie di materiale più adeguate, in

modalità specifiche e diversificate e confacenti allo stile cognitivo prevalente o di coloro i quali richiedono maggiore supporto.

Anche la *Prova di Studio (PS)* si presta ad un intervento clinico-pedagogico basato su autoriflessione, metacognizione, confronto e miglioramento delle competenze personali. Il questionario è stato creato per valutare come uno studente studia, con quali procedure, strategie e modalità.

Il metodo più corretto e auspicabile per studiare un testo comprende principalmente tre fasi: la prima richiede l'acquisizione dell'oggetto di studio (per esempio tramite lettura o ascolto), l'organizzazione e la comprensione degli obiettivi; la seconda fase prevede il momento dell'analisi e comprensione del testo; la terza fase corrisponde alla restituzione di quanto studiato (tramite compito scritto o interrogazione).

Come riportato nel manuale AMOS: “Lo studio è quindi un tipo di apprendimento intenzionale, la cui caratteristica è di essere prevalentemente gestito e regolato da sé.” (*ivi, p.61*). Pertanto, anche in questo caso il pedagogo clinico può intervenire supportando studenti e studentesse ad analizzare il modo in cui studiano, valutandone l'efficacia o gli aspetti non funzionali e, se necessario, apportare modifiche per creare un metodo di approccio ai testi adeguato e funzionale.

Degli altri questionari, proprio perché somministrabili separatamente, in base alle necessità o curiosità di chi somministra o di chi risponde, è stato già fatto cenno precedentemente, fra gli strumenti clinico-pedagogici utilizzabili per la valutazione dell'intelligenza emotiva, degli stili di apprendimento e delle teorie sull'intelligenza.

Ancora una volta, dunque, lo sguardo clinico di un pedagogo diventa un supporto prezioso per indagare in modo olistico le origini e le soluzioni a specifiche problematiche. Così, difficoltà nella memorizzazione delle formule o nella comprensione di un testo, possono essere indagate e correlate a strategie di studio non inadeguate, a incoerenze fra il metodo di studio e il proprio stile cognitivo, ad un ambiente ostile e ostacolante oppure a stati emotivi disregolati e invalidanti.

4.8 Le relazioni interpersonali e il vissuto scolastico

«Era quello il mio giardino, e raccontarlo era tutto ciò che dovevo fare: raccontare la polvere di gesso che ti resta sulle mani, gli occhi spauriti della ragazzina del primo banco, l'istante di gelo di quando il prof fa una battuta e tutti lo guardano seri, la risata trattenuta di quando l'insegnante spiega e il compagno ti fa ridere, le merendine mangiate di nascosto sotto il banco, momenti piccoli, niente di che, ma era quello il mio giardino». (Galiano, *L'arte di sbagliare alla grande*, 2020, pp.130-131)

L'ultimo, ma non certo per importanza, fattore che si ritiene fondamentale riportare fra le componenti delle cosiddette abilità scolastiche e di apprendimento è quello inerente al vissuto scolastico e alle relazioni instaurate con il gruppo dei pari, a scuola.

Stringere amicizie significative durante il periodo della preadolescenza e dell'adolescenza è tanto importante quanto, a volte, molto complicato. Innanzitutto, occorre operare un distinguo fra gli anni della pubertà e quelli dell'adolescenza, rispettivamente associati per convenzione al periodo delle scuole medie e a quello delle scuole superiori.

La prima, infatti, è considerabile come il tramonto dell'infanzia, ma con ancora legami forti con la fanciullezza e le sue caratteristiche. Durante questa fase della vita i cambiamenti corporei e puberali avvengono in modo piuttosto rapido improvviso, mentre la maturazione cognitiva e psicologica procede più lentamente, così anche quella sociale. Le amicizie, durante gli anni delle scuole medie, spesso sono ancora quelle dell'infanzia, con attività ludiche e sociali tendenzialmente infantili.

Certamente si tratta di tendenze che vanno contestualizzate, secondo i soggetti, i contesti e i tempi. Oggi, diversi studi parlano di una generale precocizzazione nelle tappe dello sviluppo, soprattutto fisiologico e puberale. Uno studio pubblicato sull'*Italian Journal of Pediatrics* dagli endocrinologi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma riporta, per esempio, che “nel periodo del lockdown e delle restrizioni dovute alla pandemia, il numero dei giovanissimi pazienti registrati per pubertà precoce (prima degli 8 anni per le femmine e prima dei 9 per i maschi) oppure anticipata (tra gli 8 e i 10 per le bambine e tra i 9 e gli 11 per i bambini) è più che raddoppiato rispetto allo stesso periodo del 2019” (Verzani et.al, 2021).

Se normalmente lo sviluppo sfalsato della maturazione fisiologica e di quella mentale, che vede la prima precedere la seconda, può creare senso di destabilizzazione, ecco che tale sensazione si amplifica ulteriormente se il momento dello sviluppo corporeo viene ulteriormente anticipato, provocando un divario ancora più profondo fra la maturità fisica e quella psico-intellettuale.

In ogni caso bisogna considerare che, complici la pubertà, la differenza nello sviluppo fra le diverse funzioni bio-psichiche e lo scombussolamento emotivo che ne deriva (e che è connaturato a questa fase dello sviluppo), la possibilità di stringere e mantenere amicizie con i propri pari può essere tanto difficile quanto salutare e importante per la crescita.

Per quanto riguarda gli anni delle scuole superiori, corrispondenti alla fase specifica dell'adolescenza, va considerato che la distanza fra sviluppo corporeo e sviluppo mentale si accorcia: i cambiamenti puberali rallentano la loro velocità e iniziano a stabilizzarsi, in parallelo allo sviluppo delle funzioni cognitive e intellettive e alle abilità di mentalizzazione e metacognizione. A quest'età, inoltre, inizia

la vera e propria costruzione dei propri ruoli e identità sociali. Di conseguenza, le abilità sociali si affinano, la capacità di stringere rapporti di amicizia con i pari diventa più raffinata e selettiva, accompagnata dalla necessità fisiologica di solitudine e differenziazione, oltre a quella di appartenenza al gruppo.

Al netto delle differenze fra le due fasi della crescita, rimane indiscutibile, nonché uno dei compiti dello sviluppo, l'importanza della relazione con i pari.

Le amicizie, più o meno profonde, continuative o stabili che siano, sono fondamentali perché, come già rimarcato, fungono da contenimento psicologico ed emotivo, da rispecchiamento identitario, sono l'evoluzione naturale dei rapporti con i propri genitori, aiutano il processo di distacco dal nido familiare, rafforzano il senso di appartenenza ad un gruppo sociale, sono necessarie alla costruzione dell'identità e nel percorso di differenziazione individuale. Per queste e moltissime altre ragioni, i pedagogisti clinici devono interessarsi alle abilità di socializzazione, di costruzione e mantenimento dei rapporti con i pari.

Specialmente nel caso di specifiche difficoltà nello studio e negli apprendimenti, è importante poter anche indagare il contesto scolastico e come esso viene vissuto dai soggetti in carico al progetto clinico-pedagogico

Questo significa osservare e comprendere i rapporti esistenti all'interno della classe, o della scuola, fra i pari e gli studenti, nonché il *feedback* emotivo riportato dai ragazzi o dalle ragazze di cui ci si occupa, rispetto all'esperienza scolastica.

Il pedagogista clinico ha il compito di conoscere anche l'aspetto delle relazioni che fanno da sfondo allo studio e all'apprendimento. Potrà, quindi, scoprire, attraverso test e colloqui, come lo studente o la studentessa in questione vivono la scuola, se piace loro frequentare le lezioni, come si trovano con i compagni e le compagne, se hanno amicizie, se hanno problemi con altri studenti etc. Andando progressivamente a fondo per cogliere dettagli e aspetti che si reputino rilevanti ai fini del progetto clinico-pedagogico in atto.

Strumenti pedagogici, il TVD: Fra gli strumenti che il pedagogista clinico può adoperare per valutare il vissuto scolastico in ragazze e ragazzi adolescenti o preadolescenti si può riportare il *Test per la valutazione del disagio e della dispersione scolastica (TVD)*. Sebbene si tratti di uno strumento volto ad indagare eventuali segnali di allarme rispetto ad un vissuto negativo nei confronti della scuola e a prevenire episodi di abbandono scolastico, esso può essere declinato anche ad una generica valutazione di come uno studente o una studentessa vivano il contesto della scuola, il rapporto con i compagni e gli insegnanti e con lo studio, in generale.

Come riportato in un articolo dedicato al tema della dispersione scolastica e l'uso del *TVD*, infatti, “lo studio si muove in una prospettiva di tipo esplorativo” con l'obiettivo di individuare la presenza di segnali di disagio scolastico, segnali che “non sono considerati attributi soggettivi da trattare unicamente con dispositivi di sostegno individualizzato, ma caratteristiche degli ambienti in cui il soggetto fa esperienza di apprendimento, su cui intervenire in modo sistemico.” (Bracci, Grange, 2016)

Il test, sottoforma di questionario, diventa quindi utile, sia in senso preventivo, sia in caso di disagio conclamato, per comprendere e intervenire sull'ambiente scolastico, nel caso in cui per qualche ragione esso non fornisca un clima di accoglienza e cura, nel quale ragazze e ragazzi possano apprendere serenamente. Nello stesso articolo, infatti, si conclude affermando che, oltre ad individuare i fattori di rischio per un vissuto scolastico negativo e sofferente, “il *TVD* è uno strumento promettente per investigare i significati che gli studenti [...] attribuiscono alla vita scolastica e per comprendere le aree di difficoltà che ne caratterizzano i vissuti.”

CAPITOLO 5.

“COME MI PENSO, COME MI PENSANO”:

PROGETTO EDUCATIVO-PEDAGOGICO IN UNA CLASSE PRIMA SUPERIORE.

« ... My eyes have seen you

Stand in your door

Meet inside

Show me some more

Show me some more...»

(The Doors, My Eyes Have Seen You, 1967)

Vorrei concludere questo mio lavoro di tesi riportando un piccolo progetto educativo, di stampo clinico-pedagogico, condotto con studenti e studentesse di una classe prima superiore.

Durante l'anno scolastico 2021-2022 ho lavorato in qualità di educatrice socio-pedagogica in una classe prima di una scuola superiore a indirizzo tecnico. Come ho precedentemente specificato, parte del mio lavoro di supporto educativo e didattico a studenti e studentesse con disabilità comprende l'attenzione al contesto scolastico e alle relazioni fra gli alunni e le alunne.

Quest'anno ho proposto alla classe un piccolo progetto che consisteva nello scrivere su sé stessi almeno cinque caratteristiche che ciascuno, soggettivamente, considerava positive o neutre e almeno cinque caratteristiche ritenute positive o neutre per ciascun compagno* di classe. Le caratteristiche potevano essere relative sia all'aspetto fisico, sia al carattere.

Alla fine sono stati creati dei libretti, composti da un foglio A4 piegato a metà, per ciascun student*. Ognuno di questi libretti comprendeva su un lato le caratteristiche personali che lo studente aveva scritto su di sé, e sull'altro lato raccolte e riportate (anonimamente) le caratteristiche scritte da parte dei compagni.

In sintesi ogni ragazz* si è trovato il proprio libretto, con le proprie caratteristiche scritte da sé stessi* e dagli altri, scoprendo come si pensa e come viene “pensato e visto” dagli altri.

Con questo piccolo e molto semplice progetto abbiamo, poi, potuto riflettere insieme sul lavoro metacognitivo effettuato da ciascuno, sullo sguardo personale con cui i ragazzi e le ragazze vedono e “si vedono visti”, sul confronto fra come si vedono e come vengono considerati dai propri amic* e

compagn*. Inoltre, nell'ottica di una valutazione pedagogica, ho potuto osservare ulteriori indizi e dettagli, come la concisione o la prolissità nelle descrizioni; la differenza fra le autodescrizioni e le descrizioni degli altri; gli aggettivi utilizzati; i casi di chi non ha scritto nulla di nessuno; i casi di descrizioni solamente inerenti all'aspetto fisico; le descrizioni dell'aspetto fisico espressive di un vissuto positivo e quelle di un vissuto sofferente.

Ecco, insomma, che anche da un lavoro così semplice, un pedagogo clinico può trarre moltissime e preziosissime considerazioni sul vissuto scolastico di un* adolescente o preadolescente, così come dello stato psico-emotivo e collegarsi, se necessario, ad eventuali difficoltà nello studio e negli apprendimenti.

Progetto "Mi penso, mi pensano".



CONCLUSIONI

Con il seguente elaborato ho cercato di portare a riflessione il grande contributo che l'approccio clinico-pedagogico può donare nella presa in carico di soggetti che si trovano ad affrontare una fase della vita così delicata qual è quella della preadolescenza e dell'adolescenza.

Il pedagogista clinico è chiamato ad affrontare, a comprendere e a sostenere la complessità, nel senso più trasversale e ontologico del termine, in quanto si trova a operare in un mondo che è intrinsecamente complesso, fatto di ambienti, culture, soggetti sempre diversi, sempre più complessi.

E il termine *clinico*, per etimologia, ricorda di chinarsi su ogni individuo e su ogni esperienza, nell'etica del rispetto di ciascuna irripetibile unicità.

Complessità e unicità trovano una loro personale traduzione quando si tratta del periodo della pubertà e dell'adolescenza, perché richiamano le sfide, le conquiste, le numerose difficoltà che ragazze e ragazzi in questa fase dello sviluppo devono affrontare, per diventare individui unici e indipendenti.

Così, quando si lavora in ambito educativo, l'approccio clinico permette di agire nel rispetto dell'individualità di ogni ragazzo e ragazza, studente e studentessa, lontano da generalizzazioni e standardizzazioni, a partire dalla loro personalità, dai punti di forza, dalle fatiche, da come rispondono agli stimoli ed elaborano le emozioni.

Senza, poi, dimenticare che prendersi cura delle difficoltà in un particolare settore dell'esistenza, come quello scolastico e degli apprendimenti, significa prendersi cura, necessariamente e inevitabilmente, di tutte le sfere dell'esistenza umana, da quella cognitiva, a quella emotiva, corporea, psichica e sociale. Poiché l'essere umano è composto di parti, ogni parte va vista e considerata interconnessa sistematicamente alle altre, in modo globale, olistico e sistemico.

Così, sulla base delle caratteristiche di ciascuno, il pedagogista clinico potrà strutturare le attività, scegliere gli strumenti, disporre il contesto e valutare la qualità delle relazioni, nel modo migliore per la creazione di un buon ambiente, interno ed esterno, psichico e scolastico in cui, per prima cosa, *poter stare bene*.

RINGRAZIAMENTI

Giunta alla conclusione di questo percorso,
vorrei ringraziare...

Tutte le docenti e i docenti di questo corso splendido,
Gloria Palermo, Gloria Cuffari, Francesca Zannoni e Renato Crivelli,
per aver fornito contenuti e strumenti fondamentali del lavoro educativo e pedagogico,
aggiungendo preziosi tasselli al mio viaggio di formazione, specializzazione e arricchimento;

La dott.ssa Gloria Palermo, per la gentilezza, la competenza e l'attenzione con cui mi ha seguita
come relatrice a questo lavoro di Tesi;

Le mie colleghe e colleghi di corso, per gli scambi, i confronti, i consigli, le risate e le
chiacchierate;

*«...chi è ciascuno di noi se non una combinatoria d'esperienze, di informazioni, di letture,
d'immaginazioni? Ogni vita è un'enciclopedia, una biblioteca, un inventario d'oggetti, un
campionario di stili, dove tutto può essere continuamente rimescolato e riordinato in tutti i modi
possibili».* (Calvino, *Lezioni Americane*, 1993, p.121)

BIBLIOGRAFIA

- Andreoli, S. (2020). *Mio figlio è normale? Capire gli adolescenti senza che loro debbano capire noi*. Milano: Bur-Rizzoli.
- Andreoli, S. (2021). *Mamma ho l'ansia. Crescere ragazzi sereni in un mondo sempre più stressato*. Milano: Bur-Rizzoli.
- Auster, P. (1995). *Mr Vertigo*. Torino: Einaudi.
- Bandura, A. (2012). *Adolescenti e autoefficacia. Il ruolo delle credenze personali nello sviluppo individuale*. Trento: Erickson.
- Baudelaire, C. (1988). *I fiori del male e tutte le poesie*. Roma: GTE Newton.
- Bianco, F., Castelli, I., pp. (giugno-novembre). *PSICOLOGIA CONTEMPORANEA. La psicologia nel terzo millennio*. Milano: Giunti.
- Borges, J. L. (1999). *Il manoscritto di Brodie*. Milano: Adelphi.
- Bracken, B. (2003). *TMA. Test di valutazione multidimensionale dell'autostima*. Trento: Erickson.
- Bruner, J. (1992). *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Buday, E. (novembre-dicembre 2020). *PSICOLOGIA CONTEMPORANEA, Amicizie evolutive e regressive in adolescenza*. Milano: Giunti.
- Cadamuro, A. (2014). *Stili cognitivi e stili di apprendimento. Da quello che pensi a come lo pensi*. Roma: Carrocci.
- Calvino, I. (1993). *Lezioni Americane*. Milano: Mondadori.
- Calvino, I. (1985). *I nostri antenati. Il visconte dimezzato*. Milano: Garzanti.
- Calvino, I. (2016). *I sentieri dei nidi di ragno*. Milano: Mondadori.
- Camaioni, L., Di Blasio, P. (2011). *Psicologia dello Sviluppo*. Bologna: Il mulino.
- Canevaro, A. (2008). *Pietre che affiorano: I mediatori efficaci in educazione con la «logica del domino»*. Trento: Erickson.
- Carrol, L. (1995). *Alice nel Paese delle Meraviglie e Attraverso lo Specchio Magico*. Roma: Newton Compton.
- Collodi, C. (2010). *Le avventure di Pinocchio*. Novara: Deagostini.
- Cottini, L. (2011). *L'autismo a scuola: Quattro parole chiave per l'integrazione*. Roma: Carrocci Faber.
- Crispiani, P. (2011). *Pedagogia Clinica: La pedagogia sul campo, tra scienza e professione*. Parma: edizioni Junior.

- Damasio, A. (2003). *Alla ricerca di Spinoza: Emozioni, mente e cervello*. Milano: Adelphi.
- De Beauvoir, S. (1978). *Memorie d'una ragazza perbene*. Torino: Einaudi.
- De Beni, R., Moè A., Cornoldi, C., Meneghetti, C., Fabris, M., Zamperlin, C., De Min G. (2014). *AMOS. Abilità e motivazione allo studio: prove di valutazione e orientamento per la scuola secondaria di secondo grado e l'università*. Trento: Erickson.
- Di Pietrantonio, A. (2017). *L'arminuta*. Torino: Einaudi.
- Dweck, S.C. (2000). *Teorie del Sé. Intelligenza, motivazione, personalità e sviluppo*. Trento: Erickson.
- Foucault, M. (1998). *Nascita della clinica: Una archeologia dello sguardo medico*. Torino: Einaudi.
- Franciosi, F. (2017). *La regolazione emotiva nei disturbi dello spettro autistico: Verso un modello operativo in ambito clinico e psicoeducativo*. Pisa: ETS.
- Frauenfelder, E., Santoianni, F., Striano, M. (2004). *Introduzione alle scienze bioeducative*. Bari: Laterza.
- Gaarder, J. (1994). *Il mondo di Sofia*. Milano: Longanesi.
- Galiano, E. (2020). *L'arte di sbagliare alla grande*. Milano: Garzanti.
- Gattinara, E. C. (2018). *Dieci lezioni sulle emozioni, cosa provano gli adolescenti. Come aiutarli a scoprirlo con noi*. Milano: Giunti.
- Golding, W. (1980). *Il Signore delle Mosche*. Milano: Mondadori.
- Goleman, D. (2021). *Intelligenza emotiva: Che cos'è e perché può renderci felici*. Milano: Rizzoli.
- Havighurts, R.J. (1952). *Developmental task and education*, New York: Davis McKay.
- Iori, V. (2018). *Educatori e pedagogisti: Senso dell'agire educativo e riconoscimento professionale*. Trento: Erickson.
- Ishiguro, K. (2016). *Non lasciarmi*. Torino: Einaudi.
- Johnson, S., (2000). *Chi ha spostato il mio formaggio? Cambiare se stessi in un mondo che cambia in azienda, a casa, nella vita di tutti i giorni*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Lancini, M. (2021). *L'età tradita, oltre i luoghi comuni sugli adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lee, H. (1981). *Il buio oltre la siepe*. Torino: Loescher.
- Lo Presti, D. (settembre-ottobre 2019). *Psicologia contemporanea*. Milano: Giunti
- Lucangeli, D. (2020). *Cinque lezioni leggere sull'emozione di apprendere*. Trento: Erickson.
- Matarazzo, O., Zammuner, O. L. (2015). *La regolazione delle emozioni*. Bologna: il Mulino.

- Mencarelli, D. (2020). *Tutto chiede Salvezza*. Milano: Mondadori
- Merleau-Ponty, M. (2003). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani.
- Morante, E. (1957). *L'isola di Arturo*. Milano: Einaudi.
- Morin, E. (2000). *La testa ben fatta: Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ongaro, F., (maggio-giugno 2020). *Psicologia contemporanea*, Milano: Giunti.
- Palmieri, C., Gambacorti-Passerini, M. B. (2019). *Il Lavoro educativo in salute mentale: Una sfida pedagogica*. Milano: guerini scientifica, Milano.
- Pellai A., Tambornini B. (2018). *L'età dello Tsunami. Come sopravvivere a un figlio pre-adolescente*. Milano: Deagostini.
- Platone, (1967). *Opere: vol. I*. Bari: Laterza.
- Quagliata, E. (2018). *Adolescenti in crisi. sviluppo normale e segnali di allarme: problemi alimentari, violenza, depressione e autolesionismo*. Roma: Astrolabio.
- Rezzara, A. (2012). *Dalla scienza alla clinica della formazione: Sul pensiero e l'opera di Riccardo Massa. Clinica della formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Riva, M. G. (2004). *Il lavoro pedagogico: Come ricerca dei significati e ascolto delle emozioni*. Milano: guerini scientifica.
- Rodari, G. (1964). *Il libro degli errori*. Torino: Einaudi.
- Salinger, J.D. (2002). *Il giovane Holden*. Torino: Einaudi.
- Salviato C., Mammarella I. C., Carnoldi C. (2020). *Intervento per le difficoltà socio-relazionali. Programma cognitivo-comportamentale sulle social skills per ragazzi autistici, ADHD o altri disturbi*. Trento: Erickson.
- Salvini, A., Dondoni, M. (2011). *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*. Milano: Giunti.
- The Doors (1967). *My Eyes Have Seen You*. Album: Strange Days.
- Umiltà, U. (2011). *Il cervello: La macchina della mente*. Bologna: il Mulino.
- Vellone, E., Sinapi, N., Rastelli D. (2000). *Fenomenologia e metodo fenomenologico: loro utilità per la conoscenza e la pratica infermieristica*. Studi e ricerche, Professioni infermieristiche 2000.53.4, 237-242.
- Winnicott, D. (1971). *Gioco e realtà*, Roma: Armando.
- Zingarelli, N. (1985). *Vocabolario della lingua italiana*. Milano: Zanichelli.

SITOGRAFIA

Bracci, F., Grange, T. (2016), <https://www.univda.it/wp-content/uploads/2018/12/Indagare-il-disagio-scolastico-.pdf> .

Braschi, C. (2010), in https://www.treccani.it/enciclopedia/emozioni_%28Dizionario-di-Medicina%29/

Castello, A. (2019), <https://www.psicologiadellavoro.org/identita-personale-e-identita-sociale-il-concetto-del-se-nella-rete/>

Centro Hikikomori, (2012), <https://www.centro-hikikomori.it/le-nuove-dipendenze>

Chiandetti C., Pellizzoni S., (2017-2018). *Lo Sviluppo Cognitivo nel Ciclo di Vita*, PDF.

Del Po, F. (2008), <https://www.lorenzomagri.it/intelligenza-definizione-e-misura/>

Gentile, V. (2015), <https://www.stateofmind.it/2015/11/adolescenza-tecnica-psicoanalisi/2/>

Guaragna, L. (2013), *Husserl, Edmund (1859-1938) e la fenomenologia*, in <http://www.leoneg.it/archivio/Husserl.pdf>

<https://www.treccani.it/vocabolario/ermeneutica/>

Issalute, (2020), <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/dna-acido-desossiribonucleico>

Lo Iacono, A. E. (2019), https://medicinaonline.co/2019/09/21/le-otto-fasi-di-sviluppo-dellindividuo-proposte-da-erik-erikson_

Palmieri, G., et. al., in https://www.tesinformatica.it/prif/PRIF_docs/THE_AUTISM_A_REVIEW.pdf

Verzani, M., Bizzarri, C., Chioma, L., Bottaro, G., Pedicelli, S., Cappa, M. (2021), <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-021-01015-6>.

www.pedagogiaedidattica.it

