

**PSICOLOGIA CLINICA**

Progettare è tendere verso un proposito da realizzare/ concretizzare, un fine da conseguire.

Programmare è attuare il progetto iniziale, è la fase operativa del piano progettuale. Si programma con obiettivi prefissati, fasi di esecuzione, contenuti da attuare, procedure da applicare, verifiche in itinere, valutazione e risultati.

Il progetto educativo in un contesto fisico specifico trasmette alla persona le intenzioni dell'educatore di: promuovere il suo benessere + testimoniare l'affidabilità e la sicurezza della relazione, importante però tenere conto dei limiti dell'utente.

1. preparare il progetto e il programma di intervento: raccogliere le info conoscitive, formulare ipotesi di intervento programmato e le soluzioni auspicabili, individuare le risorse dei soggetti, dei contesti e dei partner, **IMPO PROGETTARE IN PROGRESSIONE, GRADUALITÀ** per consentire assimilazione e maturazione.
2. formulare le finalità funzionali al percorso, tracciati gli obiettivi generali e riformulati alla luce del tipo di utenza e scenario (darsi 3-5- obiettivi)
3. intervento educativo: elaborazione di attività ed interventi da attuare (con tempi di attuazione)
4. conoscere l'utenza
5. scegliere gli strumenti di lavoro cioè i mezzi per promuovere progetti ed interventi (griglie di osservazione, interviste, questionari, lezione frontale con spazi di dialogo e confronto, discussione in piccoli gruppi, role play)
6. valutazione e autovalutazione: valutare l'efficacia dell'attività realizzata, il benessere dell'utenza, qualità e adeguatezza delle competenze usate. Impo documentare il lavoro svolto per valutare, progettare e ri-progettare.

**KURT LEWIN**: nozione di gruppo, conio la nozione di campo di interdipendenza, **DINAMICA DI GRUPPO, MICROCOSMO SOCIALE**, condivisione di un destino comune.

**PSICODRAMMA ANALITICO** gioco come base per l'esperienza clinica, separa il conscio dall'inconscio. Psicoterapia di gruppo ad orientamento analitico che usa il gioco come base dell'esperienza clinica. Attraverso il gioco lo psicodramma analitico risponde alla necessità di vivere la dimensione conoscitiva sulla propria pelle e con il coinvolgimento diretto. Il role playing per migliorare lo stato d'animo dell'individuo e aiutarlo a modificare il proprio ruolo sulla base del contesto, il gioco separa e filtra il conscio dall'inconscio.

**PSICOLOGIA CLINICA**: ossia le competenze e conoscenze psicologiche utilizzate per affrontare i problemi delle persone, è la dimensione applicativa di tipo clinico della scienza psicologica che si esprime con interventi di tipo diagnostico e di aiuto psicologico.

**PSICOLOGIA**: scienza del comportamento e dei processi mentali

**PSICOLOGIA CLINICA**: comprendere l'area di intervento sui disagi degli individui e dei gruppi, è atteggiamento terapeutico basato sulla vicinanza al paziente, intervento a contatto con il malato. **METODO**: conoscenza personalizzata + ricostruzione della storia della malattia: **DIMENSIONE APPLICATIVA**

**PSICOMETRIA**: branca della psicologia che si occupa della preparazione, validazione e utilizzo ai fini di ricerca di vari test per misurare le variabili psicologiche e rilevare anomalie o ritardi. **VALUTAZIONE PSICOMETRICA E AIUTO PSICOLOGICO A CHI NE HA BISOGNO**.

**PSICOANALISI**: tecnica psicoterapeutica che mira a scoprire ed eliminare le cause intrapsichiche inconscie dei disturbi psicologici

**COMPORAMENTISMO**: ha fornito basi scientifiche e strumenti tecnici per attuare la pratica psicoterapeutica

**PSICHIATRIA** è branca della medicina, approccio organicista, scienza medica che si occupa delle alterazioni biologiche che determinano i disturbi mentali e del comportamento. Uso dei farmaci o di tecniche di intervento medico, attenzione alle cause biologiche dei disturbi, alle alterazioni delle funzioni cerebrali, che cerca di curare con farmaci o di ridurre i disturbi o di risolverli, malattie gravi, interventi di tipo sanitario **DIVERSA DA PSICOLOGIA CLINICA** che si occupa di forme di disadattamento causate da esperienza o dall'ambiente, affrontabili con maggior successo con mezzi psicologici, le cui origini vanno ricondotte ad esperienze vitali problematiche, a condizioni di disagio. Entrambe possono agire in aree psicopatologiche omogenee. La psichiatria malattie da classificare – spiegare- curare, la psicologia clinica focus su malato, comprensione e approfondimento dei problemi psicologici che si presentano, approccio personalizzato.

**DIAGNOSI**: operazione per individuare le cause di un problema e di ipotizzarne la natura, al fine di ricondurre i sintomi rilevati alla condizione patologica che li ha generati. **Diagnosi eziologica**: distinguere tra le varie alternative per individuare la causa specifica che ha generato il sintomo, si basa sulle capacità cliniche di lettura dei segni esteriori di un processo patologico e sul risultato degli esami. In psicologia bisogna dare un senso alle manifestazioni sintomatiche, leggere in modo plausibile un disagio o comportamento disturbante, la richiesta di aiuto: cosa significa il comportamento X nella vita della persona? Non solo spiegazione causale ma anche interpretazione (cioè decodificare il significato soggettivo che il comportamento o sintomo ha nella vita psichica e di relazione di una persona e comprendere le loro funzioni per il suo adattamento (cioè della persona).

Conoscenza storico-motivazionale-metodo indiziario, si arriva alla diagnosi nosografica descrittiva, ma non solo, l'intervento è per una persona che soffre e va conosciuta nel suo funzionamento psicologico globale (tipo di difficoltà, sua origine, reazione alla condizione di disagio e modo di affrontarla, livello di adattamento emotivo e risorse psicologiche).

**DIAGNOSI DI PERSONALITÀ**: descrizione delle caratteristiche psicologiche del soggetto in riferimento alle diverse componenti della sua personalità, in che forma e intensità sono presenti le varie dimensioni della personalità e che rapporto vi è tra esse.

**AREA DEI BISOGNI**: quali sono i bisogni prevalenti per la persona? Di che natura e intensità sono i suoi conflitti? Quali sono le paure e i desideri maggiormente presenti?

**CAPACITÀ DI ADATTAMENTO**: quanto è saldo il suo senso di realtà (di percepirla in modo realistico)? È in grado di prevedere le conseguenze delle proprie azioni? Quanto riesce a tollerare le frustrazioni? Come reagisce? Quali sono e come vengono usati i meccanismi di difesa?

**SFERA MORALE E VITA AFFETTIVA E DI RELAZIONE**: possiede un senso di sé stabile? Ha un'identità solida o è bisognosa di conferme e vulnerabile? Quali sono i progetti o gli ideali della sua condotta? Sono realistici e adeguati alle capacità o no? Sono perseguiti con determinazione o atteggiamento rinunciatario? Il senso morale è saldo, flessibile realistico, troppo rigoroso o al contrario troppo labile e corruttibile? Ci sono capacità di instaurare relazioni e con che modalità (sfruttamento/sottomissione/manipolazione)? **Eventi traumatici passati?**

Si costruisce un profilo psicodinamico del soggetto, ogni indagine psicologica è condizionata dai presupposti teorici che la guidano.

L'intervento psicologico deve tener conto del paziente:

collaborazione – consapevolezza del suo ruolo (quanto soffre, quanto sei consapevole, quanto sei motivato ad affrontare e conoscere la natura dei tuoi problemi)

importante considerare il grado di consapevolezza della natura psicologica dei problemi del paziente, la motivazione ad affrontare la conoscenza degli aspetti della personalità che possono determinare le manifestazioni del suo disagio, il grado di sofferenza soggettiva per le difficoltà che incontra e le aspettative che nutre nei confronti dell'intervento richiesto.

**Valutazione e aiuto delle persone**: intervento psicologico finalizzato a migliorare le condizioni emotive delle persone per alleviare stati di disagio e ridurre sintomi e disturbi psicologici= **PSICOTERAPIA**: è una prestazione di tipo specialistico dopo una formazione abilitante. Intervento psicologia diverso da intervento psicoterapeutico specialistico, è qualcosa di specifico, finalizzato a raggiungere un cambiamento nel funzionamento mentale che è fonte di sofferenza, utilizzando una particolare tecnica psicologica con metodi e concezione teorica e obiettivi: obiettivi definiti da raggiungere collegati alle strategie utilizzate per ottenerli mediante principi esplicativi sul perché l'intervento viene eseguito e in quale modo e sul perché dovrebbero verificarsi i risultati attesi.

**TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO**: per aiutare la persona a liberarsi del disagio che lo porta ad iniziare la cura, agendo sulla realtà emotiva del paziente, inducendo modifiche nel suo modo di pensare, agire, sentire disfunzionale per trovare maggior padronanza nella sua vita psichica e del proprio comportamento per recuperare le proprie potenzialità e muoversi più liberamente nella vita di relazione, ci possono essere miglioramenti anche nei sintomi fisici.

**TECNICHE TERAPEUTICHE COMPORAMENTALI E PSICOFISIOLOGICHE** modificano direttamente i sintomi comportamentali senza elaborazione dei motivi di disturbo del soggetto. Gli approcci terapeutici sono classificati a seconda degli obiettivi: le tecniche comportamentali per modificare sintomi e comportamenti psicopatologici, le t. cognitive per modificare i processi di pensiero che sostengono i comportamenti e i vissuti disadattivi, psicanalisi e tecniche psicanaliticamente orientate per capire le forze motivazionali e i conflitti che stanno sotto le manifestazioni patologiche, t. umanistico-esistenziali per comprendere l'esperienza soggettiva della persona, tecniche relazionali sistemiche agiscono sulle dinamiche relazionali attive nella famiglia di appartenenza della persona.

Tecniche comportamentali: USA, inizi '900

Al centro di interesse c'è il comportamento, vennero ridotti i disturbi psicologici alle manifestazioni sintomatiche osservabili. Il comportamento è il risultato dell'apprendimento che si verifica sotto le influenze dell'ambiente. Ricerche per chiarire i rapporti tra stimolo ambientale e risposta (cioè comportamento messo in atto). Individuate le modalità di realizzazione dell'apprendimento, stabiliti i principi che regolano i processi di apprendimento, **TUTTI I COMPORAMENTI** si instaurano con processi di apprendimento riconducibili a tre meccanismi:

1. **CONDIZIONAMENTO CLASSICO** spiega come una risposta presente nel repertorio comportamentale di una persona viene emessa in risposta ad uno stimolo incondizionato può essere attivata anche da uno stimolo nuovo condizionato se questo si presenta con una particolare associazione al precedente.

2. **CONDIZIONAMENTO OPERANTE** agisce attraverso gli effetti che le ricompense o le punizioni hanno sulle condotte spontanee (i comportamenti rinforzati si perpetuano, quelli non rinforzati o puniti svaniscono) la persistenza di comportamenti appresi dipende dal modo in cui hanno trovato rinforzi e punizioni quando venivano manifestati.
3. **APPRENDIMENTO OSSERVATIVO** apprendimento di condotte attraverso imitazione di modelli osservati.

Le tecniche di stampo comportamentista consistono in interventi di condizionamento e controcondizionamento per favorire lo sviluppo di comportamenti adattivi e desiderabili e indurre il controllo o l'eliminazione di quelli patologici (tecniche avversative o desensibilizzazione sistematica).

#### TERAPIE COGNITIVE

Studio delle modalità con cui elaboriamo e organizziamo in rappresentazioni mentali le informazioni che riceviamo attraverso le funzioni cognitive come la percezione, la memoria e il ragionamento. Il comportamento può essere meglio compreso se si fa riferimento a schemi cognitivi che sono alla base di tale comportamento. Le esperienze affrontate danno vita allo strutturarsi di schemi mentali che funzionano da modelli inconsapevoli del nostro comportamento, sono una mappa che guida il nostro comportamento. I disturbi del comportamento sono riconducibili ad un modo distorto di interpretare gli eventi, queste terapie modificano le convinzioni errate e le loro interpretazioni distorte. Valutazione dei modi di pensare disadattivi del paziente aiutato ad individuare i suoi modelli interpretativi disfunzionali e a capire come funzionano per arrivare ad una valutazione più adeguata della realtà.

#### PSICOANALISI

Comprendere e sciogliere i conflitti inconsci che sottostanno alle manifestazioni patologiche che sono soluzioni simboliche di difesa che la persona attua per evitare l'angoscia causata da conflitti laceranti, anch'essi inconsci tra le varie componenti della personalità. Forze motivazionali più rappresentazioni inconscie di sé e delle figure significative dell'infanzia e gli stati affettivi connessi, si produce un cambiamento nelle dinamiche profonde dell'assetto psicologico del soggetto, che avviene solo se si arriva alla consapevolezza della presenza di queste dinamiche. Consapevolezza favorita da suggerimenti/ ipotesi esplicite= interpretazioni fornite dal curante su quanto il paziente esprime liberamente= libere interpretazioni. Dinamica relazionale del rapporto terapeutico paziente-terapeuta: TRANSFERT ossia trasferimento nel presente di modelli relazionali del passato, atteggiamenti emotivi che il paziente prova nei confronti del terapeuta, favoriti grazie alle regole del trattamento, cioè del setting: lettino, parlare liberamente, distesi, lunga durata e incontri frequenti, il terapeuta non dà risposte, aiuta il paziente ad essere più consapevole. CONTRO TRANSFERT elaborazione da parte del terapeuta delle sue stesse reazioni emotive, possono aiutare a capire cosa sta succedendo nella relazione terapeutica, corretto uso delle proprie risposte emotive= mezzo di conoscenza.

**APPROCCIO UMANISTICO:** terapia della Gestalt (consapevolezza, qui e ora) centrata sul cliente (Rogers) considerare ognuno come unico con la propria esperienza, ognuno è "ok", analisi transazionale ed esistenziale (esplora temi come il significato della vita, la libertà) concezione filosofica dell'uomo a cui si aggiunge la libertà di scelta, la libera iniziativa delle persone, la loro tendenza ad impiegare le proprie risorse per migliorarsi e realizzarsi. Empatia del terapeuta, comprensione della sua esperienza emotiva consapevole e immediata per raggiungere un rapporto più soddisfacente con se stessi e gli altri, si parla di "accettazione incondizionata".

**APPROCCIO RELAZIONALE-SISTEMICO** attenzione alle dinamiche relazionali del gruppo familiare (alterazione dei processi comunicativi, comportamento patologico) verso l'intera sistema sofferente. Le componenti del sistema si influenzano reciprocamente, **CAUSALITÀ CIRCOLARE** importante la **COMUNICAZIONE PARADOSSALE** come modalità comunicativa relazionale patogena, il **DOPPIO LEGAME** (Gregory Bateson) quando il soggetto è continuamente esposto a messaggi contraddittori che prescrivono comportamenti tra loro incompatibili, deve affrontare un compito impossibile senza poter uscire dalla situazione e senza rendersi conto della sua assurdità. La terapia interrompe gli scambi comunicativi anomali.

Azione terapeutica finalizzata a: interventi verbali del terapeuta che aiutano il paziente a comprendere ed elaborare le sue esperienze, segnalazione di un collegamento o di un'ipotesi esplicita relativi al racconto, chiarificazione e riorganizzazione di un insieme di dati, rafforzare una posizione o un progetto, suggerimento o incoraggiamento diventano efficaci se con giusto contenuto, se tempistiche. La relazione terapeutica è la componente relazionale riferita alla costruzione di un clima più positivo e funzionale al lavoro terapeutico, adeguata gestione e comprensione delle dinamiche affettive durante il trattamento = rapporto affidabile, rassicurante per aiutare alla comprensione di sé, non giudicante per il paziente. Difficoltà di gestione delle proprie emozioni da parte del terapeuta: importante perizia tecnica e conoscenza della propria vita emotiva.

In ogni terapia:

#### FATTORI TERAPEUTICI SPECIFICI

**FATTORI TERAPEUTICI ASPECIFICI** agiscono in ogni terapia, indipendentemente dalla tecnica, sono legati al rapporto terapeutico. Giovamento che deriva, parlare del proprio problemi ad un esperto che li affronta con il paziente: aspetto incoraggiante, rassicurante, non giudicante, rispetto dell'altro come persona.

Funzioni terapeutiche degli operatori sanitari: in primis prevenzione, per impedire sviluppo o aggravamento di situazioni problematiche di natura psicologica e relazionale. Obiettivi di carattere preventivo, individuazione dei bisogni di salute, da realizzare con la capacità di stabilire relazioni di aiuto, utilizzando le conoscenze relative alle dinamiche relazionali e quindi attenzione alla qualità della vita, salute non è solo assenza di malattia.

**PSICOLOGIA DELLA SALUTE**= attenzione alle influenze delle condizioni psicosociali, finalità preventive, riguarda lo stato di salute delle persone e non solo delle manifestazioni patologiche, ha lo scopo di promuovere e mantenere lo stato di salute e benessere.

3 tipi di interventi nella prevenzione:

**PREVENZIONE PRIMARIA:** evitare l'insorgenza della malattia agendo sulle condizioni che la determinano (individuo e condizioni sociali)

**PREVENZIONE SECONDARIA:** individuare il prima possibile un processo patologico per affrontarlo efficacemente es. diagnosi precoce, sollecito intervento per impedire l'evoluzione dello stato patologico

**PREVENZIONE TERZIARIA:** interventi per ridurre le conseguenze della malattia, per affrontarla concretamente.

Interventi per facilitare comportamenti e modi di pensare che agevolano condotte più sane e soddisfacenti e ostacolano l'insorgere di stati di disagio, attenzione ai momenti "critici" della vita come la gravidanza, l'adolescenza...

Importante la **COMPLIANCE** del paziente, ossia la sua adesione ai regimi terapeutici.

**DIMENSIONE PREVENTIVA** della psicologia clinica che, a livello diagnostico e terapeutico si occupa del singolo paziente e serve alla formazione degli operatori:

per fare attenzione alle variabili psicologiche

per aiutare i pazienti a diventare più consapevoli del peso degli aspetti della loro vita affettiva

per affrontare in modo idoneo le proprie risposte emotive davanti ai problemi lavorativi

per i rapporti con i colleghi

i cambiamenti di modo di pensare avvengono se si considerano i motivi e le resistenze che spingono a continuare modi di agire dannosi invece di accettare nuove soluzioni.

Esperienza formativa sanitaria per gli operatori **GRUPPI DI BALINT**= lavoro psicologico di gruppo con finalità formativa per capire meglio le implicazioni emotive del rapporto medico paziente.

**Le basi scientifiche della psicologia clinica.** **Scientifica** cioè teorie fondate su conoscenze ricavate con osservazioni controllate, le teorie che ognuno di noi ha sono credenze personali. Solo le conoscenze che derivano da osservazioni accurate e sottoposte a controlli hanno il criterio di scientificità. **SCIENTIFICHE**= teorie che si basano su osservazioni di questa natura, procedimenti empirici controllati. **INDAGINE SPERIMENTALE**= studio di fenomeno di cui si vogliono accertare i rapporti in condizioni "protette" di laboratorio, **RICERCA** serve per accertare se tra due fenomeni ci sono rapporti stabili e costanti se c'è nesso di causalità, se a condizione X c'è conseguenza Y.

Variabile indipendente, cioè condizione 1, è manipolata dallo sperimentatore, condizione di cui si vogliono verificare gli effetti, registrazione dei cambiamenti nella condizione 2, quella che si ritiene essere influenzata dalla prima, variabile dipendente (i suoi valori dipendono dalla variabile indipendente). La condizione di laboratorio serve per isolare-descrivere-misurare esattamente le variabili sperimentali (tra cui ipotizziamo un rapporto di causalità) e per tenere sotto controllo altri eventuali elementi che possono influenzare i risultati (età, sesso, cultura) **GRUPPO SPERIMENTALE**= su cui viene condotto l'esperimento e **GRUPPO DI CONTROLLO** ha le stesse caratteristiche del gruppo sperimentale tranne che per l'esposizione alla variabile indipendente. I cambiamenti registrati esclusivamente o prevalentemente nel gruppo sperimentale (cioè quello sottoposto alla variabile indipendente) potranno essere ricondotti alla variabile indipendente. I cambiamenti nel gruppo sperimentale sono significativamente diversi da quelli eventualmente presenti nel gruppo di controllo? Risposta data dalla statistica.

**Metodo sperimentale:** soddisfa i requisiti della ricerca scientifica garantendo il controllo delle osservazioni effettuate con modalità precise ed esplicitate (per descrizione e misurazione dei fenomeni studiati e processo di rilevazione dei dati). Precisione metodologica che permette la ripetizione e ripetitività delle indagini da altri osservatori, con le stesse modalità si dovrebbero ottenere gli stessi risultati (convergenza). I fatti diventano oggettivi e veritieri se **RIPETUTAMENTE CONFERMATI** definizione e descrizione della realtà e precisazione delle sue condizioni. Proposizioni di carattere generale= **LEGGI SCIENTIFICHE**= enunciano regolarità di un'associazione di fenomeni, consentono la previsione di eventi, anticipano che se per I condizioni (antecedenti causali) ci sono X conseguenze, la conoscenza scientifica serve per spiegazione e previsione degli eventi.

**ESEMPIO DI PROCEDURA SPERIMENTALE:** accertare l'efficacia dei trattamenti farmacologici, dimostrare la superiorità della cura (var. indipend) nell'attenuare un certo disturbo (var. dip) ma anche quanto l'effetto dipende dal farmaco o dall'esecuzione stessa della cura (disposizione emotiva delle persone).

**EFFETTO PLACEBO:** il rapporto medico paziente incide tantissimo nell'efficacia del trattamento (in + o in -) effetto terapeutico di natura psicologica. Presente in ogni tipo di trattamento con effetti + o -. PLACEBO è prodotto senza proprietà terapeutiche specifiche che però può causare effetti terapeutici dovuti al valore che ad esso attribuisce il paziente e può essere così utilizzato in particolari condizioni ad. Es. verifica dell'efficacia di farmaci, evidenza l'importanza della disposizione emotiva di paziente e medico per le conseguenze di qualsiasi trattamento. Il modo di partecipare delle persone a la loro lettura della situazione è una variabile che incide sul risultato, se voglio capire l'efficacia di una farmaco, la sua intensità di effetto reale cioè non influenzata da componente emotiva uso come procedura lo studio DOPPIO CIECO cioè né medico né paziente conoscono la procedura del trattamento. Il gruppo sperimentale assume il farmaco e il gr. di controllo il placebo= il potere terapeutico reale deriva tra la differenza tra i risultati dei gruppi in trattamento e dei gruppi placebo.

Importante l'esigenza di oggettivazione richiesta dalla strategia sperimentale. Si può usare questo modello per valutare l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico? Sì, ricerca rigorosa che distingue la medicina ufficiale da pratiche non convenzionali.

**VERIFICA DELL'EFFICACIA DELLE PSICOTERAPIE** è possibile? Ci sono delle difficoltà:

definire e valutare le condizioni iniziali dei pazienti

il loro comportamento durante il trattamento che viene condizionato dai pazienti stessi

azione del terapeuta non riconducibile a semplici strategie e tecniche che si prestano a descrizioni oggettive

esito del trattamento non sempre valutabile in modo univoco, lunghezza del trattamento e cambiamenti psichici legati allo scorrere del tempo

esigenze di natura etica, **NO NEGARE UN TRATTAMENTO E NON ALTERARLO PER DISPORRE DI CONDIZIONI DI CONTROLLO**

incertezze nell'isolare i fattori curativi, confusi con quelli a-specifici

è + semplice se i trattamenti sono svolti con tecniche chiaramente descrivibili e se i cambiamenti coincidono con sintomi e trattamenti osservabili è + difficile se le terapie psicoanalitiche (tempi lunghi, ruolo centrale della relazione e non attuazione di tecniche). I risultati delle indagini confermano l'efficacia degli interventi psicoterapeutici.

**ESPERIMENTO:** è solo una procedura dell'indagine scientifica, il momento finale e non tutte le ipotesi scientifiche sono testabili sperimentalmente. I risultati in laboratorio non sono generalizzabili nel quotidiano, fenomeni complessi per il numero delle variabili coinvolte, perché è difficile descriverle e i tempi sono lunghi.

**STUDI RETROSPETTIVI** per indagare le influenze di particolari esperienze sull'adattamento successivo dell'individuo, si cercano gli antecedenti che potrebbero aver contribuito a determinare fenomeni che conosciamo già. Es. soggetti con disturbo psicologico nel loro passato ci sono stati eventi traumatici con maggior frequenza, o violenze o carenze affettive? Se sì è un incoraggiamento ma non una prova di correlazione: se c'è il gruppo di controllo il collegamento è plausibile, indagine con garanzie di affidabilità (non sperimentale) esperimento di controllo se ci sono Var Dip e Var Indip e gruppo sperimentale e di controllo, var Indip di cui si vogliono studiare gli effetti (es. esperienza traumatica) var dip il comportamento che si desidera mettere in rapporto con var indep (il disturbo psicopatologico) il rapporto non è provocato in laboratorio ma si verifica nella realtà= **ESPERIMENTO NATURALE**

**STUDI LONGITUDINALI:** di tipo prospettico, gruppi di soggetti esposti a X condizioni, a distanza di tempo c'è la rilevazione delle dimensioni psicologiche che si pensano influenzate dalle condizioni iniziali, presenza di relazioni significative tra le variabili

**RICERCHE CORREZIONALI:** indagini empiriche: si verifica l'esistenza di una relazione significativa tra due variabili tra cui si ipotizza un legame ma non si conosce l'esistenza o la natura: si evidenziano con procedimenti statistici se i cambiamenti che si verificano simultaneamente tra 2 o + fenomeni siano causali o indichino un collegamento significativo: **CORRELATI POSITIVAMENTE** ad es. per esplorare i rapporti tra presenza di malattia psicopatologica e specifiche dinamiche familiari o eventi o incidenza di malattie mentali in soggetti con vincoli di parentela o estranei. Fanno emergere i collegamenti significativi tra fenomeni ma **NON CAUSALITÀ** attenzione a dare la lettura di causa/effetto ai risultati. La **CAUSALITÀ** è possibile solo se facciamo reagire le variabili in laboratorio, utile per identificare condizioni che possono svolgere un ruolo importante per lo sviluppo di certe caratteristiche o condizioni.

**METODO CLINICO:** approfondimento conoscitivo di storie individuali, per cogliere ciò che le contraddistingue e per avere una visione più globale della persona, metodo osservativo del comportamento umano, caratteristiche del momento storico (ricostruire e capire il caso in esame, unico e originale) si integrano i reperti dell'esame obiettivo con i dati anamnestici (tipo clinico) o si formula una diagnosi con colloquio e test psicometrici (di tipo psicologico) nel trattamento psicoterapeutico per ricostruire le vicende personali del paziente.

**AFFIDABILITÀ DEL RICORDO** sono ricostruzioni. In psicoanalisi lettura del passato, se esperienze antiche e non recuperabili nel ricordo, ipotizzabile comprendono gli atteggiamenti presentati dal paziente, le dinamiche transferali o dal terapeuta. Metodo clinico nella pratica psicoanalitica che rientra nell'approccio scientifico perché accetta i principi di verifica e di falsificazione.

**COLLOQUIO CLINICO** strumento con finalità conoscitive (psicodiagnosi) e di intervento (aiuto psicologico) lo psicologo clinico ne è lo specialista, ne usa tutte le potenzialità conoscitive e trasformative. Uso scientifico del colloquio, lo rende uno strumento affidabile e utile ma attenzione alle distorsioni. il modo di impostare un colloquio dipende dai suoi obiettivi (consultazione valutazione e diagnosi, aiuto) e dalle sue caratteristiche (adulto-bimbo-coppia-patologie) approccio teorico dello specialista. la storia raccontata: importanza alle info raccolte nel colloquio per cercare le cause di un malessere a cui si vuole dare sollievo: 1. le vicende dello sviluppo psicologico (infanzia, educazione, rapporto con i familiari, esperienze traumatiche) 2. attuali rapporti familiari-sociali- affettivi-sul lavoro 3. caratteristiche psicologiche come autopercezione, stili adattivi, capacità introspettiva 4. fonti di disagio, sintomi comportamentali e modo di affrontarli. qualunque sia il problema della persona vanno considerate **TUTTE LE AREE DELLA SUA ESISTENZA**. **OSSERVAZIONE DEL COMPORTAMENTO:** osservare l'altro mentre parla di sé ad un'altra persona, fonte di informazione ed elemento di formazione del giudizio sull'altro. osservare per cogliere il comportamento non verbale - abbigliamento -postura mimica e gestualità attenzione agli aspetti comportamentali legati alla situazione del colloquio o al modo di essere dell'oggetto (sono + stabili) **TUTTI GLI ASPETTI VANNO COLTI** in una visione globale e non per cercare segni certi di disposizioni psicologiche. osservare l'altro condiziona i ns giudizi: il non verbale può essere coerente con il raccontato o in contraddizione, è importante perché meno controllato dalla volontà, c'è inconsapevolezza. le reazioni emotive dell'esaminatore: molto importanti perché fattore di conoscenza dell'altro ma anche causa di errore di valutazione.

**CONTROTRANSFER** reazioni emotive sperimentate dal terapeuta nel rapporto con il paziente, possono appartenere ai suoi modi di reagire alle situazioni o spia rivelatrice degli stati emotivi del paziente o di cosa sta succedendo nella relazione terapeutica: importante interrogarsi sulle nostre reazioni emotive che sono condizionate dall'altro. comunicazione involontaria dei propri stati emotivi, li faccio inconsapevolmente provare all'altro, emozioni incontrollate del paziente che influenzano lo stato emotivo del terapeuta possibili risposte inappropriate. **IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA** quando si trasferiscono nell'altro degli aspetti di sé. potere conoscitivo o distorcitore delle comunicazioni inconscie che costituisce un aspetto importante della ns vita di relazione. l'intensità di una risposta emotiva dipende dal fatto che anche l'altro porta aspettative emotive legate alla propria personalità e al proprio passato. **TRANSFER** è trasferimento sullo specialista o sulla relazione terapeutica di aspettative o caratteristiche che appartengono alla vita psichica del paziente e non ad analista, che le attribuisce involontariamente alla situazione attuale. coinvolgimento emotivo alto, interferenza del passato sul presente e distorsioni che ne derivano rispetto ad una realistica percezione della realtà. fenomeno del transfert è universale e trasversale (nel paziente emergono modelli relazionali antichi e profondi, importante che siano riconosciuti e modificati) le dinamiche affettive, soprattutto quelle inconsapevoli sono molto importanti nel colloquio, ruolo rilevante perché strumento di conoscenza 0, per impedire la percezione corretta del materiale clinico. da gestire adeguatamente per non cadere in travisamenti pericolosi. **RACCOLTA ED ELABORAZIONE DEI DATI:** attenzione agli ostacoli: distorsione, fraintendimenti, errori, pericolo delle implicazioni emotive di un colloquio (vd sopra) attenzione al pericolo di errore nella raccolta elaborazione interpretazione e integrazione dei dati: il quadro finale dipende dal modello di riferimento però impo usare il modo corretto e funzionale di ricorrere alla teoria. 1. uso acritico e settario del proprio modello teorico dà troppa importanza ad alcuni aspetti e altri li trascura oppure selezioni arbitrarie dei dati emerse= letture parziali, deformano la realtà, vedono casualità dove ci sono solo coincidenze o viceversa, si arriva a **DISSONANZA COGNITIVA** ossia incongruenza tra quanto riteniamo giusto e le nostre aspettative e i dati in nostro possesso, conflitto decisionale che risolviamo con operazioni mentali tese a rendere compatibili le informazioni incongrue e a trascurare o distorcere il significato di altri dati. se nella raccolta dei dati un elemento viene troppo enfatizzato o svaloriato l'immagine globale è mutata: **EFFETTO ALONE** esercitato da alcuni tratti sugli altri. qualità che occupano un posto più centrale rispetto alle altre, le prime influenzano il modo in cui vengono interpretate le altre caratteristiche che si presentano insieme ad esse. distorsioni dovute alla personalità del clinico possono influenzare il colloquio impoverendone le potenzialità conoscitivo-informative. **Voyeurismo intrusivo, autoritarismo, superiorità oracolare, disposizione clinica e salvifica.**

**COME CONDURRE IL COLLOQUIO:** dipende dalle finalità (diagnostica o di orientamento) dalle caratteristiche del soggetto (bambino, adulto, coppia) o sue caratteristiche di personalità, dalla presenza di sintomi che limitano la capacità di interazione. colloquio possono essere più o meno liberi e più o meno strutturati.

**COLLOQUIO DIRETTIVO:** operatore guida il dialogo in modo attivo, fa domande e richiama il soggetto nella direzione prescelta es. raccolta anamnesi medica.

**INTERVISTA STRUTTURATA** set di domande prestabilito, posto in progressione predefinita o **SEMI STRUTTURATA** intervista con più libertà di conduzione di dialogo. nelle due interviste le aree da indagare sono già individuate, il che permette maggiore oggettività e confrontabilità dei dati rilevati (importante per la ricerca) ma costringono il paziente in un tragitto obbligato e non spontaneo, alcuni dati possono essere trascurati. **SCID:** domande per rilevare la presenza di sintomi psicopatologici e disturbi della personalità secondo il **DSMAI**= intervista per indagare i modelli di attaccamento in un adulto attraverso il racconto delle proprie esperienze infantili, si tiene conto dei vissuti soggettivi e dei modi di presentare il racconto.

**COLLOQUIO LIBERO** è la persona che parla liberamente e guida la conversazione, cogliere il modo di raccontare, le omissioni significative, è la modalità prevalente nei colloqui clinici, importante non avere idee preconcepite (si può intervenire, chiedere precisazioni) importante avere tatto, ok interventi flessibili per richiamare argomenti trascurati o attesa rispettosa dei tempi e dei modi altrui.

Il SETTING è la cornice del colloquio: il luogo adatto, il tempo necessario, il clima accogliente e l'atteggiamento mentale del terapeuta. Fornisce le condizioni ottimali ed essenziali per condurre il colloquio, è esso stesso funzione terapeutica (dà regolarità e affidabilità) e sottolinea aspetti della personalità del paziente attraverso la comprensione delle sue reazioni alle regole del rapporto terapeutico (dimenticare appuntamenti o ritardi continui...) e nella pratica sanitaria? privacy/presenza di parenti? sono possibili difficoltà.

COLLOQUIO SANITARIO: anamnesi nella pratica medica, approccio biologico, raccolta della storia della malattia per evidenziare segni di alterazione del funzionamento corporeo. Ultimamente l'anamnesi ha ceduto il passo a indagini strumentali, spersonalizzazione del rapporto medico-paziente, medicina centrata sulla malattia.

Nuovo modello BIO PSICO SOCIALE: centrato sulla persona, sul paziente, il processo patologico riguarda tutte le sfere della vita, si avvicina al significato più globale dell'esperienza di malattia nella vita di una persona.

MEDICINA CENTRATA SUL MALATO approfondisce l'impatto della malattia sulla vita lavorativa e affettiva, da semplice anamnesi a colloquio clinico + ampio e articolato, intervista estesa a tutti i vissuti del paziente, alle reazioni alla malattia, disposizione ad ascoltare e cogliere quanto il paziente comunica es. se ansioso= rassicurazione, se ossessivo= chiarezza e puntualità. importante sempre tenere conto del transfert e della collaborazione del paziente alla cura, COMPLIANCE che spesso se non c'è pregiudica la riuscita della cura, necessario trovare un setting adeguato, ambiente protetto, rispetto della privacy e senza interferenze. l'infermiere o l'operatore sanitario si prende cura del paziente a tutto tondo, ruolo materno, sta molto più tempo con il paziente rispetto al medico.

i TEST PSICOLOGICI aggiungono informazioni alla conoscenza diretta del soggetto, a volte i test hanno uso esclusivo es. nelle ricerche. insieme di stimoli presentato al soggetto, usando una procedura che permette di raggiungere risposte valutabili sulla base di criteri specifici. il test è una prova su un campione della realtà studiata il cui risultato è considerato estendibile a tutta la realtà da cui il campione è derivato. stimoli idonei a rilevare aspetti del funzionamento cognitivo-emotivo di prestazioni cognitive, caratteristiche stabili della personalità= i risultati sono considerati indicativi del generale modo di essere del soggetto nella propria vita. obiettivo del test: - valutare le caratteristiche del comportamento - valutare le abilità mentali - valutare l'orientamento scolastico/lavorativo - misurare le attitudini specifiche per un lavoro valutare le abilità cognitive= test di intelligenza - preparare diagnosi psicologica, dare un nome alla sofferenza. il test è importante ma non essenziale, importante il colloquio con la persona, alleanza di lavoro, rassicurare il soggetto e metterlo a proprio agio. essere sottoposti ad un test crea reazioni: imbarazzo, pressione, paura di non rispetto della privacy: importante la capacità di creare la giusta atmosfera.

CARATTERISTICHE DI UN TEST: CRITERI DI FEDELTA' - VALIDITA'-STANDARDIZZAZIONE validità: un test misura effettivamente la caratteristica presa in considerazione. validità di un contenuto: valutare il grado in cui un test prende in esame tutti i possibili aspetti del fenomeno che si vuole misurare. validità predittiva è la capacità di un test di predire i risultati ottenuti dal soggetto in base alla caratteristica misurata dal test, validità concorrente/ discriminante quanto si sovrappongono o si differenziano i rilievi effettuati da 2 strumenti diversi che misurano variabili simili o diverse. un test è fedele se applicato più volte (persone diverse, tempi e luoghi diversi) e fornisce risultati sovrapponibili. gli atteggiamenti di chi somministra il test possono influenzarne la fedeltà.

grado di fedeltà: metodo delle forme parallele: costituzione di 2 test perfettamente analoghi in tutte le loro caratteristiche. Un test è fedele se i test ottenuti nelle due forme parallele sono simili metodo test-retest applicare successivamente 2 volte lo stesso test e determinare il grado di concordanza dei risultati ottenuti nelle due applicazioni metodo della divisione a metà split half: tutte le prove che compongono un test vengono divise in due parti così che possono essere considerate due forme parallele anche se ridotte del test originale. la fedeltà viene valutata in base al fatto che nelle due parti del test vengono conseguiti punteggi simili.

I test più usati in psicologia clinica:

1. Valutazione dei tratti di personalità e sintomatologia clinica - questionari di AUTOVALUTAZIONE= questionari a risposta multipla che il soggetto compila riportando ciò che pensa rispecchi nel modo + fedele la percezione soggettiva che ha delle caratteristiche indagate dal test, di tipo strutturato – o test PROIETTIVI che usano stimoli ambigui e mal definiti per facilitare l'emergere di aspetti della personalità più profondi e non rilevabili con l'introspezione (non strutturati).
2. Valutazione delle funzioni cognitive con uso di domande e compiti specifici da svolgere per accertare il livello di intelligenza

PERSONALITÀ: modi di essere, di fare, di conoscere che garantiscono stabilità e coerenza nelle relazioni individuo-mondo= insieme delle caratteristiche che permettono a ciascuno di noi di essere sempre se stesso e di avere la stessa predisposizione ad agire a prescindere dalle situazioni. Si costruisce durante lo sviluppo e deriva dall'incontro tra predisposizioni individuali innate e ambiente circostante; insieme di caratteristiche stabili che si modificano nell'interazione con gli stimoli ambientali.

Test di personalità MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Scala autovalutativa, di tratto, risposta dicotomica con 10 scale cliniche e 3 scale di controllo, versione integrale 567 item, versione ridotta 365 item, più altre scale di contenuto, indagano le caratteristiche più specifiche della personalità. Le scale di controllo sono inserite per garantire l'accettabilità del protocollo, cioè riescono a rilevare la tendenza del soggetto a mentire o a dare un'immagine migliore di sé o rispondere a caso. Le scale cliniche individuano la presenza di aspetti patologici relativi a vari quadri psicopatologici

Scala HS ipocondria come preoccupazione eccessiva per la propria salute fisica

D depressione, rileva sintomi di tipo depressivo

HY isteria rileva disturbi sensoriali o motori senza origine organica

PD derivazione psicopatica, rileva la mancanza di adeguate norme morali con difficoltà a controllare gli impulsi e stabilire relazioni affettive profonde

MF mascol/femmin evidenzia problemi di identità sessuale

PA paranoia: individua problematiche di ipersensibilità nei rapporti interpersonali, gelosia, sospettosità

SC schizofrenia, convinzioni bizzarre, delirio, segni di progressivo isolamento sociale

MA ipomania, stati di ipereccitabilità e irritabilità

SI introversione sociale, presenza di timidezza e isolamento sociale

Utile per avere un quadro complessivo della personalità di un soggetto e per individuare le aree problematiche.

SCALE SINTOMATOLOGICHE: strumenti per evidenziare specifiche "costellazioni" sintomatologiche di cui si misura il grado di intensità, usate per valutare l'andamento sintomatologico prima e dopo un trattamento.

STAI: scala per l'ansia, state trait anxiety inventory, ansia come sensazione di paura e apprensione non legata a ragioni obiettive che può portare a comportamenti di evitamento o fobie o percezione di impulso irresistibile a compiere certe azioni (D.O.C.). Strumento di valutazione con scala Likert delle azioni circa il proprio comportamento (punteggio da 1= per nulla a 4= moltissimo) 40 domande di cui 20 indagano l'ansia di stato quanto ci si percepisce in ansia in quel momento e 20 indagano l'ansia di tratto, come ci si sente abitualmente, condizione stabile di personalità.

BDI Beck Depression Inventory, scala per la depressione= stato emotivo con grande tristezza, apprensione, sensi di colpa, perdita di interesse e di senso. Autovalutazione, scelta multipla, 40 domande ognuna con 4 possibilità di risposta ad intensità crescente. Attenzione agli item sul pericolo di suicidio, se punteggio maggiore di 16 siamo in depressione. Gli item sono stati scelti in base a ciò che caratterizza la sintomatologia depressiva (teoria di Beck).

TECNICHE PROIETTIVE per indagare aspetti non misurabili da questionari o interviste. Si basano sul meccanismo di proiezione, tendenza ad attribuire ad altri sentimenti propri mediante processo difensivo inconscio. Usano stimoli non strutturati, cioè con materiale ambiguo e senza significato, senza rendersene conto il soggetto attribuisce allo stimolo i propri timori-bisogni-conflitti.

3 categorie di metodi proiettivi:

1.test proiettivi tematici: chiesto al soggetto di inventare una favola a partire da uno stimolo dato, usati in età evolutiva CAT children apperception test (CAT) 10 favole con animali in situazioni diverse, blacky pictures test (BPT) 11 favole con cagnetto nero e la sua famiglia PN Patte Noir maialino con macchi nera: attraverso i racconti il bambino esprime le problematiche relative ai primi anni di vital

TAT per adulti, test proiettivo Thematic Apperception Test, 31 immagini, alcune diversificate se per uomini o per donne con foto, quadri, illustrazioni. Di solito sono usate solo le più rappresentative, si tiene conto del modo in cui si costruisce la storia e del rapporto che il soggetto ha con la propria fantasia e affettività

2.Test proiettivi strutturali es test di Rorschach, 10 tavole, 5 grigie e nere 2 grigie e rosse 3 colorate con riprodotte macchie di inchiostro di forma ambigua e imprecisata rispetto all'asse centrale. Ogni risposta data al protocollo viene valutata secondo tre parametri: 1 localizzazione, parte della tavola interpretata (intera figura o suoi dettagli) 2 la determinante cioè la caratteristica della tavola che ha suscitato la risposta (forma- colore- movimento) 3 contenuto della risposta che può riferirsi a figure umane, animali, oggetti e via dicendo. La maggior parte delle persone dà risposte banali, le risposte originali rivelano una buona capacità percettiva o una grave distorsione dello stimolo, si evidenziano l'approccio cognitivo e percettivo del soggetto e la presenza di atteggiamenti difensivi. Il profilo finale che emerge fornisce un quadro approfondito della personalità.

3.test proiettivi di completamento: configurazioni parzialmente strutturate che il soggetto deve completare come meglio crede, senza pensarci troppo. Es. test delle favole di Duss= completare una storia o PFT picture frustration test o test di Wartegg completare dei disegni= come viene completata la situazione stimolante dà indicazioni sul mondo interiore.

Test di intelligenza per misurare le capacità mentali superiori: definizione di intelligenza: intelligenza in generali o fattore G di Spearman, varie prestazioni di pensiero, ragionamento, abilità verbali Cartel: intelligenza fluida= capacità di elaborare, risolvere problemi e di memoria per reagire a stimoli nuovi (massimo livello a 30 anni) VS intelligenza cristallizzata ossia il sapere culturale, linguaggio e abilità sociali, saper usare strategie, esperienze e conoscenze per affrontare le situazioni (lifelong).

L'intelligenza varia con il tempo perché legata ad apprendimento e stimolazione dell'ambiente però ruolo rilevante della genetica (stabilisce dei limiti). Intelligenza per Piaget: intelligenza per generare previsione cioè produrre anticipazione del cambiamento e azione costruttiva per realizzarlo o annullarlo. Intelligenza A o Intelligenza E? Risultato di abilità cognitive + tratti di personalità + aspetti non intellettivi (concentrazione, perseveranza, ansia, entusiasmo) aspetti intellettivi indipendenti dall'attività intellettuale specifica però operano a tutti i livelli di intelligenza. Intelligenza verbale = abilità lessicale, produzione e comprensione orale e vocale + intelligenza sociale = abilità di riconoscimento di segnali sociali, adattamento della propria condotta alle situazioni + intelligenza emotiva = riconoscimento emozioni altrui e controllo delle proprie.

WAIS-R scala WAIS-E di Wechsler, intelligenza come capacità globale di agire con uno scopo di pensare ragionevolmente, definizione operativa, composto da 11 subtest 6 sottoscale verbali e 5 non verbali o di performance. Viene somministrata dietro specifiche istruzioni (il valutatore deve saper registrare le risposte senza esitazioni, presentare senza intoppi e dopo aver instaurato un buon rapporto con il soggetto). WAIS-R consente anche esame qualitativo del materiale, fornisce indicazioni su come procede il soggetto, sulle modalità di rispondere, approfondimenti sulle capacità cognitive e sul modo di affrontare i problemi. Importante tenere conto del rapporto tra il punteggio in un subtest e quello ottenuto negli altri + relazione tra punteggi verbali e punteggi di performance. QI relazione tra età mentale ed età cronologica. Il risultato finale QI (la media è tra 90 e 109) si confronta la prestazione del soggetto (età mentale) con quella cronologica.  $QI = 100 \times \frac{EM}{EC}$  (età mentale) / (età cronologica).

**Età mentale** ottenuta dal confronto tra i risultati ottenuti ai test di un soggetto e quelli ottenuti dalla maggior parte dei soggetti della stessa età, le capacità sono valutate in termini statistici

**Età mentale** dalla scala si ottengono informazioni psicodinamiche (come funziona il soggetto davanti al compito) + le interpretazioni di meccanismi interni che portano le persone ad acquisire nuove conoscenze o a limitarle a causa di ansia. Mosse critiche al concetto di QI e all'idea delle etichettature.

### Le teorie della personalità

I modelli teorici sono fondamentali per la pratica clinica. **La teoria** è la concezione esplicativa della realtà che comprende un insieme di affermazioni coerentemente sistemizzate sulla natura dei fenomeni e dei loro rapporti. Sono più o meno validi e utili a seconda che soddisfino alcuni requisiti fondamentali. La buona teoria **A**) contiene proposizioni articolate coerentemente tra loro e non contraddittorie e non in contrasto con i dati della realtà **B**) contiene proposizioni che tengono conto e spiegano il maggior numero di fatti e leggi con il minor numero di principi **C**) contiene proposizioni che riescano a dare vita a ipotesi di ricerca che possano essere sottoposte a verifiche empiriche il più possibile controllate e condotte secondo i criteri della ricerca scientifica. La buona teoria è quindi un processo di conoscenza che procede a spirale di tipo induttivo-ipotesi-deduttivo, si parte dall'osservazione dei dati 1) formulazioni teoriche che danno loro una sistemazione coerente 2) prospettano tra essi collegamenti plausibili 3) ulteriori ipotesi di ricerca che danno vita ad indagini tese a confermarle o smentirle.

TEORIA = prospettiva organizzata ed esplicativa dei fenomeni osservati che guida la ricerca e permette di collocare i dati dell'osservazione all'interno di una trama e di dare loro significati che altrimenti non avrebbero, aiuta a sviluppare le ipotesi da sottoporre a verifica e sceglie il metodo più idoneo per testarle. Il modello teorico individua dei fatti, indica dove cercarli, spiega i fenomeni osservati. Ogni teoria però ha una BASE-NUCLEO difficilmente rilevabile da cui partire, ecco perché ci sono più modelli a cui aderire, attenzione ad adottare uno specifico modello, rischio di atteggiamento dogmatico perché trascura ciò che non viene valorizzato in quell'approccio, importanza del ruolo BIO PSICO SOCIALE.

Posizioni innatiste vs posizioni ambientaliste: ciò che siamo è frutto delle influenze ambientali o già nel ns DNA? In realtà sono 2 questioni in interazione dinamica e non in prevalenza. Come i processi BIOLOGICI E PSICOLOGICI interagiscono e si condizionano? Rapporto MENTE-CORPO cioè tra disposizioni biologicamente determinate ed esperienze psicologiche, duplice prospettiva, sia PSICOSOMATICA che SOMATOPSICHICA.

**La prospettiva psicosomatica (mente → corpo)** studia come i disturbi psicologici (emozioni repressi, stress, ansia) si manifestano tramite sintomi fisici (mal di testa, palpazioni, dolori), **trasformando il disagio psichico in un linguaggio corporeo (somatizzazione)**. La prospettiva **somatopsichica (corpo → mente)**, invece, si **concentra su come una condizione fisica alteri lo stato mentale, con un disturbo corporeo che genera sintomi psicologici**, come un torace rigido che provoca ansia, mostrando l'unità e la reciproca influenza di mente e corpo. La prospettiva SOMATOPSICHICA studia il modo in cui le disposizioni costituzionali del bambino = temperamenti, gli stimoli e le sensazioni corporee concorrono alla nascita a strutturare la vita psichica nelle interazioni con la figura di accudimento: le esperienze psicologiche prendono forma attraverso le esperienze relazionali (soprattutto con la figura di accudimento), cioè le esperienze psicologiche si formano con le esperienze relazionali, a livello corporeo ci sono i riflessi delle esperienze psicologiche. La prospettiva PSICOSOMATICA approfondisce i riflessi a livello corporeo delle esperienze psicologiche fino al punto da comportare alterazioni in funzioni biologiche. Quindi lo sviluppo psicologico è influenzato da: interazioni e influenze dell'ambiente – esperienze relazionali.

Interrogativi e visioni diverse circa le esperienze traumatiche in età precoce: 1. gli eventi vanno letti nella loro realtà oggettiva o nel significato soggettivo? 2. il potere delle esperienze di incidere sulla psicologia della persona è dovuto più all'entità e alla drammaticità degli eventi o dal ripetersi e accumularsi di esperienze? 3. le esperienze infantili lasciano segni permanenti o sono possibili dei cambiamenti?

APPROCCIO COMPORTAMENTISTA. Le caratteristiche individuali sono dovute all'apprendimento e quindi la condotta dipende dall'influenza degli stimoli esterni che agiscono suscitando risposte o inibendo risposte che così non vengono sviluppate dal soggetto. È l'ambiente che modella l'individuo.

APPROCCIO SISTEMICO importanza del contesto in cui l'individuo è inserito e approfondimento delle dinamiche relazionali e scambi comunicativi all'interno di gruppi stabili (se ci sono distorsioni, avvengono disordini comportamentali).

APPROCCIO COGNITIVISTA grande rilievo ai processi di rielaborazione dei dati della realtà e alle loro qualità nella costruzione del rapporto con il mondo

TEORIA PSICOANALITICA grande ruolo ad elaborazione soggettiva, ai significati affettivi profondi e inconsci che i fattori esterni hanno per l'individuo.

Un certo fenomeno può trovare una diversa spiegazione nei diversi approcci della psicologia clinica ed essere affrontato con modalità diverse. È il modo di vedere la componente psicologica individuale che differenzia i diversi approcci teorici.

**TEORIE PRIVATE:** convinzioni molto radicate personali, possono agire come pregiudizio, la pratica psicologica vede coesistere le competenze professionali e posizioni personalmente motivate, il personale sanitario che dà suggerimenti psicologici derivati dalle proprie idee ma comunicati come fossero indicazioni scientifiche, eccessiva valorizzazione dei fattori biologici nella spiegazione dei disturbi del comportamento + adesione a concezione della vita psichica di tipo meccanicistico = disturbi del comportamento come espressione di entità patologiche precise che il paziente subisce passivamente, spiegazioni di tipo somatico in presenza di ogni malessere. Potente richiamo del mondo biologico sulla vita emotiva, i sintomi intrapsichici possono esprimersi in sintomi somatici, trasformare i conflitti emotivi in manifestazioni fisiche

**SINTOMI PSICOSOMATICI O DI CONVERSIONE** e controllo di questi conflitti con preoccupazioni ipocondriache.

PROIEZIONE: meccanismo di difesa per cui le persone attribuiscono le cause dei loro disagi al mondo circostante, attribuendo ad altri aspetti personali rifiutati in quanto spiacevoli, se il soggetto non arriva alla consapevolezza e all'auto responsabilizzazione ci saranno disturbi psicologici gravi. La PSICOLOGIA CLINICA si occupa della vita psichica delle persone, lo psicologo resiste alle tentazioni proiettive per aiutare i pazienti a contenere, elaborare, affrontare i loro problemi emotivi.

**TEORIA PSICOANALITICA:** costruzione teorica complessa sull'organizzazione della personalità normale e sull'origine delle manifestazioni psicopatologiche, nata dall'osservazione e dal trattamento dei disturbi isterici.

ISTERIA disturbo psicologico che si manifesta con sintomi somatici anche molto eclatanti ma privi di causa organica, Freud ipotizzò delle cause intrapsichiche legate ad esperienze traumatiche infantili dimenticate che agivano a livello profondo. Conflitti psichici inconsci che portavano a disturbi psicologici. Scoperte Freudiane:

- processo psichico inconscio, un certo comportamento nevrotico/isterico cela dietro di sé ragioni più profonde che sfuggono ad una valutazione consapevole e che agiscono anche contro l'impegno volontario di evitare che accadano

2. possono operare dei processi psichici diversi tra loro, ad es. presenza di impulsi

3. emozioni sgradevoli conseguenti ad un certo comportamento che non si è riusciti ad evitare, auto rimprovero però grande intensità, parte irrazionale, severità spropositata alla colpa

4. parte "razionale" che valuta ciò che accade, riconosce la stranezza della condotta ma non riesce ad opporsi e quindi la giustifica con motivazioni a prima vista plausibili

5. contrasto tra le componenti, il soggetto la vive come una lotta interna, conflitto tra la necessità di una certa condotta e i divieti interni e quelli razionali che gli si oppongono

Importanza ai PROCESSI PSICHICI INCONSCI, integrati quando tutto va bene, evidenti se c'è una manifestazione patologica, vita psichica articolata in parti diverse es. impulso, giudizio morale, capacità di valutazione, sono costanti del funzionamento psichico ma particolarmente evidenti nella manifestazione patologica, nella normalità queste spinte si integrano in modo flessibile, formano la PERSONALITÀ. Il modello psicoanalitico comprende un insieme di costrutti teorici sul funzionamento inconscio della personalità di cui delinea l'organizzazione e le trasformazioni evolutive E le alterazioni che portano ai disturbi psicologici, metodo psicoanalitico = strategia terapeutica per modificare il funzionamento psicologico, tecnica psicoterapeutica psicoanalitica.

Inconscio = i contenuti psichici inconsci comprendono quelli attivamente esclusi dalla coscienza a cui si accede in maniera deformata (= sogni, lapsus, sintomi psicopatologici) sia quelli che per loro natura arcaica e non "elaborabile" non si sono evoluti in esperienze mentalmente rappresentabili.

Preconscio = contenuti psichici che possono diventare consapevoli, contenuti psichici inconsci sono costituiti da impulsi – bisogni-desideri-paure legati ad esperienze del passato, antiche e di grande carica emotiva, legate a figure significative dell'infanzia e alle relazioni con esse. Si capisce la loro presenza in modo indiretto grazie alle manifestazioni psicologiche osservabili ma misteriose, come lapsus o sogni anche i sintomi psicopatologici sono riconducibili a processi psicologici profondi, sono prodotti

della vita psichica inconscia. La natura dei processi inconsci= nuove ipotesi esplicative sulla loro natura, i processi di memoria, ossia come-perché-cosa ricordiamo o dimentichiamo e che destino hanno le esperienze significative dimenticate.

MEMORIA: a breve termine (capacità di trattenere le info sotto al minuto) o

A LUNGO TERMINE		
<p><b>PROCEDURALE</b> Capacità pratiche e abilità motorie frutto di apprendimento che non si accompagnano a contenuti rappresentazionali (es. guidare) + Schemi comportamentali complessi (come mi metto in rapporto con gli amici) schemi inconsci che non possono essere ricordati e divenire consapevoli, schemi di comportamento o attese di comportamento</p>	<p><b>SEMANTICA</b> Ciò che noi sappiamo, i rappresentanti simbolici, le categoria rappresentative, generalizzanti della realtà, ad es. i concetti, concetto di triangolo, di bambino, di padre e tutte le connotazioni affettive che ne seguono</p>	<p><b>EPISODICA</b> Conservazione mnestica di specifici eventi, fatti, cose, serbatoio di esperienze, immagini vissute e poi divenute inconse</p>

Modello strutturale della mente: divisa in IO + ES+ SUPER IO, sono categorie funzionali, p un modo di rappresentare la realtà, rende + agevole la descrizione e comprensione dei fenomeni, semplifica la realtà osservata.

ES: forze alla base del comportamento individuale, carattere indifferenziato e oscuro della componente istintuale. Motivazioni= forze che sostengono la condotta degli individui, spinte motivazionali che agiscono al di fuori della nostra coscienza. Ridefinito e ridimensionato il ruolo di ambiente- stimoli ambientali-apprendimento e processi cognitivi nella spiegazione delle condotte individuali. Quante e quali sono le motivazioni individuali? Forze che guidano il comportamento: LE PULSIONI.

ISTINTO: programmi di comportamento preformati e geneticamente determinati, non appresi o influenzabili dall'esperienza, livello animale es. costruzione del nido, rituale sessuale. Nell'uomo le condotte istintive sono difficilmente reperibili perché substrati di componenti legate a esperienza, plasticità es. istinto materno.

MOTIVAZIONI: forze alla base di comportamenti finalizzati, condotta umana prevalente componente psicologica rispetto a biologica. Motivaizoni + o - consapevoli e includono diversi processi psichici legati a bisogni biologici o connessi all'esperienza con componenti + marcatamente cognitive es. aspirazioni o affettive es. emozioni.

PULSIONE cioè spinta energetica inconscia e di natura psicobiologica che muove lo sviluppo psicologico del bambino, di vita (spinta sessuale) o di morte (spinta distruttiva), quelli fondamentali sono di fuga erotica e aggressiva, si manifestano alla persona come stato di necessità, desiderio, esperienza affettiva che spingono al comportamento per trovare appagamento. PULSIONE SESSUALE e suo ruolo per lo sviluppo psicologico del bambino. LIBIDO= energia legata alla pulsione sessuale, trascende la sessualità genitale, spinte per raggiungere il piacere: contatto, suzione, esercizio della muscolatura E IN SEGUITO affetto, scelta amorosa, creatività, cioè le attività vitali e positive con cui gli individui affrontano la vita, cercano il piacere e intrecciano relazioni= PULSIONI DI VITA tra cui il bisogno di sicurezza e di sopravvivenza. SPINTE DISTRUTTIVE= PULSIONI DI MORTE cioè forze che tendono alla distruzione propria ed altrui. Dualismo pulsionale come ipotesi che ricerca le componenti motivazionali primarie, attualmente la pulsione è + vicina a motivazione, cioè processi mentali, impulsi erotici distruttivi ma anche aspettative, affetti, motivazione ad agire verso una certa meta, ad adottare particolari comportamenti.

Classificazione delle motivazioni (+ recente) 5 sistemi motivazionali fondamentali

1. regolazione delle esigenze fisiologiche per garantire la sopravvivenza
2. bisogno di attaccamento-affiliazione: il piccolo per sopravvivere ha bisogno di cure dell'adulto per cui agisce in modo da procurarsi la sua vicinanza, favorendo le risposte protettive e di accudimento
3. motivazione esplorativo-assertiva: spinta naturale ad esplorare il mondo circostante e sperimentare le proprie capacità, l'efficacia delle proprie azioni
4. spinte aversive= le risposte alle frustrazioni es. rabbia, disagio, blocco, funzionali per allontanare la causa di frustrazione
5. ricerca del piacere sessuale-sessuale es. accoppiamento, scarica del piacere sessuale

Visione più plastica, evolutiva e legata alle esperienze relazionali

IO funzioni psichiche che permettono alla persona di conoscere l'ambiente e di muoversi in esso e di ricevere ed elaborare gli stimoli e i segnali che provengono dal mondo esterno. L'IO permette l'appagamento delle esigenze dell'individuo e di facilitarne l'adattamento alla realtà. Principio di realtà= modalità adattiva, agisco per soddisfare i miei bisogni ma tengo conto delle circostanze oppostive esterne (ambiente) o interne, contrapposto al principio del piacere del bambino= tutto e subito. Così si impara a tollerare le frustrazioni e a dilazionare il soddisfacimento del bisogno. PROCESSO SECONDARIO tiene conto della realtà e delle leggi che lo governano, si instaura progressivamente vs il processo primario a livello inconscio, dove si ignorano le categorie spazio-tempo, la logica, lo si vede noi sogni o in certe patologie psicologiche. L'IO mette in atto dei processi psicologici, i meccanismi di difesa, cioè operazioni psicologiche inconse che l'IO usa per difendersi da situazioni minacciose e generatrici di ansia, hanno una funzione di adattamento realizzata con una strategia di difesa, cioè operano per eliminare le conseguenze psicologiche negative generate dalla frustrazione. Sono fisiologici ed indispensabili per lo sviluppo, agiscono impedendo di riconoscere ciò che genera angoscia, nascondendo la realtà, distorcendola, negandola, sono la funzione difensiva dell'IO. Non sempre abbiamo gli strumenti comportamentali adeguati per affrontare la frustrazione, se la fonte di frustrazione è intrapsichica non riusciamo neanche ad individuarla, quindi attivazione automatica di reazioni difensive per neutralizzare la condizione negativa intollerabile, soprattutto nel primo sviluppo del bambino. Solo quando sono troppo rigidi, pervasivi e interferiscono con la capacità di affrontare la realtà, portando a distorsioni significative e disfunzioni relazionali.

1. rimozione= meccanismo che impedisce che un contenuto mentale diventi consapevole, desiderio-trauma-impulso inaccettabile presenti a livello inconsapevole, se ne deduce la presenza con le manifestazioni indirette.
2. proiezione noi collochiamo fuori di noi una caratteristica che in realtà è dentro di noi per ridurre mortificazione e senso di colpa però così non si riconoscono le proprie responsabilità.
3. negazione disconoscere la realtà o le implicazioni che la sua conoscenza comporta. Ciò che nego non lo posso affrontare o riconoscere
4. formazione reattiva, sviluppo a livello inconscio di sentimenti-atteggiamenti opposti a quelli provati a livello profondo tenuti lontani perché considerati inaccettabili ad es. una persona aggressiva in realtà teme la passività
5. razionalizzazione fornire spiegazioni in apparenza convincenti, in realtà non realistiche o corrispondenti alla realtà per ridurre la frustrazione e renderla accettabile per alleggerire le nostre responsabilità davanti ad eventi indesiderati
6. idealizzazione ammirazione esagerata per le altrui doti per evitare penosi sentimenti di invidia e inferiorità

SCISSIONE vediamo le cose come nettamente contrapposto o buone o cattive, vedendo tutto in termini estremi

IDENTIFICAZIONE con AGGRESSORE per elaborare un'aggressione subita ci trasformiamo a nostra volta in aggressori

SUBLIMAZIONE trasforma in forme accettabili le spinte pulsionali rifiutate

I meccanismi di difesa operano inconsciamente però sono inferibili dagli effetti psicologici che generano, la loro presenza può essere confermata a posteriori, vengono usati non per salvare la faccia ma per proteggersi dall'ansia, il loro uso è universale PERÒ se loro uso è rigido-eccessivo-pervasivo-irrinunciabile causa grandi conseguenze disadattive, potenti fattori di disadattamento, vuol dire che sono una barriera per difendersi dai contenuti psichici ritenuti intollerabili. Ad es la proiezione diventa un modo di pensare invasivo che sostiene deliri persecutori o la negazione diventa una distorsione massiccia della realtà personale, i meccanismi di difesa sono un aspetto importante del funzionamento psichico perché sono alla base delle diverse forme di disagio la cui soluzione presuppone un cambiamento dell'organizzazione psichica e difensiva del soggetto. Le varie forme di disadattamento sono il risultato dell'interazione profonda tra il tipo di bisogno, la natura dell'ostacolo che si sovrappone e le strategie difensive adottate inconsciamente per risolvere il disagio.

SUPER IO insieme delle norme morali che guidano la condotta della persona, opera inconsciamente es. persona con carattere rigido, intransigente, con se stessa, intensi sentimenti di colpa, inibizioni, il suo SUPER IO è SEVERO e inconsapevolmente la blocca o la tormenta. I sensi di colpa non sempre sono consapevoli es. condotte antisociali o irresponsabili o senza scrupoli= super io eccessivamente tollerante, inesistente o delinquenziale.

IDEALE DELL'IO componente che indica gli ideali e le mete da raggiungere, anche questo non presente in modo aperto e riconoscibile, sono entità che si strutturano nei primi anni di vita, riflettono le immagini che il bambino si fa delle figure di accudimento importanti e di se stesso attraverso le varie esperienze relazionali, **le norme morali** che guidano inconsciamente la persona sono condizionate dalle reazioni emotive che si verificano nel bambino di fronte alle frustrazioni che influenzano la percezione di sé, degli altri-delle relazioni. L'ideale dell'io si costruisce con esperienze di gratificazione e conferma delle capacità del bambino o di mortificazione-impotenza. Le esperienze + danno una buona autostima, capacità di tollerare le frustrazioni, buona consapevolezza delle proprie capacità mentre le esperienze - e le eccessive frustrazioni causano senso di inadeguatezza, vergogna, fallimento e insicurezze.

Le componenti dell'apparato psichico sono in continuo conflitto: natura conflittuale del nostro adattamento (ad esempio piacere dell'alimentazione vs dieta) però situazioni dinamiche e affrontabili senza interferenze rilevanti per un buon adattamento, bisogna fare attenzione alle configurazioni conflittuali intrapsichiche stabili che si sono strutturate in risposta ad esperienze traumatiche che condizionano a livello inconscio il nostro modo di vivere e affrontare la vita.

Tipi di conflitto: indipendenza VS dipendenza nei rapporti competizione sana VS paura del confronto dominio sull'altro VS sottomissione ricerca del piacere sessuale VS senso di colpa	Causa dei conflitti, presenza di: motivazioni incompatibili bisogni e desideri del super IO desideri incompatibili con i propri ideali che impongono scelte diverse rappresentazioni di sé contraddittorie
--	--

Gli eventi della vita + o - diventano traumatici (cioè scatenano un disagio) nella misura in cui riescono a riattivare i conflitti intrapsichici infantili sopiti ai quali sono affettivamente legati.

#### LO SVILUPPO PSICOLOGICO DEL BAMBINO

Se lo sviluppo affettivo è armonico e adeguato le funzioni psichiche sono sufficientemente salde, flessibili e integrate per affrontare la realtà e le relazioni sociali in modo sicuro e soddisfacente, se invece ci sono eccessive difficoltà lungo il percorso si ha deficit e distorsione nell'organizzazione psicologica del soggetto, anche se non è detto, difficile fare previsioni, possibile invece operare ricostruzioni ex post.

Prospettiva clinica: quali fattori e condizioni agevolano lo sviluppo sano e quali lo ostacolano, variano nel corso dello sviluppo evolutivo. Ci sono stadi o fasi evolutive nello sviluppo psicologico di durata diversa e con confini non netti, però si presentano sempre con la stessa sequenza, ogni fase ha particolari bisogni fisici, esigenze psicologiche, funzionamento cognitivo raggiunto e modo di affrontare la realtà, queste caratteristiche condizionano le esperienze relazionali del bambino, lo espongono a conflitti la cui natura, intensità, modo di fronteggiarli dipendono da condizioni biologiche, tipo di spinte pulsionali dominanti, dalle risposte ambientali alle sue richieste e dalle caratteristiche di IO e SUPER IO a quel livello di sviluppo. Secondo Freud c'è una successione di tappe evolutive, in ognuna la libido è concentrata su una zona corporea, fonte di piacere= erogena, vi è una prevalenza di particolari modalità di rappresentarsi la realtà e di mettersi in relazione con l'altro.

#### FASI PSICOSESSUALI

-f. orale= primo anno, prevalenza bisogni orali, alimentazione ma anche funzionamento mentale affettivo- relazionale in cui dominano gli scambi sul modello dell'alimentazione.

-f. sadico anale= secondo anno, temi legati alla conquista della motilità e dell'autonomia, lo sfintere la cui muscolatura viene controllata in quel periodo ed esperienze erotiche connesse, tipo espellere, lasciar andare, trattenere, a cui si aggiungono le esperienze emotivo-relazionali, come l'educazione alla pulizia, le gratificazioni e limitazioni imposte nell'espressione dei nuovi bisogni di autonomia, di esplorazione della realtà

-f. fallica, centralità dell'organo maschile nelle rappresentazioni inconse e nelle fantasie del bambino, ora la differenza di sessi è un dato cognitivo-affettivo importante, complesso edipico= amore del bambino M per la madre e rivalità con il padre, timori relativi all'angoscia di castrazione, in conseguenza di desideri incestuosi, predominano i processi di identificazione con le figure genitoriali e la costruzione di un'identità sessuale per il completamento dell'io

--f. di latenza le energie pulsionali erotiche e aggressive sono distolte ad opera di meccanismi di difesa dalle dinamiche affettive dei periodi precedenti per essere usate dall'io nei compiti di adattamento alla realtà.

-pubertà e adolescenza: le spinte pulsionali si riaccendono, emergono bisogni e timori che ravvivano i conflitti infantili legati ad essi, i problemi legati ad alimentazione-pulizia e sessualità si risolveranno sotto il primato della genitalità.

Maggior attenzione alle componenti relazionali, il mondo psicologico del bambino si struttura attraverso l'interiorizzazione delle relazioni tra bambino e genitori, tra i genitori stessi e tra i genitori e gli altri figli. La qualità delle relazioni dipende da:

comportamenti degli attori coinvolti e

dall'esperienza soggettiva che ne fa il bambino e

dalle difese adottate davanti ai conflitti

+ dalle risorse che riesce ad attivare

Queste esperienze si strutturano intorno a bisogni - desideri-paure più importanti nei successivi momenti evolutivi e riguardano temi esistenziali es. dipendenza, sicurezza, invidia, autonomia, senso di autoefficacia, gelosia, invidia, consapevolezza della propria amabilità.

I periodo per il bambino c'è indifferenziazione e poi costruzione di soggettività e rispetto dell'altro percepito come separato da sé. Dipende dai bisogni fisiologici e si trova in una condizione di impotenza e di dipendenza da caregiver= di solito la madre. La riuscita di questo processo dipende dalla capacità dell'adulto di cogliere i bisogni e le richieste del bambino e di rispondere in modo adeguato per ridurre le frustrazioni e dare sicurezza= contenimento + cura corporea + capacità di sintonizzazione, è un dialogo armonico di comunicazione privilegiata mamma-bambino non verbale, la cura e le risposte adeguate del genitore aiutano il bambino a riconoscere e contenere i propri stati psicologici e inizialmente confusi che, a poco a poco con il ripetersi delle esperienze di accudimento si trasformano in bisogni differenziali e facilitano l'attaccamento all'adulto costruiscono il SENSO DI SÉ (=strutturazione delle funzioni psichiche coese e coscienza di essere 1 per sé e diverso dall'altro).

Si arriva così alla costruzione di una base sicura che rende più facile fronteggiare la ricerca di autonomia e di esplorazione dell'ambiente, allontanamento dalle figure protettive perché si ha fiducia in esse e certezza di poterci tornare in caso di bisogno, l'aiuto aiuta in caso di bisogno - pone dei limiti (dei paletti necessari) così il bambino sviluppa fiducia e sicurezza nelle proprie capacità, nell'efficacia del proprio operato sulla realtà esterna, nel controllo dei propri impulsi e nella capacità di tollerare le frustrazioni.

TEORIA DELL'ATTACCOMENTO DI BOWLBY importante la figura dell'attaccamento con cui il bambino piccolo instaura il legame selettivo che gli permette di sopravvivere. La qualità del legame e l'adeguatezza delle risposte del caregiver determinano nel bambino stili relazionali diversi basati su maggior o minor sicurezza. Esperimento delle "strange situation" 4 modelli di risposta

1 INSICURO-EVITANTE: il bambino agisce come se avesse imparato ad arrangiarsi, a non fare affidamento sulle relazioni, si basta da sé

2 SICURO il bambino è a disagio se la mamma si allontana però quando compare le va incontro e si tranquillizza, ha fiducia e ne tollera l'assenza momentanea

3 INSICURO-AMBIVALENTE grande bisogno della mamma, ma anche tanta paura di perderla, convinto della sua inaffidabilità, disagio forte nell'allontanamento della mamma e non si tranquillizza al suo ritorno

4 INSICURO DISORGANIZZATO se modelli di risposta non organizzati e contraddittori, riconducibili a pattern insicuri

I modelli di risposta dell'infanzia restano stabili nel tempo e orientano le scelte relazionali. Se superamento positivo delle dinamiche relazionali si affrontano con risorse adeguate la sessualità e la configurazione edipica, cioè la centralità che la sessualità assume nello sviluppo psicologico del bambino e nelle sue relazioni con i genitori, scoperta della relazione sessuale tra genitori, si generano conflitti e ansie su esclusione, gelosia e rivalità, il bambino scopre la differenza tra i sessi, la vita sessuale dei genitori e la differenza tra generazioni - arriva l'angoscia di castrazione, la paura di perdere la propria capacità genitale, è un'esperienza meno traumatica se le vicende precedenti sono state positive e rassicuranti. Si arriva al superamento delle vicende edipiche: se positivo allora c'è stabilizzazione dell'identità sessuale legata anche all'identificazione con le figure parentali che porta a integrazione di caratteristiche psicologiche nella propria identità di genere, si diventa individui sicuri nell'affrontare la realtà, persone con solida identità sessuale in grado di costruire relazioni soddisfacenti.

I temi conflittuali dei primi anni di vita (separazione-individuazione-frustrazione-perdita-dipendenza-autonomia) sono i contenuti inconsci che influenzano le esperienze successive della latenza-pubertà-adolescenza e adultità. Da qui dipende il come si costruiscono i conflitti fondamentali e come si evolvono, si costituiscono le caratteristiche di personalità dell'adulto ed eventuali disturbi psicologici.

#### I DISTURBI PSICHICI

Psicopatologia: la malattia viene individuata in base a criteri eziopatogenetici, cioè in base alle alterazioni biologiche- anatomo- fisiologiche che determinano la patologia (etiologia) e i processi che portano alle sue manifestazioni (patogenesi). Se si ignorano le cause della malattia, queste sono classificate in base ai sintomi, cioè le manifestazioni finali e osservabili dei processi patologici. Le **sindromi** sono quadri patologici individuati in base ad un insieme di sintomi che di solito si presentano associati in modo stabile, la classificazione delle malattie basate su questo criterio si chiama DIAGNOSI NOSOGRAFICO DESCRITTIVA.

Tanti disturbi psicologici e del comportamento non hanno spiegazioni chiare ben accertate e condivise, la loro classificazione è problematica, fatta su base sintomatologica e risente di criteri statistico-culturali, le ipotesi di spiegazione sono diverse e dipendono dai modelli teorici di riferimento.

DSM classificazione dei disturbi psichiatrici elaborata negli USA e condivisa in tutta la comunità scientifica, manuale aggiornato alla quinta edizione e contiene la classificazione dei disturbi psichiatrici effettuata su criteri statistici, indica i criteri diagnostici per individuarli e rilevare il loro grado di severità. DISTURBO è termine più sfumato di malattia, per confini tra sanità e patologia e per gravità di manifestazione di trattamento. I parametri (tipo di sintomo- funzionamento dei processi mentali, consapevolezza del malessere-rapporto con la realtà) usati per individuare la condizione patologica spesso portano a sovrapposizioni tra i vari quadri patologici, con aspetti

comuni anche ad un altro disturbo (co morbidità). I disturbi psicologici si distinguono dalla normalità in termini QUANTITATIVI e non qualitativi, ci sono parziali passaggi dall'una agli altri. Ad es. TRISTEZZA e DEPRESSIONE: intensità del vissuto, il suo protrarsi nel tempo, entità delle manifestazioni e riconoscibilità di un evento ad esso correlato (lutto o trauma) che parlano di sofferenza di tipo depressivo e non stato di abbattimento (che sarebbe comprensibile dopo un evento negativo). Il **concetto di normalità** si basa sulla prevalenza di certe manifestazioni nella popolazione generale, è diverso dal **concetto di salute**, che si basa anche su esperienza oggettiva e relazionale di una certa condizione. Criterio di "diffusione" usato come mal comune e mezzo gaudio es. disagio giovanile, statistico. Altro criterio è quello culturale, cioè i condizionamenti sociali (attese, valori) hanno un ruolo importante nel favorire o scoraggiare modelli di comportamento es. la sessualità o il disturbo del comportamento alimentare e nell'orientare una certa manifestazione nella patologia o nella normalità, ad es. come è vista oggi l'omosessualità e come era vista una volta. La scelta terapeutica può essere condizionata dai modelli culturali di natura e salute ad. Es la medicina è una pratica fondata e riconosciuta però negli ultimi tempi c'è sempre più ricorso a terapie alternative. Non è solo mancanza di impegno ma capacità di caprie le difficoltà interiori.

I DISTURBI PSICOPATOLOGICI si dividono in due categorie: NEVROSI E PSICOSI (con intermezzo dei DISTURBI DELLA PERSONALITÀ, la distinzione è basata sulla gravità e non sul tipo di patologia, ed è imprecisa e parziale).

I disturbi nevrotici sono manifestazioni patologiche meno gravi, psicologicamente comprensibili e vicine all'esperienza di tutti noi, si presentano in persone con funzionamento dei processi cognitivi integro e con contatto adeguato alla realtà:

1. fobie: intense paure irrazionali nei confronti di situazioni-luoghi-oggetti
2. disturbi di panico: paure intense e improvvise associate ad importanti manifestazioni fisiche (palpitazioni, sudori, vertigini) ed esperienze drammatiche di derealizzazione (paura di stare per morire o per impazzire)
3. disturbo d'ansia generalizzato costante tensione, preoccupazione, insonnia
4. disturbo ossessivo compulsivo è la presenza di pensieri ricorrenti che agiscono come corpi estranei che disturbano il soggetto e gli impediscono di dedicarsi alle azioni quotidiane (ripetere N volte una frase), compulsione è quando il soggetto sente l'impulso a fare certe azioni che non riesce ad evitare (es. rituali, pratiche di pulizia o riordino delle cose in un certo modo) e queste influenzano la vita di relazione del soggetto, i sintomi fobici spesso sono associati alle ossessioni.
5. disturbo post traumatico da stress è il protrarsi di uno stato ansioso il cui esordio è riconducibile ad un'esperienza traumatica
6. disturbo somatoforme, manifestazioni fisiche di problemi psicologici ad es manifestazioni dolorose persistenti e inspiegabili, percezione distorta di aspetti del proprio corpo, eccessiva preoccupazione per tutte le malattie, perdita di funzioni sensoriali o motorie= conversione, nevrosi isterica
7. disturbi dissociativi, amnesie, depersonalizzazione, sdoppiamento della personalità

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO possono essere classificati come: disturbi da uso di sostanza, disturbi sessuali, disturbi dell'identità di genere, disturbi dell'alimentazione, perversioni e parafilie

I DISTURBI PSICOFISIOLOGICI si riferiscono a malattie fisiche, malattie psicosomatiche ossia patologie mediche croniche anche gravi con importanti lesioni rilevanti, la cui origine si ritiene psicologica es. asma bronchiale, allergie, colite ulcerosa, sono una conseguenza del concorso di molti attori, squilibrio nei meccanismi biologici alla base della malattia. Importante una prospettiva psicosomatica, ossia un atteggiamento clinico che valorizzi il ruolo dei fattori psicologici

PSICOSI: forme patologiche più gravi, alterazioni dei processi mentali, ideativi e affettivi: compromesso il rapporto con la realtà, il soggetto presenta sistemi di pensiero incomprensibili, deliri, distorsioni percettive.

La schizofrenia è una grave disorganizzazione della personalità (esordio in età giovanile, evoluzione sfavorevole) in cui sono compromesse l'attività ideativa, i pensieri incoerenti, convinzioni di possessione e percezione della realtà esterna e del proprio corpo (depersonalizzazione, sensazione che il corpo si disintegri), la vita di relazione (chiusura, evitamento dei contatti al mondo).

La PARANOIA con delirio sistematizzato è un modo di pensare lucido e coerente ma fallace perché parte da premesse false ad es. delirio di gelosia

I disturbi dell'umore: depressione maggiore= non riconducibile a fatti scatenanti, ritiro dal mondo, scarsa cura di sé, blocco psicomotorio, senso di catastrofe e senso di colpa, rischio di suicidio. La mania è l'opposto, esagerato stato di euforia, eccessiva sicurezza, perdita del senso di realtà (il soggetto compie anche azioni rischiose) e poi PSICOSI MANIACO DEPRESSIVA con le due fasi + e - che si alternano.

I DISTURBI DI PERSONALITÀ sono dei modelli di comportamento rigidi e pervasivi, tutta la personalità funziona con schemi non elastici, rendendo difficili le relazioni. Ad es personalità paranoide-schizoide-schizotipica-borderline-narcisistica. Le cause dei disturbi, ogni scuola di pensiero ne ha ipotizzate di sue. Ci sono conflitti legati a traumi nei primi anni di vita che hanno portato a distorsioni delle strutture psichiche, le dinamiche conflittuali possono inasprirsi se le pretese accampate sono inaccettabili o irraggiungibili, invalidabilità dei conflitti. Angoscia alla base dei disturbi psichici: si differenziano per intensità, natura, tipo di conflitto che la genera, qualità e precocità dei traumi. Es. **nevrosi**= ansia morale, cioè senso di colpa per non seguire adeguatamente le richieste del super io o paura di subire ritorzioni per i propri desideri, angoscia di castrazione o paura di perdere amore e stima da parte delle immagini significative interiorizzate, a causa dei propri impulsi= **conflitti verificatisi in un momento di buon sviluppo emotivo**, affettivo e cognitivo, buon contatto con la realtà e la capacità di elaborare esperienze traumatiche e di **affrontarle con meccanismi di difesa evoluti = fase edipica**. Compromesse la sicurezza sessuale, la capacità di iniziativa e competizione, la capacità di dialogare

Se invece **traumi in età molto precoce**, vengono compromessi i processi base dello sviluppo psichico, la differenza tra sé e la realtà esterna, la costruzione del senso di sé, la strutturazione delle forme di adattamento, la capacità del bambino di sentirsi un individuo separato e autonomo le angosce sono troppo intense per essere tollerate da un lo in costruzione fragile e senza gli strumenti per fronteggiarle, per cui si generano angosce drammatiche, incontenibili e dilaganti, vissuti di persecuzione, disintegrazione, perdita di sé e annientamento che vengono combattuti con difese arcaiche usate in modo drastico e che limitano lo sviluppo psichico= **PSICOSI** che hanno radici in precoci e prolungate esperienze traumatiche.

#### AREA ANZIANI

Aumento esponenziale dell'aspettativa di vita, non + decadimento ma sviluppo continuo che dura tutta la vita, si parla di invecchiamento primario= il cambiamento nell'individuo dovuto all'avanzare dell'età, si parla di declino cognitivo però sono molti i fattori che interferiscono con questo processo, ci sono enormi differenze individuali e invecchiamento secondario= complesso rapporto tra invecchiamento e malattia, elevata incidenza di malattie soprattutto a carattere cronico, limitazioni associate a patologie età-correlate e invecchiamento terziario= del declino finale, fenomeno a cascata di progressiva perdita di capacità che si sviluppa con velocità diversa rispetto ai primi due tipi di invecchiamento.

Importante tenere conto del ruolo della plasticità nello sviluppo, cioè la capacità di modellare e adattare funzioni/processi/organizzazione alle richieste ambientali. Idea di modifica della struttura del cervello in risposta all'esperienza, possibilità di modifica delle connessioni tra neuroni, nascita di nuove sinapsi in risposta a modifiche ambientali oltre il periodo di sviluppo neuronale. L'ANZIANO è sensibile alle stimolazioni, adattabile e nelle sue caratteristiche di personalità è malleabile= processi di rimaneggiamento continuo. La plasticità sta nell'esposizione alle novità + partecipazione attiva in società.

l'approccio con Erikson= teoria del ciclo di vita, ottica di trasformazioni successive che si susseguono "stadi dello sviluppo", passaggio da uno stadio all'altro= crisi che si supera grazie ad un'operazione di sintesi tra i due poli, ipotizzata una progressione per tutta la vita. Anziano con contrapposizione alla tendenza all'integrità e disperazione che si realizza con un estraniamento coinvolto che permette all'anziano di fare i conti con la fine della propria vita. NARRAZIONE COME APPROCCIO TERAPEUTICO.

Il approccio Baltes: LSDP psicologia dello sviluppo lungo tutto l'arco della vita, processi adattivi di acquisizione-mantenimento-trasformazione e logorio delle strutture psicologiche interessate.

Gli obiettivi di sviluppo umano sono crescita- mantenimento-regolazione della perdita, c'è una diversa distribuzione delle risorse, se destinate alla crescita decrescono con l'età, se destinate al mantenimento diventano più importanti. Visione dello sviluppo basata sulla selezione e sull'adattamento selettivo, invecchiamento visto come cambiamento selettivo nelle capacità di adattamento, sviluppo differenziato per funzioni, alcuni domini aumentano e altri diminuiscono.

Ruolo delle perdite e dei guadagni nella realizzazione dello sviluppo: nella vita c'è un continuo movimento tra l'aumento di competenza e la capacità in un determinato dominio associata alla perdita in un altro dominio, metafora dell'imbuto: restringimento del diametro, c'è meno spazio ma maggior profondità, si parla di **OTTIMIZZAZIONE SELETTIVA CON COMPENSAZIONE**: S.O.C. lo sviluppo riesce se si massimizzano i guadagni e si minimizzano le perdite.

Ottimizzazione come acquisizione e affinamento e mantenimento di obiettivi e risorse utili per raggiungere gli esiti desiderati ad. es. ambiente stimolante, **la compensazione** per fornire una risposta alla perdita di un risultato significativo, nuove strategie per raggiungere lo stesso risultato o modificare degli obiettivi. Compensazione= contributo della tecnologia per compensare la perdita di alcune funzioni. Oltre i 75 anni si parla di rallentamento, che è sempre più evidente, minor capacità di aumentare gli sforzi per far fronte a maggiori richieste, si parla di salute e di disturbi somatici di natura cronica, concetto di invecchiare bene= capacità adattive, fare il meglio che si può con quello che si ha, grado di motivazione a sviluppare stili di vita che favoriscono il benessere, normative sociali che diano le risorse per favorire l'adattamento. Le risposte possono essere adattive o dis-adattive ad una malattia, la cosa importante è la percezione soggettiva del proprio stato di salute.

La MEMORIA presenta maggior interessamento di modificazioni cognitive, c'è una transizione tra **invecchiamento normale Mild Cognitive Impairment**= deterioramento cognitivo lieve e **DEMENZA** quindi malattia cronica cerebrale con basi di tipo degenerativo, vascolare o misto, i sintomi cognitivi sono compromessi, compromessa la socialità,

deficit nell'orientamento spazio temporale, nel linguaggio, nelle funzioni esecutive, la diagnosi differenziale, demenze reversibili e irreversibili e divisione delle demenze in base alla sede cerebrale più colpita. Riguardano i sintomi della sfera cognitiva, sfera comportamentale, autonomia, autosufficienza e motilità.

Fasi. Preclinica= stadio precoce

Progressione= stadio lieve-moderato: deficit cognitivi multipli poi sintomi psicologici e comportamentali

Disturbi della cognitivita= perdita di orientamento, difficoltà nell'apprendere nuove informazioni, difficoltà nella coscienza (ansia, depressione, ritiro)

Perdita della memoria procedurale

STRATEGIE: per il mantenimento delle capacità generiche, per contenere la riduzione della capacità del linguaggio. Si accentuano i BPSD i sintomi psicologici e di comportamento della demenza di tipo psicologico= deliri, allucinazioni, errori di identificazione, depressione, comportamentale= rilevati tramite l'osservazione del paziente= aggressività, urla, disinibizione sessuale, accumulo compulsivo, richieste insistenti, disturbi del ritmo sonno/veglia. L'approccio migliore è il BIO PSICO SOCIALE, tenere sempre in considerazione il ruolo delle emozioni, approccio centrato sulla persona.

Il colloquio educativo: l'educatore ha il compito di costruire alcune nozioni di base, dei punti di riferimento validi, un linguaggio mentale e sociale che permetta la collaborazione. L'educazione deve supportare la modifica di comportamenti individuali e di gruppo. Il colloquio per far emergere la risorse della persona, la capacità di individualizzare e usarle perché la persona diventi protagonista della sua vita, aumentare l'autoconsapevolezza- l'autostima e l'integrazione sociale.

I tipi di condotta dell'educatore:

di controllo e gestione del ruolo AUTOREVOLE, buona relazione, rispetto vicendevole dei ruoli e delle competenze, costruisce un clima di vicinanza, attiva la partecipazione e la collaborazione con l'altro	Autoritaria: imposizione delle regole e punizione delle trasgressioni, posizione di distacco e superiorità rispetto all'utente, non condivisione di conoscenze e non comunicazione, svalutano le potenzialità altrui e generano sfiducia. Posizione funzionale in casi estremi per tutelare l'utente da situazione di pericolo.	Anti autoritaria: l'educatore si pone in modo simmetrico, evita il conflitto e non si assume la responsabilità del proprio ruolo, deresponsabilizzazione, non è il metodo giusto, è usato per far sperimentare l'assenza di supporto
--	---	--

Rapporto EMOZIONALE: capacità di creare clima affettivo positivo, dipende dalla maturità dell'e.p., adeguata maturità psichica, l'ep diventa così vicino, attivo e attento ai bisogni altrui. Rapporto CONGRUENTE- TRASPARENTE-AUTENTICO: congruente cioè e.p. comunica il proprio punto di vista e favorisce l'espressione di significati ascrivibili alle esperienze da parte dei soggetti con cui opera- trasparente cioè ep rende nota la situazione educativa alle persone coinvolte nel progetto e propone l'analisi della realtà comunicativa- autentica ep si dimostra responsabile nello svolgimento del proprio ruolo di facilitatore della relazione.

L'ambito di intervento dell'EP è il progetto di vita.

Fasi del colloquio:

-preparazione incontro, contesto adeguato, setting adeguato – accoglienza: messaggi che trasmettano accoglienza, rassicurazione e interesse verso l'altro per costruire una relazione significativa, EP si presenta e definisce il suo ruolo- focalizzazione: si circoscrive il bisogno alla base della motivazione del colloquio, le richieste, i problemi latenti, le aspettative impongono lasciare la parola all'utenza aiutandola con domande chiarificatrici- approfondimento per definire il problema, le strategie e le risorse per la soluzione – conclusione cioè sintesi di quanto emerso, ci si accerta con dei feedback di aver ben compreso la richiesta, poi si comunicano le decisioni progettuali, le modalità di attuazione e la verifica degli interventi "COSA COME FAREMO E COME LO VERIFICHIAMO". Importanza dell'ascolto attivo, il comunicare interesse e partecipazione, attenzione all'osservazione "nel contesto" sembra naturalistica ma non è così, bisogna esserne coscienti.

COMPETENZE PSICOLOGICHE DELL'EP:

favorire l'autenticità, insegnare a non temere di raccontare la propria verità, costruire autostima, aiutare a temere il meno possibile il futuro, dando fiducia alle speranze fondate su valutazioni realistiche, riconoscere i desideri delle persone che son diversi dai propri, tollerare e far tollerare le frustrazioni se non ci sono alternative e saper reagire alle frustrazioni, valorizzare i comportamenti corretti per distinguerli da quelli scorretti, la punizione non deve essere troppo severa, ma ci deve essere, dà significato al percorso. Importante tener conto dei LIMITI OGGETTIVI di ogni circostanza problematica e calibrare le possibilità, le aspettative e le risorse.

CRITERI DI DISTURBO MENTALE

Distress emozionale: sofferenza della persona, vissuto di disagio sperimentato

Danno causato dal comportamento patologico, interferisce con il normale funzionamento dell'individuo

Pervasività del comportamento sintomatico, impongono il fattore tempo (da quanto dura il comportamento) e il grado di malessere soggettivo.

DSM è manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, valutazione multiassiale, su 5 dimensioni, i disturbi psichici vengono visti come entità discrete, cioè finite e descrivibili.

Asse I disturbi clinici	Asse II dist. Personalità e ritardo mentale	Asse III condizioni mediche generali	Asse IV problemi psicosociali e ambientali	Asse V valutazione globale del funzionamento
-------------------------	---	--------------------------------------	--	--

Sistema Multiassiale: Abolito. Assi I, II, III accorpati, Asse V (GAF) sostituito da WHODAS.

Approccio: Dal puramente categoriale del DSM-4 (es. sottotipi) a un approccio più dimensionale/spettrale nel DSM-5, per descrivere meglio la gravità e le manifestazioni.

Il DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) si focalizza sui criteri diagnostici dettagliati per i disturbi mentali, orientato alla ricerca e alla pratica psichiatrica negli USA, mentre l'ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie) è più ampio, copre tutte le malattie, includendo anche i disturbi mentali, ma con una prospettiva più clinica, sociale e centrata sul funzionamento dell'individuo e il suo ambiente, con l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute) che è una componente specifica dell'ICD focalizzata proprio sul funzionamento.

DSM ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Scopo: Definire criteri diagnostici specifici e operativi per i disturbi mentali. Orientamento: Fortemente orientato alla ricerca scientifica e alla pratica clinica psichiatrica, con criteri quantitativi (es. "almeno 5 su 9 sintomi"). Focus: La diagnosi della malattia mentale in sé. Il DSM dice cosa è il disturbo mentale (criteri).	ICD ( International Classification of Diseases) Scopo: Classificare tutte le malattie e le condizioni di salute, non solo quelle mentali. Orientamento: Più ampio, globale e adattabile culturalmente, con maggiore enfasi sul giudizio clinico. Focus: La codifica medica e la descrizione qualitative dei disturbi per scopi sanitari generali. L'ICD dice quali sono le malattie (codici).	ICF ( International Classification of Functioning, Disability and Health - Parte dell'ICD) Scopo: Descrivere il funzionamento della persona, la disabilità e i fattori ambientali e personali correlati alla salute. Orientamento: Adotta un modello bio-psico-sociale, vedendo la disabilità come interazione tra condizione di salute e barriere ambientali/personali. Focus: Non solo la malattia, ma anche le capacità, le limitazioni, le risorse e l'impatto della condizione di salute sulla vita quotidiana. L'ICF dice come la persona funziona nel suo contesto di vita (funzionamento e disabilità). ICF per comprendere l'impatto sulla vita del paziente e pianificare interventi riabilitativi, specialmente in ambito scolastico (PEI) e sociale. Come la malattia impatta sul funzionamento della persona
--	---	---

Teoria psicosociale dello sviluppo: erickson: ampliato il paradigma psicoanalitico, il bambino denta di sviluppare un senso di fiducia negli altri, se sperimenta gratificazioni ci sarà il consolidamento del senso di fiducia in sé e negli altri, se sperimenta fallimenti, ci saranno schemi cognitivi di diffidenza e sospettosità che avranno ripercussioni a livello emotivo.

Grande importanza delle capacità relazionali della persona e delle sue forze interne. I modelli operativi interni sono la rappresentazione di sé, dell'Altro e della relazione, si consolidano con l'esperienza. Ainsworth concetto di BASE SICURA base da cui il bambino parte per esplorare il mondo e a cui torna nel momento del bisogno.

Le teorie delle personalità: integrazione dei contributi derivati da teorie che vogliono capire il funzionamento della mente umana. La personalità si costruisce gradatamente grazie a caratteristiche biologiche e psicologiche del soggetto + ambiente sociale + interazioni che instaura. I fattori di rischio sono le situazioni avverse, aumentano la % che la persona sviluppi problemi transitori o continuativi, i fattori protettivi sono elementi di sostegno per la persona e il suo ambiente, vanno a contrastare i fattori di rischio.

Aree di funzionamento psicologico:

- Di processo: fattori processuali dell'agire umano, connessi al cambiamento
- Della struttura: fattori + stabili e durevoli della personalità
- Dello sviluppo: danno importanza alle cause delle differenze individuali della personalità che generano percorsi evolutivi diversi tra le persone
- Della psicopatologia: si parla dell'origine della disfunzionalità della personalità
- Del cambiamento: opportunità delle persona di intraprendere un cambiamento per sviluppare un maggior adattamento.

**Le teorie della personalità** esplorano la natura stabile degli individui, suddividendosi in approcci psicodinamici (Freud, Jung, inconscio), comportamentali/cognitivo-sociali (Bandura, apprendimento, schemi mentali), umanistici (Rogers, Maslow, autorealizzazione) e basati sui tratti (Big Five, Cattell, Eysenck, dimensioni stabili come Estroversione, Coscienziosità). Esistono anche teorie tipologiche (corrispondenza corpo-mente) e moderne che studiano i disturbi di personalità come modelli rigidi.

**Psicodinamica:** Freud: Enfasi su inconscio, conflitti interni e istanze (Es, Io, Super-Io)+ **Jung: Inconscio collettivo**, archetipi, introversione/estroversione. La teoria freudiana rappresenta una delle prime e più influenti teorie della personalità. Freud propose un modello strutturale della psiche composto da tre istanze fondamentali: l'Es (principio del piacere e impulsi inconsci), l'Io (principio di realtà e mediatore tra Es e Super-Io) e il Super-Io (principio morale, norme e valori interiorizzati). Freud enfatizzava l'importanza dell'inconscio e dei conflitti psichici, teorizzando che la personalità si sviluppa attraverso specifiche fasi psicosessuali che includono la fase orale, anale, fallica, di latenza e genitale. I meccanismi di difesa dell'Io proteggono la coscienza da contenuti ansiogeni, rappresentando strategie inconse per gestire l'ansia e i conflitti interni. La vita psichica viene vista come il risultato di interazione conflittuale di processi psichici che tendono ad un obiettivo, imo capire le strutture psichiche e il loro funzionamento, il disagio è una difesa parossistica dell'intero organismo umano, gli eccessi condizionano e disturbano il soggetto. Importante contattare le istanze intrapsichiche della personalità. La personalità viene vista come esito di concatenazioni di spinte biopsichiche interne ed esterne al soggetto che possono entrare in conflitto tra loro. PSICODINAMICO= fenomeni riconducibili ai fattori psichici del funzionamento della persona e non disfunzioni organiche o del sistema nervoso. Jung sviluppò una teoria che ampliava la concezione freudiana, introducendo concetti innovativi come l'inconscio collettivo, patrimonio psichico comune all'intera umanità, e gli archetipi, immagini primordiali universali come l'Ombra, l'Anima/Animus e il Sé. La sua tipologia psicologica distingue tra introversi ed estroversi e identifica quattro funzioni psichiche principali: pensiero, sentimento, sensazione e intuizione. Jung vedeva la personalità come un sistema dinamico in continua evoluzione verso l'individuazione, il processo di integrazione degli aspetti consci e inconsci della psiche che porta alla realizzazione del proprio potenziale unico

**Teoria dei Tratti di Hans Eysenck** : sviluppò un modello dimensionale basato su fattori biologici, identificando tre dimensioni principali: l'estroversione-introversione (tendenza verso stimolazione esterna o riflessione interna), il neuroticismo-stabilità emotiva (predisposizione all'ansia e labilità emotiva) e il psicoticismo (tendenza all'aggressività e mancanza di empatia).

Questo approccio utilizza metodi statistici avanzati per identificare dimensioni fondamentali della personalità, collegandole a basi neurofisiologiche specifiche e misurabili. **Big Five (OCEAN):** Apertura, Coscienziosità, Estroversione, Amicalità/Gradevolezza, Nevroticismo (Stabilità Emotiva). Modello dei Big Five Attualmente il modello più accettato nella ricerca scientifica, identifica cinque dimensioni principali della personalità. L'apertura all'esperienza comprende creatività e curiosità intellettuale, la coscienziosità include organizzazione, disciplina e affidabilità, mentre l'estroversione riguarda socievolezza, assertività ed energia. L'amicalità si manifesta attraverso cooperazione, fiducia e altruismo, mentre il neuroticismo indica instabilità emotiva, ansia e vulnerabilità allo stress.

**Cattell:** 16 fattori primari. I "16 fattori di Cattell" si riferiscono ai 16 tratti primari della personalità identificati dallo psicologo Raymond Cattell attraverso l'analisi fattoriale, misurati dal questionario psicologico 16PF (Sixteen Personality Factor), uno strumento ampiamente usato in psicologia per valutare caratteristiche come socievolezza, ragionamento, stabilità emotiva, dominanza, ecc., lungo un continuum bipolare per fornire una descrizione dettagliata della personalità individuale in contesti clinici e organizzativi.

**Umanistica:** Rogers propose un approccio centrato sulla persona, sul cliente, enfatizzando la tendenza attualizzante come spinta innata verso crescita e autorealizzazione. La sua teoria sottolinea l'importanza della congruenza tra Sé ideale e Sé reale come indicatore di salute psicologica, mentre le condizioni di valore rappresentano criteri esterni che possono ostacolare lo sviluppo autentico. **L'accettazione incondizionata** costituisce la base per la crescita personale secondo Rogers. La teoria rogeriana sottolinea l'importanza dell'esperienza soggettiva e del potenziale umano positivo, contrastando con le visioni più deterministiche della personalità. Rogers e Maslow: Autorealizzazione, crescita personale, ricerca di significato. Tutte le persone sono motivate a migliorarsi e hanno le potenzialità per farlo, serve atmosfera calda e incoraggiante per facilitare l'autorealizzazione, clima di fiducia e sensibilità, offrire al cliente accettazione positiva incondizionata, congruenza ed empatia, favorire il contenimento e dare sostegno, il terapeuta dovrebbe fornire un modello di ciò che il cliente può diventare

**Cognitivo-Sociale: APPRENDIMENTO SOCIALE studio del soggetto nel suo contesto, importante la percezione che il soggetto ha della propria capacità di confrontarsi con le prove e le sfide della vita, nozione di autoefficacia percepita.** Bandura enfatizza l'interazione reciproca tra fattori personali (cognizioni, emozioni, biologia), comportamento (azioni e reazioni) e ambiente (contesto sociale e fisico). Concetti centrali includono l'auto-efficacia, definita come fiducia nelle proprie capacità, e l'apprendimento osservazionale attraverso modelli sociali, che dimostra come la personalità si sviluppi attraverso l'imitazione e l'osservazione del comportamento altrui. Bandura: interazione individuo-ambiente.

#### Comportamentale:

Personalità come risultato di apprendimento (rinforzi, punizioni).

**Modello sistemico:** sistema visto come insieme di persone in relazione tra loro (ackerman – watzlawick) interconnessione e reciprocità tra sviluppo individuale e dinamiche relazionali dell'ambiente familiare. Attenzione posta sulle relazioni che ogni individuo instaura con l'ambiente e con gli altri. Comportamento che acquista significato se analizzato nel contesto in cui si verifica.

In sintesi, le teorie offrono prospettive diverse, dall'inconscio profondo alle dimensioni osservabili, spiegando come la personalità si forma e si manifesta attraverso fattori interni (genetica, processi psichici) ed esterni (ambiente, interazioni sociali).

#### DISTURBI DELL SVILUPPO NEL BAMBINO:

il bambino va considerato all'interno del contesto di crescita in cui avvengono le sue interazioni, in età infantile ci sono situazioni evolutive a rischio che possono o no portare ad una successiva insorgenza di disturbi psicopatologici, compiti evolutivi della persona che devono susseguirsi e trovare soluzioni in un certo momento, se disturbo in età evolutiva non è detto che continuerà poi nella vita adulta (es. bambino che non sta mai fermo, non è detto che sia ADHD).

Brofenbrenner: ambiente ecologico suddiviso in 4 schemi concentrici che influenzano lo sviluppo del bambino:

<b>MICROSISTEMA:</b> contesti di esperienza diretta di vita quotidiana (famiglia)	<b>MESOSISTEMA:</b> relazioni tra i diversi microsistemi, es. Incomprensioni casa-scuola	<b>ESOSISTEMA:</b> contesti non diretti sul bambino ma che incidono indirettamente	<b>MACROSISTEMA:</b> cultura, valori sociali, istituzioni
---	--	--	---

Teoria dello sviluppo cognitivo di piaget: 4 stadi: senso motorio – preoperatorio- operativo concreto- operativo formale. Il bambino reagisce agli eventi ambientali, all'esperienza affettiva che influenza lo sviluppo di modelli di comportamento interpersonali stabili.

Nel bambino in difficoltà importante diagnosi psicosociale degli eventi critici per orientare le attività, l'educatore guida il bambino nel suo percorso evolutivo, non è un amico o un genitore. Importante per il bambino capire il contesto situazionale in cui vive, regole e coerenza educativa. Se bambino con handicap c'è svantaggio oggettivo causato da malattie/menomazioni che provocano deficit psichico e limitazioni percettive-motorie-ideative, è un evento imprevisto, importante il progetto terapeutico e riabilitativo in equipe. L'educatore è agente di cambiamento, per realizzarlo deve leggere il funzionamento sociale, progetta un intervento e ha una visione ecosistemica che tiene conto di tutti i procedimenti che influenzano la realtà, individua azioni per potenziare le risorse disponibili dell'individuo, per stimolare la crescita e il cambiamento, interventi di tipo psicologico, relazionale: agisce sulla capacità di definire il proprio sé e relazionarsi con gli altri, tipo intellettuale per il recupero delle capacità cognitive, di tipo manuale operativo quindi sul corpo, sulla cultura, sull'animazione e di tipo espressivo-creativo.

Se psicopatologia in età evolutiva, questa viene considerata in relazione alle tappe dello sviluppo che caratterizzano il ciclo di vita, il bambino può usare i sintomi in modo adattivo per proteggersi da intromissioni sul proprio funzionamento, qualche bambino sviluppa una resilienza e capacità di sopperire alle difficoltà dell'ambiente che lo proteggono da una psicopatologia grave. Resilienza= riuscire ad avere risultati positivi in termini di sviluppo e adattamento malgrado la situazione ad alto rischio. L'educatore cura, accoglie i bisogni vitali del piccolo e compensa le sue richieste, lo aiuta nello sviluppo e nel raggiungimento delle autonomie, favorisce l'integrazione con i coetanei, lo aiuta ad esprimersi.

Disturbo da deficit di attenzione o iperattività= difficoltà nel controllare la propria attività, assenza di attenzione, impulsività, incapace di smettere di parlare, di agitarsi, difficoltà nello stringere amicizia= talvolta in adolescenza la situazione si risolve da sé. EP rinforza le condotte adeguate per migliorare le prestazioni, incrementando i comportamenti + e riducendo i -. Precocità e multidimensionalità dell'intervento su + livelli, ottica di progetto globale, frequenti e consistenti rinforzi.

DOP (disturbo oppositivo provocatorio, spesso precede il disturbo di condotta, atteggiamento ostile e provocatorio contro i caregiver e le autorità, collera, vendette, dispetti, rifiuto delle regole, odio su di sé e sugli altri, no tolleranza a frustrazioni, no autostima. Il punto di vista del bambino sta nel problema delle richieste di conformità che provengono dagli altri, non considera le conseguenze del suo agire e quindi opposizione per proteggere alcuni aspetti fragili di sé (se pratiche educative rigide e incoerenti). Importante fermezza, dare limiti ma essere anche empatici.

Disturbi di condotta: aggressività, avidità, tendenza a mentire, vandalismo, mancanza di rimorso. Inconsapevolezza dei propri stati affettivi e incapacità di contatto emotivo, indifferenza e impulsività, può sfociare in disturbo anti sociale in età adulta o caratterizzare una fase dell'adolescenza e poi si torna alla normalità, non c'è corrispondenza tra maturazione fisica e capacità di assumersi le responsabilità della vita adulta, possibile psicopatologia nei genitori, relazioni disfunzionali e subcultura di delinquenza.

DISTURBI DELL'UMORE autosvalutazione, irritabilità, lamentele, depressione, poche abilità sociali, sensazione di non valere nulla, cause come abbandono, traumi, abusi, depressione analetica (seguito di una prolungata separazione o deprivazione affettiva dalla madre o dal caregiver principale, caratterizzata da tristezza, apatia, rifiuto del

contatto) e ospitalismo (dall'inglese hospitalism) è un termine coniato da René Spitz per descrivere il grave deterioramento psicofisico che colpisce i neonati e i bambini piccoli a causa della privazione affettiva e sociale durante una lunga e prolungata istituzionalizzazione- perdita dell'oggetto d'amore che porta ad un lutto irrisolto e ciò interferisce con lo sviluppo emotivo e sociale. PREVENZIONE sostenere la famiglia per un migliore ascolto ai bisogni profondi del bambino, favorire l'autonomia del piccolo e offrire un riconoscimento delle sue difficoltà

**DISTURBI D'ANSIA** alti livelli di affettività negativa, ostacolo allo sviluppo delle emozioni, tutti hanno timori e paure che poi vengono riconosciuti e affrontati, il disturbo è quando le paure compromettono il funzionamento sociale, c'è paura pervasiva, continua allerta, una valutazione cognitiva sbagliata della situazione e delle proprie capacità per affrontarla. DOC è l'ansia generalizzata, ideazione ossessiva per i rituali per difendersi dall'ansia o ANSIA DA SEPARAZIONE se non buon attaccamento o trascuratezza. Impo fornire supporto nelle situazioni scatenanti e rassicurazione per maturare l'autonomia. La FOBIA è l'ansia spostata su oggetto o situazione specifica, di norma non pericolosi, sottostima delle proprie capacità e sovrastima del pericolo, impo sostenere la capacità del bambino di adattarsi anche in ambienti controversi, gradualità, ascolto, valutare le cause e comunicargli che "è capace".

#### DIFFICOLTÀ DI APPRENDIMENTO

DCA focalizzarsi sui fattori che riguardano le interazioni tra caregiver e bambino. Anno 0-1 il comportamento alimentare è parte integrante dello sviluppo della condotta di attaccamento e si rinforza o debilita mediante l'interazione mamma-bambino. I disturbi alimentari possono rivelare una inter dipendenza problematica tra stili autoregolativi e comportamentali del bambino e aspettative genitoriali. Importante prestare attenzione alle interazioni genitoriali per placare angoscia materna rispetto al problema alimentare (angoscia di abbandono, di non poter essere una buona mamma)

**RITARDO MENTALE:** intelligenza come capacità di elaborare le informazioni. Se  $QI < 70$  si parla di ritardo mentale profondo, ritardo di tutte le acquisizioni che rimangono lacunose, autonomia limitata ma che può incrementarsi con relazioni positive. Se RM moderato ritardo dello sviluppo psicomotorio, possibile una certa autonomia se contesto ambientale stimolante e ricco di calore. Se ritardo mentale lieve l'insuccesso scolastico è il primo sintomo. Importante focalizzarsi sui punti di forza, valorizzare al massimo le abilità, migliorare l'apprendimento e acquisire competenze per funzionare in modo efficace nella comunità.

**DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**, di solito problemi di relazione con gli altri, eloquio, difficoltà ad apprendere ogni forma di linguaggio, difficoltà nello sviluppo della teoria della mente, fattori genetici e biologici **TEORIA DELLA MENTE** nell'autismo si riferisce alla difficoltà che le persone nello spettro autistico hanno nel comprendere gli stati mentali altrui (pensieri, desideri, intenzioni, emozioni), un'abilità cruciale per la socializzazione, che spesso porta a problemi comunicativi e relazionali. Le capacità cognitive possono essere nella norma o elevatissime però presentano carattere stereotipato, ripetitività e non ci sono tentativi di condivisione o comunicazione spontanea, si evita il contatto visivo, non mostra gli oggetti del gioco per condividerli, non capiscono il modo di vedere degli altri e le loro reazioni emotive, possibile limite dei neuroni specchio nello rispecchiare le emozioni interattive.

**DISTRUBI DI ATTACCOMENTO** è un disturbo del sentimento di sicurezza e protezione del bambino che genera angoscia persistente e riduzione del funzionamento. Causato da accadimento patologico con grave trascuratezza o inversione di ruolo nella funzione di attaccamento (bambino troppo preoccupato per il benessere emotivo del caregiver e non viceversa) bisogna operare sulla capacità di competenze emotivo-funzionali, sul saperle gestire, dare un supporto adeguato all'accudimento. Il lutto prolungato= sei il caregiver viene a mancare è diverso da normale elaborazione del lutto, regressione nelle acquisizioni evolutive, disturbi del sonno, dell'evacuazione, dell'alimentazione

**DISTURBO DI IDENTITÀ DI GENERE** rifiuto del proprio genere e orientamento persistente verso il genere opposto, sofferenza e vergogna per la propria identità

**DISTURBO PSICOTICO:** perdita dell'esame di realtà, disturbi del pensiero, deliri e allucinazioni, eloquio incoerente, disturbi dell'affettività, esame di realtà come differenziazione della fantasia dal reale, che si acquisisce durante l'infanzia. Storia educativa connotata da grave disagio emotivo, difficoltà nel modulare le sensazioni e nell'elaborare esperienze visuo spaziali o uditive. Importante l'ambiente di vita, saper rielaborare le proiezioni del bambino in modo riparatorio per imparare ad apprendere dall'esperienza. EP come base sicura per consentire di sperimentare sicurezza, protezione fisica ed emotiva, relazione con una figura stabile, accogliente e responsiva, funzione di scaffolding cioè di impalcatura e sostegno per guidare il minore.

**ADOLESCENTE:** compiti acquisire ruolo sociale, conseguire indipendenza emotiva dai genitori e dagli adulti, accettare il proprio corpo, acquisire un sistema di valori e coscienza etica del proprio comportamento. No parliamo di "tempesta" ma di sperimentazione di sé, cambiamento ampio ma continuo riguardante compiti sociali evolutivi, negli ultimi anni si assiste non + a trasgressione o voglia di indipendenza dai genitori ma para di perdere il legame. Adolescenza: parliamo di risimbolizzazione del sé, cambia quello che è e come si vede, affina la capacità di gestire le emozioni, maturazione cerebrale, costruzione dell'identità e unificazione dei diversi aspetti del sé.

**DISAGIO PSICOPATOLOGICO** non solo diagnosi clinica ma soluzioni controproducenti elaborate per superare i compiti educativi, l'adolescente è un essere in via di sviluppo, corpo= mezzo di espressione e comunicazione con gli atti, predomina l'agito sul pensato, difesa nei confronti del pensiero stesso, spesso minacciosi perché sessualizzato. Propensione ad esprimere il disagio con disordini del comportamento (atti delittuosi, DCA, tossicomanie) che però potrebbero essere transitori, spesso comportamento deviante temporaneo (impulsività, mancanza di responsabilità, acting out) il sintomo nasconde tanto quanto mostra, nasconde ciò che il soggetto non accetta di sé, per evitare il conflitto offre una possibile soluzione, però autosabotaggio delle proprie potenzialità e costruzione di un'immagine negativa di sé. Atteggiamento delinquenziale come organizzazione psichica intermedia, identità non ancora consolidata però rischio psicosociale, influenza delle esperienze di vita.

**DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ** ci sono 3 gruppi di sintomi a carico della personalità: identità, affetti e impulsività. Identità sono le caratteristiche instabili e contrastanti, dipendenza, sottomissione o ribellione, affanno nel ricercare un'identità in prestito, personalità del "come se". Affetti= sentimenti di vuoto, inutilità e inadeguatezza, impulsività è sempre in primo piano.

**DISTURBO DELL'IDENTITÀ**= incapacità di integrare aspetti del sé in modo unitario e coerente, blocco emotivo sul modo di percepirsi ed essere percepiti, molta resistenza a formulare diagnosi perché percorso in continua evoluzione e perché ci sono rischi in termini prognostici e di condizionamento sociale causati da diagnosi. Dismorfofobia. EP usa un approccio integrato con altre professioni, evitare la cronicizzazione dei problemi e il consolidamento di uso/abuso di droghe e atteggiamenti devianti.

#### SOSTANZE DA ABUSO

Adolescenza avvio di condotte di sperimentazione, nuovi usi di vecchie droghe, nuovo modo di intendere distrazioni e divertimento, non percezione corretta del rischio da dipendenza psicologica del consumo. Consumo è saltuario, dipendenza porta alla perdita del controllo, a dominanza, tolleranza, astinenza e conseguenze nella vita quotidiana. Fattori cognitivi di avvicinamento alle droghe come l'atteggiamento favorevole al consumo, il sottovalutare i rischi e sopravvalutare la capacità di controllo. Dalla fase di sperimentazione al consumo e all'addiction ci sono 3 fattori: il tipo di sostanza e i suoi effetti, il contesto che connette il soggetto e la sostanza (esempio la disponibilità sul mercato, i costi) e il soggetto con le sue caratteristiche di personalità e i suoi rapporti interpersonali. I fattori motivazionali possono essere il bisogno di provare emozioni "forti", sfida alla monotonia della vita, il bisogno di gestire le emozioni migliorando l'immagine di sé, l'appartenenza ad un gruppo e il consumo visto come rituale. Le droghe offuscano i processi mentali, allontanano i costrutti difficili da elaborare e permettono di "dimenticare" se stessi, soluzione per attenuare la sensazione della pochezza dell'immagine di sé, esperienza illusoria di soddisfazione di tutti i bisogni.

#### DIPENDENZA DA SOSTANZE E DA COMPORTAMENTO

**ADDICTION** è un disturbo mentale, relazione disfunzionale con alcuni comportamenti che non contemplano l'uso di droghe, cambiamento persistente nelle strutture e nelle funzioni mentali, sostanza o esperienza emotiva che danno gratificazione, aumento dei livelli di attivazione emotiva. Ci sono caratteristiche comuni che determinano l'instaurarsi di relazioni problematiche con le sostanze o le attività che di solito sono socialmente accettate: -perdita del controllo - compulsività -continuazione del comportamento - problemi di salute/lavoro/famiglia/soldi. Le dipendenze comportamentali possono essere tecnologiche (da internet o da social) da shopping, da gioco d'azzardo: permettono l'evasione dalla realtà e il rifugio nella mente, c'è difficoltà nel gestire i conflitti tra investimenti del proprio sé e investimenti oggettuali relativi alle relazioni con gli altri. La dipendenza nell'oggetto diventa un possibile rifugio della mente, da mezzo a fine, abitare in un mondo onirico dove si assiste al trionfo della propria onnipotenza, isolamento, distorsione del senso di sé e delle relazioni con gli altri, perdita di contatto con la realtà.

DCA anoressia nervosa dove il controllo del cibo è + semplice del controllo delle proprie emozioni. Si parla di "atteggiamento" nei confronti del cibo, ci sono delle spie, come la tendenza all'isolamento, soprattutto se i presupposti sociali implicano del cibo (es. la pizza tutti insieme) + eccessivo ingegno scolastico + eccessiva attività sportiva o suo totale abbandono + cambiamento dell'umore. Non bisogna usare il braccio di ferro ma un approccio multiprofessionale, dare un buon rispecchiamento del sé, valorizzare altri aspetti della vita per contribuire a creare un senso di sé più stabile e contenere l'angoscia.

**SIB= self injurious behaviour** cioè autolesionismo, all'interno dei SHS (sindrome da autoferimento intenzionale) azione di danneggiamento del tessuto corporeo volontaria senza intento suicida, azioni autolesive ripetute a bassa letalità: SIB, self poisoning, self harming condotte a rischio indirette (es guida spericolata, sesso non protetto, droghe) tagliarsi, bruciarsi, colparsi, soprattutto danneggiare il tessuto cutaneo, coazione a ripetere, compulsiva, dipendenza dall'oggetto o parte da lesionare per riconoscersi in qualcosa, volontà di nascondere le tracce della loro condotta = negazione dell'anoressica di avere un problema con il cibo. Sede della lesione per capire il significato attribuito, tricotillomania o lesioni al viso per tradurre ciò che si sente nel proprio intimo, ci si sente ripugnanti, inadeguati. SIB episodico o ripetuti, rituale, molte volte al giorno? SIB può essere stereotipato per persone con grave ritardo mentale, allo è compiuto indifferentemente dal contesto ad es. chi sbatte ripetutamente la testa sul muro, autocastrazione è il tipo di SIB più grave, possibile nei disturbi psicotici. Autolesionismo nella società ricorda i riti di passaggio, lo spingersi al limite, ritualizzazione in extremis dell'insostenibile "se superi la prova" c'è un impatto positivo sull'autostima, oggi fenomeno trendy (rock stars o moda emo).

Psicologia dell'autolesionismo per cancellare i ricordi dolorosi, il dolore diventa una free zone dove il resto della vita non può entrare a dare ulteriore turbamento, la ferita rilascia endorfine e ha un effetto calmante. Importante dare fiducia, far acquisire consapevolezza, raccogliere, contenere analizzare le ansie che non si riuscivano a gestire

se non facendosi del male e renderle accettabili. Tentato suicidio per perdita di contatto con la realtà esterna (per psicosi acuta) la realtà è legata a sentimenti di perdita, si attraversa la morte per uscire da una situazione intollerabile, per realizzare una fusione eterna con qualcosa di "altro" che ci liberi dall'angoscia. SUICIDIO RIUSCITO il soggetto tenta di porre fine alla propria vita con modalità tali da renderlo irreversibile (armi, impiccagione, taglio vene) se ci si salva è solo per questione di fortuna, il suicidio è mancato, la persona ci riproverà o SUICIDIO DIMOSTRATIVO atto per attirare l'attenzione su di sé, richiamo muto e disperato all'ambiente, occorre fare molta attenzione e molto lavoro con i genitori, Ep prevenzione secondaria, aiuta l'adolescente ad affrontare il dolore in modo diverso. Importante mettere il ragazzo nelle condizioni di poter agire per sé, massimizzando le risorse personali, aumentando le occasioni che permettano di sperimentare autonomia, adulità, comprendendo la strategia disfunzionale utilizzata, con un approccio prozionale che parli di equilibrio e di benessere, impara a leggere il disagio come espressione della problematica connessa al superamento dei compiti di sviluppo, davanti a cui ci si può sentire sprovvisti di competenze.

3 possibili livelli di intervento:

1. programma per migliorare la capacità di fronteggiamento 2. per sviluppare un ambiente sociale adeguato 3. per promozione della salute fisica e mentale attraverso politiche pubbliche. Lo scopo è di insegnare ad identificare gli elementi di stress, a riconoscere le conseguenze e a mettere in atto le strategie adeguate per farvi fronte ad es. problem solving, decision making, capacità di autocontrollo, capacità assertiva e di gestione dello stress.

Età ADULTA

Lavoro di EP per:

-focalizzare l'attenzione su adulti con disagio psicopatologico, sottolineando l'importanza dell'evento educativo-rieducativo per favorire l'adattamento sociale, facendo recuperare ruoli adeguati nel contesto e incoraggiando alla socialità dando speranza sul fatto che la situazione potrebbe migliorare

-intervenire per identificare un possibile percorso di formazione professionale o inserimento lavorativo

-potenziare le capacità residue della persona con disagio valorizzandola

Tipi di intervento:

psicorelazionale cioè agire sulla capacità del soggetto di autodefinirsi e porsi in relazione con gli altri, prendere parte alla comunicazione nella relazione di aiuto per ridurre le difficoltà emotive e superare le influenze negative che incidono sul modo di vivere

manuale/operativo lavoro pratico, impiego di mani e corpo

espressivo/creativo: dimensione cognitivo relazionale e di operatività, progettare nuove proposte, promozione, partecipazione e motivazione

UMORE è la tonalità emotiva che incide sulla percezione di sé, degli altri e dell'ambiente. Le oscillazioni dell'umore in risposta a stimoli esterni o interni non sono patologiche se entro determinati confini perché hanno funzione adattiva. Disturbi depressivi: disturbo depressivo maggiore: sintomi non dovuti a lutto, compromesse le funzionalità in ambito lavorativo e sociale, è episodico, non cronico però può essere ricorrente. Disturbo distimico è depressione con i sintomi più attenuati. Disturbi bipolari= depressione + sintomi maniacali, oscillazione intermittente e per molto tempo tra mania e depressione, disturbo bipolare I è singolo episodio maniacale o episodio misto (mania – alternanza di umori diversi), disturbo bipolare II è un episodio di depressione maggiore e 1 episodio di ipomania (attenuata) – disturbo ciclotimico sono sintomi frequenti ma attenuati e di depressione e mania. Eventi luttuosi, relazioni familiari-lavorative-sociali problematiche, relazione con il caregiver carente che porta ad un senso di insicurezza, tendenza a vedere il mondo in modo pessimistico, si presta troppa attenzione ai feedback negativi delle proprie azioni. EP comprende gli stressor psicosociali, aiuta a valutare meno negativamente il mondo circostante, ad elaborare strategie più adattive, ad esprimere i propri sentimenti e a migliorare le interazioni sociali. Attenzione alla tendenza suicidaria: intervento educativo per dare sostegno empatico, aiutare il soggetto a sperimentare il problem solving, ad alleviare la sofferenza psicologica, a fargli vedere alternative alla sofferenza e a dissuaderlo dal praticare un atto auto distruttivo.

DISTURBI D'ANSIA ansia è apprensione nel prevedere un certo problema, riguarda la minaccia futura, mentre la paura è reazione a pericolo immediato, minaccia presente. Ansia= livello sproporzionato di allarme per frequenza ed intensità. Fobia è per qualcosa di specifico. Disturbo d'ansia generalizzato è un'ansia/preoccupazione eccessiva prolungata e incontrollabile a problemi per cui il soggetto non riesce a trovare una soluzione.

D.A.P., D.O.C. DPTS sono esagerate risposte d'allarme: importante aiutare nella comprensione del proprio disturbo, avvicinandolo alla propria vita emotivo-affettiva, relazione di contenimento e accudimento per aumentare il senso di controllo del soggetto e il suo senso di fiducia.

DISTURBI SOMATOFORMI: disturbo di somatizzazione, disturbo algico, disturbo da conversione: quando ansia e conflitto psicologico rimosso si convertono in sintomi, trasferimento sul corpo di pulsioni o istinti inaccettabili. Disturbi da dismorfismo corporeo.

Ipocondria: importante offrire relazione autentica di vicinanza affettiva per rinforzare comportamenti che lo contrappongono al ruolo di ammalato per fargli acquisire un senso di maggior controllo.

**Disturbi dissociativi:** alterazione di coscienza, memoria e identità: contenuti mentali inaccettabili ed esclusi dalla coscienza che restano attivi nell'inconscio e modificano l'attività mentale, meccanismo difensivo per distanziarsi dal trauma NON SCHIZOFRENIA perché il senso di sé resta integro.

AMNESIA DISSOCIATIVA o psicogena= vuoti di memoria, le info non vengono perse ma non sono recuperabili per tutta la durata dell'amnesia (anche anni), scomparsa improvvisa e poi recupero completo di memoria, solo esplicita (es non ricordo nomi e volti ma ricordo come si va in bicicletta). FUGA DISSOCIATIVA amnesia + estesa, l'individuo si allontana da casa anche per mesi a seguito di stress di cui non conserva memoria. DISTURBO DISSOCIATIVO DI IDENTITÀ personalità multiple nel soggetto che alternativamente prendono il controllo del suo corpo, possono essere parziali o completamente sviluppate, la personalità principale non sa dell'esistenza delle altre e le transizioni tra loro sono causate da stress, le singole personalità possono presentare disturbi mentali, difesa e adattamento post traumi o abusi. DISTURBO DI DEPERSONALIZZAZIONE no deficit di memoria ma alterazione di percezione del sé e di esperienze sensoriali, sensazione di muoversi in un sogno, sentimento di distacco da sé stessi e dal proprio corpo, consapevole dell'irrealtà delle sue impressioni, EP deve aiutare e supportare l'integrazione del sé.

DISTURBI DI PERSONALITÀ: modalità strutturata di comportamenti pensieri e sentimenti di cause biologiche- evolutive-sociali e che connota lo stile di vita e di adattamento di una persona, modalità di percepire, pensare e relazionarsi. EP deve cercare di mettersi a livello della persona e del suo funzionamento, impedendo la solitudine e provando a far scoprire attività gratificanti.

Parafilie: attrazione per oggetti o attività sessuali inconsuete che provocano disagio e compromissione di rilevanti aree di funzionamento della persona. Voyeurismo= eccitarsi nel guardare altri nudi o che fanno sesso senza sapere di essere visti, esibizionismo, frotterismo (=mano morta)

DIPENDENZA DA SOSTANZE - ABUSO

Oppiacei: eroina, benessere relax

Stimolanti: cocaina, incremento di attività e vigilanza, a livello SN Simpatico,

Euforizzanti: anfetamine

Allucinogeni: modifica la percezione della realtà "trip"

Alterare gli stati dell'umore, per attenuare quelli – e intensificare quelli +, riducendo la tensione, lacune emotive dell'organizzazione del sé, contesti familiari trascuranti e abusanti che impediscono l'evoluzione dell'io. Abuso e dipendenza: dipendenza quando si assume più sostanza di quanto si vorrebbe, si impiega molto tempo per reperire la sostanza, impegno costante che influenza il resto della propria vita e quando si usa la sostanza pur consci dei rischi. Abuso= no tolleranza o astinenza.

Astinenza: aspetti psicologici e fisici – che si manifestano quando la persona smettere o diminuisce l'uso. Tolleranza= necessità di aumento costante delle quantità per ottenere l'effetto desiderato.

DISTURBI DA CONTROLLO DEGLI IMPULSI; impossibilità di resistere alla tentazione di compiere atti dannosi. Disturbo esplosivo intermittente, impulsi aggressivi di rabbia e violenza, piromania, cleptomania, tricotillomania, shopping compulsivo, gioco di azzardo patologico= dipendenze in primis della mente e poi del cervello. EP: deve creare situazione di fiducia e dei punti di riferimento o valori per ricostruire ordine mentale che valorizzi le risposte del soggetto, quello che gli è mancato, cominciare a credere- camminare-vivere tollerando le frustrazioni.

DISTURBI PSICOFISIOLOGICI: La Sindrome Generale di Adattamento (SGA) è il modello dello endocrinologo Hans Selye che descrive la risposta fisiologica non specifica del corpo a qualsiasi stressor, articolata in tre fasi: Allarme (mobilitazione delle difese), Resistenza (mantenimento della risposta, iperproduzione di cortisolo) e Esaurimento (cedimento del sistema, possibile sviluppo di patologie). È un meccanismo di difesa per tornare all'equilibrio (omeostasi), ma un'esposizione prolungata può portare a danni irreversibili, evidenziando il legame tra stimoli ambientali, reazioni fisiche e malattie. Le tre fasi della SGA

Fase di Allarme: Reazione acuta, rapida mobilitazione di energie e ormoni (cortisolo, adrenalina) per affrontare la minaccia, con sintomi come aumento del battito cardiaco e della pressione sanguigna. Fase di Resistenza: L'organismo si adatta allo stressor persistente, cercando di mantenere l'omeostasi. La produzione di ormoni dello stress continua, ma può portare a un consumo eccessivo delle risorse. Fase di Esaurimento: Se lo stressor persiste, le ghiandole surrenali si esauriscono. Il corpo non può più sostenere la resistenza, compromettendo le difese immunitarie e portando a disturbi fisici e psichici.

Specificità vs. Aspecificità: È una risposta generale perché è simile per diversi tipi di stressor (fisici, chimici, psicologici), ma ogni stimolo è specifico nella sua natura.

Stress utile vs. nocivo: Lo stress iniziale (eustress) è necessario per l'adattamento e la crescita (come nell'allenamento), mentre quello cronico (distress) è dannoso.

**Implicazioni:** Il modello di Selye ha aperto la strada alla comprensione dello stress e della sua relazione con la salute, influenzando la medicina psicosomatica. Lo stress è quando il soggetto percepisce che ciò che gli viene richiesto da una data situazione è superiore alle sue capacità e risorse. Coping= strategie adottate dal soggetto per far fronte alle situazioni problematiche e per gestire le emozioni generate dallo stress. Se coping centrato sul problema l'individuo agisce per risolverlo, se centrato su emozioni l'individuo tenta di diminuire le emozioni negative legate allo stress ad es. chiedendo aiuto. Coping di evitamento quando individuo nega l'esistenza di un problema. Il sostegno sociale può ridurre gli effetti negativi dello stress.

**Disturbi psicotici:** perdita di contatto con la realtà ed esame alterato di essa. La schizofrenia è il disturbo + grave. Deteriora le capacità relazionali, isolamento sociale, fase prodromica: riduzione delle relazioni interpersonali, chiusura in se stessi, difficoltà di concentrazione, eloquio vago, impoverito o troppo prolisso, idee bizzarre rispetto al precedente modo di ragionare, difficoltà di riconoscimento della realtà, perdita del controllo sui propri pensieri, senso di vuoto e angoscia, DELIRIO come idea a cui aggrapparsi che ha un valore rassicurante. Fase attiva: egemonia di deliri e allucinazioni, fase residua: ritiro sociale e appiattimento emotivo. Sintomi + alterazione di pensiero, comunicazione, condotta, linguaggio.

Deliri come interlocutori interiori che sovrastano l'Ego, cioè estensione psichica del SNC, convinzioni contrarie alla realtà sostenute nonostante siano contraddette dall'evidenza, deliri di persecuzione, di riferimento, di controllo o di grandezza, mistico ed erotico.

Allucinazioni della percezione, esperienze sensoriali, in assenza di stimoli ambientali considerevoli. Allucinazioni visive, uditive, olfattive, cenestetiche.

Sintomi – alogia, apatia, anedonia, asocialità, appiattimento di affettività, comportamento disorganizzato, deragliamento, affettività inappropriata, catatonìa= anomali motoria.

Schizofrenia paranoide: deliri con allucinazioni uditive, idee di riferimento. Schizofrenia catatonica: deficit di attività motoria. Schizofrenia disorganizzata: eloquio disorganizzato e incoerente, emotività oscillante. Predisposizioni genetica, psicologica, ambientale: con farmacoterapia corretta, sostegno psicologico e alla famiglia.

EP deve insegnare nuovi comportamenti sociali per avere meno recidive, gestire le relazioni interpersonali e aumento delle capacità empatiche.

**Disturbo delirante:** uno o + deliri stabili duraturi e non bizzarri, influenzano il rapporto del soggetto con la realtà, le sue consuetudini e i suoi sentimenti, ciononostante il soggetto si comporta adeguatamente nei contesti estranei al contesto del delirio. Alterazioni dell'umore, soprattutto depressione, diverse tipologie di disturbo delirante in base al tema prevalente: somatica, di infestazione, gelosia, erotomanica, di grandezza e di persecuzione.

EP deve incoraggiare l'adattamento sociale, sostenere la famiglia (per evitare sensi di colpa, aumentare la capacità di problem solving e gestione dello stress) + accrescere le risorse dell'utente a partire dall'identificazione delle sue necessità, favorire comportamenti socialmente competenti (cura di sé, rapporti con famiglia, lavoro, contesto sociale e ricreativo). Impo integrazione nel mondo del lavoro e conseguimento della normale quotidianità.

**ANZIANI – DEMENZA** graduale e globale deterioramento delle funzioni cognitive. Impo conoscere l'impatto della demenza sull'utente a livello cognitivo e psicologico.

Conoscenza del soggetto: chi era, abitudini, preferenze, legami sociali allo scopo di potenziare e mantenere le capacità residue, di adeguare il contesto ambientale a aiutare i familiari a gestire lo stress: incrementare l'autosufficienza e migliorare la qualità di vita della persona e dei familiari, riducendo l'eccesso di disabilità e promuovendo un miglior adattamento. Sostegno ai familiari fondamentali per comprendere i comportamenti inespugnabili.

**POSSIBILI INTERVENTI EDUCATIVI PER LA PROMOZIONE DEL BENESSERE E LA PREVENZIONE DEL DISAGIO**

EP come mediatore di significati, garante di bisogni e aspettative e di domanda sociale. EP forma a pensare, agente di cambiamento al servizio della persona. Trasmettere e favorire la sua stabilità e autodeterminazione con valori di riferimento, abilità, sensibilità per arrivare ad un cambiamento di stile di vita e per esprimere i propri desideri autentici e non solo i bisogni urgenti.

**RESPONSABILITÀ:** nei cfr di se stesso: sapersi ascoltare, conoscere i propri limiti, prendersi cura di sé, per saper impiegare i propri errori come un momento di verifica e apprendimento, valorizzare le proprie potenzialità, essere responsabili delle proprie scelte.

Nei cfr degli utenti: affinare le proprie capacità di "considerare la persona" tenendo conto delle sue potenzialità, promuovere l'autonomia garantendo la riservatezza (sia dei dati sia di discrezione nei modi), essere empatici, stare nei panni dell'altro con costanza e qualità senza temere le emozioni che ne derivano

Nei cfr della professione: colleghi + equipe rispetto, collaborazione per tutelare i bisogni della persona, nei cfr della struttura operatività e interattività nel luogo di lavoro per migliorarne l'efficacia, nei cfr della comunità, conoscere le risorse territoriali per attivare le reti.

Progettazione: tendere ad un proposito, da attivare, un fine

Programmazione: fase operativa, attuare il progetto iniziale.

Il progetto va attuato in uno specifico contesto che trasmetta le intenzioni educative di promozione del benessere, che testimoni affidabilità e sicurezza della relazione, oppure il suo opposto. Impo tenere conto dei limiti di utente e soggetto, accettare la realtà immodificabile, saper gestire le incertezze. Lo scopo è far diventare autonomo e competente il soggetto.

1. preparazione del progetto e relativo programma di intervento: raccogliere info conoscitive, formulare ipotesi di intervento e soluzione auspicabile, individuare le risorse e i limiti dei soggetti, familiari e ambiente. Progettare in progressione, accostamento graduale alle finalità e alle tematiche

2. formulare le finalità: obiettivi generali e sotto obiettivi specifici

3. elaborazione delle attività da attuare= INTERVENTO EDUCATIVO

4. conoscere l'utenza

5. scegliere gli strumenti di lavoro (lezione frontale, piccoli gruppi, role playing, griglie di osservazione, interviste)

6. valutazione e autovalutazione continue (in itinere) e finali