

PSICOLOGIA DELL'ETA' EVOLUTIVA E CICLO DELLA VITA

Chi è il paziente che abbiamo di fronte? Capire migliora l'organizzazione dell'intervento; l'impostazione della relazione e potenzia l'intervento.

Cos'è lo sviluppo?

Lo sviluppo è il risultato dell'interazione di diversi processi biologici, cognitivi e socio-emotivi.

-Processi biologici: Cambiamenti nel corpo dell'individuo.

-Processi cognitivi: Cambiamenti nel pensiero, intelligenza e linguaggio dell'individuo.

-Processi socio-emotivi: Cambiamenti nelle relazioni dell'individuo con altre persone, nella sfera emotiva e nella personalità.

Il ciclo di vita

Arco di vita: Lo sviluppo presenta una fase di evoluzione alla quale segue una di stabilità, corrispondente all'età adulta, una fase d'involuzione, corrispondente all'età senile

Ciclo di vita: Lo sviluppo riguarda tutta l'esistenza: le funzioni psichiche subiscono cambiamenti evolutivi durante tutto il corso della vita.

Età evolutiva ruolo attivo del bambino dalla nascita

Età adulta non è un periodo di stabilità

Età senile grazie alla plasticità neuronale sono possibili nuovi apprendimenti

L'età cronologica

L'età cronologica costituisce un organizzatore della conoscenza.

Fornisce una struttura intorno alla quale possiamo ordinare gran parte della vita di ogni giorno.

Limita le fasi biologiche e i momenti di acquisizione delle competenze cognitive, motorie, sensoriali, comportamentali di ogni essere umano

Il ruolo della Psicologia dell'età Evolutiva

Produzione di modelli di sviluppo dell'individuo che tengano conto dell'interazione uomo-ambiente tramite:

-Studio della maturazione biologica

-Osservazione del comportamento umano

- **Modelli sullo sviluppo dell'uomo dalla nascita alla morte** (Erik Erikson (1902-1994))

Gli stadi dello Sviluppo Psicosociale – E. Erikson

8 stadi ognuno caratterizzato da una sfida, o crisi, peculiare.

La soluzione alla crisi influisce sul modo in cui l'individuo affronta lo stadio successivo.

Se la crisi dello stadio precedente non è stata superata in modo adeguato la persona è ostacolata nella risoluzione positiva delle crisi successive.

0-1 anno neonato **Fiducia Fondamentale versus Sfiducia.**

Nella relazione con l'adulto che si prende cura di lui, il bambino sviluppa un senso di fiducia o di sfiducia nel fatto che i suoi bisogni fondamentali saranno soddisfatti (nutrimento, calore, pulizia e contatto fisico)

VIRTU' POTENZIALE: speranza

1-3 anni seconda infanzia **Autonomia versus Vergogna e Dubbio.**

Il bambino apprende l'autocontrollo come strumento per rendersi autosufficiente (controllo sfinterico, deambulazione, mangiare da solo) oppure sviluppa un senso di vergogna e di dubbio sulla propria capacità di essere autonomo.

VIRTU' POTENZIALE: volontà

3-6 anni età del gioco **Iniziativa versus Senso di Colpa.**

Il bambino è desideroso di cimentarsi in ciò che fanno gli adulti, ma la sua intraprendenza e i tentativi di essere indipendente possono procurargli dei sensi di colpa.

VIRTU' POTENZIALE: fermezza dei propositi

7-11 anni età scolare **Operosità versus Senso di inferiorità**

Il bambino sviluppa immaginazione, curiosità e nuove capacità di apprendimento oppure, al contrario, sviluppa un senso di inferiorità, se non riesce – o pensa di non riuscire – a padroneggiare i vari compiti.

VIRTU' POTENZIALE: competenza

12-20 anni adolescenza **Identità versus Confusione**

L'adolescente cerca di capire chi è, in che cosa consiste la sua unicità come persona, se vuole avere un ruolo significativo nella società, come può definire per sé stesso un'identità sessuale, etnica e professionale. Attorno a queste decisioni possono sorgere sentimenti di confusione. VIRTU' POTENZIALE: fedeltà

20-30 anni inizio età adulta **Identità versus Isolamento**

Il giovane adulto ricerca la vicinanza e l'intimità con una persona affettivamente importante, oppure evita le relazioni e si isola dagli altri.

VIRTU' POTENZIALE: amore

30-65 anni età adulta **Generatività versus Stagnazione**

L'adulto sente il bisogno di essere produttivo – per esempio creando oggetti, sviluppando idee o allevando dei figli – oppure diventa stagnante o inattivo.

VIRTU' POTENZIALE: cura

> 65 anni tarda maturità **Integrità versus Disperazione**

L'anziano riconsidera tutta la propria vita e cerca di darle un senso riflettendo sulle mete raggiunte; oppure dubita e si dispera per le mete mai raggiunte e per i desideri rimasti inappagati.

VIRTU' POTENZIALE: saggezza

LA TRANSIZIONE ADOLESCENZIALE

L'adolescenza è quel periodo di transizione tra l'infanzia e l'età adulta e corrisponde ad un arco di tempo piuttosto ampio:

- nelle femmine inizia tra i 10 e i 12 anni
- nei maschi comincia tra gli 11 e i 13 anni
- In entrambi i sessi finisce verso i 18 anni.

Il padre fondatore della **ricerca scientifica sull'adolescenza** è **Hall**. Secondo lui si tratta di una fase turbolenta e problematica, poiché connessa ai cambiamenti biologici.

Al suo pensiero si contrappone quello dell'antropologa **Margaret Mead**, la quale ha mostrato come i cambiamenti adolescenziali siano un "prodotto" culturale molto importante. Studiò, infatti, i giovani delle isole Samoa (Oceano Pacifico), dove la cultura è molto diversa da quella occidentale, e riportò le sue scoperte nel saggio "L'adolescenza in una società primitiva": i samoani ricevono sin da piccoli un'educazione alla sessualità e alle relazioni sociali e di gruppo, che gli consente un passaggio alla vita adulta non contrassegnato da conflitti e disagi.

Caratteristiche socio-culturali dell'adolescenza

I limiti temporali dell'adolescenza sono relativi, determinati dalla cultura e dall'appartenenza sociale

- Studi antropologici**: Gli sconvolgimenti adolescenziali sono un prodotto culturale
- Studi sociologici**: La transizione adolescenziale risente dell'influenza del contesto familiare, sociale e culturale

Compiti di sviluppo (*Havighurst*, 1952) L'adolescenza deve affrontare alcune "sfide":

- instaurare relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi
- acquisire un ruolo sociale femminile e maschile
- accettare il proprio corpo e usarlo in modo efficace
- conseguire indipendenza emotiva dai genitori e da altri adulti
- raggiungere la sicurezza di indipendenza economica
- orientarsi verso e prepararsi per un'occupazione professione
- prepararsi al matrimonio e alla vita familiare
- sviluppare competenze intellettuali e conoscenze necessarie per la competenza civile
- desiderare e acquisire un comportamento socialmente responsabile
- acquisire un sistema di valori e una coscienza etica come guida al proprio comportamento

Effetti psicologici dei cambiamenti corporei

-**Mentalizzazione del corpo**: fenomeno per cui al corpo viene attribuito un significato relazionale, sociale, sentimentale, erotico, generativo, etico, a cui viene riconosciuta continuità nel tempo, in termini di sviluppo ma anche di decadimento.

-**Sviluppo sessuale precoce o ritardato**: Quando questo avviene in un periodo che si discosta da quello della media può causare problemi di vario tipo: tanto nei ragazzi quanto nelle ragazze possono svilupparsi problemi di depressione, disturbi alimentari e disturbi dell'autostima (problemi di internalizzazione) o comportamenti devianti e antisociali (problemi di esternalizzazione)

-**Dismorfofobia**: preoccupazioni immotivate circa la presenza di difetti fisici

-**Ipocondria**: paura di avere malattie fisiche o psicologiche

L'età anziana Caratteristiche

- Invecchiamento non coincide con declino
- Aumento dell'interiorità
- Riduzione del numero di ruoli
- Aumento del tempo trascorso da soli e aumento dell'isolamento sociale

L'età anziana Teorie

- La discesa dalla "cima"
- La teoria del disimpegno come via giusta e naturale
- La teoria dell'attività

L'età anziana Modello SOC

Ottimizzazione selettiva con compensazione.

Obiettivo: Necessità di mantenere una continuità sia nei ruoli e nei contesti esterni, sia nel senso di identità interiore.

Selezione: un pianista può selezionare, riducendo, il repertorio dei pezzi che suona.

Ottimizzazione: deve esercitarsi di più.

Compensazione: deve adottare nuove strategie come il suonare più lentamente i pezzi per poter creare il senso della velocità nonostante le sue dita abbiano perso rapidità di movimento.

LA TEORIA DELL'ATTACAMENTO

- È la chiave di lettura per comprendere comportamenti e richieste dei pazienti e dei familiari (dal piccolo paziente, all'anziano)
- Framework teorico per «ri-pensare» alcune pratiche clinico-organizzative (orari visita, presenza genitori-familiari nei reparti o durante procedure invasive etc.)

La nascita della teoria dell'attaccamento

-**J Bowlby**, psicoanalista e medico londinese si interessò allo **studio del legame madre-figlio** ed alle possibili conseguenze, sulla personalità dei bambini, di un'eventuale separazione precoce dalla madre in età infantile. (1951 "*Maternal Care and Mental Health*")

-Bowlby dimostra che, se un bambino vive **la privazione e la carenza totale di cure materne, la sua crescita fisica, cognitiva ed emotiva, rimane segnata** anche nell'età adulta

-lo **sviluppo dell'io è legato alla qualità delle prime relazioni significative del bambino (reali e non fantasmatiche).**

I contributi dell'etologia alla teoria di Bowlby

-Il fatto che anche molti piccoli che già subito dopo la nascita sono in grado di nutrirsi da sé **seguono le loro madri.**

-**Lorenz** osservando il comportamento delle piccole oche notò come la figura con cui i piccoli di oca interagivano entro le prime 48 ore dalla nascita generava un **imprinting** ovvero essi imparano a riconoscerla come figura di riferimento

-Lorenz notò in loro dei **segni d'angoscia** quando venivano separate dalla figura di riferimento

-Studi sulle scimmie di **Harlow**: tendenza delle scimmie a cercare il contatto con un oggetto morbido piuttosto che con quello che fornisce il cibo.

LINK

Studi di **Spiz** sui bambini allevati in orfanotrofio e separati dalla persona che si prendeva cura di loro (ritardo nello sviluppo e aumento tasso mortalità)

Esiste un sistema motivazionale innato, indipendente da quello del sesso e dell'alimentazione, rivolto al mantenimento della vicinanza.

La ricerca del legame è un bisogno separato e fondamentale, tanto quanto la ricerca di cibo

Cos'è l'attaccamento?

-È un **sistema motivazionale innato** che porta alla ricerca di **vicinanza protettiva** di una **figura ben conosciuta (figura d'attaccamento)** ogni volta che si costituiscono situazioni di pericolo, dolore, fatica o solitudine e si avverta perciò il bisogno di protezione o di comfort

-**Obiettivo** è quello di garantirsi sicurezza fisica ed emotiva (la **sopravvivenza**)

Abbiamo riflessi biologici innati che ci predispongono a garantirci:

- nutrimento (suzione)
- calore/affetto (aggrapparsi)
- conforto (pianto)
- complicità e interazione (sorriso e lallazione)

Dipendenza e autonomia

La "dipendenza" è una condizione insita nel neonato che sopravvive solo se questo bisogno viene soddisfatto. La **soddisfazione del bisogno di dipendenza**, inteso come bisogno di amore materno, **porta allo sviluppo di intimità, sicurezza e autonomia.**

Il sistema di attaccamento si attiva in:

- Situazioni di **pericolo** (fisico e psichico), dolore, paura, solitudine o nei casi di allontanamento dalla figura di attaccamento (nei bambini) (NB: La malattia può attivare il sistema d'attaccamento)
- Comportamenti** (età-specifici) come pianto, lamento, ricerca della vicinanza
- Sistema di attaccamento (nel bambino). Sistema di accudimento (nell'adulto)

L'attaccamento è definito come un **legame emotivo duraturo** con un **certo individuo (figura d'attaccamento)**.

L'attaccamento è:

- selettivo verso persone specifiche
- è persistente e non transitorio
- implica la ricerca di vicinanza con la figura di attaccamento
- fornisce benessere e sicurezza (effetto base sicura)
- produce protesta per la separazione quando la vicinanza non è possibile

Lo sviluppo dell'attaccamento

0-3 mesi:

-Il bambino si orienta verso qualunque persona e produce i segnali di cui è dotato quali il pianto, il sorriso, le vocalizzazioni allo scopo di indurre l'avvicinamento, la prossimità e il contatto di qualunque essere umano, senza distinzione;

-Si tratta di comportamenti che hanno la funzione biologica di assicurare benessere, sicurezza e protezione poiché rappresentano dei richiami che soddisfano il bisogno di cure e di vicinanza;

-Successivamente, il bambino comincia a riconoscere non solo sulla base di indizi olfattivi, ma anche visivamente, le persone che si occupano di lui.

3-8 mesi:

-Persiste un atteggiamento amichevole verso tutte le persone

-Il bambino **comincia a distinguere coloro che si prendono cura di lui** da tutti gli altri (**capacità di discriminazione**)

-il bambino appare sempre più in grado di discriminare tra figure familiari e persone sconosciute; comincia a orientarsi verso le figure familiari e, in particolare, verso quella che si prende cura di lui.

Reazioni differenziate nei confronti di una o più figure preferenziali

Il bambino **sorride più frequentemente e più specificamente alla vista della madre** piuttosto che a quella di altre persone oppure cessa di piangere solo quando viene preso in braccio dalla madre e non da un'altra persona

8 mesi – 2 anni:

-Il bambino impara a camminare e amplia notevolmente il proprio repertorio comportamentale;

-Prendere l'iniziativa del contatto fisico e mantiene un contatto preferenziale con la figura di attaccamento, mentre le altre persone familiari diventano **figure di attaccamento secondarie**;

-In questa fase si manifestano **l'ansia da separazione e la paura dell'estraneo** che indicano il timore di essere lasciato solo e segnalano capacità del bambino di riconoscere e di preferire la propria figura di attaccamento;

-I comportamenti si organizzano intorno ad una figura specifica e **si struttura il legame di attaccamento vero e proprio, orientato e preferenziale**.

-L'obiettivo in questa fase è: mantenersi "abbastanza vicino" alla madre, usarla come **base sicura per le esplorazioni** quando la minaccia ambientale è al minimo ed esibire proteste per la separazione o segnali di pericolo quando è necessario.

L'attaccamento nell'arco di vita

-L'attaccamento e la qualità del legame si **costruisce e si stabilizza da 0 ai 2 anni**

-L'attaccamento madre-bambino diventa il **prototipo delle relazioni di attaccamento** che il soggetto potrà instaurare nel corso del ciclo di vita

-Adolescenza e fase adulta si raggiunge la **capacità di «separarsi»** dal *caregiver* primario, e di legarsi a **nuove figure di attaccamento**: dall'attaccamento materno agli attaccamenti multipli.

-La **relazione amorosa** come relazione d'attaccamento.

-Elaborazione del **lutto** come **ri-creazione di un legame d'attaccamento** con la persona defunta

L'attaccamento, **pur avendo base innata**, non è totalmente determinato da variabili innate a **importanza dei fattori ambientali** e dell'interazione con il *caregiver* (responsività ed empatia) **nel determinarne la qualità**

Dalle esperienze primarie di attaccamento si creano i

Modelli Operativi Interni: Insieme di memorie e aspettative riguardanti il sé del bambino, l'altro e la relazioni → schemi cognitivi interpersonali riguardanti la conoscenza di sé con l'altro, "interiorizzazione" delle relazioni di attaccamento (Liotti, 1996).

Diversi tipi di attaccamento: Ainsworth e collaboratori in base alle reazioni dei bambini alla separazione, al gioco e alla riunione con la madre identificano diversi tipi di attaccamento

<https://www.youtube.com/watch?v=QquZxJhuSg8>

<https://www.youtube.com/watch?v=AGRT6VjnTm8>

Modelli di attaccamento

Attaccamento sicuro

Il bambino piange, protesta, all'uscita della madre ma poi si consola, gioca con l'educatore che resta con lui. Quando la mamma rientra si mostra contento e mostra i giochi che ha fatto.

Modello Operativo Interno

Idea di sé: «sono amato e amabile»

Idea dell'altro: «affidabile e capace di amare»

Idea della relazione: «la relazione c'è ed è sicura, mi posso fidare»

Soddisfacimento bisogno di accettazione, vicinanza e autonomia

Attaccamento insicuro-evitante

Quando il genitore lascia la stanza questi bambini se ne accorgono, sono leggermente tesi ma fanno finta di niente; finché il genitore è fuori i bambini continuano la propria attività; quando il genitore rientra lo ignorano e rimangono guardinghi nei suoi confronti.

Modello Operativo Interno

Idea di sé: «non sono amabile»

Idea dell'altro: «incapace di amare e indisponibile»

Idea della relazione: «la relazione c'è ma non mi posso fidare»

Mancato soddisfacimento bisogno di vicinanza

Attaccamento insicuro-ambivalente

Questi bambini, quando la mamma esce piangono, poi giocano un po' ma continuano ad essere tesi, il gioco esplorativo è inibito, piagnucolano; quando rientra si arrabbiano, gliela fanno "pagare", fanno fatica a consolarsi

Modello Operativo Interno

Idea di sé: «sono amato e amabile a determinate condizioni»

Idea dell'altro: «capace di amare in modo discontinuo»

Idea della relazione: «la relazione c'è ma è instabile, è possibile la rottura»

Mancato soddisfacimento bisogno di autonomia

Attaccamento insicuro-disorganizzato

Questi bambini mostrano una gamma diversificata di comportamenti passando velocemente dal pianto all'indifferenza alla rabbia. Se vengono presi in braccio possono contemporaneamente mordere e scalfare ed abbandonarsi ad una coccola.

Modello Operativo Interno

Idea di sé: «molteplice, frammentata»

Idea dell'altro: «imprevedibile, contraddittorio, discontinuo, spaventante»

Idea della relazione: «ambigua»

Insoddisfazione dei bisogni di sicurezza, coerenza e continuità, rispetto dei limiti e dell'integrità fisica

La stabilità dell'attaccamento

Stabilità del proprio modello di attaccamento durante l'arco della vita (Fonagy, Steel, Morgan, Steele, & Higgit, 1991; Anfossi, 1999)

Modelli operativi interni (MOI)

Storie cicliche in cui il modello di attaccamento esperito viene trasmesso ai propri figli in veri e propri "**cicli di sicurezza o di insicurezza**" dell'attaccamento

Esperienze emozionali correttive (psicoterapia) possono modificare lo stile d'attaccamento

SVILUPPO COGNITIVO

Jean Piaget

Fondatore dell'epistemologia genetica, ovvero dello studio sperimentale di come si costruisce la conoscenza nel corso dello sviluppo

Metodi

- Colloqui clinici (conversazioni coi bambini senza condizionare le risposte)
- Osservazione dei suoi figli
- Esperimenti (su operazioni logiche, nozioni di spazio, tempo causalità etc.)

Gli assunti base della teoria di Piaget

-**L'organismo è attivo e si modifica attraverso gli scambi con l'ambiente**

-Lo **sviluppo cognitivo** consiste nella **trasformazione di strutture cognitive grazie all'interazione dell'individuo con l'ambiente**

Le funzioni invarianti

Il bambino fin dalla nascita è un esploratore attivo e si rapporta con l'ambiente seguendo due processi innati propri di tutti gli esseri viventi (invarianti funzionali):

1. **Organizzazione**
2. **Adattamento (assimilazione e accomodamento)**

1. **ORGANIZZAZIONE**

-Tendenza a formare sistemi organizzati, a unificare le parti in un tutto organizzato, a combinare e integrare degli elementi disponibili in sistemi coerenti (schemi)

-Per rappresentare, organizzare e interpretare le esperienze l'individuo crea delle strutture mentali/cognitive che Piaget chiama **schemi** modello di pensiero o di azione (e.g. schema del prendere è un insieme organizzato di azioni)

2. **ADATTAMENTO**

Processo per cui l'organismo si «aggiusta» in base alle richieste dell'ambiente per sopravvivere. Questo avviene attraverso 2 meccanismi complementari:

Assimilazione= nuove esperienze vengono assorbite nelle strutture cognitive/schemi già esistenti

Accomodamento=le strutture cognitive/schemi dell'organismo si modificano per accogliere nuovi elementi della realtà.

Per un buon adattamento ci deve essere equilibrio tra assimilazione e accomodamento

Situazione nuova (tentativo si assimilarla allo schema preesistente)

Successo → utilizzo degli schemi (assimilazione)

Insuccesso → modifica degli schemi (accomodamento)

L'**intelligenza**: una forma di adattamento

Assimilazione: Incorpora nei propri schemi i dati dell'esperienza (Conservazione)

Accomodamento: Modifica i propri schemi per adattarli ai nuovi dati Novità

Adattamento dell'organismo all'ambiente

Lo sviluppo cognitivo comporta dei processi di **progressiva modifica** delle **proprie strutture mentali** (schemi) in base alle richieste ambientali. Ciò avviene attraverso i processi di assimilazione e accomodamento.

Gli stadi di sviluppo cognitivo

1. Intelligenza senso-motoria (0-1½ -2 anni)

-Priva della capacità rappresentativa (priva di funzione simbolica)

-Il bambino vive in un sistema indifferenziato

-Egocentrismo senso-motorio:

Non sa distinguere tra sé e l'altro

-L'oggetto esiste solo nell'interazione col bambino, poi non esiste più

-Non sa distinguere tra ciò che appartiene alla sua azione sugli oggetti e ciò che è dell'oggetto

-Intelligenza di natura pratica, diretta a conseguire dei risultati e risolvere i problemi d'azione con un sistema di schemi d'azione

- **Reazioni circolari primarie**

Il bambino sperimenta reazioni piacevoli sul proprio corpo e cerca di riprodurle. **Ripetizione di attività sul proprio corpo per il semplice piacere di farlo**. Il bambino trova per caso un risultato nuovo e interessante e cerca di conservarlo mediante la ripetizione.

- **Reazioni circolari secondarie**

Il bambino compie azioni sugli oggetti che lo circondano; a volte queste producono un effetto interessante inatteso. Il bambino ripete l'**attività** condotta **sull'ambiente** per far durare lo spettacolo interessante

Coordinazione degli schemi

Il bambino coordina gli schemi che ha acquisito e ne fa una sequenza intenzionalmente per raggiungere un fine

(e.g. c'è un oggetto bello ma il bambino non riesce a prenderlo perché davanti c'è una coperta: toglie la coperta (schema motorio) per prenderlo (schema motorio))

- **Reazioni circolari terziarie**

Variazione volontaria degli **schemi** nel tentativo di sperimentare attivamente. Il bambino modifica la propria azione sull'ambiente per poterlo comprendere meglio.

La conquista della permanenza dell'oggetto

Verso i 18 mesi compare la capacità nel bambino di comprendere che gli oggetti esterni che formano il mondo, sono entità esistenti, a prescindere dalla sua consapevolezza di essi.

2. Intelligenza pre-operatoria (2-7 anni)

-Permanenza dell'oggetto

-Comparsa della capacità rappresentativa

Il bambino è ora in grado di usare simboli, immagini, parole, oggetti e azioni che si riferiscono ad una realtà non percepita in quel momento e che la evocano.

Capacità rappresentativa

Si ha quindi una differenziazione tra simbolo e oggetto/evento significante e significato (e.g. disegno della mamma e la mamma; una scatola per rappresentare una casetta, foglietti per fare i piatti)

Egocentrismo= il bambino si rappresenta le cose solo dal proprio punto di vista. Crede che tutti la pensino come lui e che capiscano i suoi pensieri. Incapacità di decentrarsi dalla propria visione (esperimento delle tre montagne)

Animismo= il bambino attribuisce caratteristiche degli organismi viventi anche a esseri inanimati. Incapacità di distinguere oggetti inanimati da esseri viventi → "Alla sedia dispiace che qualcuno le si sieda sopra?"

Rigidità di pensiero

Irreversibilità= Il bambino non è in grado di annullare gli effetti di una azione mentale attraverso l'esecuzione di un'altra azione mentale ad essa opposta.
(e.g. conservazione della materia, esperimento dei bicchieri di succo)

Fenomenismo: il loro pensiero sembra ancorato ai tratti percettivi che non riescono a ignorare (aspetti superficiali dell'esperienza). Non hanno la comprensione che le caratteristiche di base della materia non vengono modificate da cambiamenti nel loro aspetto esteriore.

Ragionamento non ancora logico: i bambini compiono ragionamenti basati su aspetti più superficiali dell'esperienza o tenendo a mente solo un aspetto

3. Intelligenza operatorio-concreta (6/7 – 11 anni)

-Capacità di decentrarsi dal proprio punto di vista

-Il pensiero è organizzato in operazioni logiche concrete → vincolate a casi concreti e specifici di cui si fa esperienza diretta

-Operazioni reversibili: possibilità di annullare l'effetto di un'azione mentale eseguendone un'altra

Acquisizioni nello stadio operatorio concreto

Seriazione: organizzare mentalmente degli elementi in base a determinati criteri (ordine per altezza etc.)

Classificazione: classificare gli oggetti in gruppi basandosi su certi criteri, individuando le relazioni fra i gruppi. Es.: inclusione in categorie.

Numero: idea più matura del numero e della sua invariabilità.

Conservazione: di volume, lunghezza, numero, dimensione, massa. Comprendere che la quantità rimane tale anche a fronte di variazioni di forma.

Dalla dipendenza dalla percezione alla dipendenza dalla **logica**

4. Intelligenza Operatorio-Formale (dagli 11 anni)

-**Pensiero astratto**: il bambino riesce a condurre ragionamenti corretti senza la necessità di partire da un dato di esperienza (operazioni logiche astratte). capacità di ragionare sulle cose mai sperimentate direttamente.

-Il bambino è in grado di immaginare. **Differenzia reale e possibile**

-Ragionamento ipotetico-deduttivo:

-il bambino costruisce ipotesi ed elabora mentalmente i risultati prima di sottoporli a verifica empirica. • -
Una volta individuati i potenziali fattori coinvolti in un fenomeno, li varia in modo sistematico per verificare quali causino quel fenomeno

-Applicare la logica: capacità di calcolare le conseguenze sulla base del "se-allora»

-Egocentrismo dell'adolescente: capace di riflettere sul suo pensiero e di costruirsi teorie, incapacità di tollerare che altri hanno idee, desideri diversi

Contributi importanti

Pensiero dei bambini qualitativamente diverso dal pensiero adulto

Lo sviluppo cognitivo è continuo fin dalla nascita

I bambini apprendono attivamente

Implicazioni educative:

Coinvolgimento attivo

Apprendere facendo

Costruire un ambiente stimolante per favorire una costruzione autonoma della conoscenza

Adattamento dei compiti al livello cognitivo del bambino

VIDEO

BAMBINO, ADOLESCENTE, FAMIGLIA E MALATTIALa famiglia come sistema:

Sistema: insieme di elementi reciprocamente interdipendenti (ma anche autonomi). Una modifica di uno degli elementi del sistema produce un cambiamento anche negli altri, e quindi differenti equilibri nel sistema stesso (**circolarità**). In un insieme il tutto è sempre maggiore e diverso dalla somma delle parti.

La famiglia:

è simile ad un organismo con un **proprio ciclo vitale** suddiviso in **fasi**

Il passaggio da una fase all'altra corrisponde abitualmente ad un momento di **crisi (evento critico)**, che richiede un cambiamento dell'organizzazione familiare.

Ogni fase è caratterizzata da un "evento critico" relativo all'entrata o all'uscita di un membro dal sistema famiglia.

Le fasi del ciclo vitale della famiglia (Scabini 1995):

FASE	EVENTO CRITICO
Creazione della coppia	Fidanzamento, matrimonio, convivenza
Famiglia con bambini	Primo figlio, altri figli
Famiglia con adolescenti	Adolescenza dei figli
Famiglia trampolino con figlio adulto	Uscita dei figli di casa
Famiglia anziana	Pensionamento, malattia-morte

TEORIA DEL FAMILY STRESS



EVENTO CRITICO: le abituali modalità di funzionamento risultano inadeguate e la famiglia deve riorganizzare le caratteristiche dei ruoli di ciascuno di fronte agli inevitabili cambiamenti cronologici (compito di sviluppo della famiglia).

Per passare da uno stadio all'altro del ciclo vitale la famiglia deve essere sufficientemente flessibile per rinegoziare le regole che definiscono le relazioni al suo interno.

Gli **eventi critici del ciclo vitale di una famiglia** possono essere:

- **Normativi**

- Eventi che la maggior parte degli individui e delle famiglie incontra nel corso del proprio ciclo vitale
- Eventi prevedibili e attesi
- “Orologio sociale”: scandisce le attese degli individui relative ai differenti periodi di vita

- **Paranormativi**

- Eventi che, anche se frequenti, non sono prevedibili (crisi economiche, **malattie**, separazioni e/o divorzi, morte prematura di un partner o di un figlio).
- Mettono la famiglia di fronte a difficoltà maggiori e più facilmente possono bloccare lo sviluppo di una famiglia

Il vissuto delle famiglie di fronte alla malattia

- Paura** dell'ignoto, paura della malattia, paura delle cure, paura del dolore e paura della morte. I figli in particolare possono avere molte paure che non esprimono, soprattutto se non si spiega loro ciò che sta succedendo.
- Anche la **rabbia** è una reazione molto comune. I familiari possono diventare il capro espiatorio su cui il malato sfoga la sua rabbia. A loro volta, i familiari stessi possono essere arrabbiati: con i medici perché non hanno diagnosticato il problema prima, con se stessi per aver trasmesso un difetto genetico, con il paziente perché non si è curato dovutamente, o addirittura con Dio, ritenendolo responsabile della malattia.
- Un'altra reazione comune a una malattia cronica è il **senso di colpa**.
- Questo turbine di emozioni spesso porta a **dolore e tristezza**, fino ad arrivare nelle forme più gravi alla depressione.

Il vissuto del bambino di fronte alla malattia

- Nei primi due anni di vita**, l'esperienza del bambino è **influenzata** dall'atteggiamento tenuto dai familiari, in particolare del **caregiver**.
- Il bambino non ha raggiunto un livello cognitivo tale da poter comprendere le situazioni altamente stressanti.
- Le esperienze dolorose, come gli accertamenti medici e i trattamenti, possono essere vissute come **minacce alla propria integrità** fisica provocando un **vissuto di paura, apatia e frammentazione**.
- Il bambino in questa fase potrà segnalare il suo disagio attraverso **cambiamenti nel ritmo sonno-veglia, disturbi dell'alimentazione**.

-**In età prescolare(2-7 anni)** il bambino può sentirsi **responsabile** della propria malattia (pensiero magico ed egocentrismo).

-La malattia è **vissuta dal bambino come una punizione e come un violento attacco esterno**.

-I bambini possono rinchiudersi in sé stessi, mostrare **irritabilità ed aggressività** che celano l'angoscia di perdita, di essere abbandonati. Il bambino può **diventare capriccioso**.

-**Regressione** a comportamenti propri di uno stadio evolutivo precedente; anche in rapporto al cambiamento dei comportamenti genitoriali che tendono ad essere iperprotettivi e permissivi.

-**Opposizione**, con la quale il bambino non solo non collabora alla cura ma rifiuta di essere curato.

-**All'entrata della pubertà** l'acquisizione del pensiero astratto ed ipotetico facilita la comprensione della complessità dell'evento malattia e delle terapie, portando a vissuti di profonda tristezza, isolamento o ribellione ed acting out.

Il vissuto dell'adolescente di fronte alla malattia

Adolescenza—> **processo di costruzione dell'identità**

realizzazione di un Sé nuovo, autentico e coeso attraverso il superamento dei compiti evolutivi fase-specifici:

- Definizione della propria identità attraverso il processo di separazione e individuazione
- Mentalizzazione del nuovo corpo
- Definizione di un nuovo sistema di valori e ideali di riferimento
- Nascita come soggetto sociale

La malattia cronica rende all'adolescente più difficile, affrontare i compiti di sviluppo.

-Corpo (malato, danneggiato e fragile) come il luogo del più forte **tradimento** narcisistico (Vanni, 2005)

- La malattia, gli effetti collaterali delle terapie (la perdita dei capelli, i cambiamenti di peso, le cicatrici) minano profondamente **l'immagine che il giovane ha di sé e la sua autostima**.

- La condizione di malattia e dunque le cure mediche non favoriscono il **bisogno di autonomia** dell'adolescente ma anzi lo limitano fortemente, rendendo più difficile la *separazione* dalla coppia genitoriale — > maggiore preoccupazione = maggiore controllo genitoriale

-Lunghe ospedalizzazioni non permettono all'adolescente di vivere e crescere con i propri pari. Viene a mancare la fondamentale funzione di **rispecchiamento** che il gruppo dei pari offre.

-In alcuni casi problema del futuro. **Quale futuro?**

Strategie familiari e crisi

-**Evitamento**: negare in attesa di soluzione automatica

-**Eliminazione**: minimizzare per non cambiare

-**Adattamento**: modificarsi per accogliere le nuove istanze

Adattamento attivo: riconoscimento dei vincoli che la malattia comporta e capacità di padroneggiarli e compensarli:

- Compliance alle terapie mediche
- Ricerca di rimedi personalizzati

L'adattamento attivo permette al soggetto di acquistare con il tempo un accettabile livello di benessere psicologico legato al senso di competenza e valore personale nel gestire i propri limiti e all'intero di questi sviluppare una normalità sulla propria misura.

Compiti di sviluppo delle famiglie in fase acuta di malattia (Rolland, 1994)

-Elaborare la perdita della vecchia identità familiare

-Rispondere in modo flessibile alle sfide poste dalla malattia

- Accettare il caos
- Riorganizzare le routine giornaliere e i ruoli famigliari
- Imparare come gestire i sintomi
- Familiarizzare col mondo medico e con l'equipe curante
- Ristabilire un senso di competenza
- Aprire una comunicazione (con i figli, all'interno della coppia) per evitare isolamento e depressione

Perché comunicare?

- Niente è più ansiogeno della peggiore immaginazione
- I bambini colgono emozioni e i non detti che aleggiano in famiglia
- Evita la posizione del bambino che «deve proteggere i genitori» e quindi non chiede;
- Riduce la preoccupazione e il senso di solitudine del bambino di fronte alla malattia
- Favorisce una maggior aderenza alle terapie
- Aumenta del senso di fiducia nell'equipe curante

Compiti di sviluppo delle famiglie in fase cronica (Rolland, 1994)

- Massimizzare l'autonomia di tutti i membri famigliari
- Bilanciare la maggior esigenza di **coesione** che la patologia comporta e il bisogno di **indipendenza** dei membri
- Essere consapevoli dell'impatto della malattia sulla fase di sviluppo della famiglia/singoli membri
- Mantenere la malattia "al suo posto" (rischio che la malattia prenda il sopravvento su tutto)
- Il bambino malato prima che essere malato è sempre un bambino!
- Creare zone «libere da malattia» nella casa
- Minimizzare il lutto anticipatorio (e.g. cosa può essere fatto dalla persona malata?)

Compiti di sviluppo delle famiglie in fase terminale (Rolland, 1994)

- Avviare il processo del lutto (verso la consapevolezza e accettazione)
- Affrontare questioni famigliari irrisolte
- Supportare la famiglia/il paziente per vivere pienamente il tempo rimasto
- Gestire l'assistenza medica (e.g. cure palliative)
- Supportare i famigliari dopo la morte del paziente

L'analisi del contesto familiare

- Contestualizzare la patologia: necessità di studio nel contesto si sviluppo, diagnosi e intervento
- Riconoscere risorse: vedere la famiglia come depositaria di conoscenze ed sperienze con il paziente non direttamente accessibili agli operatori dei servizi.