

Corso specializzazione per le attività di sostegno

a.a. 2018/2019

Ciclo: Scuola secondaria di II grado

Programma del corso

**MODELLI INTEGRATI DI INTERVENTO PSICO- EDUCATIVI E
PER LA
DISABILITA' INTELLETTIVA E NEI DISTURBI
GENERALIZZATI DELLO SVILUPPO**

prof. Alessandro Taurino

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

Obiettivo del corso

Il corso si propone di fornire ed implementare conoscenze e competenze tecnico-metodologiche che permettano di progettare e realizzare interventi integrati psico-educativi nel contesto classe. Più nello specifico, verrà proposto un articolato percorso di studio che consentirà di comprendere lo stato di sviluppo normale e psicopatologico di un/una alunno/a e descriverlo dinamicamente in termini di punti di forza e di debolezza attraverso formulazione di una corretta diagnosi funzionale.

Il corso consta di tre parti, caratterizzate da specifici obiettivi formativi.

- Una prima parte si concentrerà sull'analisi delle diverse prospettive di studio e ricerca che costituiscono il framework teorico della psicopatologia evolutiva.
- La seconda parte del corso si concentrerà sull'analisi dei principali disturbi del neurosviluppo (disabilità intellettive, disturbi dello spettro autistico, ADHD, Disturbi Specifici dell'Apprendimento, disturbi della comunicazione). Un'ampia parte verrà dedicata all'approfondimento dei disturbi dello spettro autistico.
- L'ultima parte del corso focalizzerà l'attenzione sulle strategie di intervento psicoeducativo finalizzate sia al decremento dei comportamenti problema sia allo sviluppo di nuove abilità in alunni/e con disturbi del neurosviluppo.

Fornire conoscenze teorico-tecniche inerenti la psicopatologia dello sviluppo, con lo scopo di favorire e promuovere l'acquisizione di competenze nella gestione ed applicazione di metodologie integrate di intervento psico-educativo per la disabilità intellettiva e per i disturbi generalizzati dello sviluppo.

Programma per l'esame

- Fava DSM-5-American Psychiatric Association, *Criteri Diagnostico-mini DSM-5*, Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 17-46.
- Foxx R. M. (1982). *Tecniche di base del metodo comportamentale*. Edizione Italiana 1986. Trento: Erickson Editore.
- Cottini L (2018), *L'autismo a scuola. Quattro parole chiave per l'integrazione*, Roma: Carocci.
- Estratti da: Miato S.A., Miato L. (2003), *La didattica inclusiva. Organizzare l'apprendimento cooperativo metacognitivo*, Trento: Erickson
- Costituisce parte integrante dello studio per la preparazione all'esame anche il materiale didattico di approfondimento indicato dal docente durante le lezioni

PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO

Che cosa è la psicopatologia dello sviluppo?

- **Pluralità dei modelli e delle impostazioni discorsive**
- **Iper-specializzazione dei domini di interesse**

Obiettivo della presente unità didattica

Analizzare tre precise posizioni teoriche legate alle definizioni dell'oggetto della psicopatologia dello sviluppo.

PROMA PROSPETTIVA: Tende ad identificare come **oggetto di tale disciplina la disfunzionalità, il disadattamento, il disturbo** e quindi, la psicopatologia tout-court.

SECONDA PROSPETTIVA: Psicopatologia come teoria della tecnica riabilitativa e psico-educativa.

TERZA PROSPETTIVA: Sposta il focus dell'attenzione alla "relazione" come costrutto centrale per l'analisi e l'interpretazione clinica, individuando come oggetto stesso della psicopatologia clinica le relazioni, e più specificamente la storia relazionale del soggetto in un'ottica clinico-dinamico-evolutiva, attenta a cogliere l'incidenza della funzionalità o disfunzionalità delle dinamiche interne alle relazioni precoci rispetto allo sviluppo dell'individuo, della sua identità e del Sé.

Prima prospettiva

Interconnessione tra psicologia clinica e psicopatologia dello sviluppo

Oggetto della psicologia clinica è il **disadattamento/la disfunzione** e gli esiti del **disadattamento stesso sul comportamento umano e sul funzionamento mentale (Lis, 1993)**.

American Psychological Association (Division 12)

Oggetto della psicologia clinica è il disadattamento (maladjustment, disability, discomfort) nel corso di vita (life span).

Psicologia clinica come **campo teorico-pratico volto a comprendere, predire ed alleviare tale disadattamento, focalizzando l'attenzione sugli aspetti intellettuali, emozionali, biologici, psicologici, sociali e comportamentali del funzionamento umano.**

Kendal e Norton-Ford (1991)

Il dominio di applicazione/l'oggetto della psicologia clinica possono essere i problemi di adattamento di individui, micro-gruppi, gruppi e organizzazioni, sulla base di un'idea di psicologia clinica come psicologia applicata, che utilizza leggi e tecniche ottenute dalla ricerca sperimentale per spiegare i comportamenti individuali, elaborare interventi terapeutici e valutarne l'esito.

Collegio dei Professori e dei Ricercatori delle università italiane

Oggetto della psicologia clinica sono i processi mentali disfunzionali o patologici, individuali e interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici

Definire il dominio di applicazione nei termini di problemi di adattamento (o disadattamento o disfunzioni) è insufficiente: occorre aggiungere alla dimensione oggettiva del *disadattamento* la dimensione soggettiva dello stato di *malessere/sofferenza e benessere*

E' possibile infatti evidenziare che il dolore e la psicopatologia non hanno una relazione lineare tra di loro

Condizioni psicopatologiche possono non essere vissute con un'esperienza soggettiva consapevole di intensa sofferenza.

Allo stesso modo, quanto più una persona possiede un buon funzionamento psichico, tanto più sarà in grado di sperimentare e sopportare il dolore connesso a episodi esistenziali potenzialmente "scompensanti", accogliendone il loro significato, senza cadere nella psicopatologia.

E' ipotizzabile quindi una sofferenza che non implica disadattamento, così come è possibile ipotizzare un disadattamento che a sua volta non implica sofferenza. Questa considerazione non determina l'esclusione dall'ambito della psicologia clinica delle forme di disadattamento senza sofferenza, anche perché che nei disturbi mentali, in quanto disturbi della coscienza, può sempre annidarsi la non coscienza del disturbo (Battacchi, 1999).

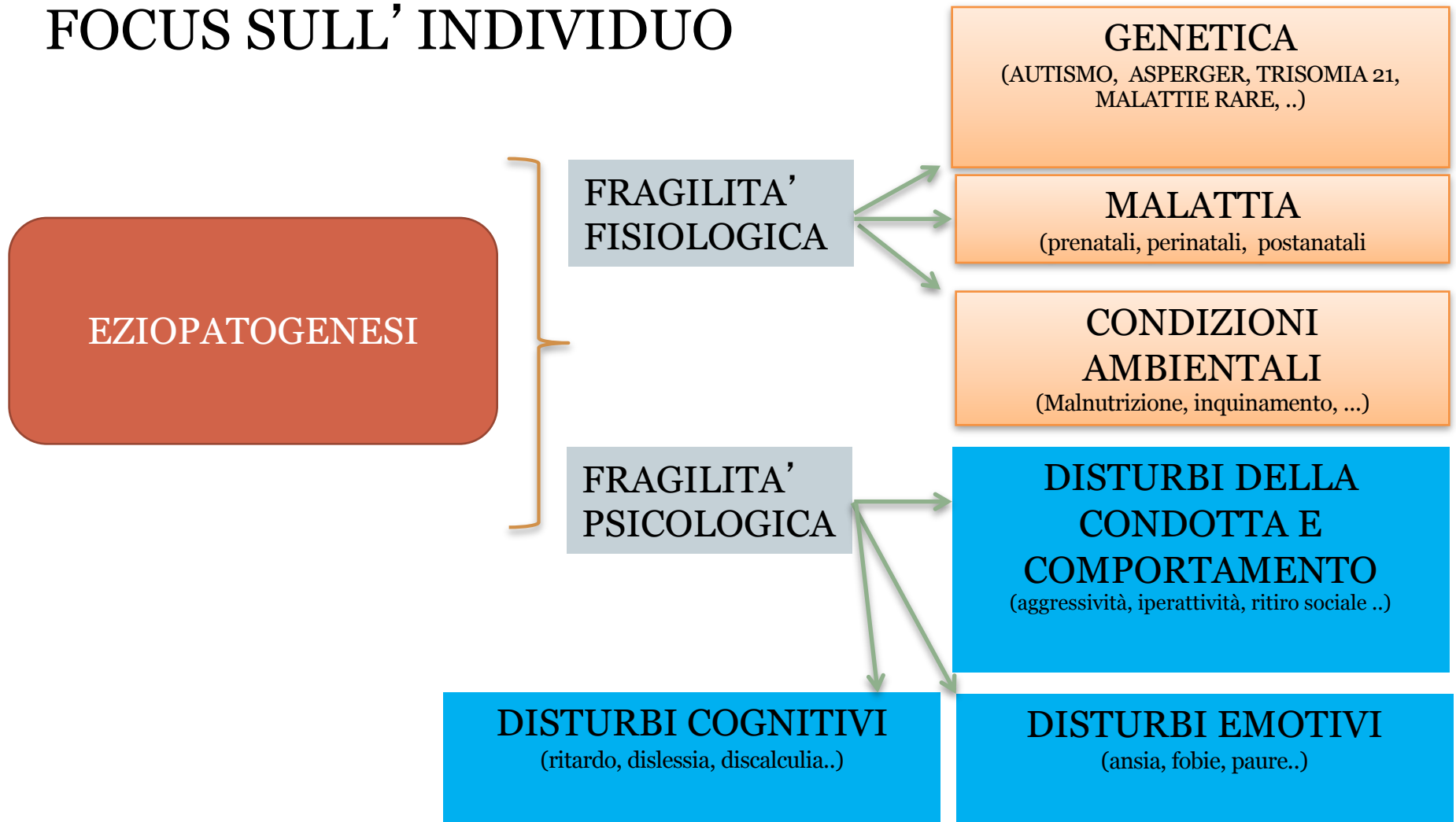
La psicologia clinica può essere identificabile pertanto con le metodiche psicologiche volte alla consulenza, diagnosi, terapia o comunque di intervento sulla struttura e organizzazione psicologica individuale e di gruppo, nei suoi aspetti problematici, di sofferenza e di disadattamento e nei suoi riflessi interpersonali, sociali e psicosomatici.

La psicologia clinica è altresì finalizzata agli interventi atti a promuovere le condizioni di benessere socio-psico-biologico e i relativi comportamenti, anche preventivi, nelle diverse situazioni cliniche e ambientali.

La complessità della diagnosi

ECOLOGIA DELLA DIAGNOSI

FOCUS SULL' INDIVIDUO



ALCUNI PRE-GIUDIZI

- La psicopatologia è conseguenza di una «fragilità» INDIVIDUALE del bambino/adolescente
- A cause patogene univoche corrispondono effetti psicologici univoci (causalità della psicopatologia)
- I criteri eziologici definitivi delle psicopatologie infantili (come adulte) sono STANDARD, replicabili universalmente
- I criteri diagnostici sono risultato di evidenze empiriche, studi epidemiologici (crossezionali, longitudinali) di comprovata scientificità (cornice bio-medica)

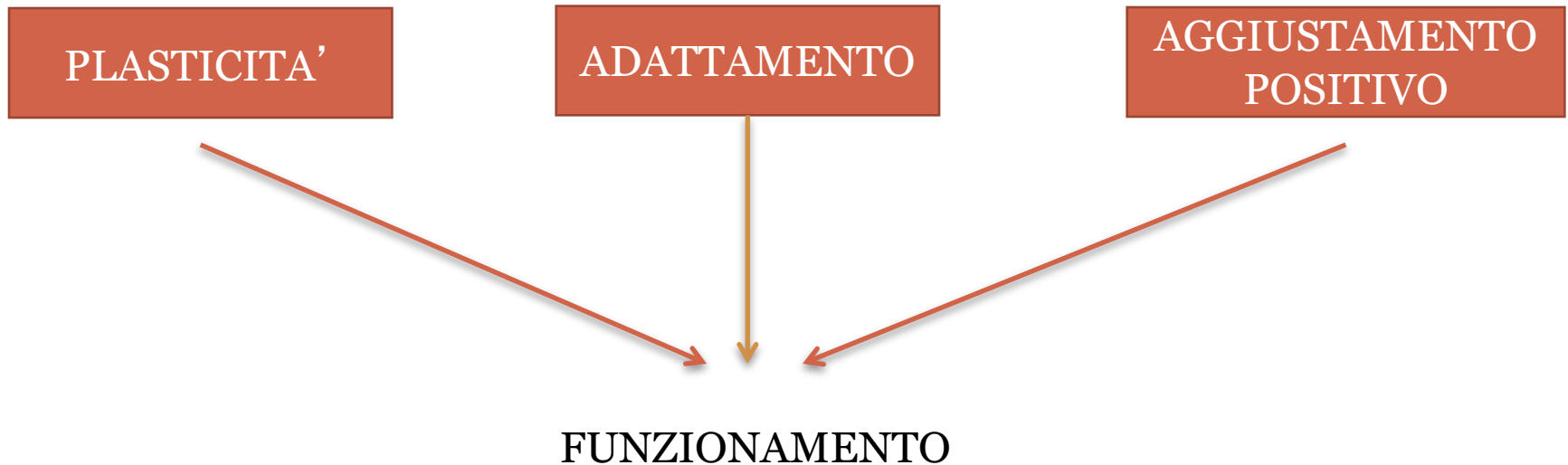
CONSEGUENZE DEL «PREGIUDIZIO DI VULNERABILITA' »

- Il bambino/adolescente è debole (va protetto, curato, «medicalizzato»)
- Il bambino/adolescente è «incompetente» del proprio stato di benessere, salute mentale, adattamento psicologico, equilibrio emotivo e comportamentale.
- Il bambino è un attore sociale da educare (anche alla salute psicologica)

**LA VULNERABILITA' INFANTILE/ADOLESCENZIALE
E' PREGIUDIZIO CHE TRASCURA LE ABILITA' DEL
BAMBINO COME ATTORE SOCIALE SITUATO IN UN
CONTESTO DI APPRENDIMENTO A CUI RISPONDE
COLLOCANDOSI I BASE A REGOLE, RUOLI E
RICHIESTE**

La psicopatologia è conseguenza di una «fragilità» INDIVIDUALE del bambino/adolescente

- I bambini attraversano fasi di continuo e rapido sviluppo che richiedono



TALI ASPETTI DI FUNZIONAMENTO NON SONO MANTENUTI IN ETA' ADULTA

A cause patogene univoche corrispondono effetti psicologici univoci (causalità della psicopatologia)

- La patologia è un mal-funzionamento (maladattamento) intra-individuale dovuto a cause esterne/interne che impattano su «soggetti fragili»
- Il rapporto tra cause e sintomi è di tipo lineare
Es: Impatto dell' evento → TRAUMA → Sintomi
- Insieme di sintomi producono sindromi
(es: attivazione fisiologica, intrusioni, evitamenti →
Sindrome posttraumatica)
- Differenze individuali (tratti di personalità, robustezza genetica, abilità cognitivo-emotive) moderano la severità di sintomi e sindromi

Alcune conseguenze del pre-giudizio di linearità

- Non spiega reazioni diverse a cause identiche
(bambini/adolescenti che hanno esperito esperienze analoghe hanno reazioni diverse)
- Non si occupa dei contesti di vita
(ambiente familiare, sociale, di vita ...)
- Attribuisce differenze di reazione/risposta a differenze intra-soggettive
(bambino resiliente vs bambino vulnerabile)

I criteri definatori standard e universali delle psicopatologie

- Presumono una classificazione manualistica delle psicopatologia (es. ICD10- DSM, disturbo personalità, ossessivo ecc..)
- Rispondono ad un modello bio-medico e ad una concezione «psichiatrica-molecolare» (depressione → antidepressivo triciclico, ansia → benzodiazepina)
- Si rifanno a categorizzazioni diagnostiche di tipo ex-post (rare in medicina); (risposta al farmaco → sindrome; Ritalin → ADHD)

Alcune conseguenze del pre-giudizio di universalità

- Mancanza di sensibilità culturale
- Medicalizzazione e psichiatrizzazione della cura (abbassamento dell'età di somministrazione dello psicofarmaco, spersonalizzazione della cura)
- Sottostima dei sistemi di significato sottesi alla patologia (quali motivi mantengono nel bambino la fobia della scuola?)

I criteri diagnostici sono risultato di evidenze empiriche

- Criteri evidence based (efficienza ed efficacia)
- Rendicontabilità dei protocolli (economicità della cura)
- Replica sperimentale dei protocolli di ricerca (logica del laboratorio, delle scienze hard)

La psicopatologia evolutiva come scienza del significato

- L'identità individuale è fondata nell'intersoggettività
 - La patologia del bambino risponde a un sistema di significato condiviso entro cui il bambino si con-
- pone

Es: bambino fobico

Bisogno di protezione

Bisogno di esplorazione



Normalità e patologia

La complessa interazione tra individuo e ambiente non determina soltanto i processi di sviluppo, ma influenza anche la definizione del confine tra **NORMALITÀ e PATOLOGIA** in età evolutiva

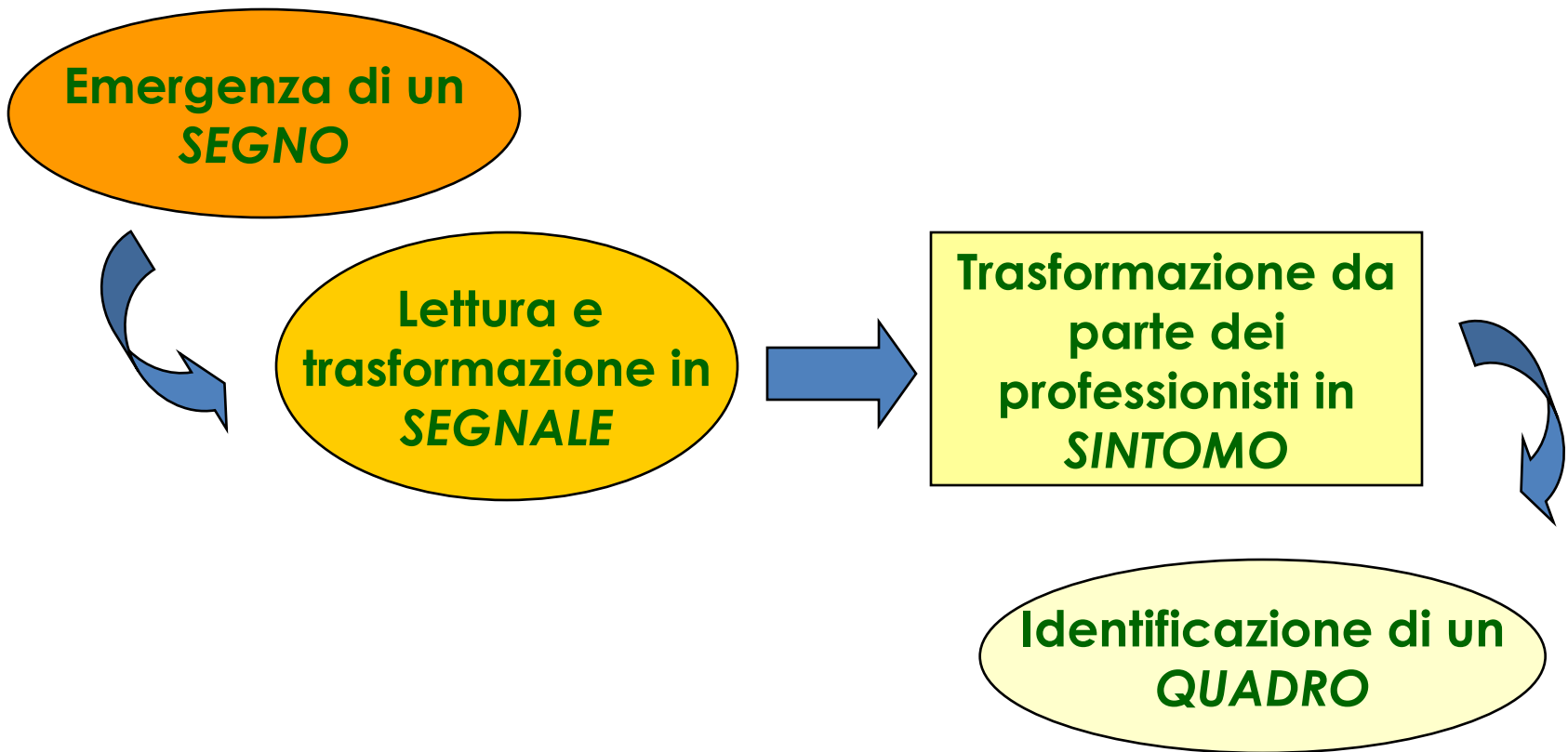
Nella malattia organica la patologia viene definita in contrapposizione alla *salute-norma*, quando si evidenziano sintomi patognomonicici (cioè caratteristici) per qualche patologia



DOMANDA:
è possibile applicare lo stesso criterio per definire la psicopatologia?

Normalità e patologia

Nella psicopatologia dello sviluppo la definizione del confine tra normalità e patologia non può seguire acriticamente i criteri della scienza medica, ma attraversa numerosi passaggi:



Normalità e patologia

ALCUNE DEFINIZIONI

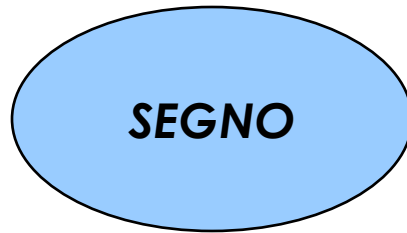
SEGNO = manifestazione che il bambino mette in atto attraverso comportamenti di varia natura, che vengono letti dal suo contesto

SEGNALE = segno che viene letto e trasformato nell' indicatore di un disagio presente nel bambino

SINTOMO = trasformazione, da parte dei professionisti della psiche, del segnale in un indicatore, insieme con altri, della presenza di un quadro psicopatologico, che assume significato all' interno del sistema di riferimento teorico-metodologico del professionista stesso

QUADRO = insieme di segni di disagio, ricorrente in una determinata cultura, relativamente a un certo periodo dello sviluppo

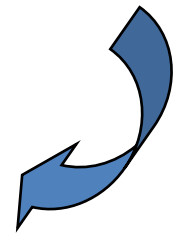
Normalità e patologia



Mario è un bambino di 7 anni che, da qualche tempo, mostra uno scarso appetito, ha una espressione triste ed è particolarmente svogliato e disinteressato al mondo che lo circonda.

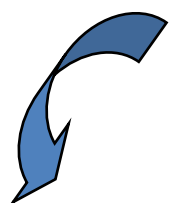
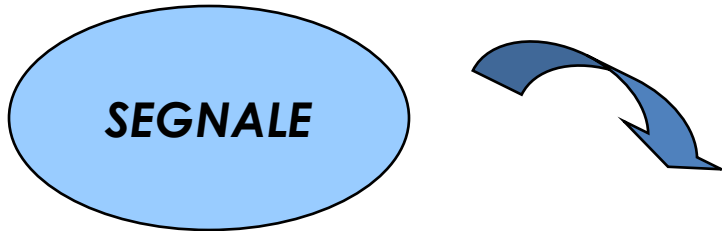
Questi sono i *segni* che la scuola e i genitori hanno osservato nei comportamenti di Mario.

Quali possono essere i **SIGNIFICATI** di questi segni?



Normalità e patologia

SEGNALE



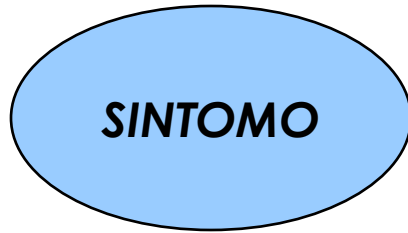
L' inappetenza di Mario forse si protrae da troppo tempo e la sua tristezza e disinteresse si verificano in molte situazioni quotidiane, anche in momenti sereni e poco stressanti per il bambino. In più, non è accaduto nulla nella vita di Mario che possa giustificare questi cambiamenti.

I segni manifestati da Mario vengono letti e trasformati in *SEGNALI*.

Quale disagio ci sta comunicando Mario attraverso i segni?

Normalità e patologia

SINTOMO



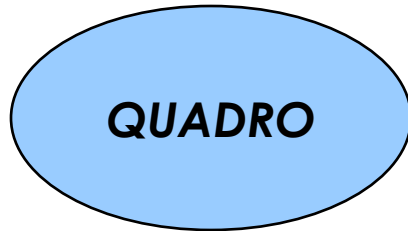
Osservati da un professionista, i segnali lanciati da Mario non hanno un valore neutro, ma veicolano alcuni significati specifici, che dipendono:

- dal sistema di riferimento teorico-metodologico del professionista
- dall'età di Mario e dal suo sviluppo
- dalle caratteristiche del contesto in cui Mario sta crescendo (famiglia, scuola ecc.)

Qual è il particolare e specifico significato che possiamo attribuire ai *segnali* di Mario?

Sono cioè *SINTOMI* di un malessere che riguarda lui e/o il suo contesto di vita?

Normalità e patologia



La serie di sintomi presentati da Mario non ha un significato psicopatologico univoco, ma può essere ricondotta in diversi quadri, come:

- una difficoltà legata al periodo evolutivo
- una difficoltà di inserimento scolastico
- una depressione infantile
- un disturbo dell'alimentazione nelle fasi iniziali

Il professionista è chiamato a comprendere se e come i *sintomi* manifestati da Mario possano essere identificativi di un *quadro* psicopatologico del bambino.

Presi nel loro insieme tali sintomi riconducono ad una specifica patologia? Quale?

COMPORAMENTO PROBLEMA

una considerazione preliminare
nel normale sviluppo infantile

ad esempio

il pianto

=

primitiva forma di comunicazione

=

precursore della comunicazione

---->

**sostituito progressivamente da forme più evolute di
comunicazione**

COMPORAMENTO PROBLEMA

ipotesi

**Il comportamento problema
potrebbe spesso funzionare
come una forma di comunicazione
per soggetti che non possiedono ancora
o non utilizzano forme più elaborate di
comunicazione
per ottenere effetti desiderabili**

COMPORAMENTO PROBLEMA

quando un comportamento è un problema?

- **quando è pericoloso o dannoso per sé e per gli altri**
- **quando impedisce/ostacola l'acquisizione di nuove abilità**
- **quando interferisce con le abilità già apprese**

COMPORAMENTO PROBLEMA

alcune riflessioni

- SE IL SOGGETTO HA APPRESO QUEL COMPORAMENTO E' PERCHE' HA CONSEGUENZE POSITIVE
- PROBABILMENTE UN COMPORAMENTO PROBLEMA SERVE AL SOGGETTO PER RAGGIUNGERE FINALITA' DIVERSE

COMPORAMENTO PROBLEMA funzioni

- **ESISTERE - “ NON SI PUO’ NON COMPORTARSI”**
- **OTTENERE RINFORZI / GRATIFICAZIONI TANGIBILI**
(Attività preferite, oggetti/giocattoli preferiti, cibi graditi)
- **EVITARE SOFFERENZE E/O FATICA**
- **COMUNICARE**
- **OTTENERE INTERAZIONE**
(contatto fisico, proposte di attività, attenzione)

COMPORAMENTO PROBLEMA

gestione inappropriata delle crisi comportamentali

(in atto)

- **“DARE ATTEZIONE”** alla contingenza priva di *semantizzazione*
- **PROIBIRE**
- **MINACCIARE**
- **“MINACCIARE” E NON MANTENERE** (assenza routine normative regolatorie)
- **SVALUTARE LA PERSONA**
- **ESSERE INCOERENTI**

COMPORAMENTO PROBLEMA

procedure utili per gestire la crisi comportamentale

(in atto)

- **“Ignorare” (strategico) il comportamento problematico (se/quando possibile)**
- **Proteggere il soggetto/gli altri da possibili conseguenze negative**
- **Distogliere l’attenzione / proporre suggerimenti che stimolino comportamenti alternativi**

COMPORAMENTO PROBLEMA

le procedure per la gestione della crisi comportamentale (in atto)

- **permettono una forma (disfunzionale) di controllo positivo ma solo temporaneo del comportamento problema**
- **non hanno effetto preventivo sull'emissione del comportamento problema**

COMPORTAMENTO PROBLEMA

quindi

**il momento migliore
per intervenire
educativamente /preventivamente
sul comportamento problema
è proprio quando
non è in atto**

Il prospettiva

SECONDA PROSPETTIVA

La psicologia clinica può essere definita anche come la **teoria della tecnica riabilitativa e psicoeducativa (ed implicitamente preventiva)**, che ha come oggetto specifico la domanda che l'utente (persone, gruppi, organizzazioni, etc.) pone allo psicologo clinico (Carli, Paniccia, 2002, 2003, 2005) e la cui analisi necessita l'assunzione di una prospettiva clinico-narrativa in cui la domanda stessa definisce un "campo dinamico" (per il paziente/utente) per l'attivazione di un **processo di ricostruzione del significato della propria storia e per la ricerca di una propria significatività, nell'ottica del cambiamento ritenuto come possibile.**

Su questo piano del discorso oggetto della psicologia clinica diviene pertanto il complesso mondo della **domanda d'analisi che chiarisce, nella prospettiva dinamico-relazionale ora introdotta, il valore la rilevanza che va attribuita alla co-costruzione intersoggettiva (nel contesto terapeutico) di nuove narrazioni su di sé attraverso cui il paziente può sentire significativa la propria storia rinarrata dialogicamente (Albasi, Borgogno, Granieri, et al. 2007).**

L'analisi della domanda consiste nell'introduzione della riflessione sul contesto nei suoi aspetti relazionali, così come esso è interpretato dagli attori, per favorire la sospensione dell'agito collusivo; essa permette di analizzare le emozioni evocate dal contesto, emozioni "genuine" e non simbolizzazioni affettive, e di instaurare una relazione "che richiede competenze profonde e articolate per essere trattata e per essere utilizzata allo scopo di realizzare obiettivi condivisi" (Carli, 1995, p. 173).

In altre parole l'analisi della domanda consiste nel porsi nei confronti dell'utente chiedendosi: esiste una chiara e precisa domanda di aiuto? Da chi e come è stata formulata? Chi e che cosa c'è dietro la domanda di aiuto? Cosa ha spinto proprio in questo momento a formulare la domanda di aiuto? Cosa ci si aspetta dallo psicologo? Come ci si pone davanti a lui? Quali ansie e quali speranze sono attivate dall'incontro? Il consultante è in grado di responsabilizzarsi in proprio? Quale ruolo tende ad attribuire al consulente? Esistono tentativi per indurre lo psicologo a colludere coi bisogni regressivi dell'utente?

III prospettiva

Relazione come oggetto e come strumento d'analisi clinica

L'analisi della domanda implica il rimando ad un processo di valutazione delle dinamiche intrapsichiche e relazionali in atto nelle differenti forme di relazione con valenza clinico-terapeutica. Il riferimento all'analisi della domanda, colloca il discorso, all'interno di un **modello relazionale dialogico che vede la relazione stessa come oggetto e come strumento di intervento clinico.**

La terza prospettiva

Oggetto della psicologia clinica sono le relazioni: prospettiva metodologica che focalizza l'attenzione sulle relazioni stesse come criterio per la comprensione clinica della storia relazionale del soggetto (prospettiva evolutiva).

La prospettiva evolutiva porta ad una comprensione dell'altro (il paziente) a partire dalla sua storia relazionale; approccio che consente di vedere le manifestazioni comportamentali-sintomatiche all'interno di una prospettiva di senso che superando l'atteggiamento nosografico-istruttivo (Cigoli, 2005) o quella dimensione di isolamento diagnostico (Grasso, 2002), circoscrive l'importanza delle relazioni precoci come luoghi di costruzione del significato dell'esperienza personale funzionale o disfunzionale.

La prospettiva evolutiva

La psicologia clinica si dà la possibilità di comprendere e intervenire in modo più ampio e più profondo (sulla psicopatologia ma non solo) proprio quando focalizza l'attenzione sulla linea di continuità tra *infant research e trattamento degli adulti* (Beebe, Lachmann, 2003)

Le prime relazioni sono fondamentali per la regolazione degli stati affettivi (Stern, 1995) e per la costruzione dei processi di mentalizzazione. Le più attuali prospettive nello studio dello sviluppo infantile, soprattutto per quanto riguarda l'adattamento affettivo-relazionale e i primi nuclei della personalità, vedono l'esperienza intersoggettiva ed interattiva primaria, come la matrice per la **costruzione del mondo interno** e delle **competenze relazionali** nel ciclo di vita (v. ATTACCAMENTO- Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988).

In questa prospettiva, è cruciale il ruolo ricoperto dagli adulti significativi nel favorire la regolazione e delle emozioni sperimentate dal bambino, nonché la produzione di **processi di sintonizzazione, di rottura e riparazione** (Condor, Sander, 1974; Beebe, Lachmann, 2003) che avvengono negli scambi interattivi (Fonagy, Traget, 2001, 2003).

Se il bambino fa esperienza della possibilità di regolare gli stati propri e delle sue figure di attaccamento, sia in modo autonomo sia in modo interattivo, all'interno di una varietà di scambi relazionali caratterizzati da organizzazione e da flessibilità, avrà l'occasione di fondare il suo senso di vitalità (che è appunto il fondamento evolutivo del senso di avere una mente funzionante) e una soggettività piena, consistente e saldata al contesto delle relazioni interpersonali significative.

L'essere umano può infatti sviluppare una mente sana e funzionante solo se, fin dall'inizio della sua esistenza, è significativo per qualcun altro (per le sue figure di attaccamento).

Il contesto delle relazioni dello sviluppo di un individuo costituisce la matrice per la ricerca del significato (e di ciò che egli riterrà significativo) nelle relazioni successive. In tal senso, l'emergere di un sempre maggiore consenso, sostenuto dai dati di ricerca sulla prima infanzia, verso una lettura che pone ha avuto come conseguenza discorsiva un graduale prevalere di un modello epistemologico di tipo relazionale sul modello classico (di tipo intrapsichico) che coinvolge la lettura dei processi evolutivi, così come di quelli clinici e patologici.

In tale direzione, **la patologia evolutiva viene ri-considerata come espressione di un fallimento ambientale/relazionale, che non permette la normale sintonizzazione e l'allineamento emotivo** tra il bambino e il suo ambiente di sostegno, comportando fondamentali modificazioni nella concettualizzazione del sintomo (Crittenden 1995) e nella definizione di modelli e tecniche di intervento.

Conseguenza diretta risulta l'assunzione che il vero oggetto diagnostico e d'intervento in quanto espressione sintomatica di modelli relazionali disturbati (Sameroff, Rosenblum, McDonough, 2004) è proprio l'ambito delle rappresentazioni interne, dei modelli operativi interni di Sé, dell'altro, della relazione.

Il riferimento alla *dimensione evolutiva* rappresenta un altro pilastro della psicologia clinica. L'insuccesso dei processi evolutivi comporta l'insorgenza di psicopatologia: essa pertiene lo scompaginarsi delle dimensioni di fondo della vita mentale, vale a dire lo scompaginarsi della soggettività e delle relazioni come sorgenti di significatività.

L'intervento clinico psicologico può essere pensato e declinato all'interno di questa cornice. "Soggettività" e relazione diventano, allora, sia *oggetti* sia *strumenti* della psicologia clinica: oggetti di osservazione per la comprensione della psicopatologia, oggetti di studio scientifico; strumenti di intervento e mezzi per il cambiamento.

Alcuni costrutti fondamentali per i modelli
intersoggettivi

Autoregolazione

- Il termine “autoregolazione” definisce la capacità dei partner di organizzare i propri stati e, nell’adulto, comprende l’accesso, l’articolazione, la valutazione e la capacità di utilizzare i propri stati interni.
- Dalla nascita, tale processo gestisce il controllo del livello di attivazione, il mantenimento dello stato di vigilanza e la capacità di inibire l’espressione comportamentale. Toccarsi, distogliere lo sguardo e ridurre l’espressività facciale sono esempi di strategie autoregatorie che abbassano il livello di attivazione di fronte a stimoli ambientali che lo richiedono. Nell’arco della vita, l’autoregolazione è un aspetto fondamentale della capacità di prestare attenzione ed entrare in rapporto con l’ambiente.

Regolazione interattiva

- *La regolazione interattiva è definita dalle probabilità che il comportamento di un partner sia prevedibile in base a quello dell'altro, ossia che il flusso delle risposte tra gli interagenti scorra in entrambe le direzioni.*
- I processi di autoregolazione e di regolazione interattiva si influenzano reciprocamente, spiegando il fatto che in ogni interazione i partner sono influenzati dal proprio equilibrio interno e dai comportamenti dell'altro e viceversa (Thomas, Martin, 1976; Thomas, Malone, 1979).
-

- L' intimo legame tra autoregolazione e regolazione interattiva costituisce quindi la base di un' attuale e interessante concettualizzazione secondo cui l' essere umano co-costruisce, nel corso delle interazioni ripetute con il proprio ambiente di cure, un sistema interattivo fondamentale, ritenuto la base per i successivi modelli di relazione strutturati nel corso della vita.
- Tale approccio integra il contributo dell' individuo e quello della diade all' organizzazione dell' esperienza e del comportamento, in una visione interamente bidirezionale.
- L' adozione del modello sistemico implica una concezione bipersonale della regolazione secondo cui il comportamento di uno dei partner dell' interazione può essere previsto in base a quello dell' altro: ciascuno influenza le parole e le azioni dell' altro e ne è influenzato, fino alla strutturazione di un vero e proprio modello di previsione reciproca.

- Autoregolazione e regolazione interattiva si configurano come due processi intrinsecamente integrati tra loro (Fogel, 1993), reciproci e simultanei, per cui l'uno influenza e modifica il verificarsi e il successo dell'altro (Gianino, Tronick, 1988) e, se avvengono in condizioni ottimali, sono in equilibrio dinamico e flessibile.
- In altre parole, lo scambio dell'individuo con il contesto in cui è inserito è continuo e sempre *in process, in confronto dialettico tra prevedibilità e trasformazione: l'autoregolazione modifica continuamente la regolazione interattiva ed è da essa modificata.*
- La prospettiva sistemica, quindi, non considera separatamente i processi interni e quelli interattivi, ma sottolinea la loro costruzione, il modo in cui il processo diadico organizza e riorganizza l'autoregolazione e la regolazione interattiva

- Il processo diadico è alla base dell'intersoggettività e può essere riassunto tramite il concetto di "momento di incontro", in cui due stati di consapevolezza sono posti a confronto, creando una corrispondenza tra il modo in cui ciascun partner conosce se stesso e il modo in cui è conosciuto dall'altro (Beebe, 1998). Emerge così un mondo intersoggettivo, nel quale le menti non sono più indipendenti, separate e isolate, ma si con-vive circondati dalle intenzioni, dai sentimenti e dai pensieri dell'altro-da-Sé, con cui si interagisce in un dialogo incessante e co-costruito (Stern, 2005).

- Le interazioni precoci che l'individuo co-costruisce con gli adulti significativi sono organizzate secondo modalità emotivo-procedurali, cioè relative a sequenze d'azione che durano tutta la vita (Beebe, Lachmann, 2003).
- Nel corso dello sviluppo, la regolazione interattiva organizza i processi interni e quelli relazionali; a loro volta, i cambiamenti nell'autoregolazione in entrambi i partner modificano il processo interattivo.
- In questo senso, l'integrazione tra autoregolazione e regolazione interattiva consente di chiarire sia in che modo si organizza l'esperienza, sia di individuare quei meccanismi attraverso cui lo stato emotivo di un individuo può essere trasmesso a un altro, indicando i molteplici livelli in cui questi processi si intersecano.

Man mano che si sviluppano gli esiti dei processi di autoregolazione e regolazione interattiva, tali esiti si ripetono, vengono generalizzati e iniziano a organizzare l'esperienza del bambino. Grazie a questi scambi ripetuti il piccolo inizia la costruzione di una rappresentazione presimbolica che contiene il processo interattivo dinamico, vale a dire il rapporto di influenza reciproca tra sé e il proprio partner momento per momento

I modelli interattivi, quindi, costituiscono un codice organizzato e compreso reciprocamente in cui ciascun ruolo implica un ruolo corrispondente e in cui nulla può essere rappresentato senza l'altro.

Molteplici lavori empirici hanno testimoniato la presenza, già nel primo anno di vita, di un'organizzazione mentale articolata, composta da un insieme di modelli relativamente stabili che consentono di classificare le informazioni. Questi si formano in seguito a un processo di costruzione e rielaborazione delle informazioni in entrata, relative agli scambi interattivi, che a 6 mesi raggiungono un notevole grado di stabilità.

Alla base delle rappresentazioni presimboliche vi è la capacità di categorizzazione del bambino: una categoria si forma quando il bambino percepisce regolarità (in questo senso interattiva) e a partire da queste forma un “prototipo” (connotato a livello sensoriale, concettuale, linguistico; Bornstein, 1985).

Proprio questa capacità di formare categorie consente al bambino di generalizzare le interazioni sulla base delle loro caratteristiche percettive o cognitive.

Verso la fine del primo anno, dalle rappresentazioni presimboliche vengono astratti prototipi generalizzati, che a loro volta creano le condizioni per lo sviluppo delle rappresentazioni simboliche del Sé e dell’oggetto. Pertanto, a questa età, il bambino possiede notevoli capacità di rappresentazione pre-simbolica: percepisce caratteristiche, le traduce in altre modalità sensoriali (percezione transmodale), riconosce se il partner sta agendo in modo contingente alla situazione e può comprendere modelli di comportamento simili o differenti tra loro.

In particolar modo, egli è in grado di categorizzare i modelli interattivi, ricordandoli e creandosi aspettative su di essi, in relazione allo spazio, al tempo, agli affetti e al livello di attivazione fisiologica.

Le rappresentazioni presimboliche si costruiscono e funzionano quindi come aspettative circa uno schema spazio-temporale e di attivazione-affetto che un partner crea, in riferimento al comportamento degli altri in relazione al proprio nell'interazione. Spazio, tempo, affetti e livelli di attivazione sono fattori molto importanti nel processo di organizzazione dell'interazione. Tuttavia, è indiscutibile che gli affetti veicolati dalle espressioni facciali, con le loro enormi possibilità di modulazione e sfumatura, ci forniscono informazioni davvero uniche. Il modo in cui un partner risponde o attira l'attenzione dell'altro partner rappresenta la matrice di ogni rapporto intimo. In questo senso, il “rispecchiamento facciale” (Beebe, Lachmann, 2003) è uno dei modelli di interazione che contribuiscono all'organizzazione presimbolica delle rappresentazioni del Sé e dell'oggetto.

Secondo il modello interattivo dinamico esistono alcuni principi organizzativi fondamentali che stabiliscono quali eventi siano salienti per il bambino e organizzino le sue aspettative sull'incontro interattivo, i *principi di salienza*. Questi definiscono alcuni aspetti dei processi di autoregolazione e di regolazione interattiva e consentono di formulare ipotesi riguardo a come le aspettative sulle interazioni sociali si modellano e divengono salienti nel primo anno. In questo modo, i principi salienti organizzano le rappresentazioni e le aspettative sulle modalità di regolazione diadica, che danno vita al nucleo dell'organizzazione psichica.

Il *principio di regolazione attesa*, gerarchicamente sovraordinato rispetto agli altri due, si riferisce ai modi caratteristici e prevedibili in cui si svolge l'interazione. Esso permette la creazione di un sistema di norme condivise che regola il comportamento reciproco dei partner, raggruppando al suo interno tutti i modi caratteristici (positivi o negativi) in cui regolano le loro comunicazioni. In un'interazione regolata efficacemente, il comportamento comunicativo di ciascuno si conforma alle aspettative dell'altro (Tronick, 1980). Inoltre, i modelli di regolazione attesa e il modo in cui essi sono organizzati da tempo, spazio, affetto e attivazione organizzano l'esperienza del bambino e sono rappresentati presimbolicamente.

In questo senso, la percezione del bambino del processo di regolazione si basa sulla precoce capacità di osservare e prevedere ciò che si ripete nell' ambiente, di comprendere la causalità dei comportamenti e di individuare contingenze, cioè relazioni attese tra i propri comportamenti e le corrispondenti risposte ambientali (Papousek, Papousek, 1979; DeCasper, Cartens, 1980; DeCasper, Fifer, 1980; Watson, 1985), di sviluppare aspettative su quando accadranno determinati eventi e sulle conseguenze prodotte dal suo comportamento e di percepire inoltre relazioni prevedibili fra gli eventi ambientali e il proprio comportamento, aspettandosi di essere influenzato dall' ambiente.

Il principio di rottura e riparazione organizza esperienze di contrasto, differenza e disgiunzione relazionale, con la finalità di normalizzare tali esperienze. Infatti, come abbiamo visto, mentre il primo principio organizza esperienze di coerenza, prevedibilità, sintonia e adattamento reciproco, proprio perché crea l'aspettativa che la coordinazione reciproca possa resistere nel tempo, il principio di rottura e riparazione organizza esperienze di competenza, coping, riparazione e speranza, poiché rappresenta le interazioni come riparabili e sviluppa l'aspettativa che sia possibile mantenere il rapporto con il partner anche in presenza di tensioni e incompatibilità (Tronick, 1989).

Le rotture e le riparazioni delle sequenze interattive attese organizzano l'esperienza del bambino sulla base della capacità di percepire le conferme o le violazioni delle aspettative sulle informazioni classificate, secondo il modello di elaborazione delle informazioni in cui le capacità percettive del bambino gli consentono di ricercare e percepire gli altri, e quindi di interagire con loro. In questo senso, l'aspettativa di regolazioni tipiche e attese, così come le rotture, gli squilibri e gli sforzi di riparazione, sono alla base della dinamica organizzativa della psiche, su base interattiva (Beebe, Lachmann, 2003).

Il terzo principio organizzativo è rappresentato dai *momenti affettivi intensi*, considerati fattori organizzativi a sé stanti, che si estrinsecano

quando i partner dell'interazione manifestano pattern facciali o vocali (ad esempio un "sorriso a bocca aperta" o un pianto) accompagnati da un'intensa attivazione corporea (Ekman, 1983). Secondo Tomkins (1980), l'affetto ha una funzione amplificante, in quanto può rendere migliori gli eventi positivi e peggiori quelli negativi. Riprendendo questo aspetto, Pine ritiene che i momenti affettivi intensi svolgano un ruolo fondamentale nell'organizzazione della psiche, delle percezioni e dei ricordi. Il potenziale organizzativo dei momenti affettivi intensi dipende dalla capacità del bambino di categorizzare e aspettarsi esperienze simili e, naturalmente, dall'intensità del momento affettivo intenso.