



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Dello Sviluppo e Della Socializzazione

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**Mettiamo in scena le emozioni: studio pilota sugli effetti
dell'utilizzo di tecniche teatrali per il potenziamento
emotivo**

**Emotions on stage: a pilot study on the effects of the use of
theatrical techniques for emotional enhancement**

Relatore

Professoressa Marta Tremolada

Laureanda: Maria Concetta Dente

Numero di matricola: 2020972

Anno Accademico 2022/2023

Indice

Introduzione	5
Capitolo 1: La Malattia Onco-ematologica pediatrica	7
1.1 Leucemia Linfoblastica Acuta	7
1.1.1 La diagnosi	8
1.1.2 Il trattamento	9
1.2 Il Linfoma non-Hodgkin	10
1.2.1 La diagnosi	11
1.2.2 Il trattamento	12
1.3 Il Tumore di Wilms	12
1.3.1 La diagnosi	13
1.3.2 Il trattamento	14
1.4 Il Sarcoma di Ewing	14
1.4.1 La diagnosi	15
1.4.2 Il trattamento	15
1.5 Effetti della malattia onco-ematologica	16
1.5.1 Effetti sull'area cognitiva	16
1.5.2 Effetti sull'area psicologica	17
1.5.3 Effetti sull'area sociale	17
1.5.4 Effetti sull'area fisica e motoria	18
Capitolo 2: Emozioni e Teatro	19
2.1 Riconoscimento emotivo	23
2.2 Le emozioni e la malattia	26
2.3 Teatro come strumento educativo	28
Capitolo 3: Lo Studio	35
3.1 Obiettivi dello studio	35
3.2 Partecipanti	36
3.3 Strumenti	37
3.3.1 Test di Riconoscimento Emotivo della NEPSY-II	38
3.3.2 Questionario di gradimento per bambini	38
3.3.3 Questionario sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al progetto "Mettiamo in scena le emozioni"	40
3.4 La Procedura	42
3.4.1 Descrizione delle attività di potenziamento	42
3.4.2 Questionario di gradimento	46
3.4.3 Questionario sugli stati d'animo del bambino	47
3.5 Risultati	47
3.5.1 Piano dell'analisi statistica delle ipotesi	48
3.5.2 Effetti sulla capacità di riconoscimento emotivo del programma di potenziamento	48
3.5.3 Livello di gradimento espresso dal bambino in seguito al potenziamento	50
3.5.4 Cambiamento in positivo del tono d'umore grazie all'intervento	52
4. DISCUSSIONE ED ESEMPI CLINICI	57

4.1 Risvolti del progetto di potenziamento emotivo	57
4.2 Discussione dei questionari di gradimento	62
4.3 Discussione dei questionari sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al progetto "Mettiamo in scena le emozioni"	64
4.4 Limiti della ricerca	67
4.5 Prospettive future	70
<i>Conclusioni</i>	73
<i>Bibliografia</i>	75
<i>Ringraziamenti</i>	81

Introduzione

Il presente elaborato si propone di indagare l'efficacia dell'utilizzo di alcune tecniche teatrali, come l'immedesimazione, nel migliorare le capacità di riconoscimento emotivo in bambini di età compresa tra i 7 e i 13 anni. In particolare, lo studio è stato condotto all'interno della Clinica di Onco-ematologia Pediatrica dell'Ospedale di Padova, dove i partecipanti, un campione di 10 bambini, sono in cura.

L'idea di questa ricerca deriva dalla necessità di strutturare un intervento di potenziamento emotivo che fosse innovativo e che riuscisse a coinvolgere attivamente i bambini della Clinica, ormai riluttanti ai soliti potenziamenti e poco interessati a lavorare sulle proprie emozioni. Vi era quindi l'esigenza di proporre qualcosa di nuovo che invogliasse il bambino a partecipare, in quanto percepito come un gioco, e che allo stesso tempo potesse fungere da mezzo educativo al fine di promuovere non solo le capacità di riconoscimento emotivo ma anche la consapevolezza emotiva dei partecipanti. È proprio partendo da questi presupposti che nasce il progetto "Mettiamo in scena le emozioni" che si propone di utilizzare il teatro come strumento di intervento, in quanto esso racchiude al suo interno sia la componente di gioco che quella educativa (Bonato, 2016; Levy, 2005).

Ad oggi, sono pochi gli studi in cui vengono presentati degli interventi educativi strutturati con l'utilizzo di tecniche teatrali, il che ha permesso di predisporre il seguente studio con diversi gradi di libertà, dando la possibilità allo sperimentatore di organizzare un lavoro basato su degli spunti di letteratura ma anche sulla propria esperienza come teatrante e soprattutto sulle specifiche necessità dei partecipanti.

Il presente manoscritto, quindi, si propone di analizzare, attraverso alcune tecniche sia quantitative che qualitative, il possibile effetto che l'utilizzo di tecniche teatrali potrebbe sortire sulle capacità di riconoscimento emotivo dei bambini che prendono parte al progetto, aspettandosi che vi sia anche solo un lieve miglioramento di quest'ultime. Inoltre, si vuole indagare il livello di gradimento espresso dai bambini in seguito alla partecipazione agli incontri; anche in questo caso ci si aspetta un alto livello di gradimento, associato anche ad un alto livello di divertimento durante i

vari incontri. Infine, viene ipotizzato che vi possa essere un cambiamento in positivo dello stato d'animo del bambino tra il prima e il dopo l'intervento di potenziamento emotivo con l'utilizzo di tecniche teatrali.

Il presente lavoro di tesi è suddiviso in 4 capitoli di cui i primi due hanno lo scopo di fornire un background teorico relativo, rispettivamente, alle condizioni di salute dei partecipanti e agli effetti che la malattia potrebbe avere sulle diverse aree psicologiche del bambino; mentre il secondo capitolo si concentrerà sui costrutti teorici di base delle emozioni ed in particolare del riconoscimento emotivo, per poi indagare se, e come, questi vengono in qualche modo modificati dalla presenza di una malattia onco-ematologica. Infine, il capitolo si concentrerà su come il teatro possa essere utilizzato come mezzo educativo, al fine di fornire una base teorica solida su cui poter strutturare l'intervento di potenziamento emotivo.

Gli ultimi due capitoli hanno lo scopo di presentare il progetto, in particolare verrà presentata la popolazione a cui è stato somministrato il potenziamento, le ipotesi di ricerca e gli strumenti utilizzati per la valutazione di queste, la procedura con cui è stato strutturato ogni intervento ed i risultati ottenuti. Questi ultimi verranno discussi nell'ultimo capitolo che si propone di fornire una ampia discussione dei risultati, fornendo esempi clinici e presentando le diverse osservazioni raccolte dallo sperimentatore.

Capitolo 1: La Malattia Onco-ematologica pediatrica

Il presente capitolo è volto a fornire una panoramica sulle diverse malattie onco-ematologiche di cui sono affetti i partecipanti allo studio, in particolare saranno prese in considerazione:

- la Leucemia Linfoblastica Acuta;
- il Linfoma non-Hodgkin;
- il Tumore di Wilms;
- il Sarcoma di Ewing.

Ai fini di questa tesi verranno utilizzate le linee guida fornite dall'AIRC (2019a) di modo da poter presentare un quadro complessivo di ciascuna delle malattie prese in esame.

1.1 Leucemia Linfoblastica Acuta

La Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA) può essere definita come un tumore delle cellule del sangue. Questa ha luogo quando una cellula, che risiede nel midollo osseo, che dovrebbe essere destinata a dare origine ad altre cellule del sistema immunitario, passa da essere una cellula sana ed essere una cellula tumorale e inizia a moltiplicarsi in modo incontrollato. Linfoblasto è il nome della cellula precursore che potrebbe portare allo sviluppo della leucemia linfoblastica. Questo tipo di cellula, in condizioni normali, genera i linfociti, globuli bianchi del tipo linfoide. Nuovi globuli bianchi vengono generati dalla moltiplicazione di un linfoblasto, cosicché essi possano sostituire quelli invecchiati ed eliminati. Nel caso in cui il DNA del linfoblasto sia alterato esso potrebbe acquisire nuove proprietà che lo trasformano in una cellula tumorale che ha la capacità di moltiplicarsi senza sosta. Questa, si deposita nel midollo osseo per poi entrare nel sangue e raggiungere altri organi tra cui: i linfonodi, il fegato, la milza; inoltre, potrebbero raggiungere i testicoli o il sistema nervoso centrale.

La LLA è il tipo di leucemia che si presenta più frequentemente nei bambini; infatti, 4 bambini su 5 colpiti da leucemia sviluppano la leucemia linfoblastica acuta. Dati

rilevati dall'AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) nel 2019 mostrano che in Italia circa 40 bambini su un milione vengono colpiti da LLA. Vi è un'incidenza maggiore tra i maschi rispetto alle femmine e questa malattia colpisce soprattutto bambini tra i 2 e 5 anni. I bambini maggiormente a rischio di sviluppare una LLA sono quelli che hanno malattia genetica, come la sindrome di Down, o alcune malattie del sistema immunitario. Vi è un rischio lievemente più alto per i bambini che hanno fratelli o sorelle già colpiti da questa malattia.

Attualmente è utilizzata una classificazione della leucemia linfoblastica acuta che si basa sulle molecole che sono presenti sulle cellule tumorali, in quanto la presenza di alcune molecole rispetto ad altre è specifica del tipo di cellula e del suo stato di maturazione. Questo in quanto dai linfoblasti derivano due tipi di linfociti, B e T, che portano alla distinzione di leucemie linfoblastiche a cellule B e la leucemia linfoblastica a cellule T. La prima è più comune tra i bambini, mentre, la seconda è più comune tra gli adolescenti e colpisce più frequentemente i maschi. La leucemia linfoblastica a cellule B è ulteriormente suddivisa in: LLA comune; LLA pre-B; LLA pro-B e LLA a cellule mature.

Nella leucemia, la maggior parte delle cellule leucemiche prendono il sopravvento sulle cellule sane del sangue, il che determina la comparsa di sintomi come la stanchezza, il dolore alle ossa e alle articolazioni, la perdita di appetito e di peso, mal di testa e nausea. Essendovi una diminuzione dei globuli rossi il bambino affetto da LLA tende ad essere facilmente affaticabile, debole, stanco e pallido. Inoltre, la diminuzione dei globuli bianchi sani aumenta il rischio di infezioni che possono essere accompagnate da febbre. Un ingrossamento dei linfonodi, del fegato e della milza potrebbe essere causato dalla proliferazione di cellule leucemiche. Oltre a livelli anomali dei globuli bianchi e dei globuli rossi vi è anche una diminuzione delle piastrine che rende il bambino più soggetto a sanguinamento ed ematomi (AIRC, 2019b)

1.1.2 La diagnosi

Per effettuare la diagnosi di LLA è necessario che il medico raccolga un'anamnesi dettagliata della storia del paziente e della storia familiare. Inoltre, è necessario visitare il paziente per verificare se vi sia un ingrossamento dei linfonodi, del fegato

e/o della milza e bisogna effettuare le analisi del sangue per controllare se la concentrazione di globuli rossi, piastrine e globuli bianchi risultino alterate. La conferma della diagnosi viene effettuata solo in seguito all'analisi del midollo osseo che viene prelevato attraverso l'utilizzo dell'ago aspirato. Inoltre, viene effettuata la biopsia del midollo, attraverso il prelievo di un minuscolo cilindro di osso. Infine, viene effettuata la rachicentesi per indagare se le cellule tumorali abbiano raggiunto o meno il liquido cefalorachidiano, che sarebbe il liquido che riempie gli spazi attorno a cervello e midollo spinale. Queste procedure sono molto dolorose, motivo per cui vengono effettuate in sedazione.

La prognosi e la risposta alla terapia dipendono soprattutto dalle alterazioni molecolari o cromosomiche riscontrabili tipicamente nelle cellule della LLA.

Nel caso in cui le terapie fossero efficaci il bambino va in remissione, cioè non presenta più i sintomi della malattia, il numero di cellule del sangue è nella norma e nel midollo osseo ci sono meno del 5 per cento di blasti leucemici. Si parla di malattia minima residua quando nel midollo è ancora presente una piccola quantità di cellule leucemiche. I bambini che presentano ancora una piccola quantità di queste cellule hanno maggiore probabilità di andare incontro a recidiva. Quest'ultima è una neoplasia che si ripresenta durante un periodo di tempo in cui il cancro è maggiormente difficile da rilevare con le attuali tecniche diagnostiche (AIRC, 2019b).

1.1.3 Il trattamento

Il trattamento di elezione per la cura della LLA è la chemioterapia, vengono utilizzati più farmaci in combinazione somministrati per via orale, endovenosa o intramuscolare. La somministrazione dei farmaci è ciclica, quindi questa viene interrotta per poi essere ripresa a distanza di qualche tempo, cosicché l'organismo abbia modo di riprendersi. Il trattamento si protrae per 2-3 anni e la fase più impegnativa corrisponde ai primi 9-10 mesi. Vi sono alcuni casi specifici in cui si utilizzano le terapie a bersaglio molecolare, farmaci mirati a specifici recettori presenti sulla superficie delle cellule leucemiche.

Nel caso in cui il bambino non rispondesse alla chemioterapia o andasse incontro a recidiva, si ricorre al trapianto di cellule staminali. Vengono somministrati farmaci

chemioterapici ad alte dosi, di modo da eliminare tutte le cellule tumorali, ma anche la parte sana del midollo. Solo successivamente si iniettano nuove cellule staminali, per via endovenosa, dal midollo osseo (auto-trapianto) oppure dal sangue di un donatore (trapianto allogenico). Le nuove cellule si localizzeranno nel midollo, garantendo la produzione di nuove cellule sane del sangue. È necessario che le cellule del donatore siano compatibili, di modo che non vengano rigettate, motivo per cui il donatore spesso è un parente.

Un trattamento innovativo è quello dell'immunoterapia, che si realizza o utilizzando degli anticorpi monoclonali o con le cellule CAR-T, linfociti T normali del paziente che vengono geneticamente modificate per essere equipaggiate con una molecola chiamata recettore chimerico antigenico. Questo recettore permettere alle cellule modificate di riconoscere le tumorali da uccidere.

Infine, la radioterapia può essere utilizzata per trattare una localizzazione delle cellule leucemiche nel sistema nervoso centrale. L'irradiazione totale corporea, un particolare tipo di radioterapia, viene utilizzata nelle fasi che precedono il trapianto di cellule staminali (AIRC, 2019b).

1.2 Il Linfoma non-Hodgkin

Il linfoma non-Hodgkin (LNH) è una forma di tumore che si sviluppa a partire dalle cellule situate all'interno del sistema linfatico. Questo sistema è formato dai vasi linfatici, che contengono la linfa, e dal tessuto linfatico che è presente in varie parti del corpo. Anche in questo sistema sono presenti i linfociti B e T, che difendono l'organismo da infezioni e agenti esterni e che combattono anche eventuali cellule tumorali. Visto che il tessuto linfatico è particolarmente diffuso, il linfoma non-Hodgkin può insorgere ovunque nell'organismo, il che fa sì che esso non possa essere definito come una malattia omogenea, ma è meglio definito come un insieme di malattie con caratteristiche e storie cliniche diverse.

Nel 2019 i dati registrati dall'AIRTUM mostrano che il linfoma non-Hodgkin rappresenta il 6% dei tumori che colpiscono una fascia di età che va dagli 0 ai 14 anni. Invece, per quanto riguarda la fascia di età tra i 15 e i 19 anni questo linfoma è tra l'8% dei tumori registrati. Tra tutti i linfomi in età pediatrica il LNH ha

un'incidenza pari al 44% dei casi in età compresa tra 0 e 14 anni, mentre la sua incidenza decresce, risultando pari al 25%, nella popolazione pediatrica di età compresa tra i 15 e i 19 anni. Questo tipo di linfoma è più frequente nei maschi rispetto alle femmine.

Ad oggi le cause che portano all'insorgenza del LNH non sono ancora chiare, ma è abbastanza chiaro il legame tra questi tumori e problemi nel sistema immunitario che possono avere diverse cause. Nella maggior parte dei bambini non sono presenti fattori di rischio conosciuti sui quali si può intervenire.

Il linfoma non-Hodgkin, che colpisce in età pediatrica, può essere suddiviso in tre grandi categorie: LNH a cellule B mature, linfoma linfoblastico e linfoma a grandi cellule. Tra questi: il primo colpisce in particolar modo i bambini tra i 5 e i 10 anni partendo spesso dallo stomaco; il linfoma linfoblastico si sviluppa negli adolescenti a partire dal timo; il linfoma a grandi cellule si riscontra spesso in bambini più grandi e negli adolescenti e può insorgere ovunque nell'organismo, a differenza degli altri linfomi questo cresce più lentamente.

I sintomi del linfoma non-Hodgkin possono essere vari, soprattutto a seconda del sito di origine del tumore. L'ingrossamento dei linfonodi superficiali del collo, ascelle e inguine, che in genere si presenta senza dolore, è un tipico segno della malattia. Nel caso in cui il LNH colpisse l'addome potrebbe causare un blocco al passaggio delle feci, nausea o vomito o una sensazione di sazietà precoce. Invece, se il linfoma si presenta al livello del torace il bambino potrebbe andare incontro a problemi di respirazione. Un'altra manifestazione potrebbe essere al livello della cute con la presenza di noduli sottopelle o prurito. Sintomi che possono essere osservati sono abbondante sudorazione notturna, febbre, perdita di peso, infezioni frequenti a causa dei pochi globuli bianchi, stanchezza per il ridotto numero di globuli rossi e facilità di sanguinamento dovuto alle poche piastrine (AIRC, 2019c).

1.2.1 La diagnosi

La semplice visita medica non è sufficiente a diagnosticare il linfoma. Per riuscire ad arrivare ad una diagnosi certa è necessario effettuare una biopsia prelevando un piccolo campione di tessuto dai linfonodi o dagli organi probabilmente interessati dal tumore. In alcuni casi viene eseguito anche un prelievo del fluido cerebrospinale

o del liquido che si forma nel torace e nell'addome, col fine di ricercare cellule tumorali. In base alle dimensioni, alla forma e ad altre caratteristiche molecolari delle cellule si riesce ad effettuare una diagnosi precisa che indica se ci si trova in presenza di un LHN e anche di che tipo. Inoltre, la diagnosi è facilitata dagli esami di laboratorio in quanto un basso numero di cellule nel sangue può indicare che la malattia ha raggiunto il punto in cui queste vengono prodotte, il midollo. Infine, per identificarne l'estensione e seguire il suo decorso si effettuano esami di diagnostica per immagine come: l'ecografia, la radiografia, la risonanza magnetica, la tomografia computerizzata e la PET (AIRC, 2019c).

1.2.2 Il trattamento

Il trattamento più adeguato dipende dal tipo di LNH e dalla sua estensione. Ad oggi il trattamento che viene maggiormente usato è la chemioterapia, sotto forma di polichemioterapia, combinando più farmaci che variano a seconda delle caratteristiche del linfoma. Anche per il trattamento della LNH viene utilizzato il trapianto di cellule staminali prelevate da donatori compatibili o dallo stesso bambino malato prima che inizi il trattamento con la chemioterapia. Vengono anche utilizzate terapie mirate che agiscono contro le molecole che sono prevalentemente presenti nelle cellule del tumore (AIRC, 2019c).

1.3 Il Tumore di Wilms

Come presentato nelle linee guida dell'AIRC (2019e), questo tumore è anche conosciuto come “il tumore del rene”, in quanto la sua manifestazione è dovuta a delle anomalie nel DNA di alcune cellule, dette nefroblasti, che sono quelle da cui poi si formerà, durante lo sviluppo embrionale, il rene. In alcuni casi può succedere che i nefroblasti, ancora immaturi, rimangano nel rene anche dopo lo sviluppo. In queste condizioni, una mutazione del DNA delle suddette cellule può far sì che queste acquisiscano nuove proprietà e si trasformino in cellule tumorali. Dalla moltiplicazione incontrollata delle cellule tumorali originerà il tumore di Wilms. Solitamente il tumore colpisce solo uno dei due reni, sono rari i casi in cui vengono interessati entrambi.

Tra le varie neoplasie il tumore al rene si manifesta nei bambini nel 5% dei casi, tra questi il tumore di Wilms è il più frequente in età infantile. I dati raccolti dall'AIRTUM mostrano che in Italia 8 bambini su un milione sono colpiti da tumore al rene. Al contrario delle due malattie già citate, per il tumore di Wilms vi è la stessa incidenza tra i maschi e le femmine e l'età di esordio è di 3-4 anni. Un fattore di rischio per lo sviluppo di tale malattia è la presenza di malattie genetiche rare, insieme alla presenza di alcuni difetti congeniti. Sono esposti a maggior rischio di sviluppare il tumore di Wilms bambini con un parente che è stato colpito da questa malattia.

I sintomi associati a questa malattia non sono riscontrabili fino a quando il tumore non diventa voluminoso. Il primo segno della presenza del tumore è la comparsa di una massa palpabile a livello dell'addome, che potrebbe causare dolore al bambino. Altri sintomi riscontrabili potrebbero essere: nausea, febbre, perdita di appetito, stitichezza, sangue nelle urine, aumento della pressione sanguigna e fiato corto.

Il tumore di Wilms è in grado di sviluppare metastasi, che si sviluppano più frequentemente nel polmone. Inoltre, vi sono diversi stadi di sviluppo della malattia che sono stabiliti in base alla diffusione del tumore; questi sono cinque e sono:

Stadio I: il tumore è presente solo nel rene ed è stato asportato completamente;

Stadio II: l'estensione del tumore va oltre il rene ma è stato asportato completamente;

Stadio III: non viene asportato completamente il tumore che potrebbe essersi diffuso o essersi rotto durante l'intervento.

Stadio IV: il tumore è diffuso ad altri organi

Stadio V: entrambi i reni sono affetti dal tumore.

1.3.1 La diagnosi

Anche per la diagnosi del tumore di Wilms è necessario raccogliere un'anamnesi completa della storia del paziente e di quella familiare, accompagnati da una visita volta a ricercare la presenza di una massa nell'addome e la valutazione dei livelli della pressione sanguigna. La conferma della diagnosi avviene solo in seguito all'utilizzo di esami di diagnostica per immagine. Tra questi vi sono: l'ecografia dell'addome, la risonanza magnetica o la tomografia computerizzata dell'addome.

Nella maggior parte dei casi questo iter diagnostico è sufficiente per effettuare la diagnosi del tumore di Wilms, rendendo non necessaria la biopsia (AIRC, 2019e).

1.3.2 Il trattamento

Di fondamentale importanza è l'asportazione chirurgica del tumore, che consiste nell'asportazione o di tutto il rene o di solo la parte interessata dal tumore e dei linfonodi vicini. Prima di effettuare l'intervento chirurgico il bambino affetto dal tumore di Wilms viene sottoposto a dei cicli di chemioterapia, così da ridurre le dimensioni del tumore e far sì che l'intervento chirurgico di asportazione sia più sicuro. La chemioterapia viene effettuata ciclicamente anche dopo l'intervento. L'intensità delle terapie dipende dallo stadio in cui si presenta il tumore; i bambini allo stadio III effettuano oltre alla chemioterapia anche la radioterapia. I trattamenti di cura del tumore di Wilms si intensificano nel caso di recidiva (AIRC, 2019e).

1.4 Il Sarcoma di Ewing

Il Sarcoma di Ewing è un tipo di tumore che colpisce i tessuti molli e le ossa. Prende il nome dal patologo, James Ewing, che individuò la differenza tra le cellule di questa patologia e quelle del tumore alle ossa. Sono stati trovati, ad oggi, tre diversi tipi di tumore di Ewing, che si localizzano in diverse parti dell'organismo, le più comuni sono: la tibia, il femore, il bacino e le costole. Come evidenziato dall'AIRTUM, i sarcomi di Ewing rappresentano circa il 2 per cento di tutti i tumori nella fascia di età compresa tra 0 e 19 anni: è una malattia che si presenta maggiormente nei maschi che nelle femmine e che cresce all'aumentare dell'età, infatti, il picco dei casi si osserva tra i 5 e i 15 anni. Questi due, età e genere, sono due fattori di rischio per lo sviluppo del sarcoma. È possibile che alla base della malattia vi siano delle mutazioni genetiche e ad oggi non vi è ancora certezza in merito alle cause della malattia.

È possibile distinguere tre tipi di sarcomi di Ewing: il tumore di Ewing osseo, la forma più comune che insorge a livello delle ossa pelviche, del torace o della tibia e del femore; il tumore di Ewing extra-osseo che proviene dai tessuti molli posti

vicino all'osso; i tumori neuroectodermici primitivi periferici, che sono rari, si sviluppano sia nelle ossa che nei tessuti molli vicini.

Il sintomo principale del sarcoma è il dolore localizzato alle ossa da esso colpite. Inoltre, anche fratture causate da lievi traumi possono essere un sintomo della presenza del tumore. Infine, potrebbero essere presenti anche gonfiori e lividi visibili. Oltre a questi, possono essere presenti anche sintomi più generici come febbre, stanchezza e malessere. Nella classificazione del tumore di Ewing vi è la distinzione tra malattia localizzata e malattia metastatica, la prima distinzione viene utilizzata per indicare che il tumore è confinata all'organo di origine, la seconda invece indica che esso è già diffuso in altre aree dell'organismo. Nel caso in cui siano già presenti metastasi è necessario l'utilizzo di terapie più aggressive e differenziate (AIRC, 2019d).

1.4.1 La diagnosi

Come per tutte le altre malattie citate fin ora, ai fini della diagnosi è necessario valutare la storia medica e familiare del paziente, i sintomi e i segni, così da poter procedere con esami di approfondimento effettuati attraverso la diagnostica per immagini. Tra questi vi sono: la risonanza magnetica, la tomografia computerizzata e la PET, utili per valutare la presenza del tumore e la sua diffusione. Inoltre, la scintigrafia ossea può essere utile nel valutare la diffusione e il danno a livello dell'osso, ma l'esame fondamentale per la diagnosi è la biopsia. È necessario anche svolgere degli esami del sangue completi in quanto il tumore potrebbe coinvolgere anche il midollo osseo, rendendo quindi necessario avere informazioni in merito alla conta delle cellule (AIRC, 2019d).

1.4.2 Il trattamento

Diversi sono gli approcci terapeutici efficaci per il trattamento del sarcoma di Ewing, tra cui la chemioterapia, la radioterapia e la chirurgia. Tra questi la chemioterapia viene utilizzata per prima così da ridurre la dimensione del tumore e rendere più semplice la successiva eliminazione. Inoltre, viene utilizzata anche dopo la chirurgia per eliminare le eventuali cellule tumorali rimaste dopo l'intervento. La chemioterapia viene utilizzata anche prima di effettuare il trapianto

di cellule staminali del midollo, nei casi in cui le terapie standard non funzionino. La radioterapia, che viene utilizzata prima dell'intervento chirurgico, in alcuni casi è efficace anche da sola. Infine, l'intervento chirurgico è il trattamento elitario per bambini e ragazzi con tumore di Ewing, in quanto esso permette di non lasciare conseguenze troppo pesanti nei pazienti e di eliminare quasi completamente il tumore. Anche se, per l'età pediatrica, in seguito alla chirurgia si devono tenere in considerazione alcuni aspetti, tra cui il fatto che si dovranno fare ulteriori interventi per sostituire le protesi che vengono inserite in seguito all'asportazione dell'osso (AIRC, 2019d).

1.5 Effetti della malattia onco-ematologica

Durante il loro periodo di malattia, bambini e adolescenti, potrebbero presentare alcuni arresti o ritardi in delle aree fondamentali dello sviluppo. In particolare, le aree influenzate, non sono dalla malattia ma anche dalle terapie sono quella cognitiva, psicologica, sociale, fisica e motoria (Tremolada et al. 2019).

1.5.1 Effetti sull'area cognitiva

La malattia e le relative terapie ad essa associata potrebbero avere degli effetti negativi sulle capacità intellettive che possono essere stabili o temporanei. Ad influenzare molto queste capacità vi sono alcuni aspetti come gli effetti della chemioterapia, l'influenza della radioterapia e gli interventi chirurgici. Inoltre, gli effetti maggiormente negativi risultano dalla combinazione di chemioterapia e radioterapia. Queste potrebbero determinare un decremento nelle funzioni intellettive, cognitive e scolastiche. Tra i fattori di rischio per lo sviluppo delle suddette problematiche vi sono la giovane età, il genere femminile e le ospedalizzazioni prolungate.

Le funzioni cognitive maggiormente debilitate dalle terapie antitumorali sono: la coordinazione visuo-motoria, la memoria di lavoro, la difficoltà a prestare attenzione e concentrarsi e un allungamento dei tempi di reazione dovuto ad una scarsa velocità di elaborazione. Inoltre, la radioterapia può avere effetti negativi sulla velocità psicomotoria, sull'attenzione e sulla memoria a breve termine (Tremolada et al. 2019).

1.5.2 Effetti sull'area psicologica

I pazienti oncologici pediatrici spesso sviluppano ansia dovuta agli stress da procedure e terapie che portano ad una rottura del normale equilibrio emotivo e rendono inefficaci le strategie di coping solitamente utilizzate. Seppur la maggior parte dei bambini potrebbe non mostrare problemi comportamentali durante tutto il trattamento, mostrando buone capacità di adattamento, alcuni potrebbero andare incontro a traiettorie di adattamento negativo e a problemi sia internalizzanti che esternalizzanti. La causa di questi problemi spesso non è la malattia di per sé, ma tutto ciò che l'essere malato comporta. In particolar modo, i farmaci cortisonici possono influenzare l'umore del bambino e se utilizzati per trattamenti di lunga durata possono portare a conseguenti cambiamenti nel temperamento, portando i pazienti ad essere più irritabili, meno tolleranti e più aggressivi. Nonostante tutti gli stress a cui sono sottoposti, bambini e adolescenti affetti da una malattia oncologica mostrano bassi livelli di stress emotivo e uno stato mentale positivo; anche se spesso questi bambini mostrano alti livelli di ansia dovuta alla paura di essere giudicati e in quanto essi tendono a rimanere sempre sulla difensiva.

Lo stile di adattamento che viene maggiormente rilevato nei pazienti è di tipo repressivo, che potrebbe spiegare alcuni comportamenti che rimandano a sintomi di evitamento. Inoltre, questo tipo di adattamento passivo potrebbe portare allo sviluppo di alti livelli di depressione (Tremolada et al., 2019).

1.5.3 Effetti sull'area sociale

Le maggiori difficoltà presentate da bambini e ragazzi sono inerenti ai rapporti interpersonali, alle ridotte attività ricreative e alla scuola, che possono portare a sentimenti di ansia, ad una percezione negativa della propria immagine corporea ed a un graduale allontanamento dagli amici. I pazienti esperiscono difficoltà nel riuscire a riadattarsi all'ambiente scolastico, tendendo all'isolamento, alla bocciatura e ad una maggiore possibilità di essere bullizzati. I ragazzi potrebbero manifestare maggiori livelli di nervosismo dovuti a preoccupazione, a mancanza di fiducia e ad un senso di diversità rispetto ai coetanei (Tremolada et al., 2019). Inoltre, è emerso che bambini e ragazzi non si ritengono soddisfatti delle loro

relazioni amicali e che essi vanno incontro a delle difficoltà nell'interazione con gli altri (Tremolada et al., 2016), anche quando si reinseriscono a scuola (Tremolada et al., 2020).

1.5.4 Effetti sull'area fisica e motoria

Un ritardo nello sviluppo delle abilità motorie può essere associato a diversi fattori come i farmaci e le terapie a cui i bambini sono sottoposti, in quanto essi sono tossici per il sistema nervoso. Questi possono causare debolezza muscolare e una diminuzione della forza, insieme a difficoltà di coordinazione grosso e fino-motoria, difficoltà di equilibrio e la parestesia delle dita dei piedi e delle mani (Tremolada et al., 2019). Le maggiori difficoltà che i bambini esperiscono sono relative allo sviluppo della motricità fine che, a differenza delle altre abilità motorie, le cui disfunzioni si limitano ad alcune fasi del trattamento, tendono ad avere effetti negativi a lungo termine (Tremolada et al., 2011). Inoltre, i chemioterapici hanno un impatto significativo anche su alcune componenti del sistema muscolo-scheletrico, che determinano lo sviluppo fisico e la crescita del sistema stesso.

Alla luce di quanto detto risulta importante, al fine di garantire una buona qualità di vita, che i pazienti affetti da malattie oncologiche partecipino a dei programmi riabilitativi, soprattutto per quanto riguarda lo sviluppo delle abilità di motricità fine e grosso motoria (Taverna et al., 2017).

Capitolo 2: Emozioni e Teatro

In letteratura sono state fornite diverse definizioni delle emozioni, ad esempio William James (1884) le definisce come la percezione dei cambiamenti corporei che avvengono a seguito di un evento eccitante. Invece, secondo Frijda (1986), le emozioni possono essere percepite come “*tendenza all’azione*” e la loro proprietà centrale è data dal fatto che, a seguito di un evento, esse danno priorità ad un set di obiettivi, rilegando altri sullo sfondo. Richard Lazarus (1991) individua come componente centrale delle emozioni la valutazione (appraisal) di qualcosa nel mondo di un individuo, concentrandosi, quindi, sulle componenti valutative delle emozioni.

Inoltre, secondo gli ultimi due autori, le emozioni intense prevedono almeno sei componenti. La componente iniziale è la “*valutazione cognitiva*”, definita come la valutazione soggettiva delle circostanze personali. Queste valutazioni portano al presentarsi di una serie di risposte che rappresentano altre componenti, tra cui “*l’esperienza soggettiva dell’emozione*”. Questa fa riferimento allo stato affettivo o al tono sentimentale che si associa all’emozione. Una terza componente comprende le “*tendenze al pensiero e all’azione*”, quindi la necessità di agire o pensare in modi particolari. Vi è inoltre una componente che concerne le “*reazioni corporee interne*”, in particolar modo quelle mediate dal sistema nervoso autonomo. In aggiunta alle reazioni corporee vengono prese in considerazione anche le “*espressioni facciali*”, che consistono nel movimento di tratti del viso in diversi modi, questo avviene grazie alla contrazione dei muscoli facciali. L’ultima componente fa riferimento a come le emozioni vengono affrontate dagli individui, come essi vi reagiscono e alle situazioni che le elicitano, questa componente è quella delle “*risposte alle emozioni*” (Smith et al., 2003).

Le diverse definizioni delle emozioni aprono la strada per diverse teorizzazioni in merito all’argomento. Secondo la “*Teoria di James-Lange*” le risposte fisiologiche danno origine alle emozioni, queste sono poi percepite dal sistema nervoso centrale per creare l’esperienza soggettiva cosciente delle emozioni stesse (James, 1890).

Walter Cannon (1987) articola in tre punti la critica alla teoria sopracitata. Infatti, egli sostiene che l'attivazione del sistema nervoso centrale porta ad un'eccitazione autonoma (es. frequenza cardiaca, sudorazione), che è troppo diffusa per tenere conto della varietà dell'esperienza emotiva. Inoltre, queste risposte autonome sono troppo lente rispetto alla rapidità con cui si presenta l'esperienza emotiva. Infine, egli nota come le stesse risposte fisiologiche che dovrebbero essere elicitate dalle emozioni si verificano anche in altri stati, ad esempio quando si ha la febbre o quando si è esposti al freddo.

È proprio partendo da questa critica che egli formula la “*Teoria di Cannon-Bard*” secondo cui la valutazione cognitiva ed il sentimento soggettivo sono causalmente indipendenti dall'attivazione fisiologica e dalle risposte comportamentali. Quindi, egli basa la sua teoria sull'idea che le sensazioni soggettive cosce non sono una diretta conseguenza dell'attivazione fisiologica.

In aggiunta a queste due teorie vi è la “*Teoria dei Due-Fattori*” (Schachter, 1962) secondo cui i sentimenti soggettivi coscienti sono il risultato dell'interpretazione dell'attivazione fisiologica e del contesto da parte del sistema nervoso centrale. Gli autori forniscono supporto empirico a tale teoria attraverso uno studio in cui ad un gruppo veniva iniettata adrenalina, al fine di aumentare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, mentre nel gruppo placebo i soggetti venivano accoppiati con un partner istruito a interpretare uno scenario di allegria o di rabbia. I risultati di questo studio mostrano che i soggetti nel gruppo placebo riportano la stessa emozione soggettiva del partner e che gli effetti fisiologici erano consistenti con il contesto emozionale e il risultato atteso.

Infine, la “*Modern Theory of Emotions*” (Weisfeld & Goetz, 2013) va oltre la valutazione cosciente delle emozioni e pone al centro di questa due concetti fondamentali l'*appraisal* e l'*affetto*. Il primo può essere visto come il processo di riconoscimento del contesto emozionale degli stimoli, questo può avvenire sia con che senza consapevolezza cosciente ed ha luogo molto presto. Invece un *affetto* è una sensazione universale che può essere di valenza positiva o negativa, a seconda dello stimolo, che riceve priorità. Questo dà luogo ad una tendenza di comportamento motivato, o comportamento osservabile, che è seguito da dei cambiamenti motori e viscerali adattivi.

Lo sviluppo delle emozioni avviene secondo diverse fasi, che avvengono tutte ad età differenti. Per quanto concerne le emozioni primitive, presenti nel bambino fin dalle prime fasi dello sviluppo, esse possono essere suddivise in emozioni primarie ed emozioni autocoscienti. Le prime sono presenti a partire dai 6 mesi e includono la gioia, la rabbia, la tristezza, l'interesse, la sorpresa, la paura ed il disgusto. Invece, le emozioni autocoscienti per svilupparsi richiedono autocoscienza e un senso del sé. Queste emozioni si sviluppano durante la seconda metà del primo anno di vita e includono la gelosia, l'empatia, l'imbarazzo, l'orgoglio ed altre (Lewis, 2010). Kagan (2010), invece, sostiene che le emozioni autocoscienti, in quanto richiedono un maggiore sviluppo cognitivo, non siano osservabili nei bambini nel primo anno di vita. Le prime emozioni comunicative che il bambino utilizza sono il pianto ed il sorriso. Queste permettono alla diade caregiver-bambino di coordinare le loro interazioni e promuovono l'inizio di un coinvolgimento emotivo tra i due. Questa interazione è reciproca, in quanto il genitore modifica la sua risposta emotiva in relazione a quella del bambino e viceversa. Genitori che si sincronizzano in modo corretto coi propri figli, soprattutto nei primi due anni, favoriscono la loro crescita emotiva (Thompson, 2013). Con la crescita, i bambini iniziano a comprendere che alcune situazioni possono elicitare determinate emozioni, che le emozioni influenzano il comportamento e che possono essere utilizzate per modificare il comportamento degli altri (Cole et al., 2009). Uno sviluppo emotivo ottimale è una componente necessaria per l'adattamento, in quanto è necessario per garantire la salute mentale, ma anche perché influenza lo sviluppo ed il mantenimento delle relazioni sociali. Lo sviluppo socio-emotivo comincia durante l'età prescolare e fornisce al bambino: la capacità di stabilire e mantenere interazioni con gli adulti e coi loro compagni, la capacità di percepire ed esprimere le emozioni e lo sviluppo del concetto di Sé, che porterà allo sviluppo dell'immagine di sé. Tutti questi aspetti sono racchiusi all'interno di quelle che vengono definite capacità emotive. Le principali capacità descritte sono: provare ed esprimere le emozioni, comprenderle e riconoscerle e riuscire a regolarle. La capacità di riconoscere le proprie ed altrui emozioni dà la possibilità al bambino di rispondere in maniera appropriata ai propri e altrui sentimenti emotivi. Un costrutto che è correlato con le capacità emotive è il

linguaggio. Quando il bambino acquisisce la capacità di riuscire a parlare delle proprie emozioni inizia ad avere una visione più oggettiva su di esse, prova a capirle e ascolta ciò che gli altri hanno da dire in merito alle loro emozioni. Inoltre, durante il periodo prescolare il bambino inizia ad imparare che le emozioni possono essere evocate anche da pensieri, comprendendo quindi la connessione tra pensiero ed emozione (Iuga & Turda, 2022). Inoltre, tra i 2 e i 3 anni i bambini iniziano ad avere un vocabolario emotivo più ampio e iniziano a comprendere quali sono le cause e le possibili conseguenze delle emozioni (Denham et al., 2012). Tra i 4 e i 5 anni aumenta la loro abilità di riflettere sulle emozioni; cominciano a capire che lo stesso evento può elicitare emozioni differenti in persone diverse; vi è poi una maggiore consapevolezza sul fatto che è necessario che controllino le loro emozioni per confarsi alle norme sociali (Cole et al., 2009). Come evidenziato da Santrock (2014) tra i 6 e gli 11 anni avvengono diversi cambiamenti emotivi dettati dallo sviluppo, tra cui:

- un miglioramento nella comprensione delle emozioni, in particolare i bambini alle scuole elementari iniziano a comprendere emozioni complesse come l'orgoglio e la vergogna;
- iniziano a comprendere che una persona può provare più di una emozione in una particolare situazione;
- vi è una maggiore capacità di comprendere quale avvenimento porta ad esprimere una certa emozione;
- sviluppano l'abilità di sopprimere o nascondere le reazioni emotive negative.
- utilizzano delle strategie auto-iniziate per riorientare i propri sentimenti, questo perché diventano maggiormente riflessivi in merito alla loro emotività e iniziano ad usare maggiori strategie per controllare le loro emozioni.

Ai fini maturativi è importante che i bambini imparino a fronteggiare lo stress; infatti, i bambini più grandi tendono ad utilizzare più strategie di coping cognitive e a generare diversi metodi di gestione dello stress per far fronte a situazioni stressanti. Queste strategie sono utilizzate dai bambini in maniera consistente a partire dai 10 anni (Saarni et al., 2006).

2.1 Riconoscimento emotivo

Il riconoscimento emotivo può essere definito come la capacità di comprendere lo stato emotivo di un'altra persona attraverso alcuni aspetti come il tono della voce e l'espressione facciale (Mier et al., 2010). La capacità di riuscire a comprendere le emozioni altrui ha un ruolo cruciale nelle interazioni sociali, al fine di comprendere, anticipare e rispondere in modo adeguato alle reazioni delle persone intorno a noi. Grazie alla capacità di riconoscere le emozioni siamo in grado di raccogliere molte informazioni in merito allo stato emotivo di chi osserviamo (Kosti et al., 2017). Inoltre, riuscire a comprendere i propri stati interiori è fondamentale per apprendere come gestirli, per evitare di esserne sopraffatti. La possibilità di esprimere le emozioni e di condividerle crea delle reti empatiche che promuovono il benessere sociale (Bonato, 2016).

Secondo Saarni (1999) la “*competenza emotiva*” è comprensiva di diverse capacità che comprendono sia quelle di riconoscere, capire e rispondere in modo coerente alle emozioni altrui, sia la capacità del bambino di riuscire a denominare correttamente le espressioni emotive. Una corretta acquisizione di questa competenza è necessaria per sviluppare una capacità relazionale funzionale e per garantire al bambino un adeguato adattamento sociale (Anolli et al., 2007). Questo perché le interazioni sociali sono guidate dalle espressioni facciali delle emozioni in almeno tre modi diversi: in primis, queste, permettono di comprendere le emozioni e le intenzioni sociali dell'altro; in secondo luogo, esse contribuiscono ad evocare emozioni nell'osservatore; infine esse possono essere utilizzate per oggetti ed eventi presenti nell'ambiente per poi pianificare il proprio comportamento (Chovili, 1998). L'attenzione alle manifestazioni emotive altrui è visibile in infanti a partire dal secondo semestre di vita. In particolare, questi sono maggiormente sensibili alla minima facciale, soprattutto della madre, servendosi di queste come guida e fonte di informazioni per il loro comportamento (Klinnert, 1984). La capacità di riconoscere le emozioni è inizialmente fortemente contestualizzata e si basa sull'abilità di mettere in relazione le situazioni che

suscitano condotte emotive con le condotte emotive stesse (Denham & Couchoud, 1990). La competenza di decodificare la mimica facciale è una competenza che viene acquisita gradualmente, secondo un preciso andamento. Questo implica che sia necessario padroneggiare prima la comprensione delle emozioni “primarie” così da poter, successivamente, riconoscere le emozioni “secondarie” o “complesse” (Balconi & Carrera, 2005). Inoltre, questa competenza si sviluppa di pari passo con la capacità di denominazione lessicale, per questo all’aumentare della tendenza a ricorrere ad etichette verbali, il lessico verbale si arricchisce e vi sono meno errori nei compiti di labelling delle espressioni facciali (Russell & Widen, 2002). Infatti, le etichette verbali emotive che appaiono per prime sono quelle delle emozioni che sono più facilmente e precocemente riconosciute (es. gioia, rabbia, tristezza e paura). Invece, le etichette che appaiono successivamente sono quelle delle emozioni più complesse, come la sorpresa ed il disgusto, difficili da riconoscere nei bambini di età inferiore a 5 anni (Balconi & Carrera, 2005).

Pur emergendo molto presto, la capacità di riconoscere le espressioni facciali non è completamente sviluppata prima dei 10 anni (Walker-Andrews, 1997). Le maggiori differenze tra i risultati ottenuti dai bambini e dagli adulti nei compiti di riconoscimento emotivo sono legate all’accuratezza delle risposte, in quanto i primi sono meno accurati dei secondi. In uno studio di Bruce e colleghi (2000) è stato evidenziato che i bambini ottengono punteggi differenti in merito alle capacità di riconoscimento emotivo in base alle richieste del compito ad essi somministrato. Infatti, quando viene richiesto a bambini di 6 anni di individuare tra due facce quella che esprime una certa emozione (es. felice, triste, arrabbiata o sorpresa) essi sono accurati quasi al 100%. Al contrario, quando gli veniva richiesto di scegliere tra due facce quella che esprimesse la stessa emozione di una terza faccia, un buon livello di accuratezza non era raggiunto fino ai 10 anni. In un altro studio, in cui i bambini dovevano assegnare un’etichetta emotiva ad una foto, è stato visto un aumento nell’accuratezza delle risposte tra i 6 e gli 8 anni, età in cui la performance raggiunge livelli adulti (Mondloch et al., 2003). Quindi, la capacità di riconoscere le emozioni migliora tra 6 e gli 8 anni e tra gli 8 e 10 anni in base al compito che il bambino deve svolgere. Un ulteriore miglioramento si osserva tra i 14-15 anni e l’età adulta (Kolb et al., 1992). La spiegazione per cui questa capacità tenda a

migliorare col tempo potrebbe essere ricercata nel fatto che gli adulti tendono ad utilizzare maggiormente informazioni configurali relative alle proprietà del volto (Leder & Bruce, 1998). Quando si parla di elaborazione configurale dei volti si fa riferimento al fatto che l'attenzione viene posta all'insieme che forma la triangolazione occhi-bocca (Valenza & Turati, 2019). È quindi possibile che i bambini di età inferiore ai 10 anni basino le proprie valutazioni in merito alle espressioni su informazioni locali anziché configurali (Carey & Diamond, 1977). Questa ipotesi è però stata contestata in quanto ulteriori studi hanno dimostrato che i bambini di età inferiore a 10 anni sono in grado di processare i volti in modo configurale (Carey & Diamond, 1994).

Inoltre, Durand e colleghi (2007) affermano che l'abilità di riconoscere le emozioni varia in base all'emozione presentata. Emozioni come la felicità e la tristezza sono accuratamente riconosciute a partire dai 5 o 6 anni e, già a questa età, il livello di accuratezza è simile a quello adulto. Per quanto riguarda la paura, questa non raggiunge livelli accurati fino all'età di 7 anni, la rabbia viene correttamente riconosciuta a 9 anni ed il disgusto non è accuratamente riconosciuto fino all'età di 11 anni. È risultato che anche per quanto riguarda le espressioni neutre queste non vengano riconosciute prima dei 9 anni, prima di quest'età vi è una tendenza a valutare come emotive immagine di espressioni neutre.

Il fatto di non riuscire a distinguere le espressioni di queste emozioni non implica che i bambini non siano in grado di provarle. Infatti, questi sono in grado di descrivere degli eventi in cui è possibile provare queste emozioni e conoscono anche le espressioni comportamentali (Widen & Russell, 2004). Visto che conoscono le diverse emozioni, la loro scarsa abilità di riconoscere la loro espressione è dovuta ad una mancata conoscenza dei loro effetti sulle espressioni facciali. Quindi è l'abilità di discriminare accuratamente le espressioni facciali che si sviluppa durante la prima decade di vita, insieme alla capacità di associarle alle categorie emotive corrispettive (Durand et al., 2007)

2.2 Le emozioni e la malattia

I bambini che soffrono di una malattia oncoematologica sono spesso sottoposti a diversi trattamenti che possono causare degli effetti anche a lungo termine. Gli stressor più comuni a cui questi bambini vengono sottoposti sono l'ospedalizzazione e il fatto di dover effettuare delle procedure dolorose, questi influenzano la sfera emotiva e comportamentale del bambino (Kazak et al., 2006). Il dolore che questi bambini provano in seguito alle diverse procedure porta spesso a sentimenti di rabbia. Procedure come i prelievi, di sangue e di midollo, e il trapianto di quest'ultimo, provocano spesso ansia nel bambino e generano reazioni di evitamento (Kuppenheimer & Brown, 2002). L'ospedalizzazione porta i bambini ad essere separati dalla famiglia e dalle persone che solitamente gli sono vicino, obbliga il bambino a cambiare le sue routine quotidiane, questo potrebbe avere un effetto dannoso sul loro sviluppo emotivo (Crnkoviec et al., 2009). Sono state individuate diverse reazioni da parte dei bambini in età scolare in seguito all'ospedalizzazione, tra le più comuni vi sono:

- senso di emarginazione, in quanto il bambino a causa della sua condizione tende a sentirsi più fragile, il che lo porta ad avere il timore di essere meno amato dal contesto familiare e sociale;
- frustrazione, in quanto l'ospedalizzazione gli impedisce di fare ciò che vuole, e vi è anche il fatto che il bambino deve portare avanti una routine noiosa e di sofferenza;
- minaccia di aggressione percepita dalle continue visite, che vengono percepite come una violazione del proprio corpo;
- angoscia che proviene dall'essere in un ambiente che non fornisce l'opportunità di esprimersi;
- senso di impotenza, caratterizzato da un'immagine di sé che tende a svalorizzarsi;
- regressione a stati evolutivi precedenti.

Inoltre, all'ingresso in ospedale, il bambino deve cambiare il suo mondo interno ed esterno, il primo potrebbe essere popolato da pensieri e immagini tristi che possono essere accompagnati da emozioni negative come: solitudine, paura, dolore, ansia e senso di abbandono; il mondo esterno invece è caratterizzato da un nuovo mondo, quello ospedaliero, che può apparire freddo e asettico (Bonichini & Tremolada, 2019).

Per quanto riguarda le cure farmacologiche a cui i pazienti con leucemia linfoblastica acuta (LLA) sono sottoposti, queste portano spesso a delle difficoltà emotive e comportamentali. In particolare, trattamenti con corticosteroidi, usati per trattare la leucemia, portano a frequenti cambi di umore, maggiore irritabilità e potrebbero portare allo sviluppo di ansia e depressione e a problemi nella regolazione del comportamento, soprattutto di quello aggressivo (Drigan et al., 1992).

I bambini che sono maggiormente a rischio di sviluppare difficoltà emotive e comportamentali sono quelli che presentano maggiori difficoltà nella gestione delle situazioni stressanti (Wadsworth et al., 2004). Nel loro lavoro Syrjala e colleghi (2011) evidenziano che i bambini malati di cancro tendono ad utilizzare maggiormente uno stile adattivo repressivo, il che porta all'evitamento dell'espressione delle emozioni negative e alla soppressione di problemi affettivi. Inoltre, questi bambini tendono a mostrare una repressione delle emozioni negative, che risulta nell'esperienza di emozioni positive (Firoozi & Rahmat, 2013). Uno studio effettuato su bambini con leucemia linfoblastica acuta ha mostrato che questi hanno una buona capacità di resilienza e riescono a adattarsi in maniera ottimale alla malattia e ai trattamenti. Infatti, questi soggetti mostrano punteggi simili ai controlli su misure di benessere emotivo (Jurbergs et al., 2009). Inoltre, questi bambini non mostrano sintomi di distress clinicamente significativi e mostrano minori livelli di disturbi emotivi rispetto ai controlli (Phipps, 2007).

Quindi, gli studi più rilevanti suggeriscono che i bambini con LLA mostrano una capacità emotiva migliore rispetto ai loro coetanei sani; questo fenomeno potrebbe essere spiegato attraverso alcune teorie come la crescita post-traumatica o la resilienza psicologica (Langeveld et al., 2002). La crescita post-traumatica può essere vista come la capacità di un individuo di andare incontro ad un cambiamento

psicologico positivo a seguito di un evento traumatico. Questa crescita può verificarsi in situazioni fortemente sconvolgenti e di forte distress. Diversi studi indagano questa teoria e i risultati ottenuti sono contrastanti in quanto alcuni mostrano una correlazione tra la crescita ed un miglior stato di salute sia fisico sia psicologico, mentre altri non mostrano correlazioni o addirittura correlazioni negative (Gasparre, 2009). La resilienza psicologica, invece, può essere definita come la capacità di un sistema di adattarsi con successo a seguito di un evento che minaccia il suo funzionamento e il suo sviluppo (Masten, 2014).

Nel suo studio Firoozi (2011) parte dall'idea secondo cui i meccanismi di regolazione emotiva sono di particolare importanza per il funzionamento adattivo del bambino. Questi meccanismi si riferiscono a tutti i processi interni ed esterni che operano attraverso il monitoraggio, la valutazione e la modifica di quelle emozioni che emergono come reazione ad esperienze dolorose (Phipps, 2007). Il meccanismo che sembra essere utilizzato maggiormente per regolare le emozioni negative è quello di spostare il focus attentivo. I pazienti con LLA tendono a mostrare un bias positivo nella loro attenzione, prestando quindi maggiormente attenzione alle emozioni positive, invece che a quelle negative (Firoozi et al., 2011).

2.3 Teatro come strumento educativo

Il teatro è da sempre luogo di esperienza intersoggettiva ed emotiva; un luogo del “come se” che diventa concreto attraverso il “fare finta di”, è uno spazio privilegiato in cui il corpo emotivo gioca e si esprime in modo creativo (Bonato, 2016). Alcune tecniche teatrali sono state utilizzate per migliorare le capacità sociali in bambini con difficoltà emotive e di comunicazione, in quanto il teatro potrebbe aiutare nell'identificazione di informazioni sociali fondamentali e promuovere lo sviluppo delle capacità comunicative, di movimento, il gioco creativo e le interazioni sociali (Corbett et al., 2011). Attraverso il teatro i bambini in età prescolare imparano come gestire le loro emozioni, sviluppano il proprio vocabolario, migliorano la loro autostima e imparano a stare con gli altri. Inoltre, grazie al teatro mostrano dei miglioramenti concernenti l'immaginazione e la creatività. Lo sviluppo di attività attraverso l'utilizzo del teatro, cosa che piace molto ai bambini, porta non solo allo

sviluppo di competenze emotive, ma anche alla formazione di quelle morali che sono necessarie per vivere in una società (Iuga & Turda, 2022).

L'essenza del teatro può essere vista come l'imitazione di un'azione che fa parte dell'esperienza umana. Il teatro, in particolare quello per i ragazzi, possiede la possibilità di poter insegnare. Le proprietà educative del teatro sono state presentate da Levy (2005) e possono essere riassunte in undici punti come segue:

1. il teatro insegna attraverso l'uso dell'emulazione
2. il teatro insegna istruendo e allo stesso tempo divertendo, questo fa sì che le istruzioni apprese durino più a lungo, in quanto sono associate a sentimenti di piacere. Infatti, i bambini tendono ad imparare di più quando giocano e lasciano libera di esprimersi la loro immaginazione.
3. il teatro insegna concetti morali, attraverso la rappresentazione di aforismi e sentimenti moralmente accettati. Esso fornisce al bambino una visione sui dilemmi morali che incontrerà nel corso della vita, su cui poter riflettere grazie al fatto che questi sono inseriti in un contesto circoscritto, prevedibile e che dà la possibilità di ripetere la scena più volte (Levy, 1997)
4. quando le persone entrano a far parte dell'audience esse diventano più malleabili e quindi più suscettibili all'apprendimento.
5. il teatro promuove nello spettatore la capacità di pensare razionalmente a ciò che è stato osservato.
6. il fatto che l'informazione che viene presentata sia molto vivida agli occhi di chi la osserva favorisce l'apprendimento.
7. Il teatro può insegnare attraverso la sua caratteristica di richiamare all'azione, soprattutto nelle società repressive.
8. il teatro forza gli attori all'apprendimento in quanto li costringe a vivere le esperienze da mettere in scena come se fossero vissute in prima persona. Così la rappresentazione scenica diventa un esempio di un futuro comportamento.
9. guardando soprattutto alla commedia è possibile affermare che essa insegna sensibilizzando gli spettatori a particolari argomenti sensibili, attraverso esagerazioni delle caratteristiche del personaggio.

10. il teatro fa leva sulle conseguenze negative di alcune azioni per insegnare alle persone l'importanza di assumere comportamenti giusti.
11. il teatro insegna attraverso l'educazione alle emozioni. Esso mostra, all'osservatore, e permette di sperimentare, all'attore, le emozioni in modo unico.

È possibile che il teatro educhi alle emozioni tramite un processo di focalizzazione e intensificazione delle stesse, incoraggiando il sentimento vivido e coerente. Inoltre, permette di isolare le emozioni e di esaminarle tutte separatamente al fine di poterle comprendere e rappresentare. Questo processo permette di risvegliare e richiamare le emozioni e i sentimenti provati in alcune situazioni, fornendo l'opportunità di riflettere sulle emozioni provate e sulla loro intensità e significato. Da questo scaturisce la capacità di riconoscere le emozioni provate in determinate situazioni e di adeguare le emozioni future alle diverse situazioni (Levy, 2005).

Il teatro può essere visto come un processo di formazione che si colloca tra l'intimità dell'individuo, le sue emozioni, i suoi sogni e la realtà della vita reale. Questo fa sì che possa essere vissuto dal bambino come un luogo in cui è possibile giocare, imparare a conoscere la propria interiorità e la realtà esterna. Inoltre, l'attività teatrale promuove la creatività dando la possibilità al bambino di realizzare un gioco creativo nuovo (Oliva, 2016).

Il teatro può essere, per il bambino, uno strumento utile per lo sviluppo delle proprie rappresentazioni e nel comprendere come utilizzarle con gli altri per creare significati condivisi. Inoltre, offre al bambino l'opportunità di riflettere sui suoi comportamenti, fornendo un approccio di tipo "learning by doing", così da favorire una partecipazione più significativa nel mondo sociale e portando a maggiore comprensione e consapevolezza di esso (Peter, 2003). In quest'ottica l'azione di alfabetizzazione emotiva avviene attraverso il gioco, in cui si fa finta di essere altro da sé, che porta alla creazione di un essere potenziale che è il frutto della creatività del bambino, che però possiede ancora il corpo emotivo-espressivo del sé reale (Bonato, 2016). Il gioco viene visto da Winnicott (1995) come l'ambito in cui si esprime la creatività umana; esso è alla base dell'"*esistenza esperienziale*" dell'uomo, in uno spazio potenziale tra Sé individuale e ambiente. Il gioco è un'esperienza in cui si riesce ad essere creativi, ed è proprio in questo essere

creativo che l'individuo scopre sé stesso. Secondo Piaget (1984) il gioco simbolico è indispensabile affinché si realizzi il passaggio dal principio di piacere a quello di realtà, ed è anche la fonte dell'immaginazione creativa. Il gioco simbolico consente al bambino un appagamento emotivo, in quanto questo gli permette di esplorare e sviluppare i propri desideri e anche di moltiplicare le sue potenzialità creative inventando modi nuovi per soddisfare i suoi bisogni. Quando il bambino finge di essere altro da sé egli dà vita emotivo-espressiva ad un terzo soggetto, che conserva dei tratti di sé stesso e tratti dell'altro che sono stati assimilati attraverso meccanismi di rispecchiamento emotivo. Questo permette all'attore di vivere una nuova esperienza intersoggettiva, che può condurre a nuove visioni del mondo esterno e fa emergere delle nuove interazioni (Bonato, 2016). Nel gioco del "fa finta di", una forma di gioco simbolico in cui il bambino usa oggetti, azioni o idee, per rappresentare altri oggetti, azioni o idee, usando la sua immaginazione per assegnare dei ruoli ad oggetti inanimati o persone, il bambino esplora e sperimenta la sua conoscenza relativa a situazioni sociali familiari. Il modo in cui i bambini giocano può rivelare i sentimenti che provano nei confronti di altre persone e il loro rapporto in diverse situazioni (Singer & Singer, 2009). Inoltre, quando il bambino svolge questo tipo di gioco fa propri i costumi sociali e i diversi codici di comportamento, mentre si proietta in situazioni immaginarie ed esplora nuovi mondi ricchi di possibilità. In questo gioco il bambino costruisce una recita che lo aiuta a comprendere il motivo che sottostà ai comportamenti ed ai pensieri delle altre persone, il tutto mentre si diverte in un contesto di apprendimento che è vivo, dinamico e più impattante sulla sua memoria. Quindi, il gioco-teatrale offre l'opportunità di motivare i bambini a partecipare in modo più significativo al mondo sociale, favorendo la capacità di comprenderne i significati simbolici. Inoltre, può fornire la capacità di comprendere le implicazioni dei loro comportamenti di gioco e il potenziale impatto che le loro reazioni potrebbero avere sugli altri. La recitazione provoca nei bambini delle risposte emotive che sono reali e fornisce l'opportunità di approfondire la propria conoscenza in merito ai propri sentimenti, alle loro reazioni e le conseguenze di queste (Peter, 2003).

Il gioco creativo diviene gioco drammatico nel momento in cui si prende in considerazione la sua dimensione spontanea ed individuale. Esso è alla base della

formazione dell'individuo perché riordina l'esperienza che egli ha del mondo nella dimensione del gioco, sulla quale egli ha un potere di controllo, di creazione e di distruzione. Da qui vi è la concezione che il "fare finta di" rappresenti la chiave d'accesso ad un livello di esperienza conosciuto come realtà drammatica, che si pone in uno spazio in cui il mondo immaginario e quello reale si incontrano (Chancerel, 1967).

Il gioco del teatro prevede che il bambino debba fare, creare e immaginare insieme agli altri. Inoltre, egli deve creare, immaginare e fare anche per gli altri. Componente necessaria in questo gioco è la presenza dell'adulto che crea, immagina e fa col bambino. Infine, in questo gioco la dimensione del ruolo è particolarmente importante in quanto ognuno ha l'occasione di vedere e provare molti ruoli diversi nei quali riconoscersi e anche dei contro ruoli in cui riconoscere gli altri. Questo deve avvenire sempre sotto la regia dell'adulto, che deve creare il contesto adeguato affinché tutti i bambini possano sperimentare tutti i ruoli (Bonato, 2016).

Sherratt e Peter (2002) hanno proposto un modello multifattoriale per sviluppare gioco e recitazione che è volto a fornire una chiara struttura in cui poter creare, motivare gli attori attraverso la partecipazione in attività cariche emotivamente, e che si impegna a fare ciò considerando il grado dello sviluppo e proponendo livelli adeguati alle loro abilità e attraendo la loro attenzione. Questo approccio integra le risposte cognitive ed affettive dei bambini in un gioco strutturalmente appropriato, dandogli la possibilità di investire significati in un'attività che ha per loro una rilevanza personale e che allo stesso tempo fornisce la possibilità di operare in modi diversi con le possibilità fornite dal contesto della narrativa del gioco. Il teatro educativo ha lo scopo di sviluppare l'intelligenza emotiva del bambino, offrendo l'opportunità di esplorare le motivazioni e le intenzioni che sono dietro l'azione delle persone.

Inoltre, grazie all'esperienza teatrale il bambino va incontro ad una serie di integrazioni su più livelli, riassumibili come segue:

- vi è un'integrazione dell'emisfero destro emozionale con il sinistro razionale;

- la parte emotiva e la parte riflessiva si integrano per sviluppare strategie comportamentali;
- attraverso il “fare finta di essere” si possono recuperare ricordi di esperienze passate per elaborarli, condividerli e chiarirli, questo porta all’integrazione della memoria implicita ed esplicita;
- l’esperienza teatrale promuove l’integrazione di molti elementi interni, come emozioni, percezioni, ricordi, così che essi possano essere definiti e denominati attraverso l’azione espressiva, così da migliorare la consapevolezza di sé;
- il gioco di ruolo e la dinamica attore-osservatore favoriscono l’integrazione dell’io con il tu e con il noi così da promuovere lo sviluppo dell’empatia e di relazioni positive, che potranno portare ad un incremento delle abilità sociali.

La funzione educativa del teatro può essere ritrovata anche nel fatto che esso è un’esperienza intersoggettiva che offre la possibilità di vivere dei flussi emotivi che generano condivisione e rispecchiamento, portando allo sviluppo di empatia. Inoltre, permette di creare moltissime dimensioni emotive attraverso il “fare finta di”, portando alla nascita di progettualità esistenziali sempre diverse. Questo, come evidenziato da Bonato (2016) rende il teatro “una palestra dove sperimentare la propria dimensione emotiva”. Inoltre, il gioco creativo che si instaura attraverso l’utilizzo del teatro può fornire l’opportunità di trovare la forza d’animo per conoscere e combattere i mostri che ogni società genera.

Affinché un percorso teatrale abbia una valenza educativa è necessario che l’azione teatrale, con le sue tre componenti di training, messa in scena e rappresentazione, porti allo sviluppo soggettivo di competenze personali e sociali, favorendo la crescita individuale. Per garantire ciò è fondamentale che l’esperienza di teatro educativo fornisca un training che sia adeguato alle capacità intellettive e allo sviluppo psico-fisico del soggetto, così che egli possa comprendere le diverse sfumature emotive, come si esprimono e come si manifestano. Un intervento adeguato stimolerà il bambino, lo gratificherà e favorirà la sua motivazione ad impegnarsi nel compito. Inoltre, è molto importante permettere un’autovalutazione,

che pur evidenziando possibili difficoltà, possa risultare positiva di modo da incrementare in lui fiducia e autostima (Bonato, 2016).

Capitolo 3: Lo Studio

3.1 Obiettivi dello studio

Questo studio nasce dal tentativo di riuscire a identificare un modo innovativo per potenziare le emozioni nella popolazione pediatrica, che risulti allo stesso tempo divertente ed efficace. La necessità di ricercare nuovi metodi di intervento è determinata dal fatto che spesso gli strumenti cartacei che vengono usati per lavorare sulle emozioni risultano noiosi, ripetitivi e questo fa sì che il bambino sia meno invogliato a svolgere i diversi compiti.

Ad oggi sono pochi gli studi che propongono l'utilizzo di tecniche teatrali in popolazioni normotopiche e non ai fini, ad esempio, di un potenziamento delle loro capacità cognitive. Inoltre, non sembrano essere presenti in letteratura studi in merito all'utilizzo di tecniche come l'immedesimazione e l'imitazione ai fini di un miglioramento nelle capacità di riconoscimento emotivo.

Proprio per questo il presente studio si propone di valutare l'efficacia dell'utilizzo delle suddette tecniche teatrali, al fine di potenziare le capacità di riconoscimento emotivo in alcuni bambini in cura presso la Clinica di Oncoematologia Pediatrica dell'Ospedale di Padova.

Inoltre, lo studio è volto ad indagare se ai bambini possa piacere il teatro come mezzo di distrazione e intrattenimento da poter utilizzare durante le giornate in ospedale, ma soprattutto come mezzo educativo che possa essere proposto da insegnanti, psico-oncologi o adulti significativi.

Infine, vi è un interesse a comprendere anche le possibili potenzialità di questo intervento di migliorare il tono dell'umore del bambino. Dare la possibilità al bambino di viaggiare, con la mente, verso mondi fantastici potrebbe promuovere un umore positivo.

Partendo da questi obiettivi, si sono formulate poi le ipotesi più specifiche:

H1: Un incremento nelle capacità di riconoscimento emotivo grazie all'utilizzo del programma di potenziamento con l'utilizzo di tecniche teatrali. Nello specifico, si

ipotizza che ci sia un incremento significativo tra i punteggi del riconoscimento emotivo della NEPSY-II tra il pre- e post- intervento.

H2: Un alto gradimento dell'intervento con utilizzo di tecniche teatrali, valutato tramite questionari costruiti ad hoc.

H3: Un cambiamento positivo nel tono dell'umore tra pre e post-intervento sempre tramite alcune domande poste al genitore sull'umore del bambino prima e dopo. La valutazione è effettuata con questionari costruiti ad hoc.

3.2 Partecipanti

I partecipanti sono 10 bambini con un'età media di 9 anni e la deviazione standard pari 2,06 di età compresa tra i 7 ed i 13 anni. La scelta di questa fascia di età è determinata dall'età media dei pazienti in cura presso la Clinica nel periodo di raccolta dei dati, che è pari a circa 11 anni, e dal fatto che si ritiene che gli strumenti utilizzati (vedi 3.4) siano maggiormente adeguati a questa fascia di età.

In particolare, i partecipanti sono 6 maschi e 4 femmine con diverse malattie oncoematologiche tra cui: il Sarcoma di Ewing, il Tumore di Wilms, il Linfoma non Hodgkin e la Leucemia Linfoblastica Acuta. Tra questi, alcuni stanno affrontando una recidiva, alcuni sono in trattamento di prima linea e altri hanno effettuato, o stanno attendendo di effettuare, il trapianto di midollo osseo. Tutti i bambini sono in cura presso la Clinica di Oncoematologia Pediatrica dell'Ospedale di Padova, sia giornalmente, in Day Hospital che, per i periodi di degenza per le terapie e per gestire gli effetti collaterali o le infezioni, in reparto.

La partecipazione allo studio è stata su base volontaria, sia del bambino che dei genitori, ai quali è stato richiesto di firmare un consenso informato contenente tutte le informazioni in merito allo studio.

La scelta dei partecipanti è stata determinata in base ai seguenti criteri: (i) il rapporto con lo sperimentatore, (ii) la propensione del bambino al teatro e (iii) la sua disponibilità, sia per quanto riguarda lo stato di salute che in merito alla frequenza con cui si sarebbero potuti organizzare gli incontri.

In primis è stato ritenuto importante che ogni partecipante avesse già instaurato una buona relazione con lo sperimentatore, di modo da rendere più facile per il bambino

lasciarsi andare e godere a pieno dell'esperienza. Cosa che sarebbe risultata difficile nel caso in cui il bambino avesse dovuto lavorare con un estraneo. Inoltre, questo ha reso possibile la creazione di un progetto che fosse appositamente studiato per le necessità di ogni bambino.

In secondo luogo, era necessario che il soggetto fosse disposto a mettersi in gioco con un'esperienza nuova, diversa da quelle che gli venivano solitamente proposte. Questo è ritenuto un requisito fondamentale in quanto, nel caso in cui il bambino avesse intrapreso il progetto contro voglia, ci sarebbe potuto essere scarso impegno, poca partecipazione e la possibilità di abbandono.

Infine, quando si parla di disponibilità si fa riferimento non solo al tempo che il partecipante avrebbe dovuto dedicare al progetto, ma anche all'impegno che gli veniva richiesto. Siccome tutti i bambini presi in esame sono sottoposti a cure che spesso possono portare stanchezza, cattivo umore e poca motivazione, è stato ritenuto necessario che il bambino fosse davvero disposto ad impegnarsi, di modo da riuscire, alle volte, anche a contrastare la stanchezza pur di fare un'attività considerata piacevole.

Nel tentativo di avere un punto di vista anche da parte dei genitori, che osservavano il figlio sia prima che dopo il potenziamento, è stata richiesta la partecipazione anche delle madri dei bambini presi in esame. In particolare, a queste è stato richiesto di compilare un questionario osservativo sugli stati d'animo del bambino. Ai fini di questa tesi è stato ritenuto opportuno rilevare solo i dati in merito all'età e al grado di istruzione di ognuna.

Dalla raccolta dei suddetti dati è emerso che l'età media delle partecipanti alla compilazione del questionario è di circa 44 anni ($DS=5,6$), considerata in un range di età che va da 35 a 51 anni. Inoltre, esaminando il livello di istruzione, si è visto che la metà delle madri possiede un diploma di scuola superiore, mentre l'altra metà ha conseguito una laurea triennale o specialistica.

3.3 Strumenti

Ai fini della valutazione delle ipotesi di ricerca sono stati utilizzati tre strumenti:

1. Test di Riconoscimento Emotivo della NPSY-II (Korkman et al., 2011)

2. Questionario self-report di gradimento costruito ad hoc;
3. Questionario sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al progetto "Mettiamo in scena le emozioni", sia self che proxy report;

3.3.1 Test di Riconoscimento Emotivo della NEPSY-II

La NEPSY-II è una revisione della NEPSY, una batteria di test che viene utilizzata per la valutazione dello sviluppo neuropsicologico in età evolutiva. Questo strumento può essere utilizzato con diverse fasce di età, in quanto ogni batteria ha delle prove specifiche per ogni età. Viene utilizzata per la valutazione delle capacità cognitive, di base e complesse, in età evolutiva. Il range delle età a cui è possibile somministrare la NEPSY-II vai dai 3 ai 16 anni. La batteria di test dà la possibilità di ottenere sia punteggi quantitativi, che osservazioni qualitative, questo lo rende uno strumento versatile alle diverse esigenze. È composta da 33 item, che possono essere somministrati insieme, oppure essere selezionati in base alle singole necessità. Ai fini dello studio è stato usato il test di riconoscimento emotivo, facente parte della batteria della percezione sociale, che valuta l'identificazione delle espressioni facciali. Questa batteria permette di confrontare i punteggi ottenuti dal bambino con quelli del campione normativo permettendo quindi di guidare l'interpretazione clinica del livello della prestazione del bambino (Korkman et al., 2011).

3.3.2 Questionario di gradimento per bambini

Il questionario self-report di gradimento è stato somministrato a ciascun partecipante, dopo ogni incontro, per avere un riscontro su come fosse andata l'esperienza. Composto da 9 item, di cui 6 su scala Likert a 3 punti (poco, così così, molto) e 3 a risposta aperta.



Figura 6: Scala Likert a 3 punti

Le domande sono elencate come segue:

1. Mi è piaciuto recitare?
2. Mi sono divertito/a a fare questa attività?
3. Sono riuscito/a a entrare nella parte?
4. Sono riuscito/a a recitare la scena proposta?
5. Recitare è stato difficile?
6. Vorrei recitare ancora altre scene?
7. Quale scena mi è piaciuta di meno?
8. Quale scena mi è piaciuta di più?
9. Vuoi dire ancora qualcosa su questa esperienza?

La struttura dei questionari è stata la stessa sia per quelli in presenza che per quelli online.

Come è possibile vedere le prime 5 domande indagano il grado di gradimento e la sensazione di riuscita del bambino; in particolare le domanda 1 e 2 si focalizzano su se il bambino avesse apprezzato l'esperienza e se l'attività svolta fosse stata divertente, le domande dalla 3 alla 5 hanno il fine di far sì che il bambino si interroghi su come è andata l'esperienza teatrale, fornendo un'autovalutazione in merito alle sue capacità di immedesimazione e alla riuscita della recitazione. Invece, lo scopo delle domande dalla 6 alle 9 è di avere un'opinione in merito alla difficoltà delle scene, di modo da capire se fosse necessario presentare delle scene più semplici da recitare. Tuttavia, l'obiettivo principale è di far sentire il bambino partecipe dell'organizzazione del progetto, in quanto sapeva che in base alle sue risposte lo sperimentatore avrebbe lavorato per far sì che l'incontro successivo fosse strutturato in base alle sue richieste ed esigenze.

La ragione per cui è stato deciso di utilizzare una scala Likert a tre livelli è che questo tipo di valutazione è stata ritenuta la più fruibile considerata l'età media del campione preso in esame. Infatti, i 3 livelli poco, così così, tanto, semplificano la scelta e agevolano la compilazione del questionario anche per i bambini più piccoli.

3.3.3 Questionario sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al progetto "Mettiamo in scena le emozioni"

Il questionario sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al progetto è un questionario osservativo il cui scopo è di valutare lo stato emotivo del bambino prima e dopo i potenziamenti.

Il target a cui è rivolto è il genitore, con una preferenza per quello che ha passato più tempo col bambino prima e dopo l'intervento, così da poter avere un parere anche da un osservatore esterno che conosce bene il soggetto. Per non oberare i genitori di richieste e per non occupargli troppo tempo è stato deciso di somministrare questo questionario in seguito all'ultimo incontro, così da poter raccogliere un'osservazione generale di come questi erano andati. In merito alla struttura del questionario proposto, è composto da 10 item, 5 relativi alle osservazioni prima dell'attività e 5 relativi a quelle dopo l'attività. Di questi 8 sono su scala Likert a 5 punti (1=decisamente in disaccordo; 5= decisamente d'accordo) e in 2 item veniva richiesto di esprimere lo stato d'animo del bambino e valutarne l'intensità su una scala Likert a 10 punti (1= per niente; 10= decisamente molto). Inoltre, in alcuni item è stata data la possibilità di esprimere delle osservazioni in merito ai diversi stati d'animo indagati.

Anche in questo caso, la struttura è rimasta invariata tra il questionario cartaceo e quello online.

Di seguito vengono presentati gli item:

1. Mio/a figlio/a voleva partecipare all'attività
2. Prima di iniziare l'attività era di cattivo umore (osservazioni)
3. Prima di iniziare l'attività era di buon umore (osservazioni)
4. Prima dell'attività era agitato/a
5. Ora per favore prova a pensare a un aggettivo che descriva lo stato d'animo del bambino prima dell'attività proposta. Quale punteggio indica meglio l'intensità del suo stato d'animo indicato?
6. Mio figlio/a mi ha raccontato l'attività svolta (osservazioni)
7. Era di cattivo umore dopo l'attività (osservazioni)

8. Era di buon umore dopo l'attività (osservazioni)
9. Il suo umore è cambiato dopo l'attività (in che modo?)
10. Ora per favore prova a pensare a un aggettivo che descriva lo stato d'animo del bambino dopo l'attività proposta. Quale punteggio indica meglio l'intensità del suo stato d'animo indicato?

La suddivisione in pre e post attività permette di avere una chiara idea del variare degli stati d'animo del bambino. I diversi item si propongono di indagare, nella sezione dedicata al pre-intervento se il bambino prima di ogni incontro aveva effettivamente voglia di prendervi parte, se il suo umore era positivo, se l'idea di svolgere quest'attività lo agitasi e inoltre viene richiesto all'osservatore di indicare l'emozione che il bambino provava prima del potenziamento, specificandone l'intensità. Per quanto riguarda gli item della seconda parte si noti come vengano riproposte le stesse due domande presenti nella parte pre, quelle relative all'umore, al fine di avere un effettivo riscontro sul possibile cambiamento dell'umore. Inoltre, si vuole indagare se il bambino racconta quello che è stato svolto, questo elemento è ritenuto un segno di soddisfazione derivante dal lavoro compiuto. Essendo il parere di una persona che conosce il soggetto fondamentale in questo tipo di indagine viene anche chiesto al genitore se ha notato dei cambiamenti nell'umore del bambino, questo aiuta ad avere una prospettiva su sé effettivamente il potenziamento potesse cambiare l'umore e, essendo richiesto anche in che modo, si ha la possibilità di entrare nello specifico di questa differenza tra prima e dopo. Infine, anche nella seconda parte, viene richiesto all'osservatore di indicare l'emozione che il bambino provava dopo il potenziamento, specificandone l'intensità. Anche in questo caso la scala Likert è stata ritenuta il metodo di valutazione più indicato per il tipo di valutazione, in quanto essa è di facile comprensione da parte del rispondente e non richiede molto tempo di compilazione. Tramite l'utilizzo di questi strumenti è stato possibile effettuare un'analisi approfondita sulle ipotesi di ricerca, i cui risultati verranno esposti nella sezione "Risultati".

3.4 La Procedura

In seguito alla selezione dei partecipanti più adatti alla partecipazione al potenziamento e agli strumenti da utilizzare ai fini della ricerca, è stato deciso il nome da dare a questo nuovo progetto: “Mettiamo in scena le emozioni”.

Non appena terminata la raccolta di tutti i consensi informati, firmati da entrambi i genitori, è stato possibile iniziare a lavorare per garantire ad ogni partecipante un’attività che fosse appositamente studiata per le sue necessità. Prima sono state svolte le valutazioni delle capacità di riconoscimento delle emozioni, dell’umore del bambino, poi è stata proposta la batteria di attività di potenziamento e poi sono state svolte nuovamente le valutazioni e dato il questionario di gradimento.

3.4.1 Descrizione delle attività di potenziamento

Le emozioni prese in esame dal test e anche dalle attività proposte sono quelle di base, cioè: felicità, paura, rabbia, tristezza, disgusto e neutro, che indicava l’assenza di un’espressione emotiva.

Una volta individuate le emozioni su cui dover lavorare con ogni partecipante, attraverso l’utilizzo del Test di Riconoscimento Emotivo della NEPSY-II (Korkman et al., 2011), si è passati ad una rassegna dei cartoni animati più conosciuti dai bambini coinvolti. La scelta di utilizzare materiale video è stata dettata dall’idea che vedere quello che poi avrebbero recitato avrebbe facilitato il processo di immedesimazione. La decisione di utilizzare i cartoni animati nasce dal fatto che questi sono ritenuti interessanti e piacevoli per i bambini, in quanto aiutano a ingaggiare l’attenzione e a stimolare il divertimento. Inoltre, la scelta dei protagonisti delle varie scene è stata indirizzata verso dei personaggi che avrebbero facilitato l’immedesimazione, che quindi necessariamente dovevano essere dello stesso sesso dei partecipanti, motivo per cui per i maschi sono stati scelti dei protagonisti uomini e per le femmine delle protagoniste donne.

Infine, una prima esperienza di recitazione è più semplice se si conosce già il materiale da analizzare.

I cartoni che sono stati analizzati e utilizzati sono, per le bambine: Aladdin, Frozen, Inside out, La Principessa ed il Ranocchio, Mulan e Oceania; mentre per i bambini: Aladdin, Hercules, Inside Out, Shrek 1 e 2 e Tarzan. Di ognuno di questi cartoni sono state selezionate diverse scene, scelte in base alle emozioni che venivano rappresentate e a quanto queste fossero intense e facili da individuare.

Le figure 1 e 2 mostrano delle immagini, raffiguranti rispettivamente Ade arrabbiato e Mulan triste, estrapolate da due dei video mostrati ai bambini.



Figura 1: Espressione di Rabbia (Source: StreamingCommunity)

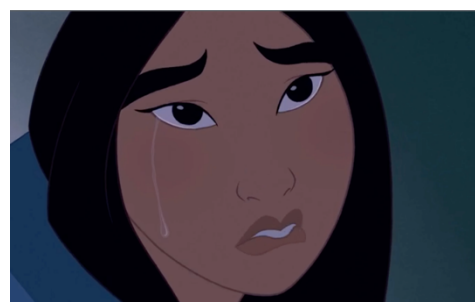


Figura 2: Espressione di tristezza (Source: StreamingCommunity)

Ultimata la selezione del materiale più adatto per ogni partecipante è stato possibile proseguire con l'organizzazione degli incontri. Per motivi di tempo si è deciso di svolgere 4 incontri con ognuno, a cadenza settimanale, della durata di circa 45 minuti.

Per assicurare continuità al progetto, e per poter permettere a tutti di partecipare, è stata data la possibilità di decidere se fare gli incontri in presenza, online o in modalità mista. In particolare, su 10 partecipanti, 4 hanno partecipato in modalità in presenza, presso la Clinica di Oncoematologia Pediatrica, 2 hanno partecipato solo online e 4 in modalità mista.

Per quanto riguarda la modalità in presenza va specificato che su 4 bambini, 2 hanno effettuato il potenziamento sia in Day Hospital che in regime di ricovero, 1 solo in Day Hospital ed 1 solo in regime di ricovero. Dei 4 che hanno usufruito della modalità mista, 2 hanno effettuato il potenziamento in regime di ricovero e da casa, 1 sia in Day Hospital che da casa ed 1 in entrambe le strutture ospedaliere e da casa. Lo sperimentatore ha preso accordi singolarmente per decidere la data, l'ora e il luogo dello svolgimento del progetto, presentato ai bambini come laboratorio teatrale, di modo da poter andare incontro alle varie esigenze.

Nei limiti delle possibilità dell'ambiente in cui è stato effettuato il potenziamento, ad ogni incontro si è tentato di garantire ai partecipanti uno spazio sicuro e privato in cui potersi sentire liberi di esprimere sé stessi. La decisione di far partecipare o meno i genitori è stata lasciata ai bambini, tutti hanno preferito lavorare singolarmente con lo sperimentatore.

Come già sottolineato, ogni incontro è stato strutturato in base alle diverse necessità di ogni partecipante, ma la procedura è riassumibile in quattro fasi:

- Fase di visione;
- Fase di riconoscimento;
- Fase di discussione;
- Fase di recitazione.

In seguito ad un iniziale momento colloquiale, della durata di circa cinque minuti, veniva mostrato al bambino lo spezzone di cartone che avrebbe recitato quel giorno (fase di visione). Durante la fase di riconoscimento lo sperimentatore chiedeva che cosa fosse stato rappresentato, di modo da indagare se il bambino avesse o meno riconosciuto l'emozione rappresentata. Spesso, il focus dei partecipanti era maggiormente incentrato sugli avvenimenti più che sulle emozioni, portando alla necessità di indirizzare la conversazione verso l'aspetto emotivo. Questa predilezione per l'aspetto oggettivo del filmato tendeva a diminuire dopo ogni sessione, probabilmente dovuto al fatto che effettivamente il bambino aveva iniziato a prestare maggiore attenzione alle emozioni mostrate o semplicemente al fatto che aveva capito su cosa doversi concentrare. Una volta che il bambino, da solo o con l'ausilio dello sperimentatore, riusciva a riconoscere l'emozione mostrata si passava alla fase di discussione. Questa, insieme a quella di recitazione, è considerata una delle fasi cruciali del potenziamento, in quanto ha permesso di analizzare da diversi punti l'emozione presa in esame. In particolare, è stato discusso quando veniva provata quella emozione, come veniva provata e quali potevano essere i diversi modi di reagire. Per facilitare questo tipo di dialogo è stato utilizzato il copione, all'interno del quale il bambino doveva scrivere (nella fase di recitazione), accanto ad ogni battuta, l'emozione con cui doveva essere recitata. La figura 3 è un esempio del lavoro svolto sul copione con uno dei partecipanti.

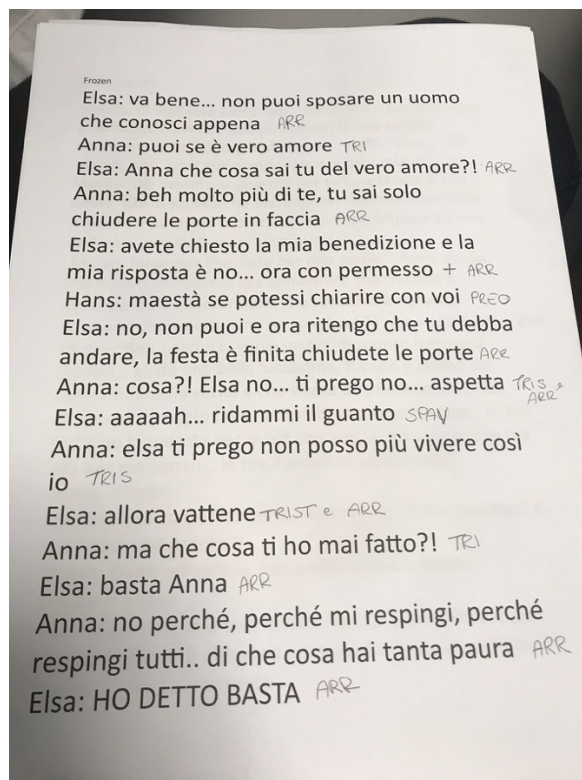


Figura 3: Esempio di copione

Ultimata l'analisi del copione si passa alla fase di recitazione.

Questa consisteva in una prima lettura del copione, senza intonazione, così da familiarizzare il bambino col contenuto. Seguiva poi una seconda lettura del copione in cui venivano appuntate accanto ad ogni battuta le emozioni da dover inscenare. Infine, una terza lettura era necessaria per provare le diverse intonazioni da utilizzare per poter esprimere l'emozione, precedentemente appuntata. Per facilitare questa fase con i bambini più piccoli (es. di 7 e 8 anni), che non possiedono ancora una capacità di lettura fluente, spesso era lo sperimentatore a leggere le battute e il partecipante doveva ripeterle con la giusta intonazione. Nel caso in cui il soggetto presentasse ulteriori difficoltà nella scelta dell'intonazione gli veniva chiesto di fornire degli esempi su come avrebbe espresso tale emozione, così da facilitare la rappresentazione.

A questo punto venivano discussi i diversi movimenti da poter fare per rendere la riproduzione della scena il più verosimile possibile. Così da arrivare all'ultimo step della fase di recitazione, recitare la scena, con o senza copione, effettuando tutti i movimenti concordati.

Per agevolare il processo di immedesimazione ai bambini veniva proposto di utilizzare alcuni oggetti di scena, alcune volte persino di travestirsi come il personaggio che avrebbero interpretato.

Le figure 4 e 5 mostrano alcuni dei costumi indossati dai partecipanti.



Figura 4: Partecipante travestito da Hercules

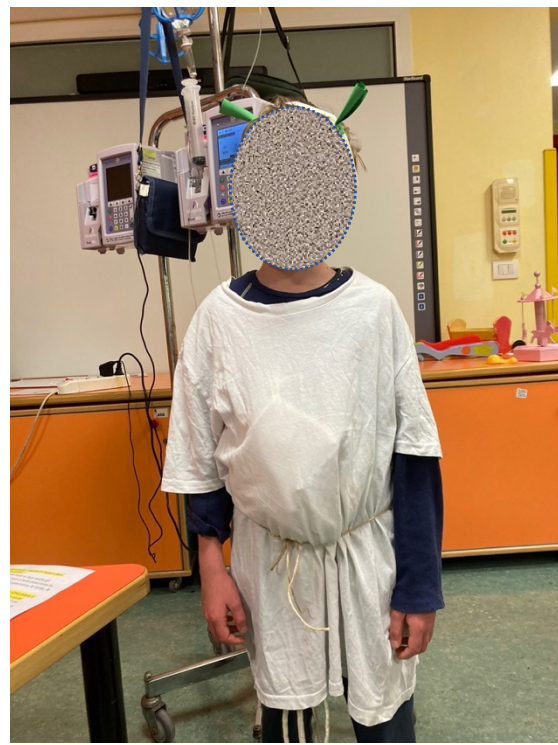


Figura 5: Partecipante travestito da Shrek

Al di fuori delle prove col copione sopracitate, effettuate da tutti i bambini, ad ognuno era data la possibilità di recitare il copione proposto per quanto volesse, aggiungendo movimenti e stimolando la memorizzazione delle battute, così da rendere la rappresentazione il più accurata possibile.

Quando il bambino si sentiva soddisfatto della sua presentazione veniva dichiarata conclusa la prova teatrale. La durata media di ogni incontro si aggirava intorno ai 40-45 minuti, con bambini un po' più grandi per assicurare una durata minima di almeno 40 minuti spesso venivano recitate più scene, rappresentanti emozioni diverse, sempre selezionate in base ai punteggi ottenuti al test NEPSY-II.

3.4.2 Questionario di gradimento

A questo punto i soggetti dovevano rispondere ad un questionario di gradimento (vedi 3.3), su scala Likert, volto ad indagare le proprie opinioni in merito all'esperienza. Questo per quanto riguarda gli incontri in presenza.

Per gli incontri online la procedura seguita è la stessa, con la differenza che tutto il materiale utilizzato è stato presentato dallo sperimentatore in condivisione schermo e il questionario di gradimento, invece che essere cartaceo, veniva svolto online. Questo *modus operandi* è stato applicato a tutti gli incontri con ogni bambino, raccogliendo un totale di quattro questionari di gradimento per bambino e spaziando in ogni incontro su argomenti centrati sulle diverse emozioni.

3.4.3 Questionario sugli stati d'animo del bambino

Infine, prima o dopo l'ultimo incontro è stato consegnato al genitore che maggiormente aveva seguito il partecipante prima e dopo gli incontri, in questo caso la madre, un questionario (vedi 3.3), su scala Likert, volto ad indagare l'umore complessivo del bambino prima e dopo i potenziamenti. Questo ha reso possibile studiare se il progetto proposto fosse in grado di migliorare il tono dell'umore. Anche questo questionario è stato somministrato sia in presenza che online.

In ultimo ogni partecipante è stato sottoposto ad una ri-valutazione, effettuata mediante l'utilizzo del Test di Riconoscimento Emotivo della NEPSY-II. Mentre le valutazioni a T1 sono state effettuate tutte in presenza, quelle a T2 sono state effettuare alcune in presenza ed altre online. È stato dedicato un singolo incontro finalizzato solo alla valutazione, in cui non è stata svolta alcuna attività di potenziamento.

3.5 Risultati

L'analisi statistica dei diversi strumenti presentati è stata effettuata attraverso l'utilizzo del software SPSS. Questa scelta è dettata dal fatto che SPSS è stato sviluppato per essere utilizzato nell'ambito della ricerca nelle scienze sociali, divenendo ad oggi il programma statistico maggiormente in uso (Čaplová & Švábová, 2020).

Prima di proseguire con l'analisi dei risultati è necessario un richiamo alle ipotesi su cui si basa la ricerca:

H1: Un incremento nelle capacità di riconoscimento emotivo grazie all'utilizzo del programma di potenziamento con l'utilizzo di tecniche teatrali. Nello specifico, si

ipotizza che ci sia un incremento significativo tra i punteggi del riconoscimento emotivo della NEPSY-II tra il pre- e post- intervento.

H2: Un alto gradimento dell'intervento con utilizzo di tecniche teatrali, valutato tramite questionari costruiti ad hoc.

H3: Un cambiamento positivo nel tono dell'umore tra pre e post-intervento sempre tramite alcune domande poste al genitore sul suo umore prima e dopo. La valutazione è effettuata con questionari costruiti ad hoc.

3.5.1 Piano dell'analisi statistica delle ipotesi

Per la valutazione delle ipotesi dello studio sono state utilizzate diverse analisi statistiche sulle medie di riferimento. In particolare:

1. Per la prima ipotesi (vedi 3.5), è stata effettuata una statistica t-test per campioni accoppiati, confrontando le medie pre- post-intervento dei punteggi standard ottenuti dai partecipanti al Test di Riconoscimento Emotivo della NEPSY-II (Korkman et al., 2011).
2. Per quanto riguarda la seconda ipotesi (vedi 3.5), sono stati utilizzati due t-test a campione singolo. Queste sono state effettuate su due domande presenti nel questionario di gradimento somministrato ai bambini dopo ogni incontro (vedi 3.3.2). Si ipotizza che la valutazione data dai bambini in merito al gradimento sia diversa da 1 (poco).
3. L'ultima ipotesi (vedi 3.5) è stata indagata attraverso due t-test per campioni accoppiati. Nello specifico sono state confrontate le medie relative al cattivo umore del bambino pre- post-intervento e le medie relative al buon umore del bambino pre- post-intervento.

3.5.2 Effetti sulla capacità di riconoscimento emotivo del programma di potenziamento

La prima analisi si propone di individuare se vi è stato un incremento nelle capacità di riconoscimento emotivo grazie all'utilizzo del programma di potenziamento con l'utilizzo di tecniche teatrali. Nello specifico, si ipotizza che ci sia un incremento significativo tra i punteggi del riconoscimento emotivo (RE) della NEPSY-II tra il pre- e post- intervento.

Nella tabella 1 sono presentati i risultati ottenuti dall'applicazione del t-test per campioni accoppiati ai punteggi grezzi e standard del RE pre e post-intervento.

	Media	Deviazione standard	t	gl	P
Puntaggio grezzo T0- Puntaggio grezzo T1	- 3,600	5,082	-2,240	9	,026
Puntaggio standard T0- Puntaggio standard T1	-2,000	3,432	-1,843	9	,049

Tabella 1: T-test campioni accoppiati tra le medie del RE pre e post-intervento

I dati ottenuti supportano l'ipotesi secondo cui vi è stato un incremento nelle capacità di riconoscimento emotivo nel campione che ha effettuato il potenziamento con l'utilizzo di tecniche teatrali. Questo perché, il punteggio t per la valutazione pre-post-intervento dei punteggi standard è pari a $t_{PS} = -1,843$, per $n-1$ gradi di libertà ($gl_{PS} = 9$) si ha un punteggio p pari $p_{PS} = ,049$. Fissato un p critico pari a $p = ,05$, ed essendo $p_{PS} = ,049$ inferiore a tale valore, è possibile confermare l'ipotesi dello studio.

Nel grafico 1 vengono presentati i dati dei punteggi grezzi e i punteggi standard rilevati sul campione pre e post-potenziamento.

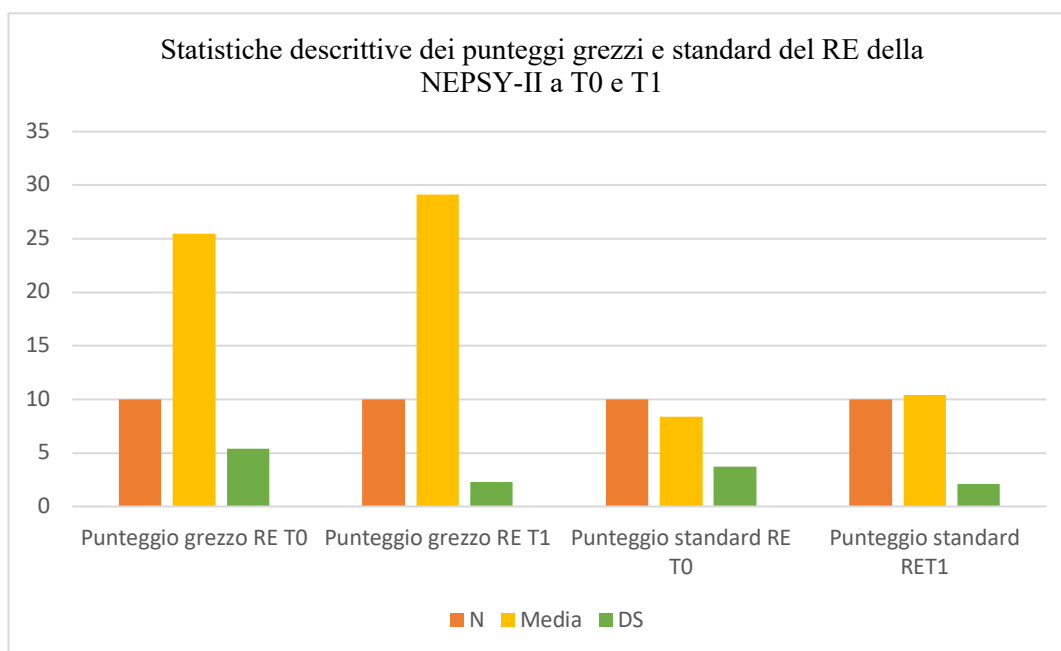


Grafico 1: Statistiche descrittive dei punteggi grezzi e standard del RE della NEPSY-II a T0 e T1

3.5.3 Livello di gradimento espresso dal bambino in seguito al potenziamento

La seconda ipotesi, che ipotizza un alto gradimento dell'intervento con utilizzo di tecniche teatrali, è stata testata tramite l'utilizzo di un questionario di gradimento somministrato dopo ogni incontro.

Per effettuare l'analisi è stato effettuato un t-test a campione singolo per ognuna delle due domande. Inoltre, sono state ricavate le frequenze delle risposte alle suddette domande, che sono:

1. Mi è piaciuto recitare?
2. Mi sono divertito a recitare?

Grazie allo studio delle frequenze è stato possibile analizzare la frequenza con cui si sono rilevati i 3 livelli di gradimento (poco, così così, molto) per ogni partecipante. In particolare, sono state studiate le risposte di tutto il campione ad ogni domanda del questionario, per questioni di praticità è stato deciso di trattare in maniera cumulativa i questionari, rappresentando per ogni domanda le risposte del bambino a tutti i questionari svolti. Il t-test a campione singolo ha permesso di valutare la differenza delle medie delle risposte rispetto alla risposta "poco" a cui è stato assegnato un valore pari a 1.

Ai fini di questa tesi verranno approfonditi solo i risultati relativi all'ipotesi di ricerca, in quanto le domande presentate nel questionario indagano, oltre al grado di gradimento dell'intervento, anche degli aspetti relativi all'autovalutazione del bambino in merito alle sue competenze teatrali (vedi 3.2).

È stata analizzata ogni domanda partendo dall'ipotesi che la media delle risposte fosse diversa da 1.

Nella tabella 2 vengono rappresentati i risultati ottenuti dall'applicazione del t-test a campione singolo sulle due domande.

	Media	N	Deviazione standard	t	gl	p
Mi è piaciuto recitare?	2,83	40	,446	40,016	39	<,001
Mi sono divertito a fare l'attività?	3	40	,000 ^a			

Tabella 2: Test-t a campione singolo sulle medie di gradimento

Come emerso dalla tabella non è possibile calcolare il t-test a campione singolo relativo alla domanda "Mi sono divertito a fare l'attività?" in quanto la deviazione

standard risulta uguale a 0, questo non dovrebbe sorprendere considerato che tutti i valori assegnati alla risposta risultano uguali, cioè pari a 3 (molto).

Il punteggio al t-test a campione singolo ottenuto tramite l'analisi della domanda "Mi è piaciuto recitare?" è pari a $t=40,016$, considerando $n-1$ gradi di libertà ($gl=39$) si ha un punteggio p pari a $p<,001$. Fissato un p critico pari a $p=,05$, ed essendo $p<,001$ inferiore a tale valore, è possibile confermare l'ipotesi dello studio. Quindi è possibile affermare che vi sia un alto gradimento dell'intervento con l'utilizzo di tecniche teatrali.

Nel grafico 2 sono riportate le frequenze delle risposte relative alla domanda "Mi è piaciuto recitare?"

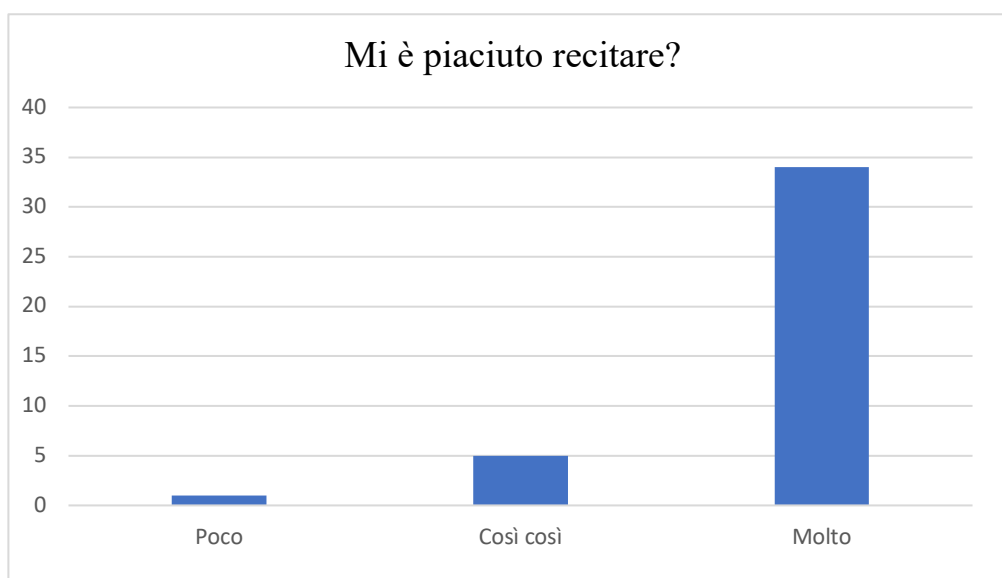


Grafico 2: Frequenze della domanda "Mi è piaciuto recitare?"

Come evidenziato dal grafico, la maggior parte delle risposte registrate riporta un alto livello di gradimento nei confronti della recitazione. Questo implica che su 40 incontri: 34 sono piaciuti molto, 5 sono piaciuti così e così e 1 solo è piaciuto poco. L'andamento di questi dati verrà discusso nel capitolo 4.

Nella tabella 3 è presentata la tabella delle frequenze relative alla domanda "Mi sono divertito a fare questa attività?"

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
Molto	40	100,0	100,0

Tabella 3: Tabella delle frequenze delle risposte alla domanda "Mi sono divertito a fare questa attività?"

Come è possibile osservare dalla tabella tutti i bambini hanno espresso di essersi divertiti molto durante ogni incontro.

In merito alle altre domande relative al questionario verranno commentate nel prossimo capitolo.

Per quanto riguarda le altre domande presentate nel questionario che sono:

D3. Sono riuscito a entrare nella parte?

D4. Sono riuscito a recitare la scena proposta?

D5. Recitare è stato difficile?

D6. Vorrei recitare ancora altre scene?

La frequenza delle risposte ottenute può essere riassunta come presentato nel grafico 3.

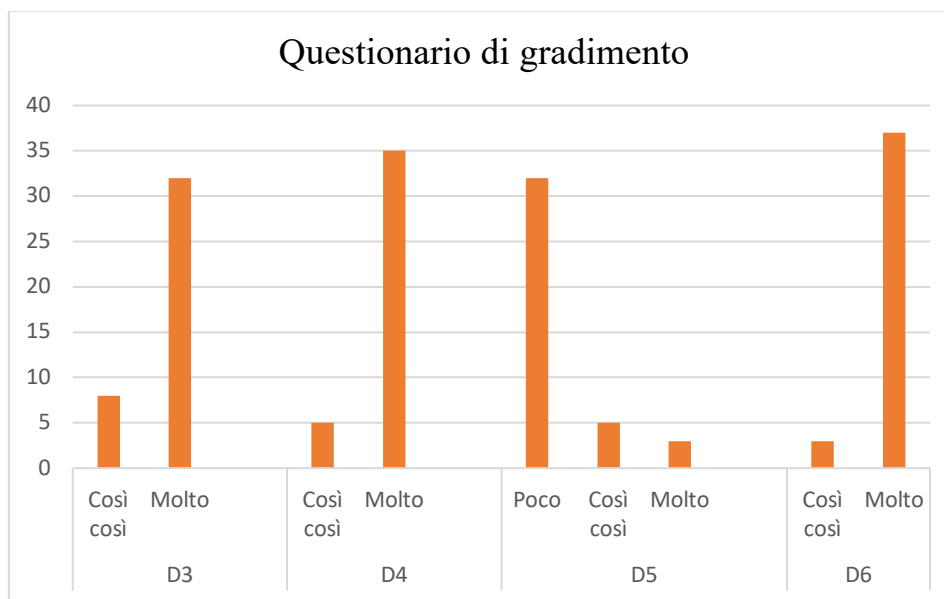


Grafico 3: Risposte questionario di gradimento

3.5.4 Cambiamento in positivo del tono d'umore grazie all'intervento

Per indagare l'ultima ipotesi, relativa alla possibilità di avere un cambiamento dell'umore in positivo, sono state valutate le diverse risposte delle madri ad alcune domande del questionario sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al progetto. Anche in questo caso è stato molto utile l'utilizzo delle tavole di frequenza che hanno reso possibile analizzare le frequenze con cui si sono presentati i 5 livelli di accordo da parte del genitore. Inoltre, è stato utilizzato un t-test a campioni accoppiati per analizzare le differenze delle medie delle risposte alle domande riguardanti lo stato d'animo del bambino prima e dopo il potenziamento. L'analisi

è stata svolta sulle domande relative al cattivo umore prima e dopo gli incontri e al buon umore del bambino prima e dopo gli incontri.

I dati raccolti hanno permesso l'analisi statistica t-test per campioni accoppiati; sono stati confrontati i risultati ottenuti in merito al cattivo umore dei partecipanti prima e dopo il potenziamento (coppia 1) e quelli del buon umore prima e dopo il potenziamento (coppia 2).

La tabella 4 contiene i valori ottenuti dall'applicazione del test t per campioni accoppiati.

	Media	Deviazione standard	t	gl	p
Coppia 1	1,400	1,350	3,280	9	,005
Coppia 2	-1,000	1,333	-2,372	9	,021

Tabella 4: Test t per campioni accoppiati delle medie su cattivo e buon umore pre- e post-potenziamento

L'analisi della statistica t-test per campioni accoppiati ottenuta è risultata in un t pari a $t_1 = 3,280$, con n-1 gradi di libertà ($gl_1 = 9$) si ha un valore di p pari a $p_1 = 0,005$. Fissato un livello critico di p pari a $p = 0,05$, ed essendo $p_1 = 0,005$ è possibile confermare l'ipotesi secondo cui i partecipanti dopo l'intervento mostrano minori livelli di cattivo umore.

Prendendo in analisi la coppia 2 la statistica t è risultata in un t pari a $t_2 = -2,372$, con n-1 gradi di libertà ($gl_2 = 9$) si ha un valore di p pari a $p_2 = 0,021$. Fissato un p critico pari a $p = 0,05$, ed essendo $p_2 = 0,021$ è possibile confermare l'ipotesi secondo cui i partecipanti mostrano maggiori livelli di buon umore dopo l'intervento.

Il grafico 4 presenta le statistiche descrittive relative alle risposte fornite dalle madri.

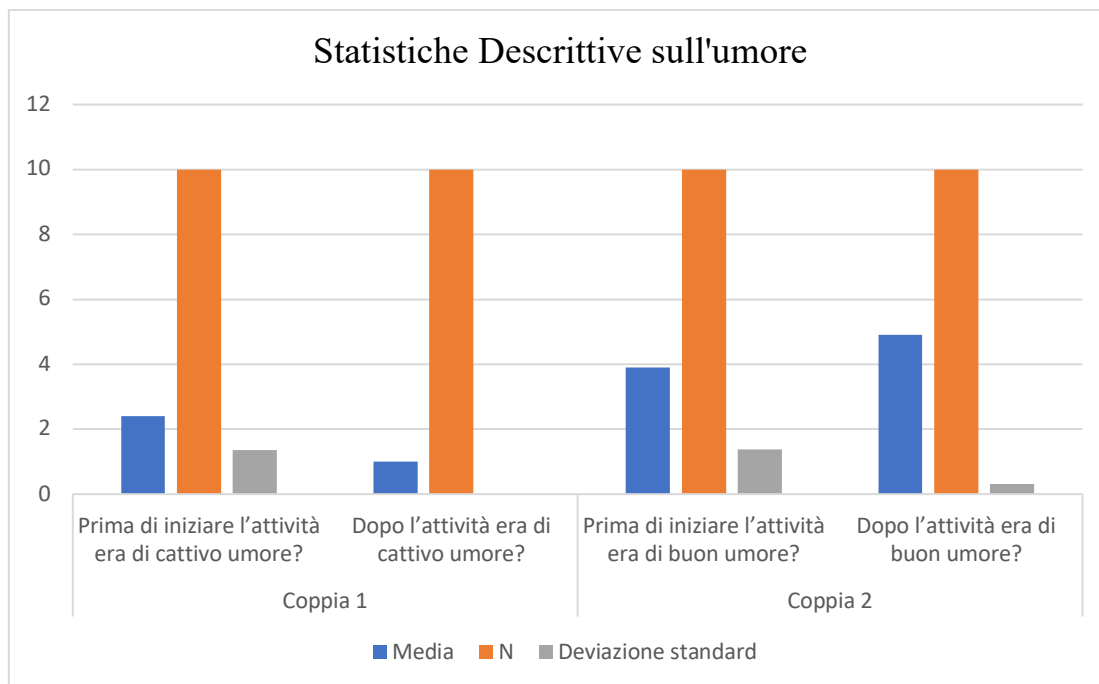


Grafico 4: Statistiche descrittive sul tono dell'umore espresso dalle madri

Il grafico permette di notare come le statistiche relative alla valutazione dell'umore del bambino cambino tra prima e dopo il potenziamento

Prendendo in considerazione tutti i dati ottenuti attraverso l'analisi dei questionari sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al progetto, è possibile affermare che vi sia un cambiamento positivo nel tono dell'umore tra pre e post-potenziamento.

Per quanto riguarda la valutazione del cattivo umore tra il pre- e il post-intervento: Il grafico 5 presenta la frequenza dei punteggi riguardanti il cattivo umore dei partecipanti dichiarato dalle madri pre- e post- intervento

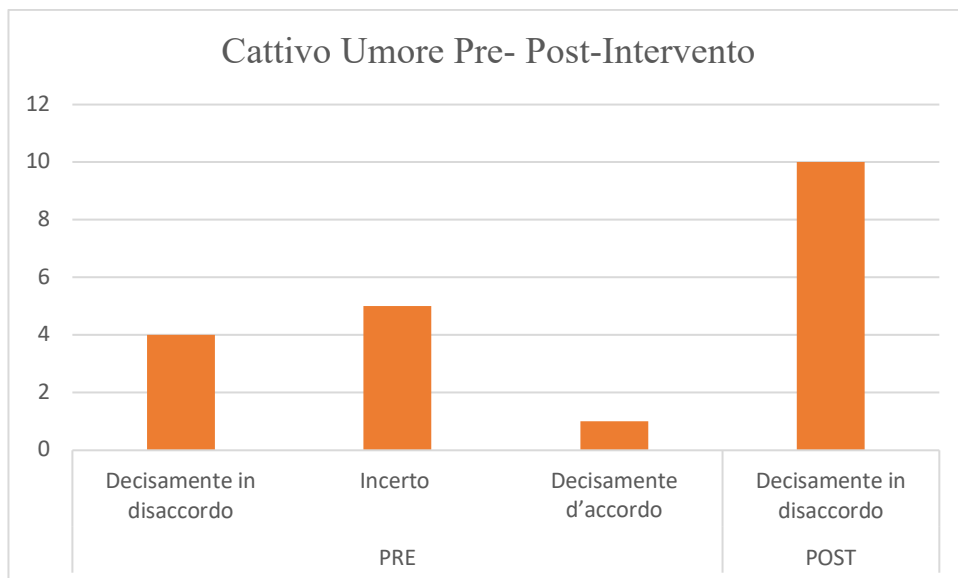


Grafico 5: Cattivo Umore rilevato nei bambini dalle madri pre e post-intervento

Le valutazioni ottenute portano a dedurre che un solo bambino abbia iniziato l'attività di cattivo umore, mentre è possibile che 5 bambini avessero un umore neutro prima dell'attività e 4 non erano sicuramente di cattivo umore.

Mente, tutte le madri si sono mostrate completamente in disaccordo in merito al fatto che il figlio fosse di cattivo umore dopo l'intervento.

Per quanto riguarda la valutazione del buon umore tra il pre- e il post-intervento:

Il grafico 6 presenta i punteggi assegnati dalle madri sulla valutazione dell'umore pre- post-intervento.

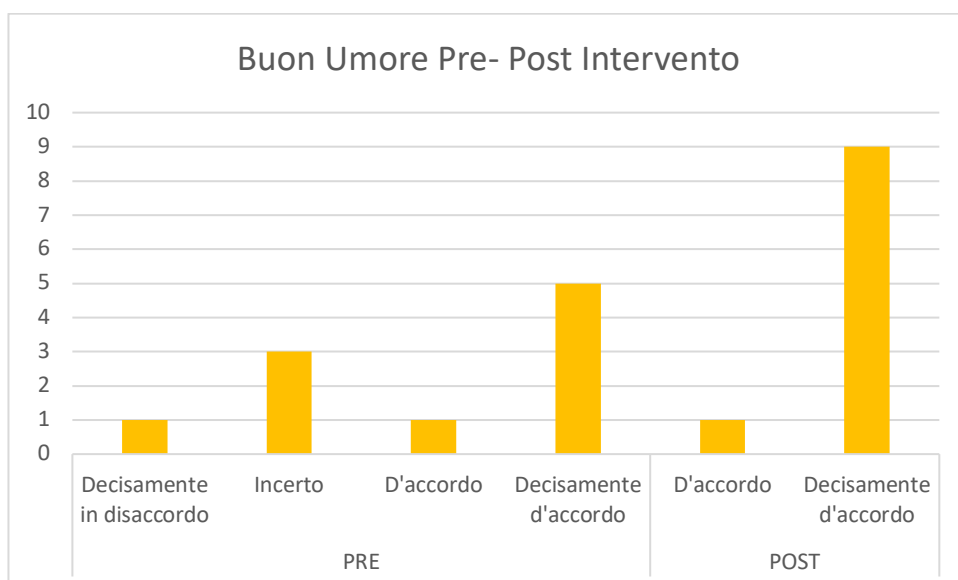


Grafico 6: Buon Umore rilevato nei momenti pre- post-intervento

Da questo grafico è possibile carpire come la metà delle madri ha espresso un parere del tutto positivo in merito al buon umore del bambino prima dell'intervento, mentre 1 sola madre afferma che il figlio non era per niente di buon umore prima del potenziamento. Inoltre, 3 madri risultano incerte in merito al buon umore del bambino e solo 1 esprime di essere d'accordo col fatto che il figlio fosse di buon umore. Infine, 9 madri su 10 esprimono di essere decisamente d'accordo col fatto che il bambino fosse di buon umore dopo il potenziamento emotivo con l'utilizzo di tecniche teatrali, mentre 1 madre risulta solo d'accordo.

Utilizzando le informazioni relative alle differenze tra buono e cattivo umore dei partecipanti pre e post-intervento è possibile notare come vi sia un miglioramento dell'umore di questi ultimi tra prima e dopo il potenziamento.

Infine, verranno adesso presentate in forma aggregata le risposte alle rimanenti domande del questionario che sono:

D1. Mio/a figlio/a voleva partecipare all'attività.

D2. Prima dell'attività era agitato/a.

D3. Mio figlio/a mi ha raccontato l'attività svolta.

D4. Il bambino ha detto di essersi annoiato durante l'attività.

I cui risultati possono essere riassunti come mostrato nel grafico 7.

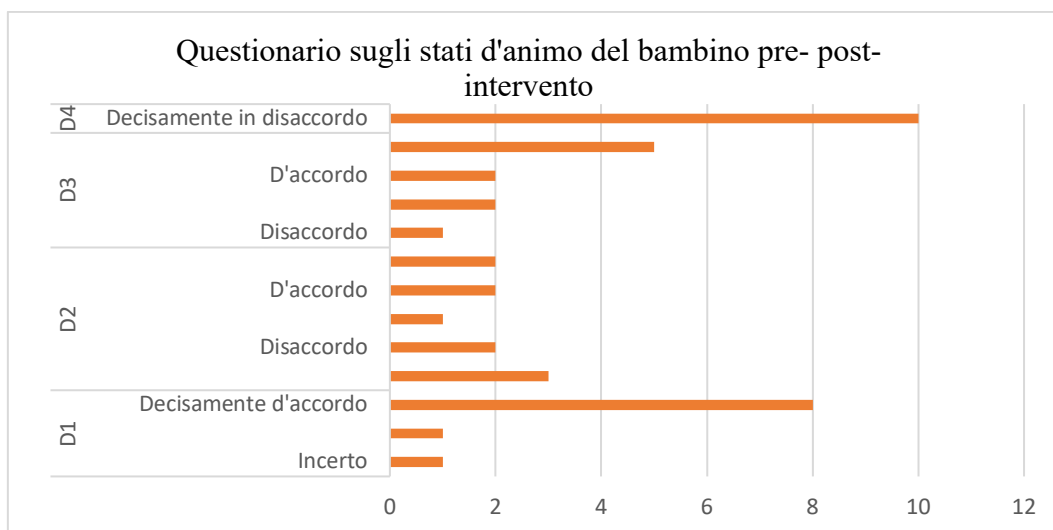


Grafico 7: Risposte al questionario sugli stati d'animo

I risultati ottenuti verranno discussi nel prossimo capitolo.

4. DISCUSSIONE ED ESEMPI CLINICI

In questa sezione l'intenzione è quella di discutere i risultati evidenziati in chiave più qualitativa approfondendo anche le opinioni dei bambini e i questionari di gradimento. Inoltre, verrà anche presentato qualche esempio di caso clinico descrivendo le ricadute emotive delle attività di potenziamento.

4.1 Risvolti del progetto di potenziamento emotivo

La prima ipotesi di ricerca era volta ad indagare l'efficacia di un intervento di potenziamento emotivo strutturato con l'utilizzo di tecniche teatrali.

Grazie ai risultati ottenuti dallo studio vi è la possibilità di affermare che questo tipo di intervento si è dimostrato efficace nel migliorare le capacità di riconoscimento emotivo della maggior parte dei soggetti aderenti al progetto. Infatti, osservando i dati raccolti si nota come vi sia stato un incremento importante al Test di Riconoscimento Emotivo per la maggior parte dei partecipanti. Tali miglioramenti variano in base alla partecipazione passiva o attiva di ogni bambino alle attività proposte. Infatti, chi ha preso parte agli incontri in modo più passivo, in quanto o ha avuto maggiori difficoltà nell'analisi del copione, o nell'immedesimazione col personaggio, o era stanco per via delle cure, ha avuto lievi miglioramenti. Invece, chi ha partecipato con maggiore coinvolgimento, immedesimandosi nei personaggi presentati, analizzando in maniera approfondita il copione, chiedendo anche dei chiarimenti in merito alle diverse emozioni, ha avuto dei netti miglioramenti. Questo probabilmente fa riflettere sul fatto che è importante anche la funzione del conduttore del laboratorio teatrale, la voglia di mettersi in discussione da parte del bambino e la relazione che si instaura tra i due. Si ritiene interessante presentare alcuni dei casi più significativi ai fini della ricerca svolta. Per motivi di privacy i dati verranno presentati in forma anonima attraverso l'utilizzo di nomi fittizi.

Tra i partecipanti che hanno tratto maggior beneficio dal progetto vi è Marco di 13 anni. Quest'ultimo ha ottenuto al test sul riconoscimento delle emozioni effettuato prima dell'intervento, un punteggio grezzo di 17, pari ad un punteggio standard di

1, il che, in relazione alla media dei punteggi della popolazione della sua età, lo colloca ad un livello clinico, implicando gravi difficoltà nella capacità di riconoscere le emozioni proprie e altrui. Alla luce di ciò è stato necessario sviluppare un progetto di potenziamento che passasse in rassegna tutte le emozioni indagate dal test (disgusto, felicità, neutro, paura, rabbia e tristezza), in quanto non è stato possibile individuare una singola emozione su cui poter lavorare.

Durante gli incontri Marco si è sempre dimostrato entusiasta dell'attività ed ha sempre portato degli spunti di riflessione in merito alle diverse emozioni. Inoltre, ha gradito molto l'utilizzo delle tecniche teatrali ed ha partecipato attivamente alla costruzione della scena, riuscendo ad immedesimarsi perfettamente nei personaggi proposti, imparando da subito il copione e inserendo all'interno delle scene tutti i movimenti visionati. Vista questa attiva partecipazione è stato possibile recitare più di una scena, il che ha permesso di effettuare un lavoro più approfondito sulle diverse emozioni, recitate tutte almeno due volte. Tutti questi aspetti hanno contribuito ad effettuare un lavoro efficace che ha portato a dei risultati ottimali.

Infatti, il paziente è migliorato di ben 13 punti sulla scala di valutazione, passando da un punteggio grezzo di 17 ad un punteggio di 30, pari ad un punteggio standard di 10. Questo ha fatto sì che il grado di valutazione delle capacità di riconoscimento emotivo passasse da un livello clinico ad uno nella media per la sua età.

Un altro caso interessante è quello di Federico di 7 anni, il quale inizialmente si era dimostrato abbastanza restio a aderire al progetto, in quanto riferiva di essere "timido". Seppur con delle difficoltà iniziali, dettate da una serie di fattori tra cui: riuscire a trovare un luogo in cui il bambino non si sentisse al centro dell'attenzione e il fatto che il progetto è stato svolto parzialmente online, dopo che si era deciso che sarebbe stato solo in presenza, è stato possibile per il bambino godere appieno dell'esperienza. Infatti, durante ogni incontro il bambino ha mostrato un forte impegno nel riuscire a mettere in scena gli spezzoni di video mostrati, riuscendo a lavorare sul copione, nonostante le difficoltà dettate dalle sue capacità di lettura, e impersonificando ogni personaggio al meglio. Questo è stato possibile senza l'utilizzo di oggetti di scena, il che è sorprendente, ma potrebbe essere spiegato dalla capacità di gioco simbolico sviluppata da Federico.

In questo caso, grazie alla fase di riconoscimento delle emozioni da mettere in scena, è stato possibile analizzare diverse sfaccettature delle emozioni di base o combinazioni tra due emozioni, che il bambino non conosceva. Questo ha fatto sì che egli ampliasse il suo repertorio emotivo e scoprisse aspetti nuovi di alcune emozioni (es. preoccupazione). Tutto questo è stato facilitato dalla presentazione di alcuni esempi di vita quotidiana in cui è possibile che il partecipante abbia provato tali emozioni.

Il progetto è stato talmente apprezzato che alla conclusione dei quattro incontri ha voluto organizzare un incontro proponendo lui stesso un cartone ed un copione da recitare.

Il caso risulta degno di nota in quanto tra la prima valutazione e la seconda, effettuate a soli tre mesi di distanza l'una dall'altra, il soggetto ha compiuto gli anni, il che ha fatto sì che egli fosse valutato in riferimento ad un'altra fascia di età normativa. Può capitare in queste situazioni che i punteggi osservati siano leggermente inferiori rispetto a quelli ottenuti precedentemente, questo perché le scale fanno riferimento a delle fasce d'età in cui ci sono diverse aspettative sulle capacità del bambino. Inoltre, il test sul riconoscimento emotivo della NEPSY-II suddivide gli item per età e in questo caso il bambino ha dovuto completare l'intera prova, invece che solo una parte, rendendo il carico di impegno richiesto maggiore rispetto alla volta precedente. Pur con tutte queste differenze e difficoltà, il bambino ha ottenuto un punteggio alla prova che gli ha permesso di rimanere ad un livello considerato nella media. Infatti, Federico aveva ottenuto un punteggio grezzo di 17 nella prima prova, pari ad un punteggio standard di 9, il che lo collocava di una deviazione standard sotto la media, mentre ha ottenuto un punteggio grezzo di 28 nella seconda prova, pari ad un punteggio standard di 10, il che lo colloca perfettamente in media rispetto alla nuova popolazione di riferimento.

Fino ad ora sono stati presentati dei casi in cui la capacità di riconoscimento emotivo dei soggetti sono migliorate, è necessario rendere noto il fatto che in due casi ci sono stati dei lievi decadimenti nella performance al test somministrato.

In particolare, verrà esaminato il caso di Luigi di 9 anni, che ha avuto un peggioramento di due punti, sia per quanto riguarda il punteggio grezzo che lo standard. Passando da avere un punteggio sopra la media, pari a 32 punteggio

grezzo e 13 punteggio standard, ad avere un punteggio nella media, di 30 punteggio grezzo e 11 punteggio standard.

Il progetto di potenziamento, in questo caso, è stato svolto in delle condizioni diverse rispetto a quelle di tutti gli altri. Questo perché durante il mese in cui si sono svolti gli incontri il bambino era ricoverato nella zona del reparto riservata ai trapianti. In questa zona non è permesso avere molti contatti con altri che non siano il personale ospedaliero o il genitore che accompagna il bambino durante il periodo di degenza. Inoltre, i macchinari utilizzati non lasciano molta possibilità di movimento, il che ha fatto sì che il paziente fosse costretto a letto durante tutti gli incontri. Questo aspetto ha indubbiamente reso il processo di immedesimazione più complicato per il bambino, che non ha potuto svolgere una parte importante del progetto, quella della messa in scena di tutta la rappresentazione. Inoltre, le cure a cui questi era sottoposto e il fatto che passava tutta la giornata a letto hanno fatto sì che il bambino fosse maggiormente annoiato durante le sue giornate e meno motivato a svolgere delle attività che richiedessero partecipazione attiva. Questo è stato osservato anche durante gli incontri, in cui dopo un primo momento di partecipazione attiva, il paziente lamentava stanchezza, il che ha fatto sì che gli incontri fossero un po' più brevi e più concisi rispetto agli altri. La stanchezza ha reso maggiormente difficoltoso il creare una discussione in merito alle diverse emozioni mostrate, il fatto di dover leggere e scrivere ha reso l'analisi del copione qualcosa di noioso per il bambino, portando ad una compilazione più sbrigativa e meno riflessiva. Pur con queste difficoltà, è necessario sottolineare il fatto che il bambino è sempre stato in grado di individuare le emozioni mostrate e di effettuare un'analisi del copione che rispecchiasse tutti gli stati d'animo osservati. La stanchezza ha reso più complesso mettere la giusta enfasi ed intonazione nelle diverse battute. Pur tentando di invogliare il bambino con diversi oggetti di scena e proponendo delle scene da lui richieste, tutti questi aspetti hanno reso difficoltosa la riuscita del potenziamento. C'è da sottolineare, però, che nonostante la situazione non ottimale il bambino si sia sempre divertito durante gli incontri, pur avendo fatto presente le difficoltà nell'immedesimazione col personaggio, e che ha sempre espresso di voler partecipare agli incontri successivi. Oltre a quanto concerne il progetto in sé, si ipotizza che il calo della prestazione di Luigi al test di

riconoscimento emotivo possa essere dovuto al fatto che, come anticipato precedentemente, durante il periodo in cui si è svolto il progetto, egli fosse completamente isolato. Questo non gli ha permesso di avere a che fare con i propri coetanei e di intraprendere delle relazioni che fossero durature e non finalizzate alla sua cura. Inoltre, l'utilizzo costante delle mascherine ha diminuito l'esposizione del bambino a stimoli sociali come le espressioni facciali. Infine, è possibile che lo stato di salute ed emotivo in cui il bambino si trovava il giorno in cui è stata effettuata la valutazione post-intervento abbia influito sulla sua prestazione.

È interessante notare che, anche il secondo bambino che ha mostrato un calo nella valutazione al test di riconoscimento emotivo inizialmente presentasse un punteggio al test sopra la media e che successivamente abbia presentato un punteggio nella media. Questo potrebbe portare a riflettere su quanto questi due punteggi fossero attendibili inizialmente e su come l'umore dei soggetti possa influire sulle loro prestazioni nei test di valutazione. Ad avvalorare quest'ultima ipotesi c'è il fatto che anche il secondo soggetto, quando testato, non aveva voglia di svolgere la valutazione, il che lo ha portato a fornire delle risposte approssimative e sbrigative per poter continuare a svolgere delle attività più piacevoli. È possibile che se i test fossero stati effettuati in giorni in cui entrambi i soggetti erano più inclini a svolgerli, i risultati ottenuti sarebbero stati diversi, ma, per motivi di tempo, questo non è stato possibile. Questo porta alla conclusione che quando si effettua una valutazione attraverso l'utilizzo di test è sempre necessario prendere in considerazione, anche solo a livello osservativo, lo stato d'animo e la motivazione del soggetto che intraprende la prova.

Per quanto riguarda le singole emozioni è stato possibile osservare che alcuni partecipanti hanno avuto un miglioramento al Test di Riconoscimento Emotivo non solo sull'emozione su cui è stato svolto l'intervento ma anche su altre emozioni. Questo può essere spiegato dal fatto che difficilmente una scena mostra solo un'emozione e quindi osservare anche altre emozioni, oltre a quelle bersaglio, ha promosso una maggiore comprensione anche di quest'ultime. Quindi è possibile che anche l'aver visto lo sperimentatore immedesimarsi in diverse emozioni abbia facilitato la comprensione di come queste vengono espresse, sia attraverso il tono della voce, sia attraverso la postura.

Infine, attraverso una prima osservazione dei dati non si riscontrano evidenti differenze tra chi ha svolto il potenziamento solo in presenza, chi lo ha svolto solo online e chi lo ha svolto in modalità mista. Ricerche future potrebbero indagare se vi siano o meno delle differenze nella prestazione dei partecipanti nelle diverse modalità.

Tutte le considerazioni presentate si basano sull'osservazione del solo sperimentatore; quindi, è possibile che un osservatore diverso o più esperto avrebbe tratto altre considerazioni. Inoltre, essendo il progetto strutturato ad hoc per ogni partecipante è possibile che con una popolazione diversa si otterrebbero risultati differenti.

4.2 Discussione dei questionari di gradimento

Alla fine di ogni incontro è stato somministrato ad ogni partecipante un questionario di gradimento (vedi 3.3.2), grazie al quale è stato possibile avere un riscontro da parte del bambino in merito all'attività svolta.

Il fine di quest'ultimo era di indagare il grado di gradimento dell'attività e di avere un'autovalutazione del bambino in merito alle sue capacità di immedesimazione, al grado di difficoltà dell'attività proposta e alla volontà del bambino di recitare altre scene. Inoltre, è stata data ad ogni bambino la possibilità di esprimere la propria opinione riguardo ogni incontro, chiedendogli di valutare quali delle scene proposte gli fosse piaciuta di più e di meno, dandogli quindi la possibilità di dare un parere sull'attività svolta. Questi ultimi quesiti hanno avuto la finalità di far sentire il bambino partecipe del progetto, in quanto attraverso queste domande è stato possibile proporre scene più adatte ad ognuno, con un grado di difficoltà adattato alla sua percezione di riuscita e il fatto di poter dare la propria opinione ha fatto sì che ad ogni incontro il partecipante fosse parte attiva nella strutturazione del progetto.

I risultati ottenuti dalla valutazione dei primi due quesiti: “Mi è piaciuto recitare?” e “Mi sono divertito a recitare?” presentati nel paragrafo 3.5.3 hanno confermato l'ipotesi secondo cui vi è stato un alto gradimento da parte dei partecipanti nei confronti dell'intervento con l'utilizzo di tecniche teatrali. È stato inoltre

evidenziato che i partecipanti hanno ritenuto l'attività divertente e che è stata ritenuta valida anche dai genitori. Quindi, basandosi su queste valutazioni, è possibile affermare che un intervento di potenziamento emotivo con l'utilizzo di tecniche teatrali, non solo porta a degli effettivi miglioramenti nella capacità di riconoscimento emotivo, ma risulta anche un'attività che i bambini potrebbero svolgere con piacere. Questo dato porta a supporre che il teatro possa essere utilizzato come mezzo educativo in più contesti al fine di proporre degli interventi che siano efficaci e di gradimento per i bambini e probabilmente anche in grado di migliorare il loro tono d'umore.

Di seguito verranno analizzate le risposte fornite alle altre domande del questionario di gradimento, che sono:

D3. Sono riuscito a entrare nella parte?

D4. Sono riuscito a recitare la scena proposta?

D5. Recitare è stato difficile?

D6. Vorrei recitare ancora altre scene?

Osservando le autovalutazioni dei partecipanti (vedi 3.5.2, grafico 3) in merito alle proprie capacità di immedesimazione, è emerso che, dopo ogni incontro, la maggior parte dei bambini ha espresso di essere riuscito ad entrare nella parte in un range tra “così così” e “molto”. Quindi questo può suggerire che gli incontri sono stati sempre adeguati rispetto alle capacità di immedesimazione dei partecipanti e che essi non abbiano mai percepito di non riuscire ad entrare nella parte. Infatti, la stessa tendenza si osserva anche in relazione alla valutazione di riuscita della performance, in quanto anche in questo caso non sono stati rilevati bassi livelli di autovalutazione. Anche se in merito alle difficoltà nel riuscire a recitare è stato rilevato che la maggior parte degli incontri non sono risultati difficili per i partecipanti, solo 8 incontri su 40 hanno ricevuto una valutazione di difficoltà che varia da “così così” a “molto”. Questi dati possono essere spiegati da una serie di fattori; in primis è necessario considerare che alcuni partecipanti erano stanchi prima di iniziare l'attività, il che ha influito sulla prestazione risultando in maggiori difficoltà di immedesimazione e di comprensione delle diverse emozioni. Inoltre, essendo stati presentati diversi spezzoni, nei quali le emozioni erano mostrate con diverse intensità, è possibile che le emozioni meno intense abbiano reso difficile la

comprensione delle stesse. Infine, in alcune scene era presentata più di un'emozione, il che ha reso il processo di immedesimazione più articolato e complesso per alcuni partecipanti. Infine, è emerso che dopo ogni incontro tutti i partecipanti hanno espresso la volontà di voler continuare a recitare altre scene.

Per quanto riguarda le ultime 3 domande, cioè “quale scena mi è piaciuta di meno? quale scena mi è piaciuta di più? vuoi dire ancora qualcosa su questa esperienza?”, vengono presentati alcuni esempi di risposte divisi per domanda. Alla domanda sulla scena che era piaciuta di meno alcune risposte significative sono state: “quella dove Hercules è triste perché non la ricordavo”; “mi sono piaciute tutte”; “quando la mamma si irrita” e “dove Mulan piange”.

Alla domanda sulla scena che era piaciuta di meno alcune risposte significative sono state: “quando Mushu la incoraggia”; “mi sono piaciute tutte”; “quella dove parla la mamma”, “quando il genio era felice”.

Infine, alcune risposte significative relative alla domanda di approfondimento sull'esperienza sono state: “è stato bellissimo”; “non vedo l'ora di rifarla e vorrei fare una parte divertente di un film”, “fantastico”, “mi è piaciuta molto non vedo l'ora di rifarla”.

Complessivamente le risposte fornite hanno permesso ai partecipanti di esprimere la propria opinione sulle scene proposte, fornendogli l'opportunità di partecipare attivamente alla valutazione delle attività svolte. Non tutti hanno apprezzato queste ultime domande, in quanto molti non avevano molto da dire, oppure semplicemente non volevano fornire le altre risposte.

4.3 Discussione dei questionari sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al progetto “Mettiamo in scena le emozioni”

Il questionario somministrato alle madri dei partecipanti è stato utilizzato per avere una ulteriore valutazione in merito allo stato d'animo del bambino pre e post-intervento e per valutare se questo subisse un miglioramento. A tal proposito l'analisi delle domande relative al cattivo e al buon umore pre- e post- intervento (vedi 3.5.4) ha permesso di individuare un effettivo miglioramento dell'umore nei partecipati a seguito dell'intervento di potenziamento emotivo con l'utilizzo di

tecniche teatrali. Infatti, prima dell'intervento i livelli di buon umore rilevati oscillavano tra un alto grado di accordo, un basso grado di accordo ed un livello medio di incertezza, mentre quelli rilevati post-intervento mostrano solo un alto grado di accordo. Invece, per quando riguarda la valutazione del cattivo umore pre-intervento, questa, mostra un alto grado di incertezza, solo poche valutazioni in netto disaccordo ed una sola valutazione in netto accordo, mentre tutte le madri sono "decisamente in disaccordo" in merito al fatto che il bambino fosse di cattivo umore dopo l'intervento.

Inoltre, nel questionario è stato esplicitamente chiesto se vi fosse stato un cambiamento nell'umore del partecipante, dalla valutazione delle risposte è emerso che più delle metà delle madri è d'accordo nell'affermare che vi è stato un cambiamento positivo nell'umore del figlio, mentre le altre hanno affermato di non essere d'accordo o di essere incerte in merito al fatto che vi fosse stato un cambiamento.

Le altre domande poste nel questionario sono:

D1. Mio/a figlio/a voleva partecipare all'attività.

D2. Prima dell'attività era agitato/a.

D3. Mio figlio/a mi ha raccontato l'attività svolta.

D4. Il bambino ha detto di essersi annoiato durante l'attività.

Osservando le risposte date dai genitori al questionario sugli stati d'animo del/la figlio/a (vedi 3.5.4, grafico 7) è possibile affermare che la maggior parte dei bambini voleva partecipare agli incontri. Questo dato è stato indagato in quanto si è pensato fosse possibile che a poco dall'inizio dell'intervento il bambino potesse essere poco motivato al partecipare o che non avesse voglia di provare qualcosa di nuovo. Invece, i partecipanti si sono dimostrati sempre disponibili a prendere parti agli incontri. Inoltre, si è ipotizzato che il fatto di dover partecipare ad una attività nuova, al partecipante ignota, potesse in qualche modo agitare il bambino, ma, i dati raccolti riportano che solo 2 soggetti erano agitati prima di iniziare l'attività, mentre gli altri no.

Un'altra ipotesi che è stata indagata è se il bambino avesse raccontato o meno dell'attività al genitore, questo perché è risaputo che ai bambini piace condividere le proprie esperienze col genitore, soprattutto se queste sono state per loro divertenti

ed interessanti. Infatti, la maggior parte dei partecipanti ha condiviso l'esperienza del progetto teatrale con i genitori. Questo non meraviglia, soprattutto se si tiene in considerazione che tutti i bambini hanno espresso di essersi divertiti durante l'attività proposta (vedi 3.5.3). Ad ulteriore conferma del fatto che l'intervento potesse essere considerato divertente da parte del partecipante, è stato chiesto ai genitori se il figlio avesse espresso di essersi annoiato durante l'attività. Ancora una volta, il fatto che tutti i genitori abbiano riportato un alto livello di disaccordo conferma che per il partecipante l'attività è risultata divertente.

Infine, nel questionario sugli stati d'animo relativi alla partecipazione al potenziamento con l'utilizzo di tecniche teatrali è stato chiesto ai genitori di fornire un aggettivo che descrivesse lo stato d'animo del bambino prima e dopo l'intervento.

Tutti gli aggettivi presentati sono stati raccolti in un Word Cloud al fine di rendere più agevole l'osservazione.

Il seguente Word Cloud (Figura 1) mostra gli aggettivi forniti dai genitori in merito agli stati d'animo dei figli prima di svolgere l'attività.



Figura 1: Word Cloud degli stati d'animo pre-attività

Questa immagine evidenzia che l'aggettivo maggiormente utilizzato è annoiato. Inoltre, è possibile notare come vi siano sia aggettivi positivi (es. emozionato, eccitato) che aggettivi negativi (es. nervoso, demotivato). Quindi ogni partecipante

ha iniziato l'attività con un umore differente, sicuramente relativo agli avvenimenti o alle condizioni in cui si trovava prima di iniziare il potenziamento.

Il prossimo Word Cloud (figura 2) mostra gli aggettivi forniti dai genitori in merito agli stati d'animo dei partecipanti dopo aver preso parte al potenziamento.



Figura 2: Word Cloud degli stati d'animo post-attività

In linea con quanto sostenuto fino ad ora, gli aggettivi utilizzati dai genitori rispecchiano degli stati d'animo positivi (es. allegro, contento). Questo porta ancora una volta ad evidenziare il fatto che vi sia stato un cambiamento in positivo nell'umore dei partecipanti tra il pre e il post-intervento, portando alla conclusione che non solo un intervento di potenziamento con l'utilizzo di tecniche teatrali è efficace nel miglioramento delle capacità di riconoscimento emotivo, ma è anche in grado di migliorare l'umore di chi ve ne prende parte, che inoltre valuta tale intervento come gradevole e divertente.

4.4 Limiti della ricerca

Lo studio presentato ha la finalità di fornire degli spunti applicativi relativi all'utilizzo del teatro come mezzo di intervento, al fine di migliorare, non solo la capacità di riconoscimento emotivo, ma anche il benessere dei bambini che ne prendono parte. Ad oggi la letteratura in merito alla possibile applicazione di tecniche teatrali come mezzo educativo è scarsa, con poche ricerche che indagano l'efficacia di tali tecniche e che consiglino dei metodi applicativi. Questo è da

considerarsi un limite per la presente ricerca in quanto non è stato possibile basare l'intervento su una letteratura di riferimento, ma allo stesso tempo può essere considerato un vantaggio in quanto ha permesso di valutare come alcune tecniche teatrali, in questo caso l'immedesimazione, possano divenire uno strumento educativo, oltre che ludico, fornendo spunti di riflessione sulle diverse emozioni e non annoiando in alcun modo il partecipante.

Un altro limite di tale ricerca è sicuramente il fatto che il campione è molto ristretto e rappresentativo della sola popolazione oncoematologica pediatrica dell'Ospedale di Padova. Questo rende i dati ottenuti difficilmente generalizzabili ad altre popolazioni, ma al contempo fornisce l'opportunità di indagare l'efficacia di questo intervento anche in altri contesti, come ad esempio le scuole, con popolazioni più ampie e variegata.

Essendo il potenziamento presentato strutturato ad hoc per ogni bambino è stato necessario conoscere prima i partecipanti per poter assecondare le specifiche necessità. Questo ha fatto sì che fosse necessario investire molto tempo nella pianificazione degli incontri, che però, una volta strutturati, sono stati di facile riutilizzo per gli interventi successivi. Un limite può essere anche considerato il fatto che ogni intervento richiedesse almeno 1 ora per essere portato a termine, impegnando il bambino per parecchio tempo e per diversi giorni. Questo potrebbe essere considerato un limite in riferimento alla popolazione generale, ma, prendendo in considerazione il campione preso in esame, il fatto di avere questo impegno ha fatto sì che il bambino potesse occupare un'ora durante la sua permanenza in ospedale dedicandosi a qualcosa di utile e di divertente, così da far passare il tempo più velocemente facendo qualcosa di gradevole.

Inoltre, non sono stati stabiliti dei criteri specifici per la selezione dei filmati mostrati in quanto ci si è basati esclusivamente sulla durata, sulle intensità delle emozioni rappresentate e sui gusti dei partecipanti. Stabilire dei criteri specifici ad hoc potrebbe garantire la riproducibilità dei risultati ottenuti.

In riferimento ai partecipanti alcune difficoltà incontrate sono state, in alcuni casi, la stanchezza dettata dalle cure a cui questi erano sottoposti, che ha portato ad una partecipazione meno attiva e a difficoltà di immedesimazione. Questo va considerato in quanto è possibile che somministrando lo stesso potenziamento a

bambini della stessa età, che vivono in condizioni differenti, i risultati ottenuti potrebbero differire da quelli presentati in questo studio. Infatti, si ipotizza che in una popolazione non ospedalizzata e con malattie importanti si potrebbe osservare maggiore coinvolgimento e partecipazione, in quanto è possibile che i partecipanti potrebbero essere meno stanchi e più attivi e volenterosi.

Inoltre, ai fini della riuscita dell'intervento va considerato il livello di apprendimento dei partecipanti, in quanto è richiesta una capacità di lettura abbastanza fluente per riuscire a recitare il copione senza difficoltà. In merito a questo è necessario evidenziare che alcuni dei partecipanti a questo progetto presentavano delle difficoltà nella lettura fluente, si ipotizza dovute al livello di istruzione di ogni bambino. Queste difficoltà sono state superate con delle strategie appositamente pensate dallo sperimentatore: nel caso in cui il bambino non riuscisse ad effettuare una lettura fluente, nella fase di recitazione, era lo sperimentatore a suggerire tutte le battute al partecipante, così che lui potesse concentrarsi esclusivamente sulla messa in scena dell'emozione.

Da prendere in considerazione vi è anche il fatto che gli interventi non sono stati svolti in un setting strutturato in cui è stato possibile garantire al bambino il suo spazio, sia fisico che espressivo, in quanto in ospedale non sempre è stato facile trovare tale spazio. Questo ha fatto sì che alcune volte i partecipanti fossero un po' restii ad effettuare l'attività in quanto potevano essere visti da altre persone.

Infine, ai fini della riuscita del progetto è necessario che chi segue il bambino durante le attività abbia una conoscenza relativa alle tecniche teatrali e una conoscenza approfondita in merito alle emozioni. Questo perché la prima è necessaria per fornire degli insegnamenti in merito al teatro in generale e alle diverse tecniche di immedesimazione e di rappresentazione della scena. Invece, è consigliabile possedere una conoscenza approfondita degli aspetti emotivi e delle diverse emozioni in quanto questo può garantire uno scambio di informazioni su di esse che sia specifico e che possa effettivamente arricchire il repertorio emotivo dei partecipanti.

4.5 Prospettive future

Il progetto “Mettiamo in scena le emozioni” fornisce una nuova prospettiva in merito alle possibilità educative del teatro. Con questo studio si spera di contribuire allo sviluppo di maggiori ricerche che indaghino l’effetto dell’utilizzo delle tecniche teatrali su diversi aspetti dello sviluppo. In particolare, per quanto riguarda l’ambito emotivo, è necessario indagare maggiormente l’effetto che, lo svolgere attività teatrali, potrebbe avere sullo sviluppo di capacità come il riconoscimento emotivo, indagato in questo studio, e la Teoria della Mente, correlata alla comprensione delle intenzioni e degli stati d’animo proprio e altrui.

Basandosi sui risultati ottenuti da questo studio, ricerche future potrebbero in primis provare a replicare i dati ottenuti su popolazioni più ampie, di modo da ottenere delle informazioni maggiormente generalizzabili.

Si potrebbe provare a proporre questo tipo di intervento in diversi contesti, come a esempio nelle scuole, nei riformatori e in strutture che supportano lo sviluppo, così da migliorare e facilitare la comprensione delle emozioni proprie e altrui. Inoltre, gli incontri potrebbero essere di gruppo, invece che singoli, così da promuovere la socializzazione e la coesione all’interno del gruppo o anche solo garantire maggiore apertura nei confronti degli altri membri del gruppo (es. compagni di classe), così da incentivare un supporto reciproco.

Un altro aspetto che potrebbe essere indagato concerne la differenza tra un intervento di potenziamento svolto online ed uno in presenza, così da stabilire quali delle due modalità risulti maggiormente utile ai fini di potenziare le capacità emotive.

Si potrebbe, inoltre, indagare approfonditamente se differenze a livello demografico, ad esempio lo status socioeconomico, il livello di istruzione dei genitori, sono delle variabili che potrebbero in qualche modo influenzare la riuscita del progetto.

Interessante potrebbe essere indagare se questo tipo di progetto, con le dovute modifiche relative all’età, possa essere di beneficio anche in età adolescenziale, così

da promuovere lo sviluppo di una personalità consapevole e di fornire ai ragazzi gli strumenti per poter riconoscere e comprendere le diverse emozioni.

Infine, questo studio evidenzia la necessità di fornire delle attività ai bambini, in particolare a quelli che vanno incontro a delle cure pediatriche, che possano favorire una partecipazione attiva, una distrazione da quello che stanno vivendo e che risultino anche educative. La strutturazione di tali interventi potrebbe migliorare la qualità di vita del bambino e migliorare la percezione dell'ospedalizzazione.

Conclusioni

Giunti al termine di questo elaborato è possibile affermare che tutte le ipotesi su cui si fonda la presente ricerca sono state confermate. Infatti, il potenziamento emotivo con l'utilizzo di tecniche teatrali ha portato a dei miglioramenti nella capacità di riconoscimento emotivo dei partecipanti; inoltre, questo tipo di intervento è stato molto apprezzato sia dai bambini che ne sono stati parte attiva, sia dai genitori. Per quanto concerne i bambini, essi hanno valutato il progetto "Mettiamo in scena le emozioni" molto divertente e lo hanno particolarmente gradito. Infine, è stato riportato dai genitori un miglioramento nello stato d'animo dei figli tra il prima e il dopo l'intervento.

Basandosi su questi risultati è possibile concludere che il progetto è riuscito a confermare tutte le ipotesi di interesse, fornendo ai partecipanti un'ora in cui è stato per loro possibile distaccarsi dalla realtà per poter esplorare mondi nuovi e divertenti che gli hanno permesso di non pensare alla loro situazione e di essere per un attimo solo dei bambini impegnati nella recitazione.

Con questo progetto si vuole stressare quanto sia importante fornire ai bambini, soprattutto quelli che vanno incontro a delle cure pediatriche, delle attività che stimolino la loro creatività e la voglia di fare, che diano l'opportunità di sentirsi e di essere visti come dei semplici bambini, e non come dei bambini malati, che svolgono delle attività ludiche e educative come tutti gli altri.

La forza d'animo che questi bambini possiedono va alimentata e supportata tutti i giorni con delle attività pensate e strutturate appositamente per le necessità di ognuno, così da dare l'opportunità di essere una parte attiva nel processo di crescita individuale e, in questo specifico caso, anche di cura.

In conclusione, si spera che questo lavoro incentivi l'utilizzo del teatro come mezzo educativo e come strumento di gioco e di crescita personale, sia nei contesti ospedalieri che in tanti altri, e che fornisca una prospettiva di quanto sia importante stimolare e riempire di attività divertenti ed educative le giornate dei bambini che regolarmente frequentano l'ambiente ospedaliero, così che questo diventi un'ambiente stimolante e positivo, non solo dal punto di vista della salute ma anche da quello psicologico.

Bibliografia

- AIRC. (2019a). <https://www.airc.it>
- AIRC. (2019b). *Leucemia linfoblastica acuta del bambino*.
<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori-pediatrici/leucemia-linfoblastica-acuta-bambino>
- AIRC. (2019c). *Linfoma non-Hodgkin del bambino*.
<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori-pediatrici/linfoma-non-hodgkin>
- AIRC. (2019d). *Tumore di Ewing del bambino*.
<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori-pediatrici/tumore-di-ewing-del-bambino>
- AIRC. (2019e). *Tumore di Wilms del bambino*.
<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori-pediatrici/tumore-di-wilms-del-bambino>
- Anolli, L., Ciceri, M. R., Cufersin, E., & Durante, M. (2007). Il riconoscimento e la denominazione di espressioni emotive da parte di soggetti in età prescolastica. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, 11(1), 91–114.
<https://doi.org/10.1449/24347>
- Balconi, M., & Carrera, A. (2005). Il lessico emotivo nel decoding delle espressioni facciali. *Psychofenia*, 3(12).
- Bonato, F. (2016). *Emozioni sulla scena: educazione emotiva e teatro*. Erickson.
- Bonichini, S., & Tremolada, M. (2019). *Psicologia pediatrica* (1st ed.). Carocci Editore.
- Bruce, V. , Campbell, R. N., Doherty-Sneddon, G. , Langton, S. , McAuley, S., & Wright, R. (2000). Testing face processing skills in children. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(3), 319–333.
- Cannon, W. B. (1987). The James-Lange Theory of Emotions: A Critical Examination and an Alternative Theory. In *Source: The American Journal of Psychology* , Autumn-Winter (Vol. 100, Issue 4). Autumn-Winter.
- Čaplová, Z., & Švábová, P. (2020). IBM SPSS statistics. In *Statistics and Probability in Forensic Anthropology* (pp. 343–352). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815764-0.00027-7>
- Carey, S., & Diamond, R. (1977). From piecemeal to configurational representation of faces. *Science*, 195(4275), 312–314.
- Carey, S., & Diamond, R. (1994). Are Faces Perceived as Configurations More By Adults than by Children? *Visual Cognition*, 1(2–3), 253–274.
<https://doi.org/10.1080/13506289408402302>
- Chancerel, L. (1967). *Storia del teatro* (Vol. 2) (Vol. 2). M. Bulzoni.
- Chovili, N. (1998). Faccia a faccia con gli altri: le esibizioni facciali secondo la prospettiva sociale comunicativa». ..J A. Russell, J M. Fernandez- Dols, *Psicologia Delle Espressioni Facciali*, Erikson, Trento. .
- Cole, P. M. , Dennis, T. A., Smith-Simon, K. E., & Cohen, L. H. (2009). Preschoolers' emotion regulation strategy understanding: Relations with emotion socialization and child self-regulation. *Social Development*, 324–352.

- Corbett, B. A., Gunther, J. R., Comins, D., Price, J., Ryan, N., Simon, D., Schupp, C. W., & Rios, T. (2011). Brief report: Theatre as therapy for children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(4), 505–511. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1064-1>
- Crnkoviae, M., Divèiae, B., Rotim, Željka, & Èoriae, J. (2009). EMOTIONS AND EXPERIENCES OF HOSPITALIZED SCHOOL AGE PATIENTS. In *Acta Clin Croat* (Vol. 48, Issue 2).
- Denham, S. A. , & Couchoud, E. A. (1990). Young preschoolers' understanding of emotions. *Child Study Journal*, Vol 20(3), 1990. Pp. 171-192.
- Denham, S. A., Bassett, H. H., Way, E., Mincic, M., Zinsser, K., & Graling, K. (2012). Preschoolers' emotion knowledge: Self-regulatory foundations, and predictions of early school success. *Cognition and Emotion*, 26(4), 667–679. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.602049>
- Drigan, R., Spirito, A., & Gelber, R. D. (1992). Behavioral effects of corticosteroids in children with acute lymphoblastic leukemia. *Medical and Pediatric Oncology*, 20(1), 13–21.
- Durand, K., Gally, M., Seigneure, A., Robichon, F., & Baudouin, J. Y. (2007). The development of facial emotion recognition: The role of configural information. *Journal of Experimental Child Psychology*, 97(1), 14–27. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2006.12.001>
- Firoozi, M., Ma, B., & Tehrani, P. (2011). *Cognitive Emotion Regulation in Children with Acute Lymphoblastic Leukemia* (Vol. 4, Issue 4). www.SID.ir
- Firoozi, M., & Rahmat, A. G. (2013). Behavioral disturbances in children with acute lymphoblastic leukemia. In *Life Science Journal* (Vol. 10, Issue 1). <http://www.lifesciencesite.com><http://www.lifesciencesite.com>351
- Frijida, N. (1986). *The emotions* (N. H. Frijida, Ed.). Cambridge University Press.
- Gasparre, A. (2009). *La crescita post-traumatica: una concettualiz-zazione del costruito*. <https://doi.org/10.1421/30935>
- Iuga, F., & Turda, E. S. (2022). The Impact of Puppet Theatre Among Preschoolers Socio-Emotional Abilities Development. *Educatia* 21, 22, 72–80. <https://doi.org/10.24193/ed21.2022.22.08>
- James, W. (1884). *What is an emotion?* .
- James, W. (1890). *The Principles Of Psychology Volume II By William James (1890)*.
- Jurbergs, N., Long, A., Ticona, L., & Phipps, S. (2009). Symptoms of posttraumatic stress in parents of children with cancer: Are they elevated relative to parents of healthy children? *Journal of Pediatric Psychology*, 34(1), 4–13. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm119>
- Kagan, J. (2010). Emotions and Temperament. In G. W. Holden & B. Vittrup (Eds.), *Handbook of Cultural Developmental Science* (1st ed., pp. 187–206). Psychology Press.
- Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 343–355. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj054>
- Klinnert, M. D. (1984). The regulation of infant behavior by maternal facial expression. *Infant Behavior and Development*, 7(4), 447–465. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(84\)80005-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(84)80005-3)

- Kolb, B. , Wilson, B. , & Taylor, L. (1992). . Developmental changes in the recognition and comprehension of facial expression: Implications for frontal lobe function. *Brain and Cognition*, 20(1), 74–84.
- Korkman, M., Kirk, U., Nepsy-ii, K., Urgesi, C., & Campanella, F. (2011). *NEPSY – Second Edition*.
- Kosti, R., Alvarez, J. M., Recasens, A., & Lapedriza, A. (2017). *Emotion Recognition in Context*.
- Kuppenheimer, W. G., & Brown, R. T. (2002). *Painful procedures in pediatric cancer A comparison of interventions*.
- Langeveld, N. E., Stam, H., Grootenhuys, M. A., & Last, B. F. (2002). Quality of life in young adult survivors of childhood cancer. In *Supportive Care in Cancer* (Vol. 10, Issue 8, pp. 579–600). <https://doi.org/10.1007/s00520-002-0388-6>
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation* (R. S. Lazarus, Ed.). Oxford University Press.
- Leder, H., & Bruce, V. (1998). Local and relational aspects of face distinctiveness. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology: Section A*, 51(3), 449–473.
- Levy, J. (1997). Theatre and Moral Education. In *Source: The Journal of Aesthetic Education* (Vol. 31, Issue 3).
- Levy, J. (2005). Reflections on How the Theatre Teaches. In *Source: The Journal of Aesthetic Education* (Vol. 39, Issue 4). Winter. <https://about.jstor.org/terms>
- Lewis, M. (2010). The Emergence of Human Emotions. In *Handbook of emotions*.
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Mier, D., Lis, S., Neuthe, K., Sauer, C., Esslinger, C., Gallhofer, B., & Kirsch, P. (2010). The involvement of emotion recognition in affective theory of mind. *Psychophysiology*, 47(6), 1028–1039. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2010.01031.x>
- Mondloch, C. J., Geldart, S. , Maurer, D., & le Grand, R. (2003). Developmental changes in face processing skills. *Journal of Experimental Child Psychology*, 86(1), 67–84.
- Oliva, G. (2016). La Funzione Educativa del teatro. *Scienze e Ricerche*.
- Peter, M. (2003). Drama, narrative and early learning. *British Journal of Special Education*, 30(1), 21–27. <https://doi.org/10.1111/1467-8527.00277>
- Phipps, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: Implications for a positive psychology approach. In *Journal of Pediatric Psychology* (Vol. 32, Issue 9, pp. 1055–1066). <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm060>
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1984). The semiotic of symbolic function. In M. Davis & D. C. Wallbridge (Eds.), *Introduzione all'opera di D.W Winnicott: Spazio e confini*. Psycho.
- Russell, J. A., & Widen S.C. (2002). Words versus faces in evoking preschool children's knowledge of the causes of emotions. *International Journal of Behavioral Development*, 26(2), 97–103.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford press.
- Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2006). Emotional Development: Action, Communication, and Understanding. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social,*

- emotional, and personality development* (pp. 226–299). John Wiley & Sons, Inc.
- Santrock, J. (2014). Child Development 14th Edition. In *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Schachter, S. (1962). *PSYCHOLOGICAL REVIEW COGNITIVE, SOCIAL, AND PHYSIOLOGICAL DETERMINANTS OF EMOTIONAL STATE 1*.
- Sherratt, D., & Peter, M. (2002). *Developing Play and Drama in Children with Autistic Spectrum Disorders*. David Fulton Publishers.
- Singer, D. G., & Singer J. L. (2009). *The house of make-believe: Children's play and the developing imagination*. Harvard University Press.
- Smith, E. E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., Bem, D. J., & Maren, S. (2003). *Atkinson & Hilgard's Introduction to psychology*. Wadsworth Publishing Company.
- Syrjala, K. L., Artherholt, S. B., Kurland, B. F., Langer, S. L., Roth-Roemer, S., Elrod, J. A. B., & Dikmen, S. (2011). Prospective neurocognitive function over 5 years after allogeneic hematopoietic cell transplantation for cancer survivors compared with matched controls at 5 years. *Journal of Clinical Oncology*, 29(17), 2397–2404. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.33.9119>
- Taverna, L., Tremolada, M., Bonichini, S., Toso, B., Basso, G., Messina, C., & Pillon, M. (2017). Motor skill delays in pre-school children with leukemia one year after treatment: Hematopoietic stem cell transplantation therapy as an important risk factor. *PLoS ONE*, 12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186787>
- Thompson, R. A. (2013). Attachment development; Precipice and prospect. In P. Zelazo (Ed.), *Oxford Handbook of Developmental Psychology*. Oxford University Press.
- Tremolada, M., Bonichini, S., Basso, G., & Pillon, M. (2016). Perceived social support and health-related quality of life in AYA cancer survivors and controls. *Psycho-Oncology*, 25(12), 1408–1417.
- Tremolada, M., Bonichini, S., & Taverna, L. (2019). Lo sviluppo psicosociale, motorio e cognitivo del paziente pediatrico oncologico. In *Psicologia pediatrica* (pp. 217–230). Carucci editore.
- Tremolada, M., Sbalchiero, F., Bonichini, S., Pillon, M., & Carli, M. (2011). Il comportamento adattivo in 50 bambini leucemici nell'ultimo anno di terapia: un'analisi longitudinale. *Il Mulino- Rivisteweb*. <https://doi.org/10.1449/35890>
- Tremolada, M., Taverna, L., Bonichini, S., Pillon, M., Biffi, A., & Putti, M. C. (2020). Paediatric patients treated for leukemia back to school: A mixed-method analysis about daily life and illness experience. *Behavioral Sciences*, 10, 107–121.
- Valenza, E., & Turati, C. (2019). *Promuovere lo sviluppo della mente: un approccio neurocostruttivista*. Il Mulino.
- Wadsworth, M. E., Rieckmann, T., Benson, M. A., & Compas, B. E. (2004). Coping and responses to stress in Navajo adolescents: Psychometric properties of the Responses to Stress Questionnaire. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 391–411.

- Walker-Andrews, A. S. (1997). Infants' perception of expressive behaviors: Differentiation of multimodal information. *Psychological Bulletin*, 121(3), 437–456. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.437>
- Weisfeld, G. E., & Goetz, S. M. M. (2013). Applying evolutionary thinking to the study of emotion. In *Behavioral Sciences* (Vol. 3, Issue 3, pp. 388–407). MDPI Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/bs3030388>
- Widen S. C, & Russell, J. A. (2004). The relative power of an emotion's facial expression, label, and behavioral consequence to evoke preschoolers' knowledge of its cause. *Cognitive Development*, 19, 111–125.
- Winnicott D.W. (1995). *Gioco e realtà*. Armando.

Ringraziamenti

Spesso mi sono dilettata nella stesura di messaggi molto lunghi e significativi da inviare alle persone a me più care; eppure, oggi non riesco a trovare le giuste parole per riuscire a ringraziare chi mi è stato accanto.

Inizierò col ringraziare la Prof.ssa Tremolada per avermi permesso di intraprendere un meraviglioso percorso all'interno della Clinica di Oncoematologia Pediatrica e per aver creduto nel mio progetto a tal punto da permettermi di realizzarlo.

Vorrei inoltre ringraziare la sua squadra, in particolare Mariangela e Giulia, per essere state delle guide preziose, per tutti gli insegnamenti di cui farò frutto per sempre, di tutta la condivisione ed il supporto reciproco che ha caratterizzato il nostro percorso insieme; essere affiancata a delle persone così capaci, disponibili e trasparenti mi ha, non solo formata, ma anche aiutata a capire quanto sia importante operare in un ambiente stimolante e di mutuo supporto.

Inoltre, vorrei dedicare un enorme ringraziamento a tutti i bambini e alle madri che hanno deciso di partecipare a questo progetto un po' audace, sostenendomi e incoraggiandomi quando necessario.

Sento di dover precisare, però, che il ringraziamento più importante è quello che dedico alla mia famiglia, mamma, Antonio e Franco, che in tutti questi anni hanno sempre supportato, pur alcune volte non capendole, le mie scelte, insegnandomi a perseguire con tenacia i miei sogni ed i miei obiettivi, accettando sia i momenti buoni, che quelli diciamo meno buoni. Vi ringrazio per aver sempre creduto in me, per avermi sostenuta durante tutti questi anni, per avermi ascoltata, per i vostri utili consigli e per tutto l'affetto e l'amore che mi avete fatto sentire; per essermi stati vicini, pur essendo lontani vi sono grata, vivere da "sola" non è sempre stato facile, ma sapere di avervi a portata di cornetta mi ha aiutata a superare anche i momenti difficili.

Se la famiglia va ringraziata perché pur da lontana mi è stata vicino, Mattia va ringraziato per essermi stato vicino e avermi fatto sentire a casa anche a 750km di distanza. Che dire... ne abbiamo passate tante e ci aspetta ancora tantissimo da vivere insieme, con la consapevolezza che ci saremo sempre l'uno per l'altra pronti a sostenerci. È proprio per tutto il sostegno che mi hai dato in questi anni che ti ringrazio, per essermi stato vicino in quei momenti in cui neanche io sapevo ciò di

cui avevo bisogno, per il tuo modo un po' burbero ma efficace di riportarmi alla realtà dei fatti e di farmi vedere le cose in una luce più positiva, per aver festeggiato con me le gioie e per essere riuscito a starmi vicino durante i "dolori" (non sempre come avrei voluto ma vabbè, col tempo hai imparato); ti ringrazio per aver accettato e aver imparato a convivere col meglio e col peggio di me, ma soprattutto ti ringrazio per aver sempre creduto in me, anche quando neanche io ci riuscivo, per avermi spinto a dare sempre un po' in più e per avermi accompagnata durante tutto il mio percorso universitario. Inoltre, mi piacerebbe ringraziare anche Tiziana e Giovanni, per avermi accolta nella loro famiglia come una seconda figlia femmina, ma una quarta figlia, prima c'è indubbiamente Ian. Sapere di avere una seconda famiglia mi ha aiutata molto, il vostro supporto in questi anni ha alleggerito tante delle difficoltà a cui sono andata incontro, vi sono veramente grata per tutto il vostro affetto ed il vostro supporto.

Un ulteriore ringraziamento va ad uno dei miei più grandi sostenitori, Ian, che poverino si è praticamente letto tutta la mia tesi per correggermela, ti ringrazio, ma non solo per questo. Sento che sia giusto ringraziarti per essermi stato accanto come un fratello durante tutto questo tempo, anche se per la maggior parte di esso siamo stati distanti, ho sempre saputo di poter contare su di te, sulla tua sincerità, schiettezza e sulla tua simpatia. Grazie per avermi supportata e soprattutto supportata durante tutti i miei scleri e le mie paranoie, per aver festeggiato con me, ma anche per essermi stato vicino durante tutti i miei momenti no.

Con gli anni tante cose sono cambiate nella mia vita, io sono cambiata come persona, le mie abitudini, le mie convinzioni, eppure le persone a me più care, pur essendo lontane, mi sono sempre rimaste vicino, pronte a regalarmi spontaneità e serenità ad ogni occasione; sì Alessia non preoccuparti sto parlando di voi, so che se vi avessi messo dopo i miei amici di Padova te la saresti presa, chissà come prenderai il fatto di essere dopo Ian. Questo ringraziamento va ai miei amici, quelli storici, quelli con cui ormai ne abbiamo combinate di cotte e di crude, quelli che alcune volte tratto proprio male, ma che altre tratto davvero bene, quelli che all'occorrenza ci sono, ci sono stati e ci saranno sempre; Alessia, Fabio, Giacomo, Ludovica, Ruoppolo e sì dai anche Davide grazie per essermi rimasti accanto nonostante la distanza, per essere sempre una certezza e per accettare, alle volte, i

miei modi burberi e le mie incazzature... spero sappiate che questo è il mio modo per dimostrarvi affetto.

Adesso è il momento di ringraziare i miei amici patavini, che ormai sono molto poco patavini. Alize, Cecilia, Madame e Martino, grazie per tutte le serate passate insieme, grazie per riuscire a rendere anche una semplice cena un evento epico ricco di risate, di gioia e di serenità, grazie per essermi rimasti vicino pur essendo lontani e per avermi supportata in tutti questi anni.

Adesso vi domanderete e Benni e Maria Dea?! Te le sei dimenticate?! E no amichetti, no che non me le sono dimenticate, a loro va dedicata una parte singola. Ceh Benni che dire, penso che se non sono uscita fuori di testa in questi anni sia solo grazie a te, alla tua simpatia, alla tua semplicità e al tuo costante supporto. Sei stata una scialuppa di salvataggio in un mare burrascoso e in tempesta, ma anche una compagna di viaggio durante le giornate calme e pacate, sei sempre stata e sarai sempre la mia certezza, la mia guru spirituale e la mia compagna di avventure. Grazie per avermi dato tutta te stessa e per aver accettato tutta me stessa, così come veniva, un po' alla giornata.

A Maria Dea invece devo dire grazie per tutto il sostegno che mi ha dato in questi anni, da quando sei ritornata a Padova hai riportato un po' di colore in un periodo abbastanza grigio della mia vita, sei riuscita a farmi ritrovare un po' di vitalità e di voglia di fare, sei sempre stata presente nei momenti di bisogno, riuscendo sempre a trovare sempre la cosa giusta da dire.

Infine vorrei ringraziare tutte le persone che hanno fatto parte della mia vita patavina fino ad ora: Greta, la amica dalle 1000 avventure, le Francesca per tutte le serate e i bei momenti passati insieme, il Bresò per essere semplicemente il Bresò, la Cri e Seba, gli amici dell'aperitivo sempre in bilico, e tutte le persone con cui ho avuto ed ho a che fare tutt'ora che hanno contribuito a rendere questi 5 (anche 6) anni di università i più belli della mia vita.