



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

**Creatività e benessere psicologico in pazienti pediatrici
con diagnosi oncoematologica: uno studio pilota**

**Creativity and psychological well-being in pediatric patients
diagnosed with oncohaematology diseases: a pilot study**

Relatrice

Prof.ssa Marta Tremolada

Correlatrice

Dott.ssa Roberta Incardona

Laurenda: Alessia Zancopè

Matricola: 2050673

Anno Accademico 2022/2023

*“La creatività è senza dubbio la risorsa umana più importante.
Senza creatività non ci sarebbe progresso e ripeteremo sempre gli stessi schemi.”*

E. De Bono

INDICE

INTRODUZIONE	3
1. LA MALATTIA ONCOEMATOLOGICA NEL BAMBINO	5
1.1 I TUMORI IN ETÀ PEDIATRICA	5
1.2 GLI EFFETTI DELL'OSPEDALIZZAZIONE SUL BAMBINO E SULLA FAMIGLIA	9
1.3 ADATTAMENTO E STRATEGIE DI COPING	12
2. LA CREATIVITÀ	15
2.1 UN CONCETTO ETEROGENEO	15
2.2 LE PRINCIPALI TEORIE E I MODELLI FONDAMENTALI	18
2.3 MISURARE LA CREATIVITÀ	20
3. IL BENESSERE PSICOLOGICO	25
3.1 IL BENESSERE PSICOLOGICO IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	25
3.2 IL VISSUTO PSICOLOGICO DEL BAMBINO CON MALATTIA ONCOEMATOLOGICA	26
3.3 ANSIA, DEPRESSIONE E STRUMENTI DI MISURAZIONE	28
3.4 LA CREATIVITÀ E IL BENESSERE	32
4. IL PROGETTO	37
4.1 LO STUDIO PILOTA E LE DOMANDE DI RICERCA	37
4.2 METODO	40
4.2.1 PARTECIPANTI	40
4.2.2 GLI STRUMENTI UTILIZZATI	42
4.2.3 PROCEDURA	50
4.3 RISULTATI	50
4.3.1 CREATIVITA' (AREA A)	50
4.3.2 SCREENING PSICOLOGICO (AREA B)	56

4.3.3 ASSOCIAZIONI TRA BENESSERE E CREATIVITÀ (AREA C)	60
5. DISCUSSIONE	61
5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	61
5.2 LIMITI, PUNTI DI FORZA E PROSPETTIVE FUTURE	67
APPENDICE	71
BIBLIOGRAFIA	75
SITOGRAFIA	83

INTRODUZIONE

La malattia oncoematologica nei bambini e negli adolescenti è un evento fortemente traumatico che ha importanti conseguenze nella vita del paziente e dei suoi familiari. Anche bambini psicologicamente sani possono sviluppare difficoltà, in particolare disturbi depressivi e d'ansia, nell'affrontare malattie oncologiche (Adducci & Poggi, 2011; Yardeni, et al., 2020). La creatività, nonostante sia un concetto caratterizzato da molteplici sfaccettature e diversi contesti di utilizzo, viene vista come una competenza che può aiutare ad affrontare le situazioni quotidiane in modo flessibile (Matteucci, 2014) o come una risorsa per favorire la crescita personale e per superare momenti difficili (Vellani, 2020).

Questo progetto di ricerca si sviluppa nel contesto della Clinica di Oncoematologia Pediatrica di Padova, con lo scopo di fornire uno screening iniziale sia sui livelli di creatività dei bambini sia sui sintomi più comuni di ansia e di depressione e successivamente, per indagare le possibili associazioni tra queste dimensioni nei bambini con diagnosi oncoematologica.

Lo studio non vuole essere esaustivo né i risultati generalizzabili, ma si pone l'obiettivo di indagare eventuali associazioni tra queste dimensioni come punto di partenza per spunti di riflessioni e indagini future e per strutturare interventi psico-educativi per i bambini che possano essere innovativi e utili nel contesto dell'oncoematologia pediatrica.

Nel primo capitolo viene presentata la malattia oncoematologica del bambino evidenziando i principali tumori in età pediatrica, gli effetti dell'ospedalizzazione nel bambino e nella famiglia, la capacità di adattamento e le strategie di coping messe in atto. Nel secondo capitolo sarà approfondita la creatività come concetto eterogeneo, le principali teorie che l'hanno analizzata, i principali modelli e gli strumenti di misurazione. Il terzo capitolo affronterà il benessere psicologico, nello specifico il benessere psicologico in oncoematologia pediatrica, soffermandosi sul vissuto psicologico del bambino, sui sintomi di ansia e depressione e i vari strumenti di misurazione, infine tratterà la relazione tra creatività e benessere.

Il quarto capitolo verterà sulla descrizione del progetto di ricerca, riportando le tre aree di ricerca con le rispettive domande dello studio pilota, i partecipanti, gli strumenti utilizzati e la procedura, per poi presentare i risultati delle tre aree di indagine.

Nel quinto capitolo verranno discussi i risultati emersi, con alcune riflessioni sui limiti del progetto, i punti di forza e le prospettive future.

Infine, in appendice sono presentate le fotografie dei disegni riferiti al *Test della Creatività e del Pensiero Divergente (TCD)* realizzati dai bambini.

1. LA MALATTIA ONCOEMATOLOGICA NEL BAMBINO

1.1 I TUMORI IN ETÀ PEDIATRICA

Nella nostra vita le cellule seguono un processo di proliferazione e accumulano numerose mutazioni genetiche che possono essere riparate e non causare problemi. Alcune cellule che subiscono queste mutazioni, al contrario, rimangono alterate, si moltiplicano e crescono in masse che possono diventare tumorali.

Le mutazioni genetiche sono raramente ereditarie, nella maggior parte dei casi non vi è una causa nota anche se molti studi hanno cercato da dove provenisse l'insorgenza ma pochissimi hanno ricondotto l'origine a fattori ambientali o allo stile di vita (World Health Organization, 2021).

Il tumore, quindi, è formato da un ammasso di cellule alterate che originano delle "masse" denominate tumori solidi; nel caso in cui invece le cellule tumorali coinvolgano il sangue, come per le leucemie, vengono definiti tumori del sangue (Adduci & Poggi, 2011).

Esistono inoltre due tipologie di tumori, quelli benigni e quelli maligni. I tumori benigni sono caratterizzati da ammassi circoscritti in un punto specifico che non invadono altre parti del corpo, mentre i tumori maligni sono formati da cellule tumorali che riescono a infiltrarsi in altri tessuti attraverso il sistema linfatico e il sangue sviluppando poi delle metastasi (Adduci & Poggi, 2011).

Esistono diverse patologie che possono colpire tessuti e organi diversi e ognuna richiede esami e interventi terapeutici specifici.

Di seguito verranno riportati i tumori in età pediatrica indicati nel sito della Fondazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC, 2021):

- Glioma: tumore originato da un'alterazione di una cellula gliale che è presente nel sistema nervoso centrale e diventa tumorale. Le cellule gliali sono di quattro tipi: gli astrociti, gli oligodendrociti, le cellule ependimali e le cellule delle microglia. In particolare, se la cellula gliale che si trasforma è un astrocita, il tumore in questione sarà l'astrocitoma; se la cellula gliale in questione è una cellula ependimale, il tumore è detto ependimoma. I sintomi possono presentarsi progressivamente o all'improvviso e possono essere: mal di testa, vomito, difficoltà di equilibrio, sonnolenza, irritabilità, perdita di appetito, i dolori possono

essere specifici in base a dove il tumore è localizzato. Dopo le leucemie e i linfomi, i tumori del sistema nervoso centrale sono il tipo di tumore più frequente.

- Leucemia linfoblastica acuta (LLA) è un tumore delle cellule del sangue, è il più frequente in età pediatrica. Si origina quando il linfoblasto che risiede nel midollo osseo si trasforma da cellula sana a tumorale e, anziché diventare linfocita quindi cellula del sistema immunitario, si trasforma e inizia a moltiplicarsi. Le cellule si accumulano nel midollo osseo, entrano nel sangue e arrivano ad intaccare altri organi.

La leucemia linfoblastica acuta colpisce soprattutto bambini dai 2 ai 5 anni con un'incidenza maggiore tra i maschi rispetto alle femmine. I sintomi della leucemia possono portare il bambino ad essere stanco, pallido e affaticato a causa dell'anemia (diminuzione dei globuli rossi), può aumentare il rischio di infezioni, accompagnate da febbre a causa della diminuzione dei globuli bianchi, inoltre il bambino può essere più soggetto a ematomi e sanguinamenti a causa della diminuzione delle piastrine.

- Leucemia mieloide acuta (LMA) è un tumore delle cellule del sangue. Si origina quando un blasto che risiede nel midollo osseo si trasforma in cellula tumorale. Il processo dipende dal fatto che il meccanismo di proliferazione e differenziamento della cellula progenitrice nelle cellule figlie è alterato e inizia a moltiplicarsi senza controllo intaccando prima il midollo, poi il sangue e raggiungendo altri organi. L'incidenza è in tutta l'età pediatrica, con un maggiore riscontro sotto l'anno di età, più alta tra i maschi rispetto alle femmine. Circa 2 bambini su 10 con leucemia sono colpiti da LMA, è il secondo tipo di leucemia più frequente.
- Linfoma di Hodgkin (LH) è un tumore che si sviluppa dalle cellule del sistema linfatico che è deputato alla difesa dell'organismo dalle malattie. Il sistema linfatico è formato da organi (milza, linfonodi, timo) e da vasi linfatici. Nei tumori in Italia, nella fascia d'età compresa tra 0 e 14 anni, il 6% è rappresentato dal Linfoma di Hodgkin; nella fascia tra i 15 anni e i 19 il LH è il 23% di quelli registrati (AIRC, 2021). Il quadro sintomatologico è vario e molto simile a patologie di infezioni virali, può essere presente un ingrossamento dei linfonodi, febbre, stanchezza, perdita di peso, sudorazioni notturne ma anche difficoltà respiratorie.

- Linfoma non-Hodgkin (LNH) è un tumore che si sviluppa dalle cellule del sistema linfatico, molto raro in età pediatrica e ha caratteristiche diverse rispetto a quelle riscontrate negli adulti. Il sintomo più evidente è l'ingrossamento dei linfonodi superficiali e possono essere presenti anche nausea, vomito se colpisce l'addome oppure può portare problemi di respirazione quando è a livello toracico, si possono osservare anche perdita di peso, aumento della sudorazione, infezioni più frequenti.
- Medulloblastoma: fa parte dei tumori embrionali ed è un tumore del sistema nervoso centrale che ha origine nel cervelletto. E' il tipo di tumore infantile maligno più comune, incidenza più alta tra i maschi. I sintomi includono nausea, vomito, problemi di coordinazione oculare, difficoltà di coordinazione degli arti.
- Neuroblastoma: tumore che ha origine dalle cellule presenti nel sistema nervoso simpatico chiamati neuroblasti, questi si collocano nei nervi e sono presenti in tutto l'organismo. Coprono il 7% dei tumori della fascia di età tra 0 e 14 anni. I sintomi sono molto diversi in base alla parte del corpo colpita: ad esempio nella parte addominale possono notarsi delle masse che portano mancanza di appetito e sazietà o dolore.
- Osteosarcoma: tumore osseo più comune in età pediatrica e può insorgere a tutte le età. Le ossa hanno la funzione di sostenere e proteggere alcuni organi del corpo e sono perciò formate da alcune cellule che si rinnovano continuamente. Quando le cellule restano bloccate a una forma immatura diventano tumorali e, in base alle caratteristiche, si hanno numerosi tipi di tumore che sono diversi in base all'aggressività della malattia e a dove è localizzata. Il sintomo più comune è il dolore, più o meno intenso, al livello dell'osso, possono essere presenti anche fratture, arrossamenti, gonfiore e difficoltà nel movimento.
- Rhabdomyosarcoma: tumore che si sviluppa a livello dei muscoli, del tessuto connettivo o grasso, fa parte dei sarcomi dei tessuti molli
- Retinoblastoma: tumore all'occhio che si origina dalle cellule della retina. E' più frequente nei bambini con meno di 4-5 anni, secondo i dati AIRTUM si registra 1 caso ogni 18.000-20.000 nati. Il principale sintomo è un riflesso bianco nella pupilla chiamato leucocoria.

- Sarcoma dei tessuti molli: tumore che deriva da cellule dei tessuti connettivi; sono presenti più di cinquanta tipi di questo tumore. Nella fascia 0-19 anni se ne registrano 12 casi in un milione di bambini. Inizialmente vi è un quadro asintomatico che poi si sviluppa con una possibile comparsa di noduli che crescono nel tempo e possono risultare dolorosi.
- Tumore di Wilms: tumore del rene, chiamato anche nefroblastoma. Quando un nefroblastoma subisce delle alterazioni, la cellula diventa tumorale e, nella maggior parte dei casi, colpisce solo uno dei due reni.
- Tumore a cellule germinali: originano da una cellula che può dividersi e produrre altre cellule, viene definita cellula totipotente. È un tumore che può insorgere sia nelle gonadi sia in sede extragonadica (altri parti del corpo). Rappresenta il 3% di tutti i tumori in età pediatrica. I sintomi sono molto vari e dipendono dalla localizzazione del tumore.

I tumori pediatrici più frequenti dipendono dalla fascia d'età: 0-14 anni la leucemia è quella più diffusa, nello specifico quella linfoblastica acuta con una sopravvivenza del 90%; tra i 15 e i 19 anni sono più frequenti i linfomi di Hodgkin.

Per quanto riguarda i tassi di mortalità, questi sono in diminuzione: i tumori ematologici hanno una sopravvivenza del 90% grazie all'utilizzo delle chemioterapie attuali, al trapianto di midollo e ai farmaci immunoterapici. Anche per i sarcomi ci sono stati miglioramenti dei tassi di sopravvivenza che raggiungono il 70%, accompagnati da passi avanti nel trattamento chemioterapico che viene somministrato prima dell'intervento chirurgico (chemioterapia neoadiuvante). Per i neuroblastomi sono stati fatti passi avanti nel trattamento, mantenendo comunque le terapie convenzionali come chemioterapia, radioterapia e chirurgia (AIRC, 2021).

Il percorso di cura in cui il paziente viene preso in carico inizia con un accertamento diagnostico e poi procede con quello che viene definito percorso oncologico, molto lungo e articolato, che non è esaustivo ma prosegue con il monitoraggio e con eventuali percorsi riabilitativi. Il percorso di cura è specifico in base alla patologia tumorale diagnosticata ma può avere ulteriori diversificazioni anche all'interno della stessa patologia in base alla situazione individuale. In linea generale si riporta uno schema che chiarisce il percorso di cura delle neoplasie pediatriche (*Figura 1.1*)

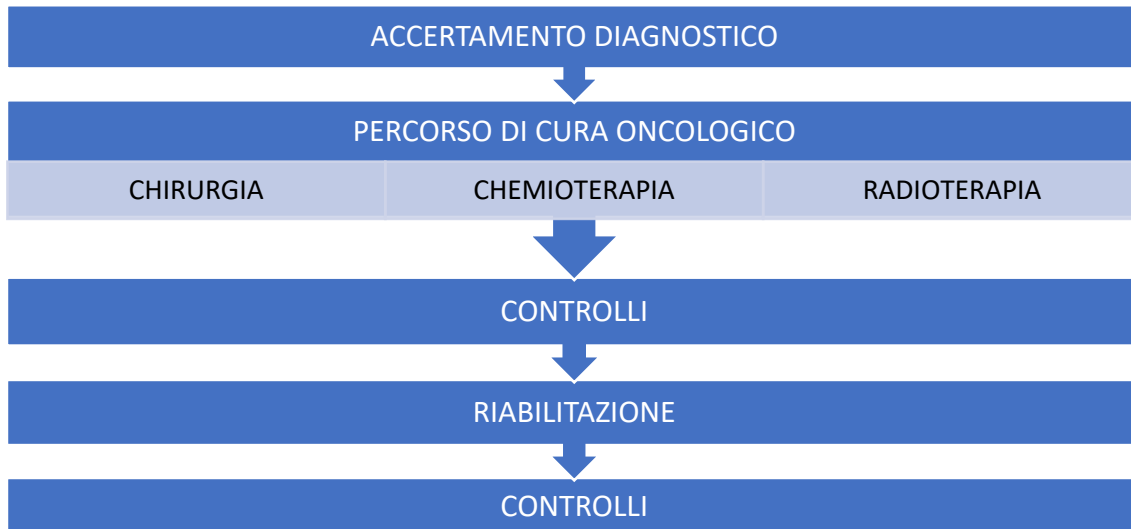


Figura 1.1: Percorso di cura oncologico nelle neoplasie pediatriche in Adducci&Poggi 2011, p. 25.

Generalmente con i tumori solidi si procede all’inizio con un intervento chirurgico per asportare la massa tumorale o per ridurre il volume, poi si continua con la somministrazione di farmaci chemioterapici attraverso una serie di dosi chiamate cicli e poi con la radioterapia detta anche irradiazione che serve per eliminare le cellule tumorali che possono essere rimaste nel corpo; per i tumori del sangue/leucemie di solito vengono trattati con la chemioterapia e raramente con la radioterapia. Successivamente vi è un follow up per valutare lo stato di salute del bambino e si può procedere con un percorso riabilitativo, le valutazioni poi seguono un monitoraggio continuo con esami di controllo periodici. La malattia e i trattamenti possono interferire con i processi di sviluppo dei bambini, è necessario quindi procedere con un iter riabilitativo che sia globale e che prenda in carico anche la componente psicologica, che accompagna la malattia, e quella sociale, al fine di favorire una buona qualità di vita (Adduci & Poggi, 2011).

1.2 GLI EFFETTI DELL’OSPEDALIZZAZIONE SUL BAMBINO E SULLA FAMIGLIA

L’ospedalizzazione è un evento stressante per i bambini e per i ragazzi, che si trovano a non poter avere più il controllo della loro quotidianità, circondati da operatori sanitari e persone sconosciute, costretti a separarsi dai propri affetti. Al bambino viene richiesto di adattarsi ad un nuovo ambiente, a nuovi ritmi, regole e routine, completamente diverse da quelle a cui era abituato e, nonostante gli ambienti ospedalieri siano sempre più a

misura di bambino, il ricovero rimane un evento stressante (Bonichini & Tremolada, 2019).

La malattia costituisce un'esperienza critica ad ogni stadio di sviluppo e più il tempo di degenza è lungo, più incisive possono essere le conseguenze sullo sviluppo del bambino (Calza, 2003).

Gli elementi che possono creare stress in un bambino ospedalizzato possono essere: scarsa conoscenza e familiarità con l'ambiente ospedaliero e con le procedure mediche, l'età del bambino, l'assenza di spazi adeguati e la separazione o la paura di venire separati dal genitore (Capurso, 2001).

Per quanto riguarda l'età del bambino, le reazioni all'ospedalizzazione possono essere diverse da Bonichini & Tremolada (2019) sottolineando che non sempre queste corrispondono a specifiche situazioni individuali ma possono essere utili per una maggiore comprensione. Nello specifico nella fascia 0-3 anni viene riportato che il bambino non comprende le spiegazioni logiche dell'evento della malattia e tende a colpevolizzarsi; in questa fascia d'età ha delle esigenze ben precise che riguardano la vicinanza con il genitore e la spiegazione di ciò che sta accadendo in termini non punitivi. Le strategie per far fronte all'evento possono essere: il coinvolgimento genitoriale e la vicinanza ai caregiver, che hanno un ruolo di contenimento, l'adeguato passaggio di informazioni ai genitori e, per quanto riguarda il bambino, la proposta di attività che vadano a stimolarlo, come ad esempio le attività psicomotorie.

Nella fascia d'età 4-11 anni i bambini riescono ad avere una maggiore capacità di tollerare brevi separazioni dal genitore, riescono a fare amicizia con il personale e si affidano a loro collaborando, in questa fase hanno bisogno di vicinanza con gli amici visto che la loro frequenza scolastica e i momenti di attività con i pari sono drasticamente interrotti e spesso l'ospedalizzazione li porta ad avere una dipendenza al mondo degli adulti; in questi anni iniziano ad avere interesse per il corpo umano ed è fondamentale supportarli nella gestione della diversità, dei cambiamenti dando informazioni chiare.

Se l'ospedalizzazione avviene nella fase preadolescenziale o adolescenziale possono manifestarsi diverse paure come quella della morte, della diversità dai coetanei, dell'impatto sul proprio corpo e possono essere messi in atto atteggiamenti di ribellione, apatia e isolamento. A questa età vi è una comprensione della malattia simile a quella dell'adulto, il ragazzo inizia a comprendere i processi fisiologici e il collegamento tra i

sintomi che influenzano sia il corpo che la mente. I bisogni di questa età vengono messi a dura prova, la ricerca dell'indipendenza e della propria identità vengono sostituiti da una necessaria dipendenza dai genitori che può causare sentimenti di inadeguatezza, bassa autostima e difficoltà di autonomia; diventa importante come strategia ricercare l'alleanza nel gruppo dei pari e rendere il ragazzo partecipe alla vita del reparto (Bonichini & Tremolada, 2019).

E' fondamentale dare spiegazioni chiare ai bambini e ai ragazzi sulla loro esperienza di malattia, dandogli delle informazioni per poter comprendere ciò che sta accadendo, riconoscendogli così il diritto di essere coinvolti nel processo decisionale per il loro benessere (Rushforth, 1999). Infatti, è ampiamente raccomandato in oncologia pediatrica informare circa la diagnosi e la prognosi, compresi gli effetti collaterali e i possibili rischi, non solo i genitori, ma anche il bambino: questo permette di ridurre sentimenti di alienazione, solitudine e isolamento, aumentando la sua libertà nel porre domande e esprimere eventuali preoccupazioni nonché aiuta il benessere emotivo (Veldhuizen, 1996).

La preparazione del bambino e/o dell'adolescente attraverso opportune informazioni, sempre date in funzione dell'età, dello stadio e del grado di sviluppo del bambino è fondamentale per contenere le reazioni negative derivanti da malattie, procedure mediche e ricoveri che spesso sono il risultato di esperienze traumatiche; infatti, in linea generale, la ripetizione di esperienze negative può portare ad un effetto cumulativo che agirà poi come un grave trauma (Naghera, 1978).

Il tipo di reazioni o manifestazioni cliniche più frequentemente osservabili durante un periodo di ricovero includono regressioni nel comportamento e nella capacità di funzionamento del bambino di vario tipo. Possiamo notare comportamenti ostili e di tipo aggressivo, inoltre possono essere presenti disturbi del sonno, difficoltà di attaccamento che esigono la presenza degli adulti, rapidi cambiamenti d'umore accompagnati da comportamenti difficili da gestire per i genitori e per il personale; con queste reazioni il bambino produce una modalità di adattamento psicologico alla malattia in relazione allo stress del ricovero (Naghera, 1978).

Adduci & Poggi (2011) delineano due manifestazioni comportamentali: da una parte vi sono comportamenti internalizzanti caratterizzati da ansia, ritiro sociale, chiusura e depressione con difficoltà successive nelle relazioni; dall'altra parte, ci sono

manifestazioni esternalizzanti caratterizzate da irritabilità, aggressività, reattività e atteggiamenti oppositivi. Questi problemi comportamentali spesso sono evidenti nella fase più acuta della malattia, ma è fondamentale considerare l'età e la consapevolezza perchè influenzano le reazioni di ogni bambino.

I problemi che possono emergere hanno un'eziologia multifattoriale, sono diversi, infatti, i fattori che concorrono nel determinare l'esito psicologico e comportamentale e sono:

- caratteristiche del bambino: età, abilità cognitive, temperamento, capacità di coping e adattamento, esperienze passate e la sua percezione del controllo nei confronti della malattia;
- caratteristiche della malattia: il tipo di tumore, la sua localizzazione, la gravità, le caratteristiche che condizionano l'aspetto fisico e l'autonomia del bambino nonché l'eventuale dipendenza dal genitore, i trattamenti farmacologici e gli interventi;
- caratteristiche della famiglia: la coesione interna, il supporto reciproco, la capacità di ascolto e comunicazione, i rapporti tra i genitori e con il bambino, le risorse familiari;
- caratteristiche della rete sociale che ha un ruolo supportivo e include sia i familiari stessi ma anche gli amici, i compagni di scuola e la comunità in cui vive il bambino;
- presenza di un cambiamento fisico: la chirurgia e i trattamenti possono portare a evidenti modificazioni del corpo che concorrono nell'insorgenza di difficoltà (Adducci & Poggi, 2011).

1.3 ADATTAMENTO E STRATEGIE DI COPING

Oltre ai fattori di stress causati dalla malattia come le procedure mediche invasive, i ricoveri ricorrenti, le separazioni prolungate da famiglia e amici, il malessere fisico e il dolore, i bambini con diagnosi oncoematologica devono affrontare anche fattori di stress quotidiani come i problemi scolastici, le relazioni sociali e interpersonali (Kimberly S. Miller, 2009). Per fronteggiare un evento così stressante come la malattia, la famiglia e il bambino mettono in atto delle strategie di coping. Il coping viene definito da Lazarus e Folkman un processo flessibile e pianificabile in funzione sia dell'ambiente sia della persona stessa (Lazarus & Folkman, 1984). Le strategie di coping possono essere problem-focused quindi incentrate sull'ambiente e sulla possibilità di gestire o modificare il problema, oppure possono essere emotional-focused e riguardano le emozioni e il tentativo di gestirle, queste strategie possono anche essere combinate tra loro e utilizzate

insieme risultando così più efficaci (Bonichini & Tremolada, 2019).

In una meta-analisi del 2006 di Aldrige e Roesch vengono analizzate le strategie di coping e la capacità di adattamento dei bambini con tumore: i risultati evidenziano che i bambini che hanno utilizzato un coping centrato sul problema sperimentano un adattamento complessivo peggiore. Sono state ipotizzate diverse spiegazioni per questi risultati: in primis i bambini che assumono un ruolo attivo nel trattamento della loro malattia e dei fattori di stress associati possono essere sopraffatti dall'enorme quantità di informazioni e decisioni; in secondo luogo, la malattia stessa può essere percepita come incontrollabile, rendendo così inutili i tentativi di far fronte a questo problema. Questa meta-analisi riporta inoltre che diversi studi hanno riscontrato differenze di sviluppo nel coping in base all'età: i bambini più grandi utilizzano strategie di coping più incentrate sulle emozioni, mentre i bambini più piccoli, usano un coping più centrato sull'ambiente. Nello specifico il coping focalizzato sulle emozioni aumenta con l'età, poiché queste strategie possono richiedere processi di pensiero più sofisticati rispetto ai metodi focalizzati sul problema. Quindi, possiamo dedurre che con l'aumentare dell'età le strategie di coping dei bambini migliorano, inoltre è importante sottolineare come nessuna strategia o dimensione di coping può essere considerata maladattiva, ma dovrebbe essere valutata in base al suo impatto sul risultato prendendo in considerazione la natura multidimensionale del coping (Aldridge & Roesch, 2007).

La diagnosi oncoematologica è un evento stressante, non solo per il bambino, ma per l'intera famiglia che deve trovare una nuova integrità e, a entrambi i genitori, è richiesto un adattamento. Studi sull'adattamento psicologico dei genitori hanno portato a risultati contrastanti: da un lato, suggeriscono che i genitori di bambini malati di cancro sono maggiormente a rischio di angoscia con difficoltà psicologiche e disfunzioni familiari, altri studi riportano che la maggior parte dei genitori sono competenti e in grado di affrontare e adattarsi bene nel tempo nonostante i periodi iniziali e/o ricorrenti di stress (Burger, 2020). Ci sono, quindi, risultati contrastanti per quanto riguarda le strategie genitoriali messe in atto per far fronte a un evento così stressante. Il modo in cui i genitori rispondono può variare a seconda della personalità, delle esperienze precedenti, della famiglia o di fattori culturali e sociodemografici (Burger, 2020).

2. LA CREATIVITÀ

2.1 UN CONCETTO ETEROGENEO

La creatività ha ricevuto un'attenzione crescente negli ultimi decenni ma è estremamente complesso cercare una definizione unitaria alla luce degli innumerevoli contesti di utilizzo e i diversi ambiti di studio (Vellani, 2023).

Nonostante siano molti i campi d'indagine che studiano la creatività, sembra esserci un accordo generale sul fatto che essa implichi la produzione di idee e prodotti nuovi e utili (Walia, 2019). È una risorsa che appartiene a ogni individuo e coinvolge una vasta gamma di attività sia a livello individuale, sia sociale: è preziosa nella risoluzione quotidiana dei problemi e, da un punto di vista sociale, può portare a nuove scoperte scientifiche, nuovi movimenti artistici, nuove invenzioni, nuovi prodotti ed è di grande importanza per le aziende e le organizzazioni (Sternberg & Lubart, 1998).

Le imprese, infatti, cercano persone con idee creative per poter crescere ed essere competitive con il mercato attuale; le società traggono vantaggio dalla creatività in termini di miglioramenti nella qualità dei prodotti e nello sviluppo (Todd, Franck, & Baptiste, 2013).

Un altro segnale che testimonia come il concetto di creatività, negli ultimi decenni, sia cresciuto d'importanza è dato dalla decisione dell'Unione Europea di celebrare nel 2009 l'anno europeo della Creatività e dell'Innovazione, con lo scopo di promuovere la creatività come motore di innovazione per lo sviluppo di competenze personali, imprenditoriali, sociali e occupazionali (Villaba, 2008).

Oltre a questi ambiti di utilizzo la creatività ha un ruolo importante anche nell'istruzione; il contesto educativo pone la sua attenzione allo sviluppo del pensiero creativo, che si concentra maggiormente sul processo, anziché sul risultato finale (Ferrari, Cachia, & Punie, 2009). Gli insegnanti sono componenti chiave per promuovere il pensiero creativo, che spesso viene messo in secondo piano rispetto ad altre abilità cognitive ritenute più importanti. La scuola dovrebbe favorire l'esplorazione di nuove idee, la produzione di soluzioni alternative a situazioni complesse, permettendo al bambino di non conformarsi a risposte tradizionali, ma di sperimentare anche l'incertezza, il rischio e la possibilità di sbagliare (Vellani, 2023). Una riflessione a livello educativo riguarda l'utilizzo e l'associazione della creatività che non è riconducibile solamente al mondo delle arti e a

determinate materie artistiche, ma a tutte le materie scolastiche; il concetto di creatività sembra avere un forte legame con il mondo delle arti visive, della musica e delle performance artistiche, ma ciò è il risultato di un immaginario collettivo che preclude la possibilità di sviluppare il pensiero creativo anche in altre materie (Ferrari, Cachia, & Punie, 2009).

Pertanto, è molto frequente associare la creatività alle arti, escludendo il coinvolgimento di altri settori del sapere come la scienza o la tecnologia. Una versione proposta da *KEA European Affairs* considera la creatività come una risorsa multidisciplinare: “un processo di interazioni ed effetti di ricaduta tra diversi processi innovativi”, in cui si differenzia la creatività scientifica, tecnologica, economica e culturale (Villaba, 2008, p. 14).

Anche il Dipartimento della Salute Mentale e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato l'importanza della promozione del pensiero creativo in età evolutiva, nello specifico ritiene che la creatività sia una competenza che può aiutare ad affrontare le situazioni quotidiane in modo flessibile, influenzando le abilità di decision making e problem solving, attraverso l'esplorazione di possibili alternative (Matteucci, 2014). L'OMS propone il progetto *Life Skills Education*, nel quale vengono proposte delle linee guida per la promozione della salute, con interventi per bambini e adolescenti: si parte dal presupposto che la promozione della salute non riguardi solo l'ambito sanitario, ma abbia a che fare con le politiche sociali e le istituzioni scolastiche che rappresentano il contesto più appropriato per l'insegnamento delle life skills. Le life skills sono infatti quelle abilità psicosociali che consentono di affrontare efficacemente le sfide della vita quotidiana, assumendo comportamenti positivi e sono: abilità cognitive (decision-making, problem-solving, creatività e senso critico), abilità sociali (comunicazione efficace, capacità di relazionarsi con gli altri) e abilità emotive (empatia, gestione delle emozioni, autoscienza, gestione dello stress) (Matteucci, 2014).

Il pensare in modo creativo consente di vedere le cose con una prospettiva diversa, permette di generare nuove idee ed è una capacità che può essere legata al contesto culturale di appartenenza: nella cultura occidentale la creatività implica una rottura con gli schemi tradizionali, invece nella cultura orientale è considerata una reinterpretazione delle idee tradizionali (Ferrari, Cachia, & Punie, 2009).

Anche le neuroscienze si sono occupate di creatività: sono stati effettuati diversi studi che si sono concentrati sui vari processi mentali coinvolti nel pensiero creativo e i meccanismi

neurali sottostanti. Agnoli (Agnoli, Zanon, Mastria, Avenati, & Corazza, 2018) propone una distinzione della ricerca fino ad ora portata avanti: da un lato, si è basata principalmente sull'utilizzo dell'elettroencefalografia (EEG) e sulla risonanza magnetica funzionale (fMRI) per concentrarsi sulla comprensione dei correlati neurali del comportamento creativo (Arden et al., 2010; Jung et al., 2010). Tuttavia, fMRI ed EEG forniscono prove di correlazione e non possono stabilire quali regioni del cervello siano fondamentali per il comportamento creativo. D'altra parte, un numero crescente di studi ha applicato la stimolazione cerebrale per interagire direttamente con l'attività neuronale e mostrare nessi causali tra le strutture cerebrali e il comportamento creativo (Kleinmuntz et al., 2017).

Alcuni ricercatori, infatti, indagano la funzione del cervello e altri la struttura e i correlati neuroanatomici, attraverso l'utilizzo di diverse tecniche come l'elettroencefalografia (EEG), la risonanza magnetica funzionale (fMRI), la spettroscopia di risonanza magnetica (MRS), la tomografia a emissione di positroni (PET), il flusso sanguigno cerebrale regionale (rCBF) e la risonanza magnetica strutturale (sMRI) (Arden, Chavez, Grazioplene, & Jung, 2010).

Un paradigma predominante della ricerca nelle neuroscienze cognitive, che è stato utilizzato nella ricerca sulla creatività, è l'EEG/ERP. Numerosi studi hanno esaminato il ruolo dell'asimmetria emisferica ed è stato ipotizzato che la creatività possa essere principalmente una funzione dell'emisfero destro. Tuttavia, questi studi sulla lateralità sono troppo semplicistici, poiché l'attivazione delle diverse aree cerebrali cambia a seconda della natura del processo creativo e del tipo di problemi che vengono risolti (Narayanan, 2007).

L'atto creativo riguarda la capacità latente di produrre lavori originali e viene definito multidimensionale, poiché richiede il coinvolgimento di diverse risorse personali: motivazione, risorse emotive, dimensioni della personalità, capacità cognitive, come ad esempio funzioni esecutive, memoria di lavoro, che sono altamente soggette a modificazioni dovute ai cambiamenti dello sviluppo.

Per quanto riguarda la memoria di lavoro pochi studi hanno indagato la relazione con la creatività, i risultati in generale suggeriscono che la memoria di lavoro contribuisce positivamente alla creatività di pensiero. Individui con elevata memoria di lavoro hanno maggiori probabilità di riuscire a superare l'interferenza causata da risposte automatiche,

non originali, e hanno anche più successo nell'usare strategie per generare nuovi approcci e risposte sui compiti di pensiero creativo (Lee & Therriault, 2013). Nei test di pensiero divergente è probabile che la memoria di lavoro fornisca un vantaggio nel poter generare e considerare diverse idee mentre si seleziona quella più originale ignorando le risposte più ovvie (Lee & Therriault, 2013).

Per quanto riguarda invece le risorse cognitive la ricerca sostiene che siano ampiamente intrecciate con altre dimensioni, in particolare con le componenti emotive: le emozioni possono, infatti, guidare il processo di pensiero creativo; alcune ricerche hanno rivelato che le strutture cerebrali legate all'elaborazione emotiva sono associate alla creatività già nei bambini delle scuole primarie (Agnoli, et al., 2022).

L'ambito della psicologia concorda che la creatività riguarda la capacità di produrre idee, di sintesi e di analisi e permette di definire in modo nuovo le esperienze (Vellani, 2023). Si delinea così uno scenario in cui la creatività risulta essere un concetto eterogeneo di cui molti studiosi e ricercatori si sono occupati, declinandoli nei vari contesti di utilizzo e nei diversi ambiti, avendo tuttavia non poca difficoltà nel darne una definizione esaustiva. Zanetti riporta nel suo libro una frase di Cavallin che commenta questa difficoltà a circoscrivere il termine creatività: «è impossibile costringere in una definizione precisa e puntuale un concetto che rappresenta l'opposto della staticità», e sottolinea inoltre la natura intrinseca del “fare” connessa alla funzione generatrice (Zanetti, 2022, p. 23-25).

2.2 LE PRINCIPALI TEORIE E I MODELLI FONDAMENTALI

Il maggior interesse della psicologia negli ultimi decenni, per lo studio della creatività e le ricerche che sono state portate avanti, hanno portato a una maggiore conoscenza nei vari aspetti della creatività. Nello specifico non si ritiene più sia un'abilità intellettuale che viene manifestata in tutte le situazioni in cui un individuo può trovarsi, ma viene vista come una specifica capacità cognitiva che permette di risolvere con successo alcune situazioni che possono presentarsi (Antonietti, 2022).

Antonietti descrive i principali contributi all'indagine della creatività prendendo in considerazione due prospettive psicologiche: quella fattorialista e quella associazionista. Secondo l'orientamento *fattorialista*, il pensiero è composto da più parti scomponibili chiamate “fattori”, che corrispondono a diverse abilità cognitive misurabili attraverso

l'analisi fattoriale. Lo studio fattoriale delle abilità cognitive legate al pensiero creativo, è stato portato avanti da Guilford, che ha formulato una distinzione tra “pensiero divergente” e “pensiero convergente”.

Il pensiero divergente esplora varie direzioni e produce qualcosa di nuovo e di diverso, risposte differenziate che determinano la variabilità individuale: è quindi un pensiero generativo; quello convergente riguarda invece la capacità di concorrere verso una o poche idee e tende a identificarsi con il pensiero logico, che si basa sulla ripetizione di risposte già apprese che vengono adattate a situazioni nuove in modo più o meno meccanico (Melchiori & Cassese, 2014).

Il pensiero divergente usa l'immaginazione mentre quello convergente usa la logica, il primo viene chiamato pensiero orizzontale, il secondo verticale e vengono utilizzati entrambi attraverso un processo spontaneo di integrazione (Javaid & Pandarakalam, 2021).

Secondo il modello fattorialista, le abilità da cui è formato il pensiero creativo, nonostante siano distinte, non possono essere autonome e in grado di attivarsi indipendentemente le une dalle altre; viene sottolineata tuttavia la loro reciproca influenza in un sistema dinamico. Questo modello prevede che vi sia un complesso intreccio di fattori che non sono rigidamente divisi ma sono comunicanti (Antonietti, 2022).

Oltre a Guilford, negli anni '50 altri autori hanno portato avanti la ricerca sulla distinzione tra pensiero convergente e divergente, come Jackson (1962), Thorndike (1963), Cropley (1966), Rubini (1976), evidenziando che la produttività divergente è una delle abilità che distingue un individuo da altri (Serio, 2004).

Un altro autore che ha avuto un ruolo importante nella distinzione tra i due pensieri è De Bono, che distingue i due tipi di pensieri: quello verticale e quello laterale, sottolineando che non viene messa in dubbio la maggiore o minore efficacia di uno rispetto all'altro, perché sono entrambi necessari: con il pensiero verticale si possono tentare approcci diversi ma si sceglie il migliore, ci si muove quindi in una direzione definita, si fa uso di una tecnica specifica; con il pensiero laterale invece il movimento e il cambiamento non hanno un fine o uno scopo, è possibile anche divagare con esperienze, idee, annotazioni, ci si muove per muoversi per generare diverse possibilità e approcci alternativi cercando di aprire diverse vie (De Bono, 2021).

Un'altra delle teorie più ampiamente influenti sulla generazione di idee creative è

l'associazionismo. Questa teoria sostiene che la creatività è il risultato della combinazione di idee: più diverse sono le idee combinate, più insolita è la combinazione e più creativo è il risultato. La combinazione di idee è supportata da una diversità di esperienze e conoscenze (Hirundayaraj, 2021).

Questo sistema di associazioni, cioè di legami tra contenuti mentali, può assumere diverse forme, dalla più semplice alla più elaborata e stabilisce dei nessi particolari tra idee.

Il pioniere di questo pensiero è stato Mednick (1962), che prende in considerazione alcune possibilità di collegamento che possono originare associazioni originali: possono essere associate idee in maniera involontaria (contiguità accidentale), possono essere associati elementi caratterizzati da similarità, oppure possono essere creati collegamenti tra due elementi caratterizzati da dei passaggi intermedi, che favoriscono un legame che prima non era stato considerato. La produzione di queste associazioni dipende dalla quantità di conoscenze dell'individuo e la sua capacità di produrre associazioni originali tra queste (Antonietti, 2022).

Oltre alle teorie descritte in precedenza (fattorialismo e associazionismo), esistono anche altri modelli che nello specifico si sono occupati di creatività in ambito psicologico: il modello *cognitivista* collega la creatività connessa a dei processi cognitivi specifici; il modello *psicoanalitico* sostiene che la creatività sia uno strumento che può aiutare il miglioramento e la guarigione dei pazienti riconducendola a dei processi inconsci; il modello della psicologia della Gestalt ha individuato nella creatività dei collegamenti con facoltà intellettive e di problem-solving sottolineandone la potenzialità produttiva (Serio, 2004). La creatività risulta essere un fenomeno di ampio interesse anche nel campo della psicologia; i modelli sviluppati e le determinanti indagate dipendono dall'orientamento che viene preso in considerazione.

2.3 MISURARE LA CREATIVITÀ

Per la misurazione della creatività sono necessarie scelte metodologiche per strumenti di indagine da utilizzare in base al contesto d'indagine preso in considerazione.

La crescita della ricerca sulla creatività è stata associata alla ricerca di strumenti affidabili per misurarla, tuttavia, negli ultimi decenni, misurare la creatività si è rivelato un compito impegnativo probabilmente dovuto a una mancanza di consenso tra i ricercatori sulla sua definizione (Said-Metwaly & Kyndt, 2017). In Said-Metwaly & Kyndt (2017) vengono

riportate alcune prospettive della creatività e anche i diversi strumenti utilizzati. Nella *Tabella 2.1* si evidenziano quattro approcci che si focalizzano rispettivamente su: processi cognitivi associati alla creatività (indicati come "*process*"), caratteristiche personali degli individui creativi ("*person*"), prodotti creativi o risultati ("*product*") e l'interazione tra l'individuo creativo e il contesto o l'ambiente ("*press*").

APPROCCIO	FOCUS	STRUMENTI	VANTAGGI	SVANTAGGI
<i>Process</i>	Processi creativi e abilità associate alla creatività	WKCT (Wallach & Kogan, 1965); TTCT (Torrance, 1966, 2008); SOI (Guilford, 1967); CAP (Williams, 1980)	Molto utilizzati, elevata affidabilità, criteri standardizzati per l'attribuzione di punteggi	Ambito di misurazione limitato, prove contrastanti di validità, dimensione del campione limitato
<i>Person</i>	Tratti della personalità o risultati creativi	HDYT (Davis & Subkoviak, 1975); CPS (Gough, 1979); HCA Y (Raudsepp, 1981); CBI (Hocevar, 1979c); CAQ (Carson et al., 2005); BICB (Batey, 2007)	Facilità nella somministrazione, criteri standardizzati per l'attribuzione dei punteggi	Ambito di misurazione limitato, bassa validità
<i>Product</i>	Prodotti creativi	CAT (Amabile, 1982)	Simili alla valutazione della creatività nella vita quotidiana, alta affidabilità, alta validità	Difficoltà nella selezione dei giudici, costoso e dispendioso, mancanza di criteri standardizzati
<i>Press</i>	Ambiente o clima di lavoro	SSSI (Siegel & Kaemmerer, 1978); CUCEI (Fraser et al., 1986); WES (Moos, 1986); WEI (Amabile & Gryskiewicz, 1989); KEYS (Amabile et al., 1996); TCI (Anderson & West, 1998); SOQ (Isaksen et al., 1999)	Esplorano se l'ambiente di lavoro favorisce o inibisce la creatività, valutano i tentativi di miglioramento dell'ambiente e collettivi	Ambito di misurazione limitato, dibattito sul significato di "clima" dato da differenze individuali

Tabella 2.1: Approaches to Measuring Creativity: A Systematic Literature Review di Said-Metwaly, Sameh; Kyndt, Eva, in *Creativity. Theories-Research_Applications*, pp. 244.

Process approach consiste nella misurazione della creatività in termini di specifici processi e strutture cognitive. I test del pensiero divergente sono stati utilizzati per misurare i processi creativi o le abilità, esempi di questi test includono i *Wallach-Kogan Creativity Tests* (WKCT; Wallach & Kogan, 1965), i *Torrance Tests of Creative Thinking* (TTCT; Torrance, 1966, 2008), i *Structure of the Intellect* (SOI, Guilford, 1967) e il *Creativity Assessment Packet* (CAP; Williams, 1980). Questi test hanno in comune la generazione di quante più risposte possibili, che vengono poi valutate in termini di fluidità, originalità, flessibilità ed elaborazione; fondamentale in questi test non solamente la quantità di risposte, ma anche la qualità delle risposte.

Person approach misura la creatività utilizzando questionari self-report che indagano i tratti della personalità legati alla creatività ad esempio: *How Do You Think?* (HDYT; Davis & Subkoviak, 1975), *Creative Personality Scale* (CPS; Gough, 1979) e *How Creative Are You?* (HCAY; Raudsepp, 1981). Altri questionari di autovalutazione chiedono agli individui la loro produzione creativa passata invece dei tratti della personalità, come il *Creative Behavior Inventory* (CBI; Hocevar, 1979), il *Creative Achievement Questionnaire* (CAQ; Carson, Peterson, & Higgins, 2005) e il *Biographical Inventory of Creative Behaviors* (BICB; Batey, 2007).

Product approach valuta la creatività sulla base del prodotto supportando l'idea che una valutazione della creatività di un individuo non può esistere senza una misura del suo prodotto. L'attenzione all'interno di questo approccio si trova infatti sulla valutazione dei prodotti creativi degli individui in diverse aree, come la scrittura, l'arte, la musica, la scienza o la matematica. La *Consensual Assessment Technique* (CAT), suggerita da Amabile (1982), è stata frequentemente utilizzata negli studi sulla creatività che impiegavano una valutazione basata sul prodotto.

Le procedure del CAT sono simili a quelle in cui viene giudicata la creatività nella vita reale: ai soggetti vengono assegnati compiti che richiedono loro di creare qualcosa (una poesia, un disegno, un collage, una storia o una didascalia), il compito dovrebbe essere a tempo indeterminato per consentire maggiore flessibilità e novità nelle risposte e, successivamente, viene chiesto a degli esperti di valutare il livello di creatività di ciascun prodotto su una scala Likert, che va da “per niente creativo” a “molto creativo” e poi vengono confrontate le risposte in base al loro grado di accordo.

Press approach si concentra sull'analisi dell'ambiente di lavoro o del clima in cui si

realizza la creatività basandosi sull'idea che esiste una relazione indiretta tra questi fattori e la creatività. Gli strumenti più usati sono: la *Siegel Scale of Support of Innovation* (SSSI; Siegel & Kaemmerer, 1978), il *College and University Classroom Environment Inventory* (CUCEI; Fraser, Treagust, & Dennis, 1986), il *Work Environment Scale* (WES; Moos, 1986), il *Work Environment Inventory* (WEI; Amabile & Grysiewicz, 1989), l'*Assessing the Climate for Creativity* (KEYS; Amabile, Conti, Coon, Lazenby, & Herron, 1996), il *Team Climate Inventory* (TCI; Anderson & West, 1998) e il *Situational Outlook Questionnaire* (SOQ; Isaksen, Lauer, & Ekvall, 1999). Questi strumenti condividono alcune dimensioni come la percezione dei membri dell'organizzazione, delle risorse, della leadership, della libertà, delle interazioni, del sostegno alla creatività, all'innovazione e allo sviluppo (Said-Metwaly & Kyndt, 2017).

Prendendo in considerazione il primo approccio, possiamo sottolineare il lavoro pionieristico di Guildford (1950), che ha suggerito tre componenti fondamentali come fattori di creatività: scioltezza, flessibilità e originalità che sono ancora comunemente riconosciuti come componenti di base del pensiero divergente. L'ampio studio di Guilford sulle capacità creative è stato influente nello sviluppo della definizione di creatività e nello sviluppo di strumenti per misurare il pensiero divergente (Claxton, Rhoads, & A., 2010).

Le abilità divergenti sono fondamentali poiché permettono di sfuggire alla cosiddetta "fissità funzionale" di cui parlava Dunker (1945), discostandosi dai modi abituali di percepire e d'immaginare oggetti usuali, scoprendo altri ruoli che si allontanano da schemi già consolidati (Moretti, Biasi, Giuliani, & Morini, 2017).

Inizialmente la ricerca sullo sviluppo della creatività si è concentrata solamente sulla misurazione degli aspetti del pensiero divergente ma, recentemente, c'è stato uno spostamento di attenzione che ha incluso nella misurazione altri aspetti come la motivazione e la personalità. Williams (1969) ha suggerito un approccio cognitivo-affettivo come modello di creatività che combinava alcuni dei processi cognitivi evidenziati da Guilford con alcuni processi affettivi; l'autore riteneva infatti che i processi di pensiero cognitivo di un individuo non potessero essere separati dai loro processi di pensiero affettivo e ha sviluppato il CAP, *Creativity Assessment Packet* (Claxton, Rhoads, & A., 2010).

Nello specifico, in questo studio pilota è stato preso in considerazione lo strumento

realizzato da Williams per rilevare la creatività: il *TCD* o *Test della creatività e pensiero divergente* (1994) che è composto da due strumenti: il *Test del pensiero divergente* e il *Test della personalità creativa*.

In conclusione, possiamo notare che vi è un'impossibilità a valutare la creatività con un unico strumento di misurazione che possa essere utilizzato da tutte le persone e in tutti i contesti: vi è quindi la necessità di scegliere uno o più strumenti d'indagine fruibili per il proprio ambito di ricerca (Brandt, 2021).

3. IL BENESSERE PSICOLOGICO

3.1 IL BENESSERE PSICOLOGICO IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

Il concetto di benessere psicologico (PWB) è molto complesso e controverso: in linea generale si fa riferimento al funzionamento psicologico ottimale dell'individuo e alla sua esperienza.

Storicamente, la ricerca sulla salute psicologica è stata notevolmente incline alla parte della disfunzionalità piuttosto che ricercare la presenza del benessere (Qingbo Liu, Masahiro Shono, Kitamura, & Psych., 2009).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che la salute mentale è una parte integrante ed essenziale per la salute ed è un costrutto di natura multidimensionale: "*La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità*" (WHO, 1948).

La salute mentale è, quindi, qualcosa di più della semplice assenza di disturbi, ma le indagini sul funzionamento psicologico positivo sono molto poche rispetto all'interesse verso la disfunzionalità psicologica (Ryff & Singer, 1996).

La valutazione del benessere è eterogenea e in evoluzione e, negli ultimi anni, sono stati proposti diversi strumenti di misurazione che indagano l'esperienza soggettiva; possono essere classificati in tre gruppi a seconda che misurino, prevalentemente o esclusivamente, la componente cognitiva del benessere (soddisfazione per la vita), quella affettiva/emotiva (presenza di stati d'animo positivi e/o negativi) o entrambe le componenti (Gigantesco A., 2004).

Per comprendere il concetto di benessere dell'individuo nell'esperienza della malattia oncologica si è iniziato a prendere in considerazione il costrutto di qualità della vita. Ferrel et al. (Ferrell & RN, 1995) hanno evidenziato quattro fattori che definiscono la qualità della vita: il benessere fisico, il benessere psicologico, le preoccupazioni sociali e il benessere spirituale. Il benessere fisico è influenzato da sintomi specifici correlati alla malattia e al trattamento, il benessere psicologico comprende la presenza o l'assenza di pensieri negativi o di sintomi depressivi e ansiosi, le preoccupazioni sociali riguardano l'impatto della malattia sulla rete sociale e il benessere spirituale è influenzato dal significato personale del paziente e dalle sue credenze religiose (Tope, QAhles, & Silberfarb, 1993).

Il benessere psicologico rappresenta il focus dei professionisti della salute mentale anche se è difficile, nel contesto oncologico, prevedere chi potrebbe sviluppare un livello di disfunzionalità molto forte da diventare significativo a livello clinico (Tope, QAhles, & Silberfarb, 1993).

3.2 IL VISSUTO PSICOLOGICO DEL BAMBINO CON MALATTIA ONCOEMATOLOGICA

Bambini con malattia oncoematologica manifestano sintomi correlati alla salute fisica (ad es. dolore, affaticamento, ridotta capacità di essere fisicamente attivi), alla salute sociale (ad es. minori interazioni con i coetanei) e disagio emotivo (ad es. ansia e depressione) come risultato della malattia e del suo trattamento (Dobrozsi, Yan, Hoffmann, & Panepinto, 2016).

L'evento di malattia coinvolge il bambino richiedendogli un adattamento psicologico: inizialmente, nel periodo definito di "assestamento", il bambino prova un forte disagio che si manifesta con uno stato di forte distress soprattutto nell'immediato periodo post-diagnosi (circa tre settimane) dove possono esserci manifestazioni di sintomi depressivi a volte anche molto elevati. Nella fase di trattamento oncologico, se vi è un adeguato supporto, i livelli di ansia e depressione possono diminuire spontaneamente, in altri casi, invece, possono cronicizzarsi e evolversi in dei veri e propri disturbi (Adducci & Poggi, 2011). In particolare, un ambiente familiare sano è risultato essere un fattore protettivo significativo contro i sintomi depressivi e ansiosi; anche gli interventi psicologici sono fonte di supporto e di sostegno per fronteggiare il percorso della malattia (Lee, et al., 2023).

Nel campo dell'oncologia pediatrica i bambini e gli adolescenti sono spesso traumatizzati e, nella maggior parte dei casi, sono soggetti psicologicamente sani. Infatti, l'origine della sofferenza non è intrapsichica ma è legata a un "evento esterno" e spesso gli esiti possono essere psicopatologici (Bonichini & Tremolada, 2019). I disturbi depressivi e d'ansia sono molto comuni tra i bambini e adolescenti con il cancro (Yardeni, et al., 2020).

Il National Cancer Institute definisce l'ansia come "*un sentimento di paura, terrore e disagio che può manifestarsi come reazione allo stress*" (Lazot, et al., 2019). L'ansia è una normale risposta del corpo ma, se è prolungata o eccessiva, può avere un impatto negativo sul benessere dell'individuo e sulla qualità della vita. L'ansia può essere vista

come una reazione abbastanza comune per individui con diagnosi oncoematologica ma può compromettere il funzionamento del bambino o causare un disagio eccessivo se i sintomi di ansia persistono per un lungo periodo (Lazor, et al., 2017).

La depressione invece, è una risposta affettiva alla perdita della normalità a causa della diagnosi, del trattamento o di eventuali complicanze della malattia (Cavuşoğlu, 2001). Il grado di malattia, infatti, è la principale determinante della depressione, il rischio inoltre aumenta quando il trattamento fallisce o la malattia si ripresenta (Cavuşoğlu, 2001).

Nei bambini e negli adolescenti sottoposti a trattamento, sia la depressione che l'ansia hanno mostrato andamenti simili, con una significativa esacerbazione dei sintomi entro il primo mese fino a un anno dalla diagnosi, prima di avere una traiettoria discendente. Il fenomeno del miglioramento dei sintomi depressivi e ansiosi entro 12 mesi può essere spiegato dal cambiamento positivo nella psiche in seguito alla lotta con circostanze di vita altamente stressanti. L'esperienza di una malattia più grave e di una sintomatologia correlata a un trattamento intenso, che porta dolori e affaticamento, sono fortemente associati a esiti psicologici peggiori; pertanto, è fondamentale riconoscere il peso della malattia oncologica e dei trattamenti e fornire il giusto sostegno a coloro che ne soffrono al fine di ridurre l'impatto psicologico duraturo (Lee, et al., 2023).

Le malattie croniche nei bambini hanno un effetto devastante e, molti di questi, sviluppano disturbi emotivi come l'ansia e la depressione (Amer, Maksoda, & El-Yamany, 2013). Nonostante i dati dimostrino che gli stati depressivi e ansiosi sono comuni tra i pazienti oncologici pediatrici, dettagli sul decorso e sui fattori di rischio di questi disturbi sono limitati. Rilevare i bambini che sono più ad alto rischio di disagio a causa dello stadio di sviluppo, di fattori socioculturali, è fondamentale perché consente l'avvio appropriato e tempestivo di interventi psichiatrici e psicologici (Yardeni, et al., 2021). Dejong et al. (Dejong & Fombonne, 2006) pongono una considerazione importante che riguarda l'interazione tra la malattia e i sintomi psicologici: l'attenzione alla depressione e ad altri sintomi legati allo stress, come l'ansia, potrebbe oscurare il fatto che gran parte del disagio psicologico è una risposta all'aspetto traumatico della diagnosi e del trattamento della malattia. Ad esempio i criteri per una diagnosi di depressione possono porre una reale difficoltà nella valutazione dei bambini fisicamente malati: stanchezza e letargia sono comuni e questo, insieme al dolore e al disagio, può portare a una perdita di interesse per le normali attività oppure possono esserci nausea e

vomito che spesso provocano perdita di appetito e di peso. In pratica può essere difficile districare gli elementi fisici e psicologici di un sintomo somatico (Dejong & Fombonne, 2006).

Naziari et al. in una loro ricerca sostengono che i bambini con malattia oncologica hanno livelli significativamente più elevati di depressione e ansia rispetto ai bambini sani e anche una qualità della vita significativamente inferiore (Nazari, et al., 2017).

3.3 ANSIA, DEPRESSIONE E STRUMENTI DI MISURAZIONE

L'APA Dictionary of Psychology descrive l'ansia come l'anticipazione di un pericolo futuro o di un evento negativo, caratterizzato da sentimenti di tensione, pensieri preoccupanti e cambiamenti fisici come sudorazione, tremori, vertigini o battito cardiaco accelerato (APA Dictionary of Psychology, 2023). L'ansia rappresenta un'emozione essenziale per il corretto funzionamento del nostro organismo in risposta a stimoli esterni o interni, consentendo un adattamento funzionale alle richieste ambientali, è la normale risposta del nostro organismo che si prepara ad affrontare ciò percepisce come un pericolo (Perrotta, 2019).

I problemi d'ansia, però, sono caratterizzati da una eccessiva risposta emotiva non giustificata dalla situazione, perciò, vi è una valutazione cognitiva errata e delle reazioni fisiche che con il tempo possono stabilizzarsi e evolversi in malattie psicosomatiche (Sanavio & Cornoldi, 2001).

In generale i disturbi d'ansia presentano un tasso di prevalenza tra il 9% e il 20% e sono i disturbi psichiatrici più frequenti in età evolutiva. Studi epidemiologici evidenziano una maggiore predisposizione nelle bambine rispetto ai bambini a sviluppare un disturbo d'ansia (Tambelli, 2017).

La classificazione dei disturbi d'ansia riportata in Tambelli (2017) si differisce in base al sistema di classificazione preso in esame, secondo il DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) i disturbi d'ansia sono quelli riportati nella *Tabella 3.1*.

DISTURBO	CARATTERISTICHE CLINICHE
Disturbo d'ansia da separazione	paure inappropriate accompagnate da un forte disagio in caso di allontanamento da casa o dalla separazione dalle figure significative
Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)	sentimenti di paura e disagio nelle situazioni sociali nuove, sia con i pari sia con gli adulti
Disturbo d'ansia generalizzata	eccessiva preoccupazione incontrollabile che coinvolge diverse aree come la scuola, le interazioni sociali, la salute, disastri naturali, spesso è accompagnata da sintomi somatici
Mutismo selettivo	esito comportamentale di un alto livello di ansia in cui il bambino non riesce a parlare, leggere o cantare in situazioni specifiche
Disturbo da attacchi di panico	stesse caratteristiche del disturbo in età adulta, si manifesta con accelerazione del battito cardiaco, difficoltà respiratorie, sudorazione, tremori, senso di soffocamento, brividi
Agorafobia	sentimento di paura e ansia dovute a un'esposizione reale o anticipata di diverse situazioni come stare in fila tra la folla, utilizzare mezzi pubblici ecc.

Tabella 3.1: I disturbi d'ansia in età evolutiva

I disturbi d'ansia spesso si presentano in comorbilità tra loro e anche con la depressione, con il disturbo da deficit di attenzione e iperattività e con il disturbo da comportamento dirompente.

Il colloquio clinico è il metodo di valutazione più importante nella psicologia clinica infantile e adolescenziale ma stati sviluppati programmi di interviste diagnostiche strutturate e semistrustrate da utilizzare con i bambini e gli adolescenti (Ollendick, 2019).

Qui di seguito vengono riportati alcuni strumenti recuperati nel sito dell'American Psychological Association e dalla ricerca della letteratura:

- *The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*: una complessa matrice di strumenti per valutare le paure e l'ansia normali e patologiche nei bambini e negli adolescenti. Fornisce un accertamento affidabile e valido dei sintomi di ansia in tutti i principali ambiti sintomatologici esistenti nei giovani di età compresa tra 8 e 18 anni; discrimina tra gruppi di sintomi all'interno dei gruppi di ansia e tra l'ansia e altri raggruppamenti psicopatologici; valuta la gravità rispetto alle norme di età e genere;

indica il cambiamento dei sintomi indotto dal trattamento (March, 1997);

- *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAI) contiene 20 items ed è uno degli strumenti di autovalutazione più frequentemente utilizzati per valutare l'ansia dei bambini contiene 20 items. È caratterizzato da elevata affidabilità e validità;

-*Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS-2) è uno dei questionari più diffusamente utilizzati nella ricerca e nel trattamento dell'ansia in età evolutiva. Si tratta di uno strumento self-report composto da 49 item da somministrare sia individualmente sia in gruppo che consente di valutare il livello e la natura dell'ansia di bambini e ragazzi dai 6 ai 19 anni. Vengono forniti punteggi per sei scale distinte: ansia fisiologica, preoccupazione, ansia sociale, indice di ansia totale, atteggiamento difensivo, indice di incoerenza nelle risposte. (Reynolds & Richmond, 2012).

La valutazione dei disturbi psicologici ed emotivi è un importante indicatore del benessere dei bambini e degli adolescenti affetti da cancro. Una revisione Al-Saadi et al. (Al-Saadi, Fai Chan, & Mohammed Al-Azri, 2022) ha determinato i tassi di prevalenza di tre principali disturbi psicologici in questa popolazione. Nello specifico ha indagato i tassi di prevalenza di ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico ed è emerso che risultano essere rispettivamente del 13,92%, 20,43% e 20,90%.

La depressione tra i bambini e gli adolescenti è comune, ma spesso non riconosciuta., colpisce il 2% dei bambini in età prepuberale e il 5-8% degli adolescenti (Se & JT, 2000). L'APA Dictionary Psychology definisce la depressione come uno stato affettivo negativo, che va dall'infelicità e scontento a un sentimento estremo di tristezza, pessimismo e sconforto, che interferisce con la vita quotidiana. Tendono a verificarsi contemporaneamente anche vari cambiamenti fisici, cognitivi e sociali, tra cui abitudini alimentari o di sonno alterate, mancanza di energia o motivazione, difficoltà di concentrazione o di prendere decisioni e ritiro dalle attività sociali (APA Dictionary of Psychology, 2023).

I disturbi depressivi infantili sono caratterizzati da un'alterazione del tono dell'umore, in senso depressivo o irritabile, che prende forma in agiti comportamentali in base alle diverse fasi dello sviluppo del bambino. I sintomi evidenti sono stanchezza, anedonia, inibizione a diverse attività, una diminuzione delle attività esplorative e ludiche, inoltre possono essere presenti altri sintomi come la perdita dell'appetito, difficoltà nel sonno, pianti frequenti, crisi di rabbia con condotte comportamentali auto-aggressive, instabilità

emotiva, tendenze oppostive. Da un punto di vista epidemiologico la prevalenza del disturbo varia in base alle fasce d'età: 0,1%-1% in età prescolare, 0,4%-2,5% in età scolare e non ci sono differenze di genere (Tambelli, 2017).

Di seguito viene riportata nella *Tabella 3.2* la classificazione di alcuni disturbi depressivi maggiormente frequenti e descritti in Tambelli (2017) secondo il DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

DISTURBO	CARATTERISTICHE CLINICHE
Disturbo depressivo maggiore	Irritabilità (alterazione dell'umore di tipo disforico) e durata di almeno un anno
Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente	Gravi e ricorrenti scoppi di collera, con un umore persistentemente irritabile o arrabbiato
Disturbo depressivo persistente	Umore depresso o irritabile
Disturbo depressivo dovuto ad altra condizione medica	Umore depresso conseguente ad una condizione medica

Tabella 3.2: I disturbi del tono dell'umore in età evolutiva

Gran parte dei disturbi depressivi nei bambini presenta una o più comorbidità con i disturbi d'ansia, con il disturbo da deficit di attenzione e iperattività.

Le valutazioni iniziali dei sintomi depressivi possono aiutare a determinare le possibili opzioni di trattamento, mentre la valutazione periodica durante l'assistenza può guidare il trattamento e valutare i progressi. Gli strumenti descritti qui di seguito sono stati recuperati dal sito dell'American Psychological Association (APA, 2019). Questi strumenti includono sia interviste che misure di autovalutazione e possono essere utilizzati per selezionare, diagnosticare e/o monitorare i risultati del trattamento.

- *Child Behavior Checklist (CBCL)*: è un questionario standardizzato per bambini e adolescenti dai 6 ai 18 anni somministrato ai genitori per ottenere rapporti sulle competenze sociali e sui problemi comportamentali dei loro figli. I genitori impiegano dai cinque ai dieci minuti per completare il questionario. Sono disponibili versioni aggiuntive, tra cui il *Teacher's Report Form* e il *Youth Self-Report* (dagli 11 anni);

- *Children's Depression Inventory (CDI)*: è giunto alla sua seconda edizione, valuta la gravità della depressione nei bambini e negli adolescenti dai 7 ai 17 anni. Le scale misurano i problemi emotivi e i problemi funzionali. Sono disponibili tre moduli di

valutazione separati: uno per i genitori (17 items), uno per gli insegnanti (12 items) e un modulo di autovalutazione (28 items). Il tempo di somministrazione è compreso tra cinque e 15 minuti;

- *Children's Depression Rating Scale (CDRS)*: originariamente progettata per misurare i cambiamenti nei sintomi depressivi nei bambini dai 6 ai 12 anni, la sua validità e affidabilità sono state dimostrate anche nella popolazione adolescente (fino a 18 anni). Coprendo 17 aree sintomatologiche, è impostata come un'intervista semi-strutturata con il bambino/adolescente, ci vogliono dai 10 ai 15 minuti per la somministrazione.

I disturbi d'ansia e depressivi sono tra i disturbi psichiatrici più comuni e sono altamente in comorbilità tra loro, sono considerati appartenenti alla categoria più ampia dei disturbi internalizzanti. I fattori di rischio associati allo sviluppo di ansia e depressione includono le avversità della vita, ad esempio i traumi, così come lo stile genitoriale e l'esposizione alle situazioni stressanti (Kalin, 2020).

Per quanto riguarda la misurazione e la rilevazione della sintomatologia ansiosa e depressiva nel presente studio pilota, si è scelto di utilizzare le *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*, in particolare sono state prese in considerazione quelle relative all'ansia e alla depressione.

Le SAFA esplorano un'ampia serie di sintomi e stati psichici nell'area dei disturbi internalizzanti. Sono composte da 6 scale: ansia, depressione, sintomi ossessivo-compulsivi, disturbi alimentari, sintomi somatici, fobie. Ognuna di queste scale presenta diverse versioni a seconda della fascia di età: 8-10 anni ("e"); 11-13 anni ("m"); 14-18 anni ("s"). È uno strumento utile per: effettuare uno screening iniziale, approfondire l'indagine clinica con l'uso di più scale, costruire un profilo psicopatologico relativo all'età del soggetto anche nell'ambito delle singole scale ed è utile se il soggetto presenta resistenze all'esposizione verbale (Cianchetti & Fancello, 2001).

3.4 LA CREATIVITÀ E IL BENESSERE

Nonostante siano molti i campi d'indagine che studiano la creatività, sembra esserci un accordo generale sul fatto che essa implichi la produzione di idee e prodotti nuovi e utili (Walia, 2019).

Questa capacità multimodale può manifestarsi in diverse forme, come prodotti creativi,

comportamento, personalità, pensiero, e sembra essere collegata a specifici tratti della personalità (Cinque, 2014). In generale, le persone creative sono più aperte a nuove esperienze, sono meno convenzionali e meno coscienziose, più sicure di sé, accettanti, motivate, ambiziose, dominanti, ostili e impulsive. Sembra esserci stabilità temporale di queste dimensioni distintive della personalità delle persone creative (Feist, 1998).

L'espressione creativa è incoraggiata da un maggiore coinvolgimento in attività di piacere, è caratterizzata da un umore positivo, elevata socievolezza e energia. L'idea che la creatività sia qualcosa di esclusivo degli artisti e che essi siano più creativi quando sono estremamente infelici è stata superata. Pertanto, la creatività e i suoi processi psicologici sono alla portata di qualsiasi essere umano (Feist, 1998).

La creatività potrebbe svolgere un ruolo rilevante nella prevenzione dell'umore depresso, in particolar modo il pensiero divergente, una delle componenti cognitive della creatività, potrebbe essere particolarmente rilevante. Benlliure e Melendez (2022) nel loro studio sulla relazione tra pensiero divergente e umore depresso nei giovani adulti, hanno riscontrato che sviluppare capacità di pensiero divergenti può aiutare a prevenire l'umore depresso. Il pensiero divergente può facilitare una rivalutazione positiva delle situazioni aiutando ad ampliare il repertorio di opzioni, riducendo la probabilità di concentrarsi su sentimenti di impotenza e rassegnazione immediati e promuovendo strategie di confronto (Benlliure & Melendez, 2022).

La letteratura ha sottolineato un legame tra creatività e benessere, ad esempio Kaufmann e Vosburg hanno riferito che l'umore positivo migliora la produzione di idee (Kaufmann & Vosburg, 2010), Davis (2009) ha proposto che l'umore positivo migliora la creatività, anche se, la forza di tale effetto dipende dal tipo di compito creativo (Davis, 2009), Tamannaefar e Motaghedifard (2014) hanno trovato una relazione significativa tra benessere soggettivo (SWB), creatività e autoefficacia negli studenti (Tamannaefar & Motaghedifard, 2014), Conner et al. (2018) mostrano dei risultati che supportano l'enfasi sulla creatività quotidiana come mezzo per coltivare un funzionamento psicologico positivo (Conner, DeYoung, & Silvia, 2016). Ivcevic et al. (Ivcevic, 2011) hanno scoperto che è probabile che le persone che si impegnano ogni giorno in forme di creatività (ad esempio, realizzare un collage, scattare fotografie, o pubblicare su una rivista letteraria), siano più aperte, positive e siano caratterizzate da un maggiore senso di benessere e di crescita personale rispetto ad altri che non lo fanno. La creatività quotidiana, valutata da

Ivcevic e colleghi, si riferisce all'espressione di sé nelle attività quotidiane, stile interpersonale, attività professionali e problemi da risolvere nella vita di tutti i giorni (Ivcevic, 2011)

Un filone di ricerca che si posiziona sul versante opposto è quello che indaga la relazione tra creatività e follia che ha persistito il corso della storia. Nel secolo scorso questo interesse ha incuriosito il mondo della ricerca scientifica, alimentando dibattiti sulla natura di questa associazione (Glazer, 2009).

In Zabelina et al. (2014) evidenziano che la relazione tra creatività e psicopatologia presenta una disparità in alcuni risultati probabilmente dovuta a problemi metodologici, ad esempio campioni molto piccoli (Zabelina, Condon, & Beeman, 2014).

Ambrham et al. (2005) nella loro ricerca hanno riscontrato che livelli più elevati di psicoticismo accompagnano elevati livelli di originalità nell'immaginario creativo (Abraham, Windmann, Daum, & Gunturkun, 2005).

White & Shah (2011) trovano che la creatività sia associata all'attenzione atipica: suggeriscono che gli adulti con diagnosi di ADHD abbiano risultati creativi più elevati rispetto ad adulti senza ADHD, sono state evidenziate capacità di pensiero divergente relativamente elevate durante le attività creative (White & Shah, 2011).

Lo studio di Zabelina et al. (2014) evidenzia però che le versioni più estreme dei disturbi psicologici non favoriscono l'impegno in professioni creative. Versioni più lievi, tuttavia, come mania/depressione subclinica, schizotipia o sindrome di Asperger (possibilmente in combinazione con fattori protettivi come memoria di lavoro e motivazione) così come altri fattori di personalità e ambientali, possono facilitare il pensiero creativo (Zabelina, Condon, & Beeman, 2014).

Queste considerazioni sono in accordo con la ricerca che sostiene che il legame tra psicopatologia e creatività è a forma di U rovesciata: la probabilità di disturbi mentali aumenta con il livello di creatività ma, quando la psicopatologia è conclamata e grave, l'associazione si indebolisce (Gostoli, Cerini, & Rafanelli, 2017). Il legame tra creatività e psicopatologia richiede ulteriori indagini per rivelare più precisamente i meccanismi cognitivi che uniscono e distinguono le persone creative da quelle con un disturbo psichiatrico (Zabelina, Condon, & Beeman, 2014).

Un altro filone di ricerca, nell'ambito della creatività e del benessere, è quella che associa la creatività alla produzione artistica come strumento per una buona qualità della vita. Gli

interventi che affrontano le difficoltà psicologiche sono sempre più riconosciuti e sono molteplici, un esempio sono quelli di arteterapia, che sono caratterizzati dall'utilizzo di strumenti creativi e artistici. Sono disponibili diverse definizioni di arteterapia, in parte non sovrapposte, la British Association of Art Therapists (BAAT) ha definito l'arteterapia come *“una forma di psicoterapia che utilizza i media artistici come modalità primaria di comunicazione”* (Bosman, et al., 2021).

Il CAT (*Creative Arts Therapies*) rientra nel campo più ampio della attività di supporto per migliorare la qualità della vita, in particolare nel cancro. Può essere utilizzata sia con gli adulti sia in ambito pediatrico e può migliorare i sintomi comuni del dolore e ansia nei bambini affetti da cancro. Sono stati utilizzati interventi creativi e artistici malati di cancro da molti anni. Già negli anni '80, i ricercatori hanno pubblicato i benefici dell'espressione creativa come intervento per i pazienti affetti da cancro (Heyde & Langsdorff, 1983).

Il CAT è un termine esteso utilizzato nella letteratura che include molteplici forme di arti che incorporano belle arti, musica e danza/movimento. Altre modalità, come anche lo yoga, il teatro e la poesia, possono essere inclusi in questo campo del lavoro. Le diverse forme artistiche hanno il potenziale per aiutare la popolazione oncologica, sia perché i bambini trascorrono molto tempo nell'ambiente ospedaliero a causa di ricoveri prolungati, sia perché le forme d'arte permettono di comunicare più facilmente rispetto all'utilizzo delle parole (Raybin & Krajicek, 2019).

4. IL PROGETTO

4.1 LO STUDIO PILOTA E LE DOMANDE DI RICERCA

Il progetto che verrà presentato è stato coordinato dalla Prof.ssa Marta Tremolada, docente del Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università degli Studi di Padova (DPSS) e Dirigente Psicologa dell'U.O.C di Oncoematologia di Padova (Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino) presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, reparto dove è stata svolta la presente ricerca.

Il progetto, che verrà esposto in seguito, vuole essere uno studio pilota, volto ad indagare il livello di creatività, di ansia e depressione nei bambini con diagnosi oncoematologica e ad individuare l'eventuale esistenza di un'associazione tra questi.

Lo studio non vuole essere esaustivo né i risultati sono generalizzabili, ma vuole essere un punto di partenza per spunti di riflessioni e indagini future e per mettere a punto degli interventi psico-educativi per i giovani pazienti che possano essere innovativi e utili.

Ora passeremo all'esposizione delle domande di ricerca.

Le domande di ricerca sono state suddivise in tre macro aree, nello specifico:

→ AREA A: CREATIVITA'

È estremamente complesso cercare di dare una definizione unitaria alla creatività visto gli innumerevoli contesti di utilizzo e i diversi ambiti di studio (Vellani, 2023). Nonostante la vastità della ricerca, sembra esserci un accordo generale sul fatto che la creatività implichi la produzione di idee e prodotti nuovi e utili (Walia, 2019).

Di fronte a una vasta letteratura che spazia dall'economia, alle imprese, alla tecnologia, all'educazione, alle neuroscienze, alla psicologia e ad altre macro aree di indagine, non sono, però, stati ritrovati studi specifici riguardanti la creatività nel contesto dell'oncoematologia pediatrica.

La presente area d'indagine si pone l'obiettivo di fornire un primo screening generale su questo specifico ambito con la speranza di poter fornire spunti di riflessione e ricerche future.

Nello specifico, la presente area di indagine intende:

A1: esplorare i livelli di creatività nei pazienti pediatrici con diagnosi oncoematologica;

A2: valutare eventuali differenze nei livelli di creatività riferiti dai genitori, rispetto a

quelli misurati nel bambino;

A3: indagare eventuali associazioni tra i livelli di creatività del bambino, il genere, le variabili socio-demografiche e quelle mediche.

→ AREA B: SCREENING PSICOLOGICO

Negli ultimi anni sono stati proposti diversi strumenti di misurazione, che indagano il benessere. Questi possono essere classificati in base a ciò che misurano: la componente cognitiva del benessere (soddisfazione per la vita), quella affettiva/emotiva (presenza di stati d'animo positivi e/o negativi) o entrambe le componenti (Gigantesco A., 2004).

Nel presente studio si è deciso di indagare la presenza di stati d'animo positivi e/o negativi, nello specifico la possibile incidenza e intensità di sintomi di ansia e depressione.

Questa indagine affonda le sue radici sul presupposto che i sintomi di malessere, manifestati dai bambini con diagnosi oncoematologica, sono il risultato della malattia e del suo trattamento e non sono solamente legati alla salute fisica o a trascorse sofferenze psicopatologiche. Infatti, i giovani pazienti non mostrano solo dolore o affaticamento, ma possono manifestare anche un disagio emotivo che si esprime in stati d'ansia e/o di depressione (Dobrozsi, Yan, Hoffmann, & Panepinto, 2016).

Nello specifico la presente area di indagine intende:

B1: indagare come si posizionano i livelli di ansia e depressione nei pazienti pediatrici oncologici; una revisione di Al-Saadi et al. (Al-Saadi, Fai Chan, & Mohammed Al-Azri, 2022) ha determinato che, nei bambini e negli adolescenti con diagnosi oncoematologica, i tassi di prevalenza di ansia e di depressione risultano essere rispettivamente del 13,92% e 20,43%.

B2: esplorare eventuali associazioni tra i livelli di ansia e depressione, il genere del bambino/a, l'età, il tempo dalla diagnosi e eventuali variabili socio-demografiche.

L'ipotesi di partenza è che potremmo trovare differenze in base al genere, nello specifico ci aspettiamo di trovare punteggi più alti nelle femmine. Alcune ricerche evidenziano, infatti, che le femmine ottengono punteggi più alti rispetto ai maschi in una popolazione infantile normotipica (Hosseini & Khazali, 2013). Anche Mackinaw-Koons et al. (Mackinaw-Koons & Vasey, 2020) evidenziano che le femmine riportano livelli più elevati di sintomi ansiosi sia generali che specifici, dall'infanzia fino all'età adulta. In

particolare, sulle misurazioni infantili dell'ansia generale o delle paure, le femmine riferiscono più sintomi di ansia, fobie, attacchi di panico, e una maggiore ansia da separazione rispetto ai ragazzi.

Per quanto riguarda la depressione ci aspettiamo di trovare livelli simili in base al genere, ma possiamo trovare manifestazioni diverse soprattutto durante la pubertà, con un possibile aumento dei sintomi depressivi in questa fase in cui i ragazzi si trovano ad affrontare numerosi cambiamenti (Weller, Kllood, Kang, & Weller, 2006).

Per quanto riguarda il tempo della diagnosi sappiamo che il bambino inizialmente prova un forte disagio che si manifesta con uno stato di forte distress (soprattutto nell'immediato periodo post-diagnosi, circa tre settimane). Nella fase di trattamento oncologico, se vi è un adeguato supporto, i livelli di ansia e depressione possono diminuire spontaneamente, in altri casi, invece, possono cronicizzarsi e evolversi in dei veri e propri disturbi (Adducci & Poggi, 2011).

→ AREA C: ASSOCIAZIONI TRA BENESSERE E CREATIVITA'

La letteratura ha sottolineato un legame tra creatività e benessere con due tendenze opposte. Da un lato, troviamo, ad esempio, Kaufmann e Vosburg che sostengono che l'umore positivo migliora la produzione di idee (Kaufmann & Vosburg, 2010), Davis (2009) che l'umore positivo migliora la creatività (Davis, 2009), Tamannaefar e Motaghedifard (2014) hanno trovato una relazione significativa tra benessere soggettivo (SWB), creatività e autoefficacia (Tamannaefar & Motaghedifard, 2014) e Conner et al. (2018) supportano l'idea che la creatività quotidiana sia un buon mezzo per coltivare un funzionamento psicologico positivo (Conner, DeYoung, & Silvia, 2016).

Dall'altro lato, si posiziona la relazione tra benessere e psicopatologia, ad esempio: Ambrham et al. (2005) hanno riscontrato che livelli più elevati di psicoticismo accompagnano elevati livelli di originalità (Abraham, Windmann, Daum, & Gunturkun, 2005), White & Shah (2011) trovano che la creatività sia associata all'attenzione atipica (White & Shah, 2011), Zabelina et al. (2014) evidenzia che le versioni più estreme dei disturbi psicologici non favoriscono l'impegno in professioni creative, mentre versioni più lievi come mania/depressione subclinica, schizotipia o sindrome di Asperger possono facilitare il pensiero creativo (Zabelina, Condon, & Beeman, 2014). Tuttavia il legame tra creatività e psicopatologia richiede ulteriori indagini (Zabelina, Condon, & Beeman,

2014). La letteratura, esaminata fino ad ora, non riporta ricerche ed evidenze scientifiche relative alla creatività e al benessere psicologico nei pazienti pediatrici con diagnosi oncoematologica.

Nello specifico, la presente area d'indagine intende:

C1: esplorare eventuali associazioni tra le scale e le sottoscale della creatività, dell'ansia, della depressione.

4.2 METODO

4.2.1 PARTECIPANTI

Il presente studio ha coinvolto 24 partecipanti, nel dettaglio il campione è formato da: 10 maschi e 14 femmine di età dagli 8 ai 18 anni con diagnosi oncoematologica. I partecipanti sono stati reclutati presso il Day Hospital dell'Oncoematologia Pediatrica e il reparto degenze. Inoltre, hanno partecipato alla ricerca i genitori dei pazienti pediatrici (uno per bambino) nello specifico 5 padri e 19 madri. La raccolta dei dati si è svolta da giugno a agosto 2023.

Nella *Tabella 4.1a* si evidenziano le distribuzioni di frequenze per le variabili genere, età e tempo della diagnosi del campione preso in considerazione, nella *Tabella 4.1b* vengono indicate le percentuali delle diagnosi del campione preso in considerazione e, nella *Tabella 4.2*, si riportano le frequenze e le percentuali delle varie variabili sociodemografiche rilevate tramite i Questionari sociodemografici compilati dai genitori.

GENERE		ETA'				TEMPO DALLA DIAGNOSI*			
F	M	MEDIA	DS	MIN	MAX	MEDIA	DS	MIN	MAX
14	10	12,21	2,919	9	19	317,63	264,238	11	880

*Il tempo dalla diagnosi è espresso in giorni

Tabella 4.1a Distribuzione di frequenze per le variabili genere, età e tempo dalla diagnosi

DIAGNOSI	PERCENTUALI
Leucemia	80%
Linfoma non-Hodgkin-LNH	4%
Tumore di Wilms (nefroblastoma)	4%
Osteosarcoma	12%

Tabella 4.1b Distribuzioni delle percentuali per diagnosi

VARIABILI SOCIODEMOGRAFICHE		FREQUENZE	PERCENTUALI
GENERE	maschio	5	20,8%
	femmina	19	79,2%
TITOLO DI STUDIO	elementari	3	12,5%
	medie	3	12,5%
	superiori	11	45,8%
	laurea triennale	5	20,8%
	laurea specialistica	2	8,3%
OCCUPAZIONE	disoccupato	4	16,7%
	part-time	10	41,7%
	tempo pieno	10	41,7%
ORE DI LAVORO SETTIMANALE	55	2	8,3%
	45	5	20,8%
	35	7	29,2%
	25	5	20,8%
	5	3	12,5%
SITUAZIONE RELAZIONALE	coniugato	18	75%
	separato	2	8,3%
	convivente	4	16,7%
SITUAZIONE FAMILIARE	affitto	10	41,7%
	casa con mutuo	8	33,3%
	casa di proprietà	6	25%
SITUAZIONE ECONOMICA	bassa	4	16,7%
	media	12	50%
	alta	8	33,3%

Tabella 4.2 Distribuzione delle frequenze e delle percentuali delle variabili sociodemografiche relative al genitore

4.2.2. GLI STRUMENTI UTILIZZATI

→ *Test della Creatività e del Pensiero Divergente (TCD)*

Il *Test della Creatività e del Pensiero Divergente (TCD)* di F. Williams (1994) si basa sul modello elaborato dall'autore stesso che integra gli aspetti affettivi con quelli cognitivi sostenendo che sono in relazione con i comportamenti creativi dei bambini.

Il *Test della Creatività e del Pensiero Divergente (TCD)* è formato da tre strumenti:

1. *Test del pensiero divergente*
2. *Test della personalità creativa*
3. *Scala Williams per Insegnanti e Genitori*

Nella *Figura 4.1* viene riportata una sintesi del TCD e degli strumenti da cui è composto, inoltre sono indicati i fattori di creatività che ogni strumento indaga.

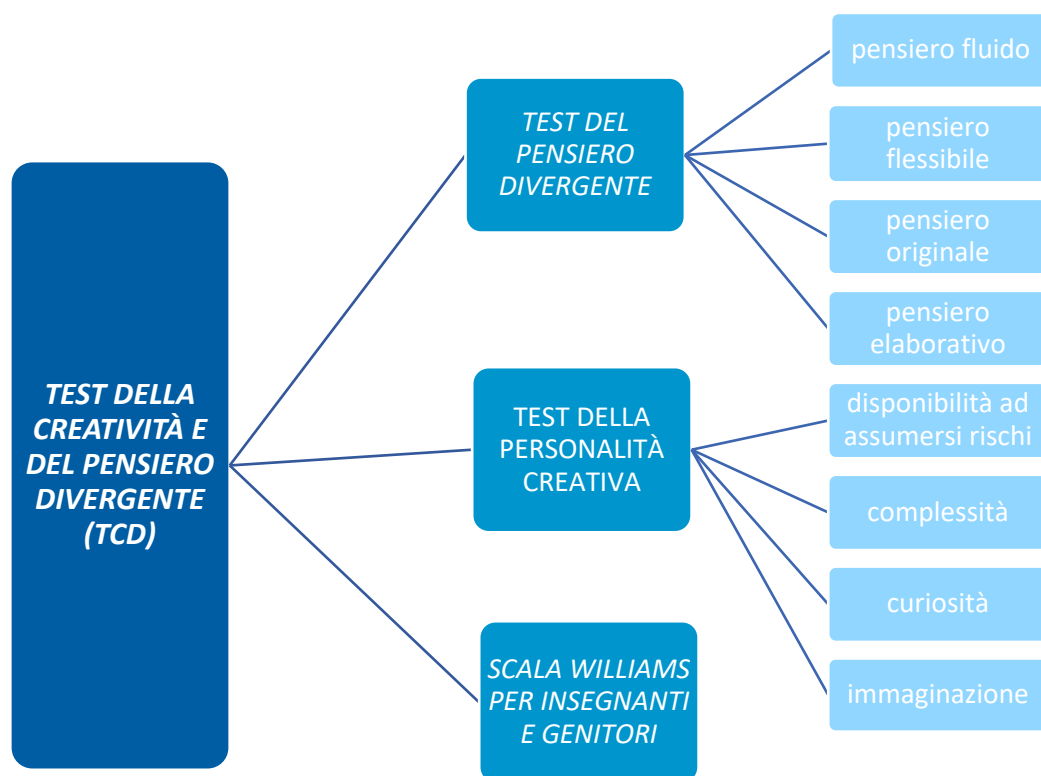


Figura 4.1 Il TCD, i suoi strumenti e gli otto fattori di creatività indagati da ognuno (Williams, 1994).

I primi due strumenti (il *Test del pensiero divergente* e il *Test della personalità creativa*) possono essere somministrati ai bambini tra i 6 e i 18 anni, anche attraverso una somministrazione di gruppo. La *Scala Williams* viene compilata dai genitori e/o dagli insegnanti dei bambini a cui è stato somministrato il test della creatività, con lo scopo di

confrontare le osservazioni degli adulti con la performance dei bambini.

I primi due strumenti (*Test del pensiero divergente* e *Test della personalità creativa*) di quello che Williams ha definito *Creative Assessment Packet*, combinano caratteristiche che contribuiscono al processo creativo, alla personalità creativa e al prodotto creativo e permettono di misurare gli otto fattori della creatività identificati da Williams (1969).

La scelta metodologica relativa all'utilizzo di questo strumento è dettata dal fatto che *Il Test della Creatività e del Pensiero Divergente (TCD)* abbraccia un approccio multicomponentiale della creatività.

1. Test del pensiero divergente

Il *Test del pensiero divergente* permette di ottenere punteggi per i quattro fattori di pensiero divergente: fluidità, flessibilità, originalità ed elaborazione, inizialmente derivati dalla ricerca di Guilford (1954). Il test presenta materiali pressoché non strutturati: presenta 12 riquadri (chiamati cornici) ognuna delle quali contiene un elemento grafico che funge da indizio e stimolo per la produzione grafica. La presenza di uno stimolo all'interno della cornice differisce da altri test, che invece presentano spazi bianchi che spesso possono causare un certo livello di frustrazione nei soggetti creando un "blocco" (Williams, 1994). Durante la somministrazione viene chiesto ai bambini di fare dei disegni, utilizzando gli stimoli che trovano dentro le cornici come punto di partenza o come parte delle loro produzioni grafiche. Hanno a disposizione 25 minuti i bambini delle prime tre classi delle elementari, gli altri invece 20 minuti. Poi viene chiesto di dare un titolo originale per ogni cornice completata.

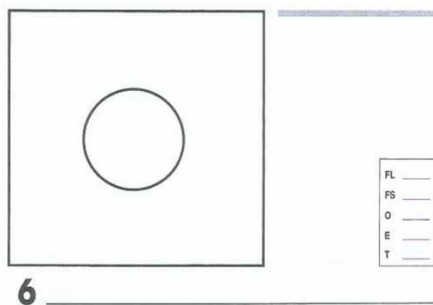
Nella produzione grafica, prodotta dal bambino, vengono valutati i costrutti che sono associati alla produzione creativa di carattere cognitivo-visivo: *Fluidità*, *Flessibilità*, *Originalità* ed *Elaborazione*. In questo caso, i processi di base che vengono valutati sono le trasformazioni divergenti di figure. Inoltre, per ogni cornice, viene valutato il *Titolo* che il bambino assegna ad ogni cornice; questo permette di valutare quella che è stata definita trasformazione semantica divergente.

Il *Test del pensiero divergente* si compone di due *Protocolli (A e B)*, che differiscono unicamente per la natura degli stimoli grafici presentati all'interno delle 12 cornici; ogni protocollo prevede che per ciascuna cornice vengano assegnati cinque punteggi grezzi che riguardano la *Fluidità (FL)*, la *Flessibilità (FS)*, l'*Originalità (O)*, l'*Elaborazione (E)*

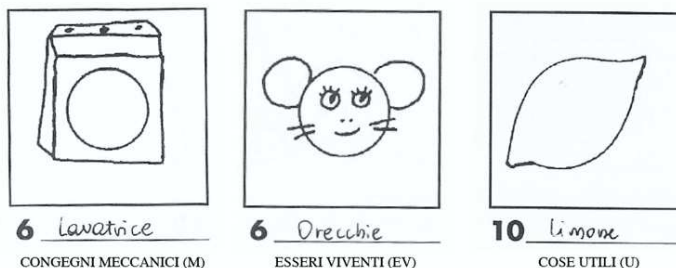
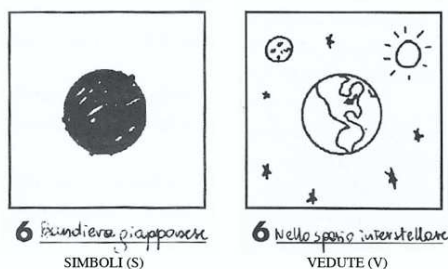
e il *Titolo* (T).

I criteri per l'attribuzione dei punteggi sono i seguenti:

- *Fluidità* (FL): è la quantità di produzione grafica che si ottiene contando il numero di cornici con cui il bambino si è cimentato; si possono ottenere da 1 a 12 punti (uno per ogni cornice in cui si è lavorato); qui di seguito si riporta un esempio di cornice presente nel *Protocollo A* del *Test del Pensiero Divergente*.



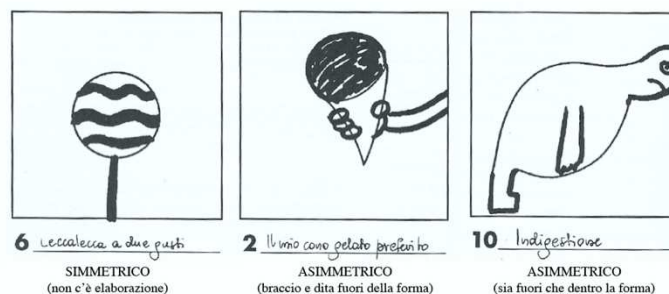
- *Flessibilità* (FS): è il numero di volte in cui si verifica un cambio di categoria tra i soggetti dei disegni prodotti dal bambino; le categorie sono: esseri viventi (EV), congegni meccanici (M), simboli (S), vedute (V), cose utili (U); si possono ottenere punteggi da 1 a 11 a seconda del numero di volte in cui si cambia categoria; si riportano qui di seguito degli esempi di categorie presenti nel Manuale (Williams, 1994) rispetto all'utilizzo della stessa forma.



- **Originalità (O):** si riferisce a dove lavora in termini di collocamento spaziale il bambino. Ogni stimolo è posto in modo da formare uno spazio “interno” (chiuso) e uno spazio “esterno”. L’attribuzione dei punteggi avviene nel seguente modo: 1 punto per i disegni eseguiti al di fuori della forma chiusa, 2 punti per i disegni eseguiti all’interno della forma chiusa, 3 punti per i disegni eseguiti sia all’interno che all’esterno della forma. Sommando i punti ottenuti in ciascuna cornice si ottiene il punteggio grezzo, si possono ottenere massimo 36 punti. Si riportano qui di seguito degli esempi riportati nel Manuale con degli elementi grafici e i disegni realizzati dai bambini (Williams, 1994).



- **Elaborazione (E):** si ha elaborazione quando i dettagli vengono posti in modo tale da rendere la figura asimmetrica. L’attribuzione dei punteggi avviene nel seguente modo: 1 punto per i disegni simmetrici sia all’interno sia all’esterno, 2 punti per i disegni asimmetrici al di fuori della forma, 3 punti per i disegni asimmetrici che presentano dettagli eccentrici. Sommando i punti ottenuti in ciascuna cornice si ottiene il punteggio grezzo, si possono ottenere massimo 36 punti. Anche qui si riportano degli esempi.



- **Titolo (T):** il titolo del disegno viene valutato in base alla lunghezza e alla complessità del vocabolario utilizzato; si assegnano 0 punti quando non viene

assegnato alcun titolo, 1 punto per un titolo semplice, 2 punti per un titolo che aggiunge almeno un elemento descrittivo, 3 punti per un titolo immaginativo che esprime qualcosa in più rispetto a ciò che è raffigurato nel riquadro.

Sommando i punti ottenuti in ciascuna cornice si ottiene il punteggio grezzo, si possono ottenere massimo 36 punti.

Sommando i punti ottenuti nelle singole scale si ottiene il punteggio grezzo totale.

Alla fine del presente elaborato è stata inserita un'appendice in cui sono presenti le fotografie dei disegni riferiti al *Test del Pensiero Divergete* realizzati dai pazienti.

2. *Test della personalità creativa*

Il *Test della personalità creativa* è una lista di 50 item a scelta multipla in cui si chiede ai bambini quanto pensino di essere curiosi, immaginativi, attratti dalla complessità e propensi ad accettare rischi; può avere una somministrazione di gruppo.

Il test permette di ottenere un punteggio totale e quattro sottopunteggi grezzi relativi a: *Curiosità, Immaginazione, Complessità, Disponibilità ad assumersi rischi.*

Alcuni esempi di item sono:

Curiosità (Cu):

- “Mi piace guardare le cose da più vicino per scoprire i dettagli che non avevo ancora notato”
- “Generalmente faccio domande quando non so qualcosa”

Immaginazione (Im)

- “Quando sarò grande vorrei fare o creare qualcosa a cui nessuno ha mai pensato”
- “Quando leggo o guardo la TV, mi piace far finta di essere uno dei personaggi”

Complessità (Co)

- “Mi piace scoprire se le cose sono realmente vere”
- “Mi piace cercare di risolvere un problema anche quando non c'è una sola risposta esatta”

Disponibilità ad assumersi rischi (Dr)

- “Mi piace provare cose nuove, giusto per vedere cosa succederà”
- “Mi sento bene quando incontro gli amici e ho con loro uno scambio di idee”

Sommando le quattro sottoscale si ottiene il punteggio grezzo totale. L'attribuzione dei

punteggi è ottenuta grazie all'utilizzo di due mascherine con dei fori, che vengono sovrapposte a ciascuna pagina del test, il punteggio massimo è di 100. Dei 50 item totali, 12 si riferiscono alla curiosità, 12 all'immaginazione, 13 alla complessità e 13 alla disponibilità ad assumersi rischi.

3. *Scala Williams per Insegnanti e Genitori*

La *Scala Williams* è una scheda di valutazione per i genitori e gli insegnanti (che nel presente studio non è stato possibile prendere in considerazione). Permette di rilevare le risposte di insegnanti e genitori in relazione agli otto fattori di pensiero divergente e personalità creativa misurati nel bambino attraverso i due precedenti test. È una scala di stima, non di misurazione di performance reale.

Alcuni esempi di item sono:

- “Il bambino pensa a diverse possibili risposte quando gli viene rivolta una domanda” (*Fluidità*)
- “Il bambino è capace di passare da un punto di vista ad un altro” (*Flessibilità*)
- “Il bambino mette in discussione i metodi stabiliti ed escogita nuovi metodi per risolvere i problemi” (*Originalità*)
- “Il bambino prende idee altrui e le modifica in qualche modo” (*Elaborazione*)
- “Il bambino fa domande a chiunque su tutto” (*Curiosità*)
- “Il bambino compone storie ambientandole in luoghi che non ha mai visto” (*Immaginazione*)
- “Il bambino vuole scoprire le cose senza essere aiutato” (*Complessità*)
- “Il bambino difende le sue idee indipendentemente dalle reazioni altrui” (*Disponibilità ad assumersi rischi*).

La scala si compone di 50 item con risposta a scelta multipla tra “spesso” (2 punti), “talvolta” (1 punto) e “raramente” (0 punti); alla fine della scheda ci sono quattro domande aperte a cui rispondere aggiungendo ulteriori commenti e si assegna punteggio 1, se il genitore o l'insegnante ha risposto affermativamente, oppure 0 punti se la risposta è stata negativa o non è stata data.

→ *Scale Psichiatriche di autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*

Le *Scale Psichiatriche di autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)* sono uno strumento diagnostico composto da un insieme di scale che esplorano un'ampia serie di sintomi e stati psichici dell'area dei disturbi internalizzanti.

La batteria può essere impiegata come screening, ovvero come primo approccio a soggetti in età evolutiva che abbiano tra gli 8 e i 18 anni.

Le scale sono suddivise per età: “e” per la scuola primaria (8-10 anni), “m” per la scuola secondaria di primo grado (11-13 anni) e “s” per la scuola secondaria di secondo grado (14-18 anni) (Cianchetti & Fancello, 2001). Tutte le scale sono state poste a standardizzazione su popolazione normale e somministrate per confronto ad una popolazione di soggetti con diverse patologie.

Le scale sono composte da item a cui si può rispondere “vero”, “una via di mezzo”, “falso”. La batteria comprende scale per: l'ansia (A), la depressione (D), i disturbi ossessivo-compulsivi (O), i disturbi alimentari psicogeni (P), i sintomi somatici (S) e le fobie (F) come evidenziato nella *Figura 4.2*. Per questo progetto sono state prese in considerazione le scale dell'ansia e della depressione come evidenziato nella *Figura 4.2*.

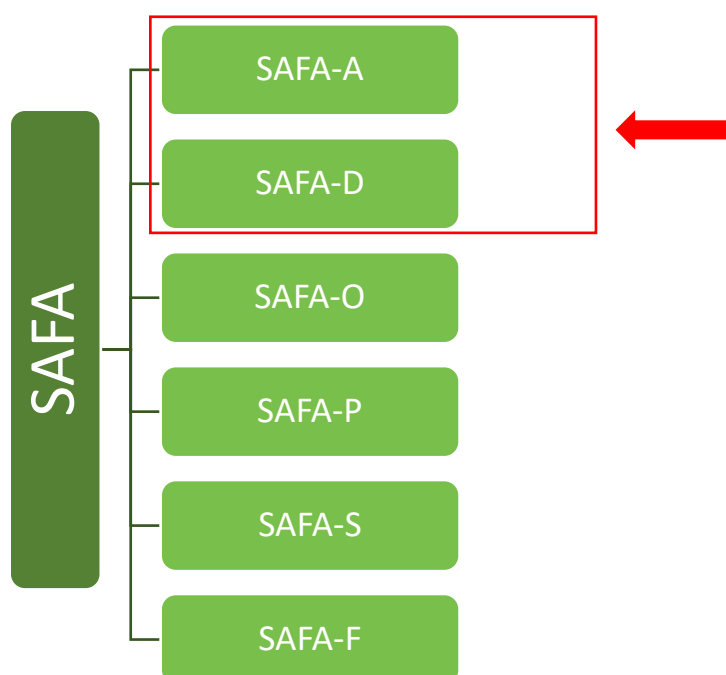


Figura 4.2 *Scale Psichiatriche di autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*

Per il calcolo dei punteggi delle *SAFA-A* e *SAFA-D* che sono composte da item in positivo e in negativo, sono necessarie le apposite griglie che permettono di ottenere un punteggio totale e quello delle subscale.

Questo strumento è stato scelto perché le scale sono autosomministrate e, alle volte, è più facile rispondere ad un questionario in maniera autonoma rispetto ad altre forme di indagine come ad esempio domande dirette; inoltre avere un contesto impersonale può inoltre favorire la spontaneità e la sincerità. I sintomi esplorati sono elencati in modo predefinito e permettono di porre i soggetti in una situazione standard confrontabile. Un altro vantaggio è che ogni singola subscale rappresenta un'area specifica di funzionamento dell'individuo e può essere interpretata sia in modo indipendente o in combinazione con altre.

1. *SAFA-ANSIA*

La scala relativa all'ansia è organizzata in base all'età:

- *SAFA-A/e* per la scuola primaria (8-10 anni): formata da 42 items.
- *SAFA-A/m* per la scuola secondaria di primo grado (11-13 anni): formata da 50 items, i primi 40 sono uguali alla *SAFA-A/e* eccetto qualche piccola differenza formale.
- *SAFA-A/s* per la scuola secondaria di secondo grado (14-18 anni): formata da items simili alla *SAFA-A/m* eccetto per alcune variazioni formali.

La scala è composta da item che compongono quattro subscale principali:

- *Ansia generalizzata*
- *Ansia sociale*
- *Ansia da separazione-perdita*
- *Ansia relativa alla scuola*

2. *SAFA - DEPRESSIONE*

La scala della depressione è organizzata in base all'età:

- *SAFA-D/e* per la scuola primaria (8-10 anni): formata da 48 items.
- *SAFA-D/m-s* per la scuola secondaria di primo e secondo grado (11-18 anni): è formata da 56 items.

La scala include sette subscale:

- *Umore depresso*
- *Anedonia, disinteresse*
- *Umore irritabile*
- *Senso di inadeguatezza, bassa autostima*
- *Insicurezza*
- *Senso di colpa*
- *Disperazione*

In questa scala sono previsti gli “item di menzogna” che costruiscono la *Scala di Simulazione* come elemento di verifica dell’attendibilità delle risposte.

4.2.3. PROCEDURA

Dopo aver presentato il progetto ai bambini e ai loro genitori, a chi ha acconsentito la partecipazione è stato consegnato il modulo del consenso informato affinché venisse firmato da entrambi i genitori. Inoltre al caregiver di riferimento è stato richiesto di compilare un *Questionario Socio-Demografico* e la *Scala Williams*.

Ai bambini/ragazzi invece sono stati somministrati i due strumenti di screening: uno per la creatività (*Test della Creatività e del Pensiero Divergente* formato dai due strumenti descritti precedentemente) e uno per l’ansia e la depressione (*SAFA-A, SAFA-D*). Queste due batterie di test sono state somministrate anche dalle tirocinanti post-lauream. Le somministrazioni possono essere avvenute nello stesso giorno, oppure in momenti diversi della settimana a causa di un setting ospedaliero, che necessita flessibilità e capacità di organizzarsi in base ai cambiamenti e alle priorità (ad es. visite, controlli, colloqui, ma anche stanchezza e affaticamento dei bambini stessi a causa delle condizioni mediche).

4.3 RISULTATI

4.3.1 CREATIVITA’ (AREA A)

A1) Screening della creatività in pazienti oncoematologici

L’area A1 aveva lo scopo di ottenere uno screening generale sulla creatività nei pazienti con diagnosi oncoematologica. I livelli di creatività rilevati sono stati riportati nelle *Tabelle 4.3 (Test del pensiero divergente)* e *4.4 (Test della personalità creativa)*

TEST DEL PENSIERO DIVERGENTE	MEDIA	DS	MIN	MAX
TOTALE	66,33	12,11	39	89

Tabella 4.3 Statistiche descrittive dei risultati del Test del Pensiero Divergente

Considerando il punteggio medio totale del campione normativo ($M=84,4$; $DS=12,11$), si evidenziano punteggi più bassi al *Test del pensiero divergente* ($M=66,33$; $DS=12,11$) tra i bambini con una diagnosi oncoematologica rispetto ai pari sani.

TEST DELLA PERSONALITÀ CREATIVA	MEDIA	DS	MIN	MAX
TOTALE	68,38	8,35	53	84

Tabella 4.4 Statistiche descrittive dei risultati del Test della Personalità creativa

Considerando il punteggio medio totale del campione normativo ($M=62,1$; $DS=18,0$) al *Test della Personalità Creativa* si evidenziano punteggi simili nei soggetti con diagnosi oncoematologica.

Di seguito si riportano le distribuzioni di frequenza relative alle singole sottoscale dei due strumenti utilizzati *Test del Pensiero divergente* (Figura 4.3) e *Test della Personalità creativa* (Figura 4.4) evidenziando il numero di partecipanti che presenta un punteggio sotto soglia, in norma e sopra soglia.

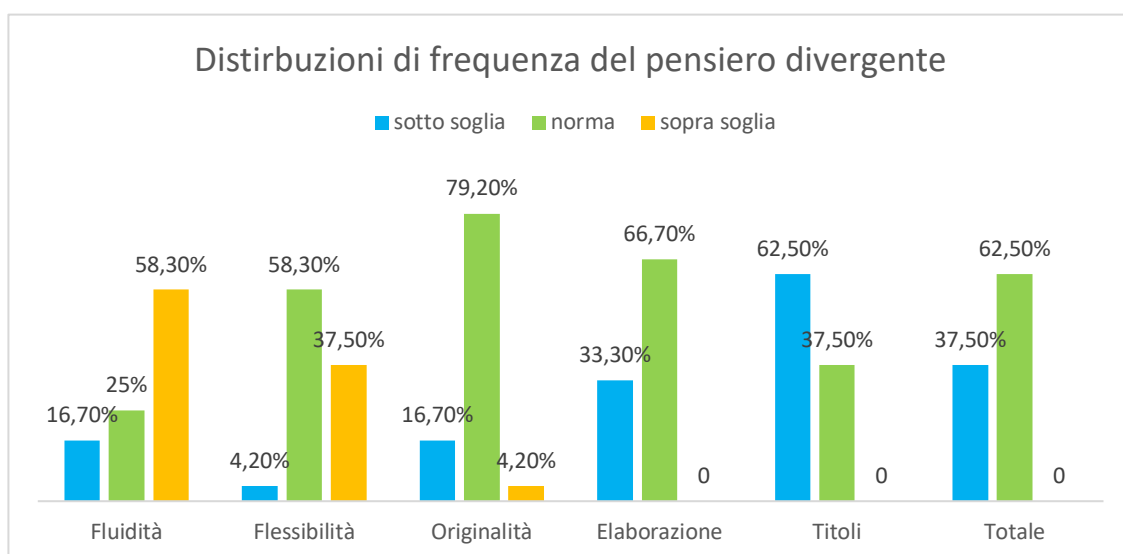


Figura 4.3 Distribuzioni di frequenza dei punteggi del Test del Pensiero Divergente.

Per il campione preso in esame ($n=24$), nella *Figura 4.3* possiamo notare che: per la scala della *Fluidità* si posiziona maggiormente sopra la norma; per le scale della *Flessibilità*, *Originalità* e dell'*Elaborazione* il campione risulta per lo più in norma anche se per *Elaborazione* notiamo una buona quota sotto soglia, mentre per i *Titoli* risultano più partecipanti sotto soglia. Il *Totale* evidenzia che il 62,5% dei pazienti raggiungono un punteggio in norma e il 37,5% un punteggio sottosoglia.

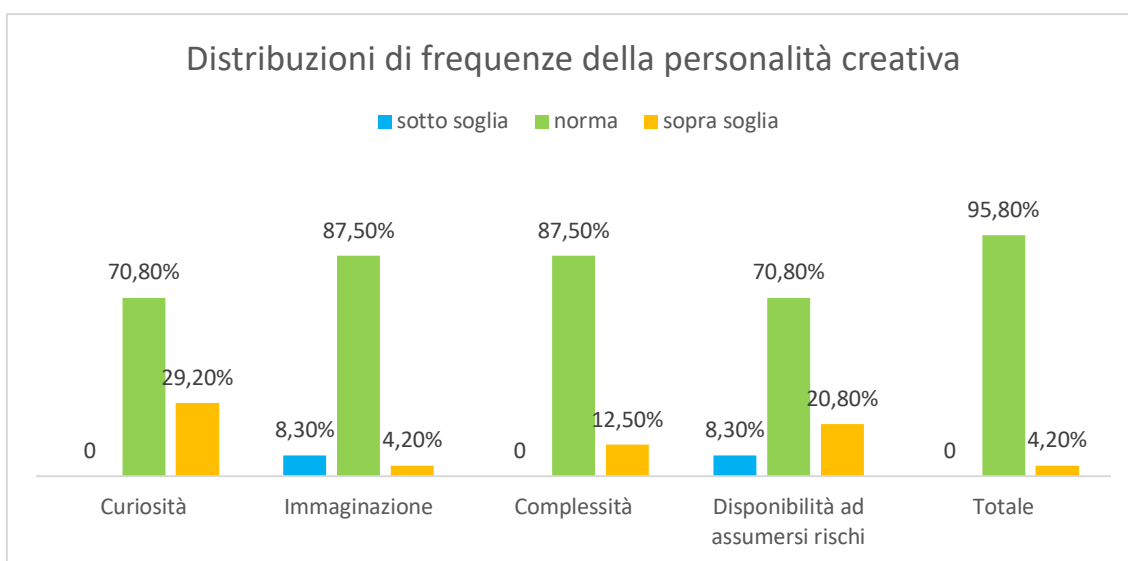


Figura 4.4 Distribuzioni di frequenza dei punteggi del Test della Personalità Creativa.

Dalla *Figura 4.4* relativa alla distribuzione di frequenze dei punteggi al *Test della personalità creativa* possiamo notare che, nel campione di bambini con diagnosi di oncematologica ($n=24$), nelle sottoscale della personalità creativa, ottiene, per la maggior parte dei pazienti, un punteggio in norma.

A2) Confronto genitori-figli sui livelli di creatività

La seconda domanda di ricerca vuole indagare se ci sono differenze tra le osservazioni dei genitori rispetto la creatività dei loro figli e i livelli di creatività dei bambini stessi.

Di seguito si riportano le statistiche descrittive (*Tabella 4.5*) della *Scala Williams*.

	MEDIA	DS
SCALA WILLIAMS	50,58	24,70

Tabella 4.5 Statistiche descrittive dei risultati della Scala Williams somministrata dai genitori

Considerando il punteggio medio totale del campione normativo ($M=47,9$; $DS=21,5$) alla *Scala Williams* si evidenzia un punteggio medio leggermente maggiore ($M=50,58$; $DS=24,70$) nei genitori dei bambini con diagnosi oncoematologica rispetto ai genitori dei pari sani.

Di seguito si riportano le distribuzioni di frequenza relative alla *Scala Williams*, che evidenziano il numero di genitori che considera la creatività del proprio figlio sotto soglia ($-1DS$), in norma e sopra soglia ($+1DS$) rispetto al campione normativo (*Figura 4.5*). Possiamo notare che: più della metà dei genitori considerano la creatività del proprio figlio in norma (54,16%), il 2% sotto la norma e il 25% sopra la norma.

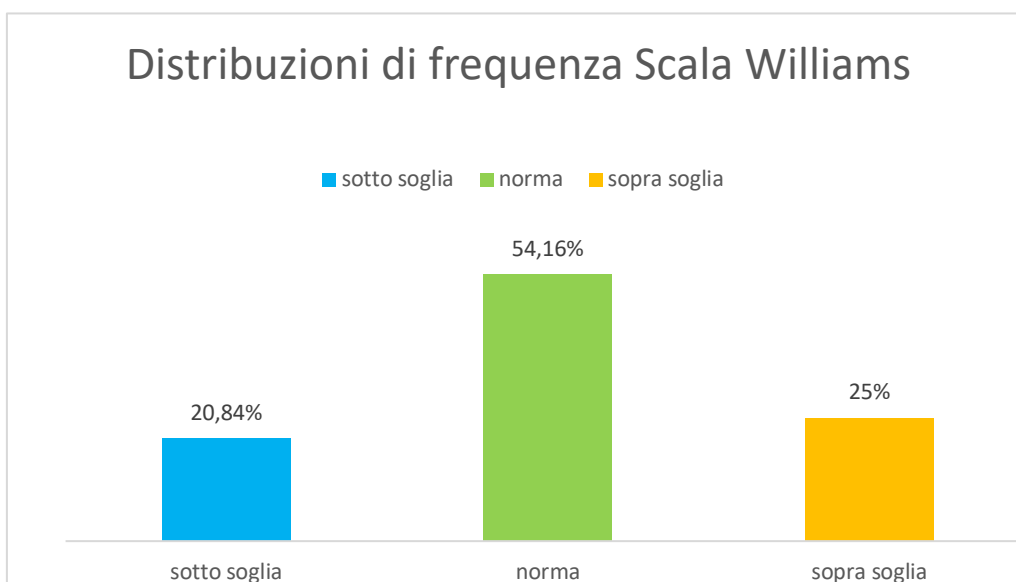


Figura 4.5 Distribuzione delle frequenze dei punteggi della *Scala Williams*.

Successivamente, per esplorare eventuali differenze nei livelli delle sottoscale della creatività, misurati nel bambino e riferiti dal genitore, sono stati condotti *t test* a campioni accoppiati.

Nello specifico si confronta il punteggio medio ottenuto nelle singole dimensioni del *Test del pensiero divergente* (fluidità, flessibilità, originalità, elaborazione) e del *Test della personalità creativa* (curiosità, immaginazione, complessità, disponibilità ad assumersi rischi) con il punteggio medio corrispondente alle singole dimensioni secondo la percezione del genitore e valutata con la *Scala Williams*.

La significatività statistica ai *t test* per *Fluidità* [$t_{18}=3.51$, $p.<0,05$], *Originalità* [$t_{18}=10.58$, $p.<0,05$], *Elaborazione* [$t_{18}=2.14$, $p.<0,05$], *Curiosità* [$t_{18}=13.66$, $p.<0,05$],

Immaginazione [$t_{18}=12.26$, $p.<0,05$], *Complessità* [$t_{18}=14.43$, $p.<0,05$], *Disponibilità ad assumersi rischi* [$t_{18}=11.50$, $p.<0,05$] evidenzia una differenza tra i punteggi medi delle suddette sottodimensioni rilevate nel paziente e riferite dai genitori.

Nello specifico, emergono livelli di fluidità, originalità, elaborazione, curiosità, immaginazione, complessità e disponibilità ad assumersi rischi maggiori nei figli rispetto alle osservazioni sulle stesse dimensioni riferite dalle madri. Non emergono differenze statisticamente significative nei livelli di flessibilità. Nella *Tabella 4.6* si riportano le statistiche descrittive significative emerse dal confronto.

	PAZIENTE		MADRE	
	MEDIA	DS	MEDIA	DS
FLUIDITA'	10,53	1,81	7,89	3,20
ORIGINALITA'	22,47	5,52	5,26	3,41
ELABORAZIONE	9,00	4,71	6,26	2,86
CURIOSITA'	19,00	2,96	7,32	3,21
IMMAGINAZIONE	15,68	2,94	6,95	3,45
COMPLESSITA'	16,32	2,56	7,11	2,90
DISPONIBILITA' AD ASSUMERSI RISCHI	17,21	3,66	6,58	2,43

Tabella 4.6 Statistiche descrittive madre bambino.

A3) Possibili associazioni tra creatività, il genere, le variabili sociodemografiche e quelle mediche

Sono stati condotti dei *t test* a campioni indipendenti per esplorare eventuali differenze di genere nei punteggi delle sottodimensioni della creatività (*Test del pensiero divergente* e *Test della personalità creativa*).

Non emergono differenze statisticamente significative nelle sottodimensioni del *Test del Pensiero divergente* in relazione al genere.

Invece, data la significatività statistica al *t test* [$t_{22}=1.6$, $p.<0,05$], si evidenziano punteggi più elevati nella sottodimensione *Disponibilità ad assumersi rischi* nel *Test della personalità creativa* nei maschi ($M=18.57$; $DS=1.90$) rispetto alle femmine ($M=16.30$; $DS=4.83$).

Inoltre, non emergono differenze di genere nei punteggi della *Scala Williams* (compilata

dal genitore), data l'assenza di significatività al *t test* per campioni indipendenti: avere un figlio maschio o un figlio femmina sembra non influenzare il giudizio del genitore.

Per quanto riguarda le eventuali associazioni tra i livelli di creatività del bambino, le variabili socio-demografiche e mediche verranno espone qui di seguito i risultati delle correlazioni di Pearson.

Nelle *tabelle 4.7a* e *4.7b* si riportano i valori del coefficiente *r di Pearson* soltanto per le correlazioni significative.

VARIABILI SOCIODEMOGRAFICHE E MEDICHE	VARIABILI BAMBINO	r di Pearson
TEMPO DALLA DIAGNOSI	Elaborazione	,53**
	Complessità	-,43*
ORE DI LAVORO	Fluidità	,47*
	Originalità	,46*
	Curiosità	,43*

Tabella 4.7a Correlazioni tra variabili sociodemografiche, mediche e variabili del bambino

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

VARIABILI SOCIODEMOGRAFICHE E MEDICHE	VARIABILI MADRE	r di Pearson
ORE DI LAVORO	Fluidità	,57*
	Originalità	,55*
	Complessità	,53*
	Disponibilità ad assumersi rischi	,60*

Tabella 4.7b Correlazioni tra variabili sociodemografiche, mediche e variabili del genitore

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

Il *tempo dalla diagnosi* correla positivamente con l'*Elaborazione* e negativamente con la *Complessità* riferite alla performance del paziente.

Inoltre emerge una correlazione positiva della variabile *Ore di lavoro* del genitore con la *Fluidità*, l'*Originalità* e la *Curiosità* riferite dal paziente e anche con la *Fluidità*,

Originalità, Complessità e Disponibilità ad assumersi rischi riferita dalle madri nella *Scala Williams*.

Il *test ANOVA* evidenzia una differenza significativa nel punteggio medio della sottoscala dell'*Originalità* [$F_2=3.47$, $p.<0,05$] del paziente in relazione alla situazione economica familiare (alta, media, bassa). In particolare, la significatività al *test post-hoc di Bonferroni* evidenzia che i pazienti i cui genitori riportano una situazione economica alta sono più originali di quelli con genitori che dichiarano una situazione economica media (differenza tra le medie = 5,83; $p.<0,05$).

4.3.2 SCREENING PSICOLOGICO (AREA B)

B1) Screening di sintomi di ansia e depressione nei pazienti oncoematologici

Lo scopo di questa domanda di ricerca è quello di indagare i livelli di ansia e depressione nei pazienti pediatrici oncologici.

La media dei punteggi totali per ansia (*SAFA-A*) e depressione (*SAFA-D*) del campione normativo sono suddivisi per genere e età.

Per il nostro campione di pazienti oncoematologici, abbiamo trasformato i punteggi grezzi ottenuti ai test *SAFA-A* e *SAFA-D* in punti T e abbiamo considerato come cut-off una deviazione standard sopra e una sotto (come indicato nel manuale di riferimento), nello specifico: in norma 41-59 punti T, borderline sotto soglia 40-30 punti T, clinico sotto soglia inferiore a 30 punti T, borderline sopra soglia tra 60-70 e clinico sopra soglia i punti T maggiori di 71.

Di seguito si riportano le distribuzioni di frequenza relative alle singole sottoscale, evidenziando il numero di partecipanti che raggiunge un punteggio borderline sotto soglia, in norma, borderline sopra soglia e clinico sopra soglia nella scala dell'ansia e con le relative sottoscale (*Figura 4.6*).

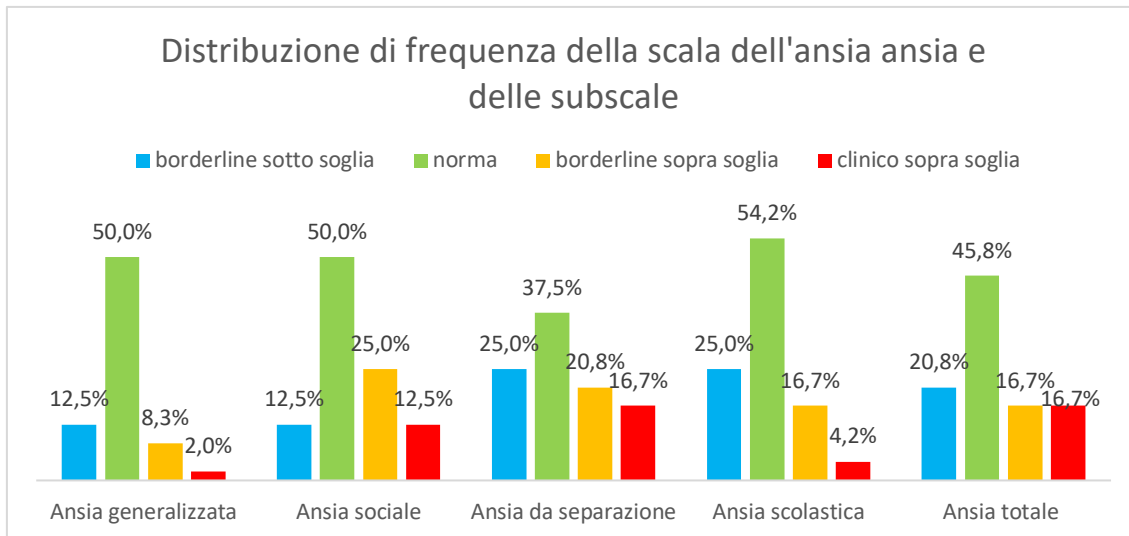


Figura 4.6 Distribuzioni di frequenza della scala dell'ansia e delle subscale

Dalla *Figura 4.6*, nel campione preso in esame ($n=24$), possiamo notare che: la maggior parte dei pazienti ha raggiunto punteggi in norma nelle scale dell'*Ansia generalizzata* (50%), dell'*Ansia sociale* (50%) e dell'*Ansia scolastica* (54,2%); le percentuali maggiori per i punteggi clinicamente significativi sono stati ottenuti per le scale dell'*Ansia sociale* (12,5%), dell'*Ansia da separazione* (16,7%) e per l'*Ansia totale* (16,7%); possiamo notare invece una distribuzione abbastanza omogenea per i punteggi borderline sia sotto soglia che sopra soglia nelle varie scale.

Le distribuzioni di frequenza relative alla scala della depressione e alle singole sottoscale sono riportate nella *Figura 4.7*.

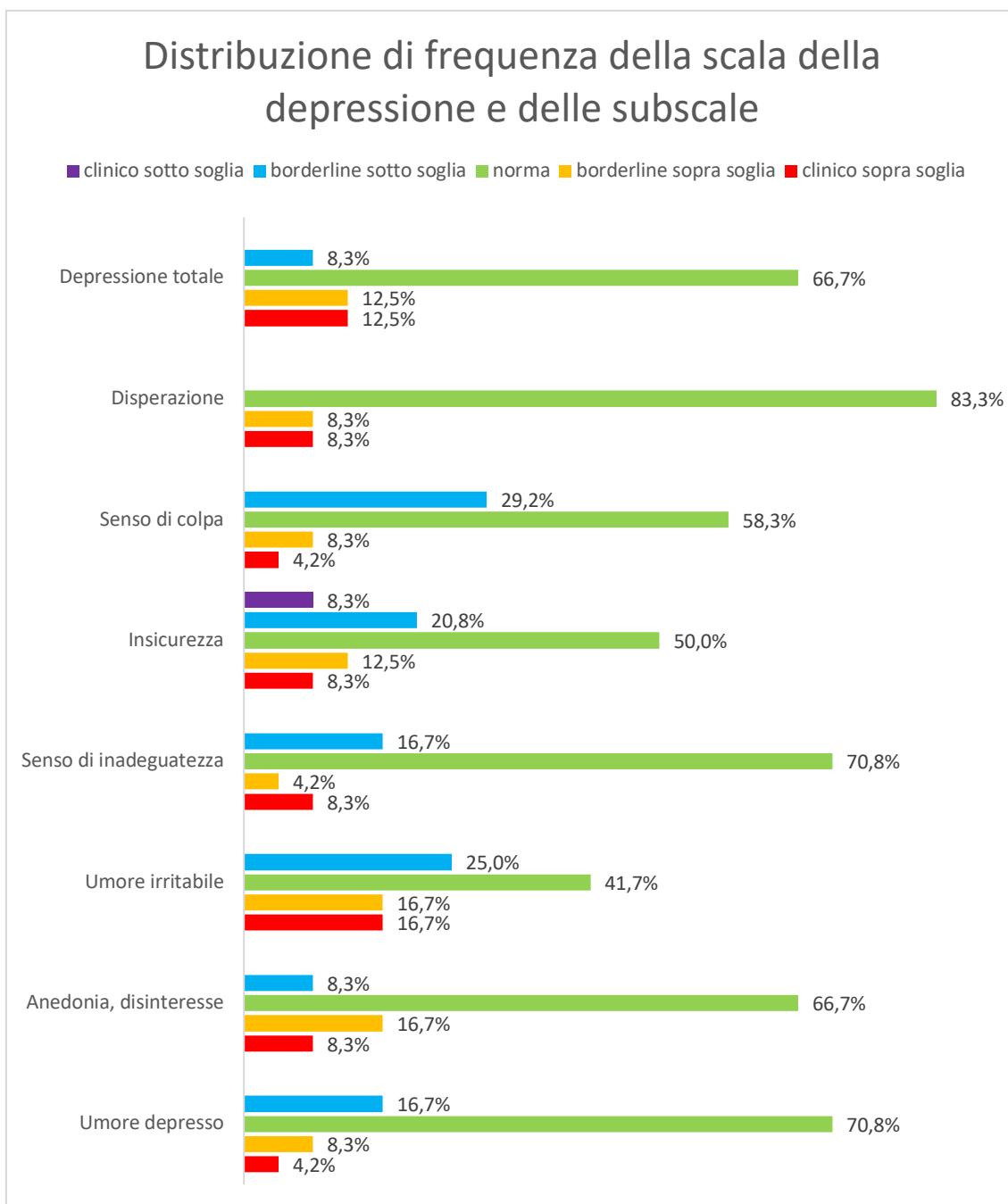


Figura 4.7 Distribuzione di frequenza della scala della depressione e delle sottoscale

Dalla *Figura 4.7* possiamo notare che si posizionano con punteggi in norma per più della metà dei pazienti in tutte le scale tranne per *Umore irritabile* (41,7%); si evidenziano punteggi clinicamente significativi sotto la soglia nella scala dell'*Insicurezza* (8,3%); punteggi clinicamente significativi sopra la soglia sono presenti in tutte le scale, con una percentuale maggiore nella scala dell'*Umore irritabile* (16,7%); punteggi borderline sopra e sotto la soglia sono presenti in tutte le scale.

B2) Associazioni tra ansia, depressione, variabili sociodemografiche e mediche

Per la seconda domanda di ricerca dell'area di ricerca B sono state indagate le associazioni tra i livelli di ansia e depressione con il genere del bambino/a, l'età, il tempo dalla diagnosi e eventuali variabili sociodemografiche.

Innanzitutto, sono stati condotti dei *t test* a campioni indipendenti per esplorare eventuali differenze di genere nei punteggi delle scale e sottoscale dell'ansia e della depressione

La significatività statistica ai *t test* per *Ansia scolastica* [$t_{22}=2.62$, $p.<0,05$], *Ansia totale* [$t_{22}=2.22$, $p.<0,05$] e *Disperazione* [$t_{22}=1.93$, $p.<0,05$], evidenzia una differenza tra i punteggi medi delle suddette sottodimensioni, con punteggi medi di *Ansia scolastica*, *Ansia totale* e *Disperazione* maggiori nei maschi rispetto alle femmine.

Nella *Tabella 4.9* si riportano le statistiche descrittive emerse dal confronto.

	MASCHI		FEMMINE	
	MEDIA	DS	MEDIA	DS
ANSIA SCOLASTICA	53,71	11,24	43,70	5,37
ANSIA TOTALE	58,07	14,24	46,60	9,28
DISPERAZIONE	53,21	10,61	46,10	5,50

Tabella 4.9 Statistiche descrittive di genere.

Per quanto riguarda le eventuali associazioni di ansia e depressione con variabili sociodemografiche e mediche sono state condotte correlazioni di Pearson. Nella *tabella 4.10* si riportano i valori per le correlazioni risultate significative.

VARIABILI SOCIODEMOGRAFICHE E MEDICHE	ANSIA E DEPRESSIONE (con sottoscale)	r di Pearson
ETA'	Ansia Totale	,51**
	Ansia generalizzata	,56**
	Ansia da separazione	,54**
	Ansia scolastica	,43*

** La correlazione è significativa a livello 0,01 (a due code)

* La correlazione è significativa a livello 0,05 (a due code)

Tabella 4.10 Correlazioni tra variabili sociodemografiche, mediche e variabili del genitore

La variabile *Età* correla positivamente con *Ansia totale*, *Ansia generalizzata*, *Ansia da separazione*, *Ansia scolastica*: all'aumentare dell'età sembrerebbe aumentare l'ansia (tranne quella sociale). Questa analisi è stata effettuata coi punteggi T, per cui tiene già conto della variabilità di questi punteggi a seconda dell'età del compilatore.

4.3.3 ASSOCIAZIONI TRA BENESSERE E CREATIVITÀ (AREA C)

C1) Associazioni tra le scale e le sottoscale della creatività, dell'ansia e della depressione

L'area C si pone come scopo quello di indagare eventuali associazioni tra la creatività, la presenza di sintomi di ansia e depressione.

Sono state perciò condotte correlazioni di Pearson. Nella *tabella 4.11* si riportano i valori del coefficiente *r di Pearson* per le associazioni risultate significative.

CREATIVITA'	ANSIA	DEPRESSIONE	r di Pearson
Fluidità	Ansia da separazione		-,41**
Flessibilità	-	Disperazione	-,52**
Elaborazione	-	Senso di inadeguatezza	-,41*

Tabella 4.11 Correlazioni tra le sottoscale di creatività, ansia e depressione

Sono emerse correlazioni negative tra la *Fluidità* e l'*Ansia da separazione*, tra la *Flessibilità* e la *Disperazione* e tra l'*Elaborazione* e il *Senso di inadeguatezza/Bassa autostima*.

Non sono emerse associazioni significative tra le sottoscale della personalità creativa (*Curiosità*, *Immaginazione*, *Complessità*, *Disponibilità ad assumersi rischi*) e quelle dell'ansia e della depressione.

5. DISCUSSIONE

5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

In oncologia pediatrica, il periodo di degenza prolungata, l'incertezza sul futuro, l'isolamento sociale, il distanziamento dai familiari, le terapie oncoematologiche molto forti e i periodi molto lunghi di cure possono avere un impatto negativo sul livello di benessere psicologico dei pazienti pediatrici (Papp, Horváth, Kelemen, Hutanu, & Dobreanu, 2019).

Bambini con malattia oncoematologica manifestano sintomi che sono non solo associati alla salute fisica, ma anche alla salute sociale e, spesso, provano un forte disagio emotivo (Dobrozsi, Yan, Hoffmann, & Panepinto, 2016).

Il disagio emotivo è un indicatore di sofferenza, un predittore di una qualità della vita negativa tra bambini e adolescenti con tumore. Le forme più comuni di disagio emotivo sono i disturbi depressivi e d'ansia che colpiscono dal 25% al 35% circa di questa popolazione (Yardeni, et al., 2021).

La letteratura evidenzia che l'uso delle arti creative come metodo terapeutico può migliorare la gestione dei sintomi dei pazienti pediatrici oncologici, sottolineando che gli interventi artistici possono essere di varia natura: dalla letteratura alle belle arti, alla musica, alla danza/movimento, o ad altre forme come lo yoga, il teatro e la poesia (Abdulaha & Abdullab, 2018; Medden et al., 2010; Raybin & Krejicek, 2020; Rayb, Barr & Jones, 2020).

Tuttavia, la ricerca non evidenzia nello specifico se esistano associazioni con la creatività nel contesto del benessere dei pazienti pediatrici oncologici, se non attraverso interventi in cui vengono utilizzati all'atto pratico strumenti e modalità artistiche.

Il presente progetto di ricerca si inserisce all'interno di questo contesto, per indagare se la creatività ha un ruolo nel benessere psicologico nei bambini con diagnosi oncoematologica. Lo studio non vuole essere esaustivo, ma si pone come punto di partenza per spunti di riflessioni e indagini future e per strutturare degli interventi psico-educativi per i bambini che possano essere innovativi e utili.

Il progetto ha coinvolto 24 partecipanti con diagnosi oncoematologica, abbastanza paritaria per genere e di età compresa tra gli 8 e i 18 anni e sono stati utilizzati due strumenti: il *Test della creatività e pensiero divergente (TCD)* composto dal *Test del pensiero divergente* e dal *Test della personalità creativa* somministrati ai bambini e la

Scala Williams somministrata ai genitori, le *Scale Psichiatriche di autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)* nello specifico quelle dell'ansia (*SAFA-A*) e della depressione (*SAFA-D*). I dati sono stati raccolti durante il mio tirocinio pre-lauream nella Clinica di Oncoematologia Pediatrica da giugno a agosto 2023.

Di seguito verranno discussi i rispettivi risultati delle tre aree di ricerca, nello specifico: nella prima area è stata indagata la creatività, nella seconda area è stato effettuato uno screening generale psicologico e nella terza area sono state esplorate eventuali associazioni tra i risultati ottenuti nelle prime due.

Per quanto riguarda la prima area d'indagine, essa intende: esplorare i livelli di creatività; valutare eventuali differenze nei livelli di creatività riferiti dai genitori, rispetto a quelli misurati nel bambino; infine indagare eventuali associazioni tra i livelli di creatività del bambino e alcune variabili sociodemografiche e mediche. I risultati verranno discussi qui di seguito.

In primo luogo, con i questionari relativi alla creatività sono state indagate eventuali differenze rispetto alle norme sia con il *Test del pensiero divergente* sia con il *Test della personalità creativa* e con le *Scale Williams*; sono stati trovati complessivamente punteggi nella norma sia nel *Test del pensiero divergente* che nel *Test della personalità creativa*, a parte i punteggi significativamente sotto la media in alcune sottoscale, in particolare nei *Titoli*. La produzione dei titoli richiede capacità verbali di trasformazione semantica che comprende sia la lunghezza sia la complessità del vocabolario usato. Si potrebbe ipotizzare che la malattia e i trattamenti a cui questi bambini sono sottoposti possano influenzare alcune abilità, tra cui quelle verbali e di scrittura. Infatti, in accordo con la letteratura, si evidenzia che le terapie possono avere effetti collaterali, sia somatici che funzionali, molto importanti e anche a lungo termine. Oltre a complicanze mediche possono essere osservabili danni neuropsicologici e quindi può risultare compromesso il funzionamento di specifiche aree come, ad esempio, la velocità di elaborazione, la coordinazione motoria fine, l'attenzione, la concentrazione, dalle quali possono scaturire difficoltà nell'acquisizione dell'abilità verbale, della lettura, delle capacità matematiche (Guarino, 2006). Infatti, i bambini affetti da malattia oncologica, possano manifestare difficoltà scolastiche, nonostante il livello intellettuale generale possa rimanere inalterato (Giovannetti, et al., 2019). Più in particolare, anche se il livello intellettuale rimane preservato, possiamo osservare specifiche difficoltà attentive e delle funzioni esecutive

in pazienti trattati con chemioterapia, che si traducono poi in difficoltà scolastiche (Adduci A. &, 2011). Inoltre, si potrebbe ipotizzare che la discontinuità scolastica, dovuta ai lunghi programmi di terapie e procedure mediche a cui questi bambini sono sottoposti, non permetta loro di consolidare alcune abilità e stimolarli nell'apprendimento. Per quanto riguarda, invece, le altre scale si sono posizionati nella norma, indicando come l'ospedalizzazione non sembri influenzare la creatività, se non in alcune specifiche sottoscale come indicato sopra che richiedono capacità di elaborazione più avanzata.

Per quanto riguarda i livelli di creatività riferiti dai genitori nella *Scala Williams* i risultati rientrano nella norma ma, confrontandoli con i risultati delle performance dei pazienti, risultano discordanti. Nello specifico sembrerebbe che i genitori assegnino punteggi inferiori alla creatività del figlio rispetto ai punteggi emersi nei test dei pazienti stessi. I genitori sembrano, quindi, sottovalutare le potenzialità creative dei figli. La *Scala Williams* offre un mezzo per identificare tutti gli otto fattori del pensiero divergente e della personalità creativa del proprio figlio e, probabilmente, in questo contesto, i genitori dei pazienti oncoematologici perdono di vista alcune capacità e abilità dei bambini di fronte alla situazione molto grave che devono affrontare.

Questa discrepanza emersa è in disaccordo con la tendenza generale delle madri che tendono a sopravvalutare la capacità dei figli, non solo rispetto le prestazioni, ma anche rispetto all'età in cui il bambino potrebbe padroneggiare alcuni compiti. Queste sovrastime indicano che i genitori si aspettano molto dai loro figli (Brzezinski, Nuovo, Marek, & Maruszewski, 1993). In questo contesto, in cui la patologia viene considerata una malattia familiare perché è un evento che costringe la famiglia a creare nuovi equilibri e nuove routine per adattarsi alla malattia (Tremolada & Bonichini, 2019), probabilmente i genitori concentrano la loro attenzione sul percorso oncoematologico e non su alcuni aspetti come, ad esempio, la creatività del bambino. Il loro giudizio potrebbe essere offuscato dallo stress e dalla loro possibile sintomatologia psicologica.

Successivamente sono state indagate le differenze di genere tra i livelli di creatività e non sono emerse differenze significative, se non nella sottoscale della *Disponibilità ad assumersi rischi* nel *Test della personalità creativa*. Questa dimensione, nel *TCD*, rappresenta il "coraggio" di esporsi al fallimento e alle critiche, di tentare di indovinare soluzioni nuove, di operare bene anche in condizioni destrutturate, di

difendere le proprie idee. Questo risultato emerso è in accordo con lo studio di Sica et al. (Sica, Nasti, & Sestito, 2012) dove i maschi presentano punteggi significativamente più elevati delle femmine, in un gruppo di ragazzi sani, nella scala della *Disponibilità ad assumersi rischi*.

Ulteriori indagini sono state realizzate in quest'area, in particolare tra la creatività e le variabili mediche, dai risultati emersi vediamo che il *Tempo dalla diagnosi* correla negativamente con la *Complessità*. La complessità, nel *TCD*, rappresenta l'“orientamento” a cercare numerose alternative, a vedere il divario che c'è tra come le cose sono e come potrebbero essere, a ripristinare l'ordine partendo dal caos, a muoversi tra idee e problemi intricati. Si potrebbe ipotizzare che man mano che il tempo in cui questi bambini affrontano le terapie tendono a stabilizzare il loro “orientamento” sul qui ed ora, senza cercare di trovare alternative; rendendosi conto che, purtroppo, il loro percorso sarà molto difficile e segnato da trattamenti e procedure mediche spesso molto lunghe. Si potrebbe pensare, quindi, che hanno meno aspettative sul futuro, hanno meno possibilità di fare progetti e questo peggiora all'aumentare del tempo dalla diagnosi. Infatti, la malattia costituisce un forte attacco alla progettualità, portando il bambino malato e la sua famiglia in un “*tempo fuori dal tempo*” (Grotto, Papini, & Tringali, 2008, p. 14).

Oltre quest'ultima associazione è emerso che la quantità di tempo impiegato dal genitore sul lavoro è positivamente associata ad alcune sottoscale del *Test del pensiero divergente* e del *Test della personalità creativa*, nello specifico *Fluidità*, *Originalità*, *Curiosità* del bambino e anche con alcune sottoscale della *Scala Williams*, compilata dal genitore, riferita al proprio figlio: *Fluidità*, l'*Originalità*, la *Complessità* e la *Disponibilità ad assumersi rischi*.

Sembra che maggiore è il tempo impiegato dal genitore a lavoro maggiori sono alcuni aspetti della creatività del figlio sia nella percezione del genitore che in valutazione diretta del bambino.

Osservando questi risultati si potrebbe riflettere sulla maggiore libertà e maggiore spazio concesso al bambino per poter esplorare ciò che lo circonda se il genitore è maggiormente impegnato sul lavoro. Nella nostra società spesso si tende a stimolare molto i bambini senza lasciargli dei momenti vuoti in cui potersi annoiare. I genitori si sentono spesso responsabili del tempo dei figli e cercano di fornirgli molti stimoli, ma i bambini hanno

bisogno di tempo libero, di essere lasciati con loro stessi, con le loro possibilità di esplorare, riflettere ed annoiarsi fino a trovare da soli degli stimoli da cui ripartire (Pinto, 2017). Forse le pause sono una chiave importante che offre una possibilità di comunicazione con sé stessi per riflettere, osservare o per ideare e pensare a nuove idee senza bisogno di uno stimolo costante e esterno che riempia la mente e i momenti della giornata (Belton, 2015).

Verranno discussi ora i risultati della seconda area d'indagine di screening psicologico. I sintomi e i disturbi d'ansia, in generale in età evolutiva, presentano dei tassi di prevalenza variabili tra il 9% e il 20% costituendo, il gruppo di disturbi più frequenti in età evolutiva; inoltre, è presente una maggiore predisposizione a sviluppare un disturbo d'ansia nelle femmine rispetto ai maschi (Tambelli, 2017).

Nella valutazione dei disturbi psicologici ed emotivi nei pazienti pediatrici oncologici una revisione di Al-Saadi et al. (Al-Saadi, Fai Chan, & Mohammed Al-Azri, 2022) ha determinato i tassi di prevalenza di ansia (13,92%) e depressione (20,43%).

I risultati del presente studio sono in linea con la letteratura; infatti, i livelli di ansia misurati nel campione preso in considerazione di bambini con diagnosi oncoematologica risultano molto alti, emergono punteggi clinicamente significativi nelle scale dell'*Ansia sociale* (12,5%), dell'*Ansia da separazione* (16,7%) e dell'*Ansia Totale* (16,7%).

Per quanto riguarda la depressione, la prevalenza del disturbo depressivo nell'arco dell'età evolutiva, in relazione alle varie fasce d'età, varia dallo 0,3-1% in età prescolare, allo 0,4-2,5% in età scolare e non risultano evidenti differenze di genere (Tambelli, 2017). Nel presente studio sono emersi risultati clinicamente significativi nella scala della *Depressione* (12,5%) e in alcune sottoscale, nello specifico, nell'*Umore irritabile* (16,7%). Alla luce dei risultati emersi nel campione preso in considerazione possiamo sostenere che, i pazienti con diagnosi oncoematologica, manifestano alti livelli di ansia e di depressione clinicamente significativa, rispettivamente 16,7% e 12,5%.

In questo campione risulta che i maschi presentino più sintomi di ansia rispetto alle femmine. Questo risultato è in disaccordo con la letteratura di riferimento che afferma invece che, i sintomi d'ansia e di depressione, così come la maggior parte dei disturbi internalizzanti sono maggiormente frequenti nelle femmine, mentre i maschi hanno una maggiore predisposizione ai disturbi esternalizzanti (Martel, 2013).

Per il campione oncologico di riferimento non sono state rinvenute evidenze in letteratura

in merito a differenze di genere nei sintomi ansiosi e depressivi; si potrebbe ipotizzare che nei pazienti presi in considerazione in questo contesto, i maschi abbiano più difficoltà nell'esternare le proprie paure e preoccupazioni rispetto alle femmine che, al contempo, riescono anche di beneficiare maggiormente del supporto psicologico.

La terza area di indagine aveva come obiettivo quello di esplorare se le dimensioni dei sintomi dei disturbi mentali più comuni in questa popolazione clinica fossero associati alle dimensioni della creatività. Sono state trovate associazioni negative con alcune dimensioni dell'ansia, della depressione e della creatività. In particolare: la capacità di generare un flusso di idee (*Fluidità*) e l'ansia da separazione; il pensiero flessibile (*Flessibilità*) che permette di passare da un concetto a un altro con la disperazione; il pensiero elaborativo (*Elaborazione*) caratterizzato da una ricchezza di particolari con il senso di inadeguatezza (bassa autostima). Nonostante i risultati siano poco chiarificatori, possiamo ipotizzare che la presenza di sintomi di ansia e di depressione non prevedano livelli più elevati di capacità creative, come evidenziato nello studio di Silvia & Kimbrel (Silvia & Kimbrel, 2010).

Infatti, con questo studio pilota, è emerso che c'è una relazione negativa tra alcune forme di creatività e alcuni costrutti di ansia e depressione; pertanto, possiamo affermare che l'ansia e la depressione hanno a che fare con la creatività, sono necessarie però ulteriori indagini con campioni più numerosi per esplorare queste correlazioni emerse e capirne la direzione.

Invece, per quanto riguarda le dimensioni della personalità creativa, dell'ansia e della depressione non sono state trovate associazioni statisticamente significative. Sembra, infatti, esserci stabilità temporale nelle dimensioni della personalità delle persone creative (Feist, 1998). Si potrebbe ipotizzare che i sintomi di ansia e depressione non abbiano un impatto nella personalità, forse perché i sintomi rilevati sono legati all'evento di malattia. Infatti, l'origine della sofferenza nei bambini oncologici non è intrapsichica, ma è legata a un "evento esterno" anche se spesso gli esiti possono essere psicopatologici (Bonichini & Tremolada, La psicologia pediatrica, 2019).

La domanda "*La creatività è legata alla malattia mentale?*" è troppo grande per rispondere in modo netto con un sì o un no, suggeriscono Silvia & Kimbrel (Silvia & Kimbrel, 2010), affermando che esistono molte forme di creatività e che ci sono molti tipi di malattie mentali.

Inoltre gli strumenti d'indagine sono tanti e le metodologie diverse e questo comporta un'ulteriore difficoltà nel generalizzare i risultati.

Pertanto, questo studio apre la possibilità a possibili riflessioni e magari a indagini future, ma, soprattutto, non esclude la possibilità che ci sia un legame tra queste dimensioni che merita ulteriori indagini.

5.2 LIMITI, PUNTI DI FORZA E PROSPETTIVE FUTURE

Con questo studio è stato possibile raccogliere dei dati preliminari sulla creatività dei bambini con diagnosi oncoematologica, sui loro livelli di ansia e depressione e su possibili associazioni tra queste due aree d'indagine.

Il progetto presenta dei limiti: la numerosità campionaria non permette di trarre conclusioni generalizzabili, di conseguenza sarebbe necessario ampliare la ricerca reclutando più pazienti oncoematologici pediatrici. Da qui emerge un'ulteriore difficoltà, che riguarda la somministrazione dei test in questa popolazione clinica: la maggior parte del tempo questi pazienti sono sottoposti a terapie e procedure mediche molto lunghe e invasive, che non permettono di concordare un momento specifico per la somministrazione dei test. Inoltre, il setting ospedaliero e l'impossibilità di muoversi di alcuni pazienti non ha agevolato le procedure di somministrazione dei test, nonostante, dal punto di vista di chi deve raccogliere dei dati, questi limiti possano essere interpretati come un'opportunità per sviluppare flessibilità e capacità di adattamento in un ambiente in continuo movimento.

Una prospettiva futura potrebbe includere anche un gruppo di controllo nella ricerca, per confrontare i risultati ottenuti dai bambini oncologici con i pari sani.

Nonostante alcune difficoltà, il *Test del pensiero divergente* del TCD ha suscitato curiosità e interesse nei bambini; disegnare partendo da uno stimolo rappresentava quasi un indizio per un indovinello, spesso risultava divertente, a volte i bambini hanno chiesto di concludere il test nonostante il tempo fosse terminato e, inoltre, era diventato un modo per occupare il tempo impegnandosi in attività che per loro risultavano ludiche in quei momenti di attesa vuoti. Questo test semi-strutturato con delle cornici in cui sono presenti degli stimoli da cui partire per la produzione grafica del bambino, mi ha permesso di creare anche delle attività laboratoriali artistiche, fornendomi degli spunti operativi da mettere in pratica con pochi e semplici strumenti.

Infatti, oltre a questo progetto di tesi ho avuto la possibilità di condurre delle attività ludico-artistiche sia individuali sia in piccolo gruppo che esulano dalla ricerca ma ne hanno preso spunto. L'idea è nata partendo dal concetto di stimolo (linea/forma/figura) presente nel *Test del pensiero divergente*, con il quale il paziente aveva già familiarizzato. Ho creato delle card colorate con altrettanti stimoli, alcuni simili alcuni diversi da quelli presenti nel test e i bambini dovevano pescare ad occhi chiusi una di queste card e disegnare con una matita lo stimolo pescato in un foglio di cartoncino.

Una volta disegnato a matita lo stimolo, il paziente aveva la possibilità di creare un disegno originale partendo dallo stimolo iniziale pescato, utilizzando la tecnica del collage, quindi ritagliando e incollando delle immagini in bianco e nero, che avevo preparato. I pazienti potevano consultare l'album di fotocopie che avevo costruito, in cui erano presenti numerosi oggetti/animali/figure suddivisi per categoria (es. oggetti rotondi, oggetti che tagliano, congegni meccanici, parti del volto, strumenti musicali, attrezzi da cucina...).

Qui di seguito vengono presentati i materiali costruiti e gli elaborati finali dei bambini accompagnati da alcuni dialoghi brevi tra me e il paziente che stava svolgendo l'attività.



CARD CON STIMOLI GRAFICI



ALBUM CON IMMAGINI SUDDIVISE PER
CATEGORIE



C., 13 anni *Il fiore meccanico*

Card pescata: linea ondulata

A: "Cosa ti viene in mente?"

C: "Il gambo di un fiore!"

A: "Proviamo a disegnarlo attraverso un collage di oggetti"

C: "Un gambo fatto di forchette"

A: "E la corolla come vorresti farla?"

C: "Beh, fatta di piume!"

A: "E il pistillo?"

C: "Un bottone"



M., 11 anni *Un suolo di spunciotti*

Card pescata: linea seghettata

A: "Cosa ti viene in mente?"

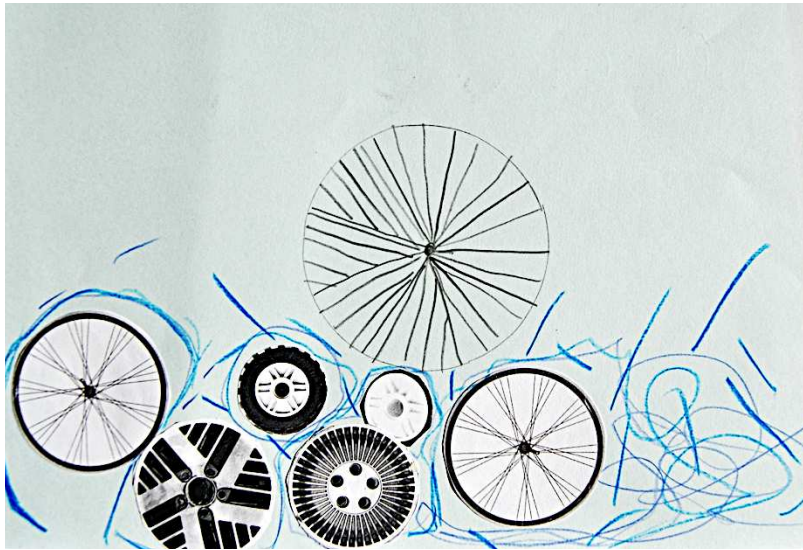
M: "Degli spunciotti"

A: "E dove sono questi spunciotti?"

M: "In un mondo pieno di spunciotti!"

A: "E come si vive in un mondo pieno di spunciotti?"

M: "Bisogna volare per non farsi male"



G., 10 anni, *Il mare di ruote*

Card pescata: cerchio

A: "Cosa ti viene in mente?"

G: "Una ruota!"

A: "Prova a immaginare una figura, un ambiente, un mondo fantastico con questa ruota"

G: "Un mare! Un mare di ruote"



B., 10 anni, *Una cosa a caso*

Card pescata: cerchio

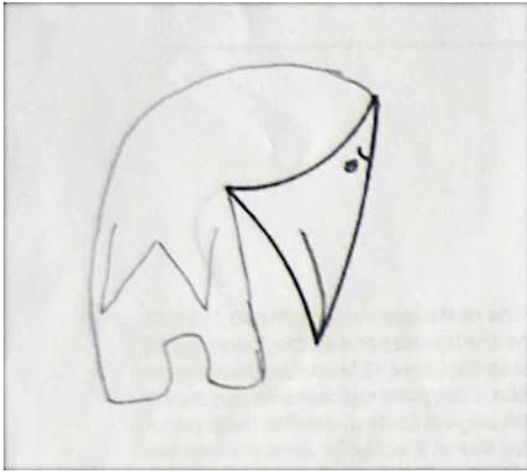
A: "Cosa ti viene in mente?"

B: "Un nido!"

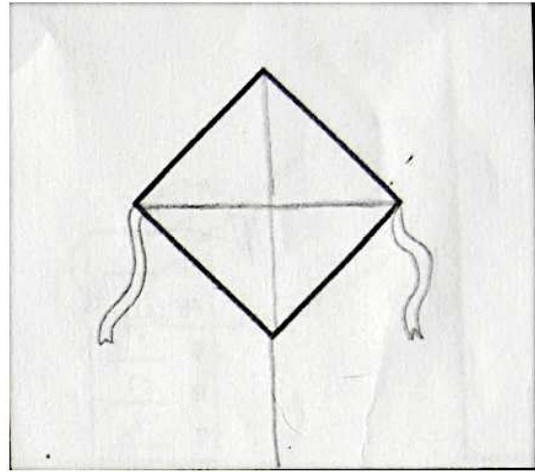
A: "Dove sta questo nido?"

B: "In una bottiglia! Poi ci faccio anche una libreria"

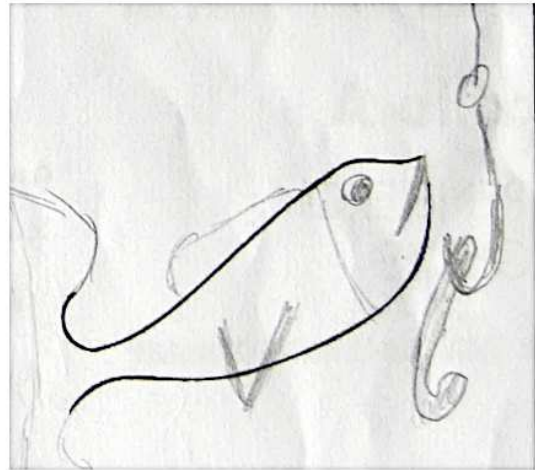
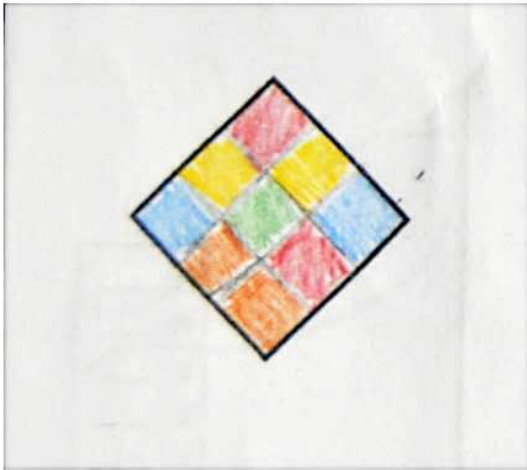
APPENDICE



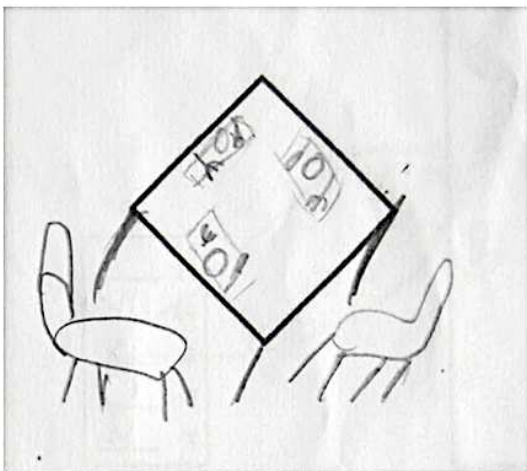
Il pinguino triste



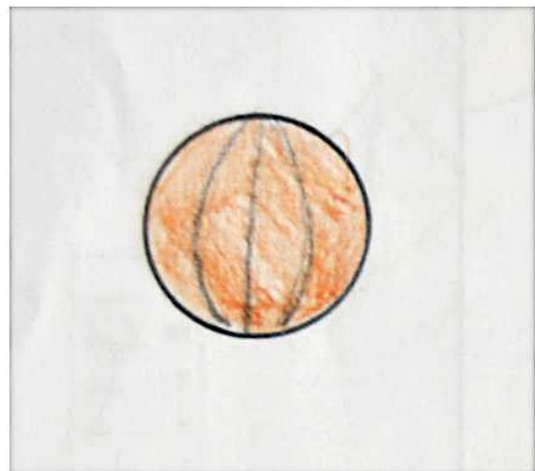
Aquilino

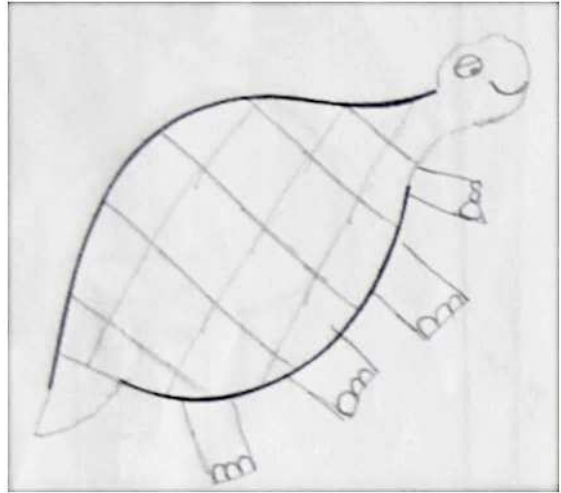
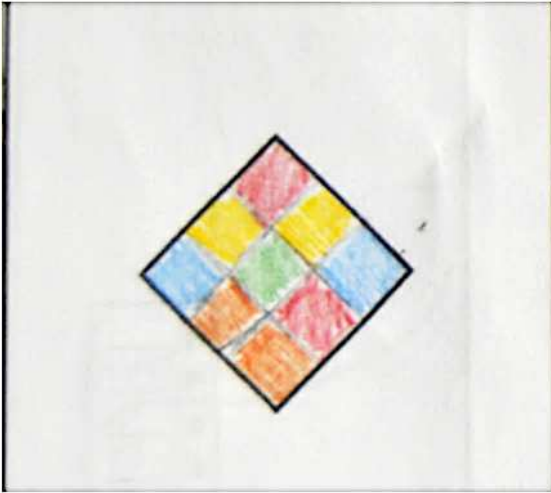


Il pesciolino magico

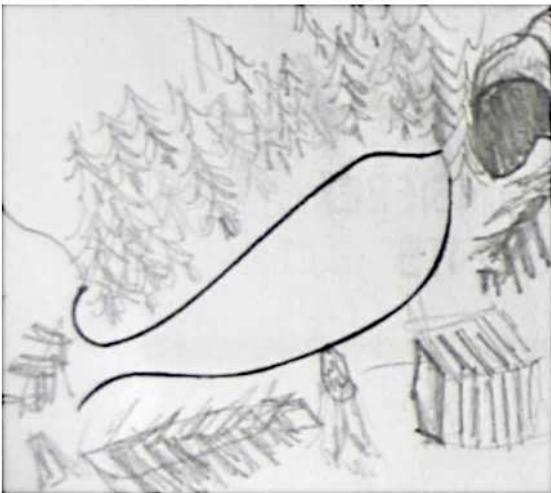


La tavola della mensa

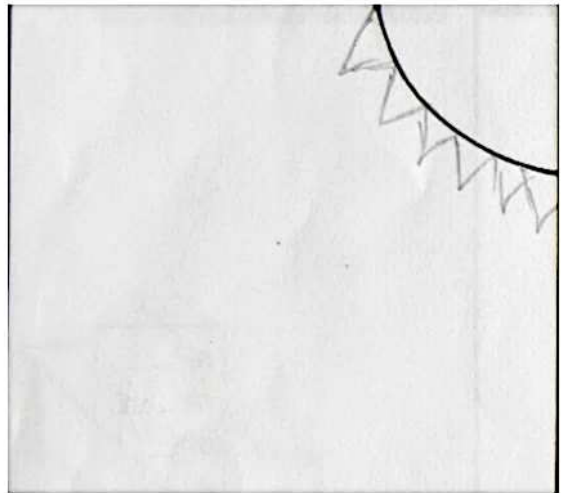




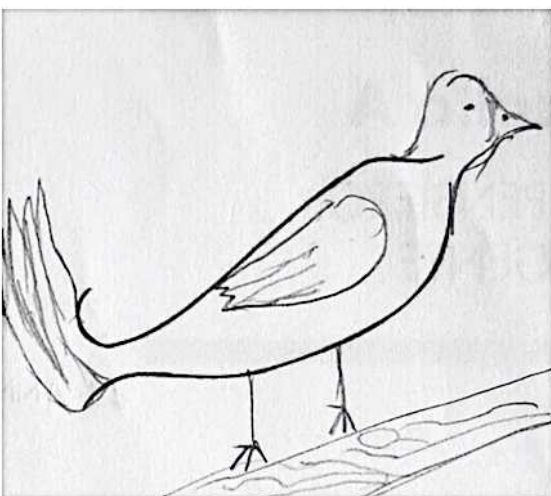
Tartaruga nel chill



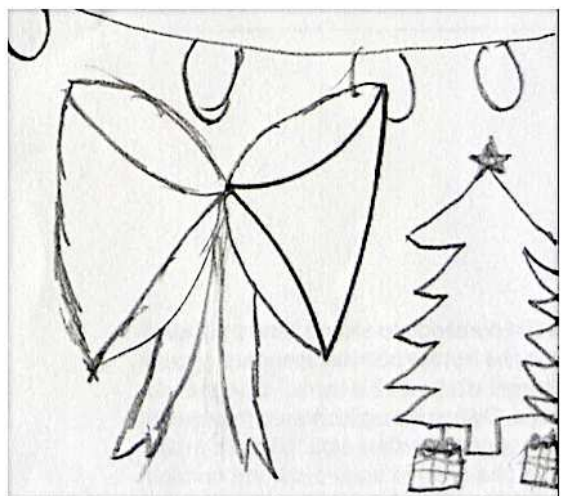
L'andamento dell'ambiente



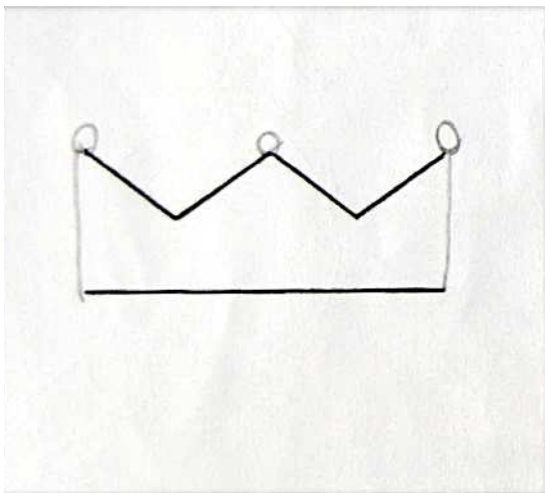
Sole



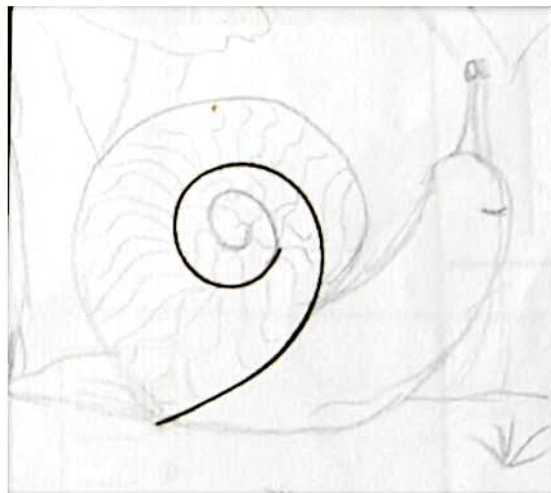
L'uccello nell'albero



E' arrivato il Natale



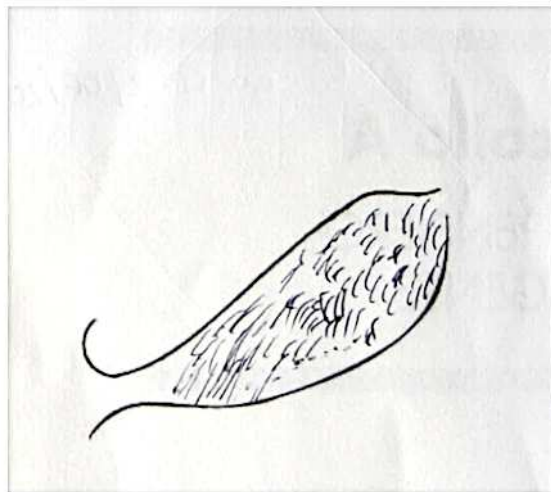
Corona



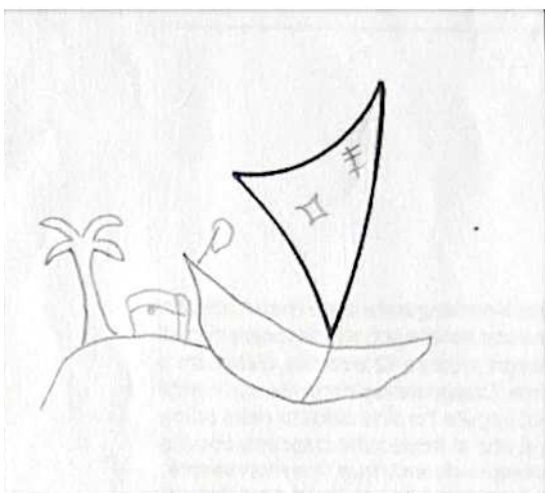
La lumaca nel bosco



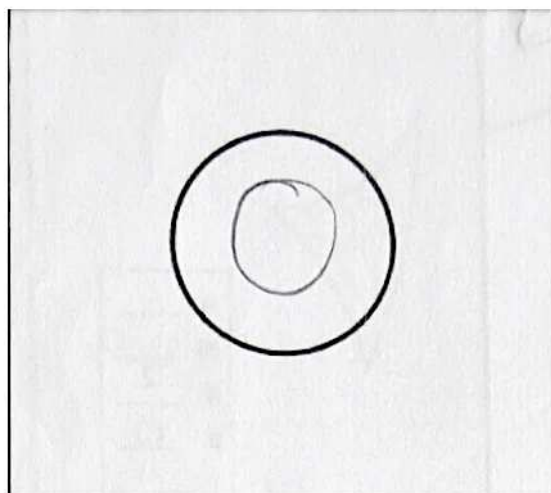
Il mare



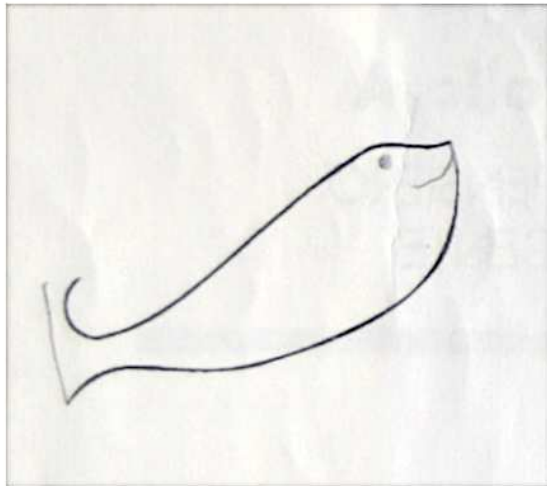
La gamba pelosa



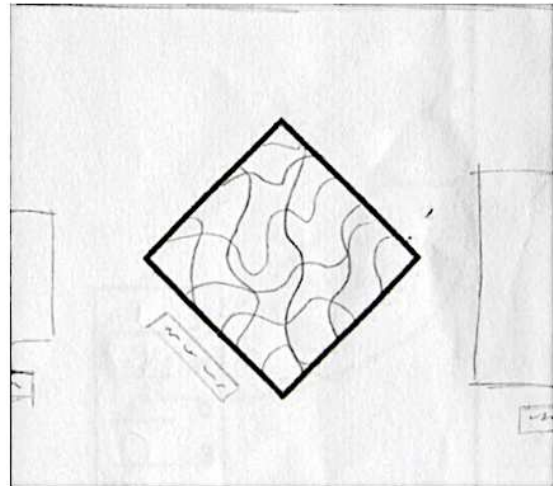
La barca e il tesoro sperduto



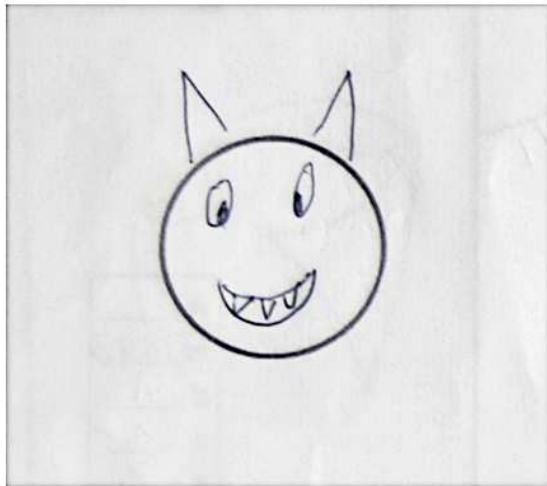
Piatto



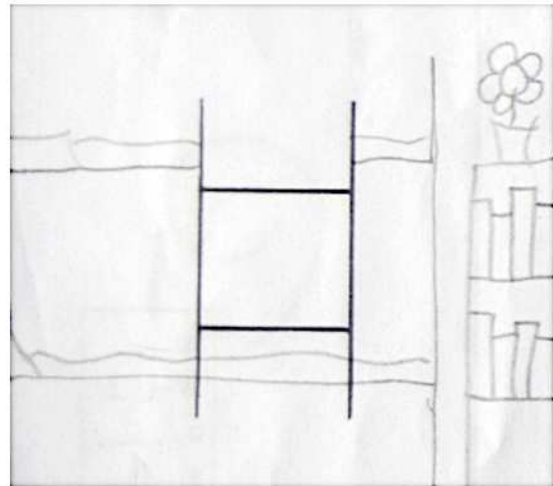
Pesce felice



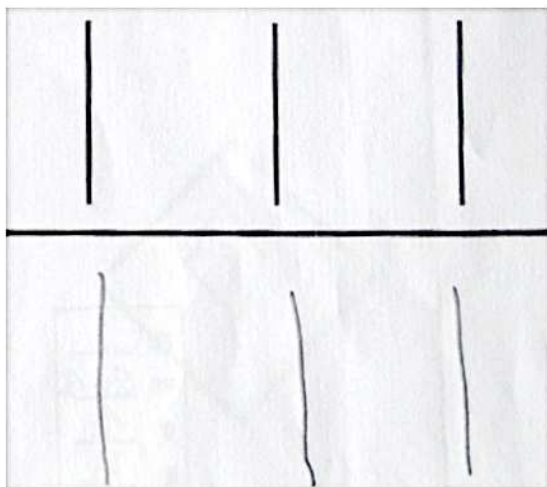
Quadro storto al museo



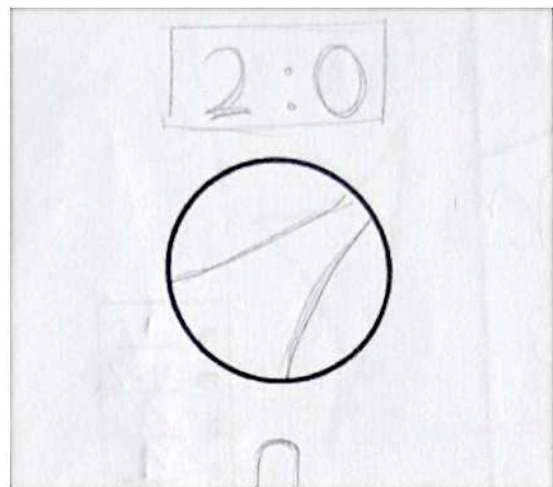
Il vampiro con le corna



La stanza perduta



Ferite



Palla da pallavolo sopra la rete

BIBLIOGRAFIA

- Abdulaha, D. M., & Abdullab, B. M. (2018). Effectiveness of group art therapy on quality of life in paediatric patients with cancer: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 180-185.
- Abraham, A., Windmann, S., Daum, I., & Gunturkun, O. (2005). Conceptual expansion and creative imagery as a function of psychoticism. *Consciousness and Cognition*, 520-534.
- Adducci, A., & Poggi, G. (2011). Aspetti psicologici e comportamentali nel bambino con malattia oncologica. In A. Adducci, & G. Poggi, *I bambini e il tumore* (pp. 73-93). Milano: Franco Angeli.
- Adduci, A., & Poggi, G. (2011). I tumori pediatrici. In A. Adduci, & G. Poggi, *I bambini e il tumore. Strategie di supporto in ambito clinico, familiare e scolastico* (p. 20-32). Milano: Franco Angeli.
- Adduci, A., & Poggi, G. (2011). Problemi cognitivi e neuropsicologici nel bambino con malattia oncologica. In A. Adduci, & G. Poggi, *I bambini e il tumore. Strategie di supporto in ambito clinico, familiare e scolastico* (p. 48). Milano: Franco Angeli.
- Agnoli, S., Pozzoli, T., Mancini, G., Franchin, L., Mastria, S., & Corazza, E. G. (2022, Settembre). This is my fairy tale: How emotional intelligence interacts with a training intervention in enhancing children's creative potential. *Journal of Creative Behaviour*, 0, 465-482.
- Agnoli, S., Zanon, M., Mastria, S., Avenati, A., & Corazza, G. E. (2018). Enhancing creative cognition with a rapid right-parietal neurofeedback procedure. *Neuropsychologia*(118), 99-106.
- Aldridge, A., & Roesch, S. (2007, Aprile). Coping and Adjustment in Children with Cancer: A Meta-Analytic Study. *Journal of Behavioural Medicine*, 30(2), 115-129.
- Al-Saadi, L., Fai Chan, M., & Mohammed Al-Azri. (2022). Prevalence of Anxiety, Depression, and Post-Traumatic Stress Disorder among Children and Adolescents with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology Nursing*, 114-131.
- Amer, A. A., Maksoda, Y. H., & El-Yamanya, S. T. (2013). Anxiety and depression

- among children with chronic diseases. *Middle East Current Psychiatry*, 146-155.
- Antonietti, A. (2022). Il pensiero creativo. In A. Cangemi, & A. Antonietti, *Manuale di psicologia del pensiero*. Bologna: Il Mulino.
- Arden, R., Chavez, R., Grazioplene, R., & Jung, R. (2010, Maggio). Neuroimaging creativity: A psychometric view. *Behavioural Brain Research*(214), 143-156.
- Belton, T. (2015). Television and imagination: an investigation of the medium's influence on children's story-making. *Media, Culture & Society* , 799-820.
- Benlliure, A., & Mélendez, C. (2022). Creativity as a "vaccine" for depressed mood: coping and divergent thinking in young adults. *Annals of psychology*, 209-218.
- Bonichini, S., & Tremolada, M. (2019). Gli effetti della malattia e dell'ospedalizzazione sullo sviluppo del bambino. In S. Bonichini, & M. Tremolada, *Psicologia Pediatrica*. Roma: Carrocci editore.
- Bonichini, S., & Tremolada, M. (2019). La psicologia pediatrica. In S. Bonichini, & M. Tremolada, *Psicologia Pediatrica* (pp. 23-39). Roma: Carrocci editore S.p.a .
- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A., & Laarhoven, H. W. (2021). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 2289–2298.
- Brandt, W. C. (2021). Measuring Student Success Skills: A Review of the Literature on Creativity. 21st Century Success Skills. *National Center for the Improvement of Educational Assessment*, 1-35.
- Brzezinski, J., Nuovo, S. D., Marek, T., & Maruszewski, T. (1993). *Creativity and consciousness: philosophical and psychological dimension*. Rodopi.
- Burger, L. M. (2020). Well-being in parents of children with cancer: The impact of parental personality, coping, and the child's quality of life. *Well-being in parents of children with cancer: The impact of parental personality, coping, and the child's quality of life*, 61, 652-662.
- Calza, M. (2003). La forza di essere famiglia (difficoltà che si incontrano durante la malattia). In G. Ricci, *Dal "curare" al "prendersi cura". Bisogni e servizi educativi per un bambino ospedalizzato* (pp. 39-43). Roma: Armando Editore.
- Capurso, M. (2001). *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*. Trento: Erickson.

- Cavuşoğlu, H. (2001). Depression in children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 380-385.
- Cianchetti, C., & Fancello, G. S. (2001). *SAFA Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti*. Giunti.
- Cinque, M. (2014). La creatività come innovazione personale: teorie e prospettive educative. *Italian Journal of Educational Research*, 95-113.
- Claxton, A. F., Rhoads, T. C., & A., P. (2010). Developmental Trends in the Creativity of School-Age Children. *Creativity Research Journal*, 327-335.
- Conner, T. S., DeYoung, C. G., & Silvia, P. J. (2016). Everyday creative activity as a path to flourishing. *The Journal of Positive Psychology*, 181-189.
- Davis, M. (2009). Understanding the relationship between mood and creativity: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 25-38.
- De Bono, E. (2021). *Creatività e pensiero laterale*. Milano: Bur Rizzoli.
- Dejong, M., & Fombonne, E. (2006). Depression in paediatric cancer: an overview. *Psycho-Oncology*, 15, 553-566.
- Dobrozsi, S., Yan, K., Hoffmann, R., & Panepinto, J. (2016). Patient-reported health status during pediatric cancer treatment. *Pediatric Blood & Cancer*, 1-9.
- Feist, G. J. (1998). A Meta-Analysis of Personality in Scientific and Artistic Creativity. *Personality and Social Psychology Review*, 290-309.
- Ferrari, A., Cachia, R., & Punie, Y. (2009). Innovation and Creativity in Education and Training in the EU Member States: Fostering Creative Learning and Supporting Innovative Teaching. *Institute for Prospective Technological Studies, Joint Research Centre*. Lussemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ferrell, B. R., & RN, P. F. (1995). The impact of pain on quality of life. *Relieving cancer pain*, 609-624.
- Gigantesco A., M. F. (2004). Psychological well-being in health professionals. *Giornale Italiano di Psicopatologia* (10), 2-14.
- Giovannetti, M., Clerici, C. A., Veneroni, L., Casiragi, G., Bagliacca, E. P., Ferrari, A., Massimino, M. (2019). Il supporto alla continuità scolastica nella cura multidisciplinare dei pazienti con patologie gravi: esperienze in oncologia pediatrica. *Recenti Progressi in Medicin*, 131-137.

- Glazer, E. (2009). Rephrasing the madness and creativity debate: What is the nature of the creativity construct? *Personality and Individual Differences*, 755-764.
- Gostoli, S., Cerini, V., & Rafanelli, A. P. (2017). Creativity, Bipolar Disorder Vulnerability and Psychological Well-Being: A Preliminary Study. *Creativity Research Journal*, 63-70.
- Grotto, R. L., Papini, M., & Tringali, D. (2008). *I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura*. Rimini: Maggioli editore.
- Guarino, A. (2006). *Psiconcologia dell'età evolutiva. La psicologia nelle cure dei bambini malati di cancro*. Trento: Erickson.
- Heyde, W., & Langsdorff, P. v. (1983). Rehabilitation of cancer patients including creative therapies. *Rehabilitation*, 25-27.
- Hirundayaraj, M. J. (2021). Leveraging Human Resource Development Practice to Enhance Organizational Creativity: A Multilevel Conceptual Model. *Human Resource Development Review*, 20(2), 172–206.
- Hosseini, L., & Khazali, H. (2013). Comparing The Level Of Anxiety In Male & Female School Students . *Procedia-Social and Behavioural Sciences*, 41-46.
- Ivcevic, Z. (2011). Artistic and Everyday Creativity: An Act-Frequency Approach. *Journal of Creative Behavior*, 271-290.
- Javaid, S. F., & Pandarakalam, J. P. (2021). The association of creativity with divergent and convergent thinking. *Psychiatria danubina*, 33(2), 133-139.
- Kalin, N. H. (2020). The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 365-367.
- Kaufmann, G., & Vosburg, S. K. (2010). The Effects of Mood on Early and Late Idea Production. *Creativity Research Journal*, 317–330.
- Kimberly S. Miller, M. a. (2009, Novembre-Dicembre). The Role of Coping and Temperament in the Adjustment of Children with Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 1135–1143.
- Kleinmintz M. Olden, Abecasis D., Tauber A.M, Geva A., Chiastvakov Andrei V., Kreinin I., Klein E., Shamay-Tsoory G. (2018) Participation of the left inferior frontal gyrus in human originality. *Brain Structure and Function*, 223. 329-342.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

- Lazor, T., Tigelaar, L., Pole, J. D., Souza, C. D., Tomlinson, D., & Sung, L. (2017). Instruments to measure anxiety in children, adolescents, and young adults with cancer: a systematic review. *Support Care Cancer*, 2921-2931.
- Lazor T., J. D. Pole, C. D. Souza, T. Schechter, R. Grants, H. Davis; N. Duing, E. Stein, S. Cook, L. Tigelar, L. Sung (2019). Severity, change over time and risk factors of anxiety in children with cancer depends on anxiety instrument us. *Psycho-Oncology*, 28, 710-717.
- Lee, A. R., Yau, C. E., Low, C. E., Li, J., Ho, R. C., & Ho, C. S. (2023). Severity and Longitudinal Course of Depression, Anxiety and Post-Traumatic Stress in Paediatric and Young Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12, 1-13.
- Lee, C. S., & Therriault, D. J. (2013). The cognitive underpinnings of creative thought: A latent variable analysis exploring the roles of intelligence and working memory in three creative thinking processes. *Intelligence*, 41(5), 306–320.
- Macckinaw-Koons, B., & Vasey, M. (2020). Considering sex differences in anxiety and its disorders across the life span: A construct-validation approach. *Applied & Preventive Psychology*, 191-209.
- Madden, J. R., Mowry, P., Gao, I., Cullen, P. M., & Foreman, N. K. (2010). Creative Arts Therapy Improves Quality of Life for Pediatric Brain Tumor Patients Receiving Outpatient Chemotherapy. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 133-145.
- Martel, M. M. (2013). Sexual Selection and Sex Differences in the Prevalence of Childhood Externalizing and Adolescent Internalizing Disorders. *Psychological Bulletin*, 1221-1259.
- Matteucci, I. (2014). *Comunicare la salute e promuovere il benessere. Teorie e modelli per l'intervento nella scuola*. Milano: Franco Angeli.
- Melchiori, F. M., & Cassese, F. P. (2014). Pensare e agire con creatività: è possibile valutare le due manifestazioni? *Formazione & Insegnamento*, 12(3), 89-102.
- Moretti, G., Biasi, A., Giuliani, A., & Morini, A. (2017). Sviluppo delle capacità di problem solving nella scuola secondaria di primo grado e apprendimento logico-linguistico e logico-matematico. Adattamento e validazione in Italia “della versione breve” del Test della “Personalità Creativa” (TCD-As). *Giornale*

- italiano della Ricerca Educativa*, 116-128.
- Naghera, N. (1978, Settembre). Children's reaction to hospitalization and illness. *Child Psychiatry and Human Development*, 9, 3-19.
- Narayanan, S. (2007). *Cognitive neuroscience of creativity: EEG based approaches*. Centre for Behavioural and Cognitive Sciences, University of Allahabad. Methods.
- Nazari, B., Bakhshi, S., Kaboudi, M., Dehghan, F., Ziapour, A., & Montazeri, N. (2017). A Comparison of Quality of Life, Anxiety and Depression in Children with Cancer and Healthy Children, Kermanshah-Iran. *International Journal of Pediatrics*, 5, 305-314.
- Ollendick, W. K. (2019). Evidence-Based Assessment of Anxiety and Its Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 380-411.
- Papp, Z. E., Horváth, M.-A., Kelemen, I., Hutanu, A., & Dobreanu, M. (2019). The Relationship between Anxiety and Immunity in Pediatric Oncology Patients. *Journal of Interdisciplinary Medicine*, 87-93.
- Perrotta, G. (2019). Anxiety Disorders: Definitions, Contexts, Neural Correlates And Strategic Therapy. *Jacobs Journal of Neurology and Neuroscience*, 1-15.
- Pinto, V. d. (2017). Il rapporto tra noia e creatività. *Piesse*, 1-30.
- Qingbo Liu, M., Masahiro Shono, P., Kitamura, T., & Psych., F. (2009). Psychological well-being, depression, and anxiety in japanese university students. *Depression and anxiety*, 26, 99-105.
- Rayb, J. L., Barr, E., & Jones, J. (2020). How Does Creative Arts Therapy Reduce Distress for Children With Cancer? A Metasynthesis of Extant Qualitative Literature. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 91-104.
- Raybin, J. L., & Krajicek, M. (2020). Creative Arts Therapy in the Context of Children With Cancer: A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 82-90.
- Rushforth, H. (1999). Practioner Review: Communicating with Hospitalised Children: Review and Application of Research Pertaining to Children's Understanding oh Healt and Illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, No.5, 683-691.

- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological Well-Being: Meaning, Measurement; and Implication for Psychotherapy Research. *Psychiatry and Psychosomatics*, 65, 14-23.
- Said-Metwaly, S., & Kyndt, E. (2017). Approaches to Measuring Creativity: A Systematic Literature Review. *Creativity. Theories-Research_Applications*, 4 (2), 238-276.
- Sanavio, E., & Cornoldi, C. (2001). Psicologia Clinica dello sviluppo. In E. Sanavio, & C. Cornoldi, *Psicologia Clinica* (pp. 106-108). Bologna: Il Mulino.
- Se, S., & JT, K. (2000). Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician*, 2297-309.
- Serio, N. (2004). Creatività ed educazione: mezzo secolo di storia. In L. Rosati, & S. Nicola, *Le dimensioni della creatività* (pp. 15-18). Roma: Armando Editore.
- Sica, L. S., Nasti, M., & Sestito, L. A. (2012). Rappresentazione di sé e creatività nella prima adolescenza: uno studio sulle di erenze di genere. *Giornale di psicologia dello sviluppo*, 83-94.
- Silvia, P. J., & Kimbrel, N. A. (2010). A Dimensional Analysis of Creativity and Mental Illness: Do Anxiety and Depression Symptoms Predict Creative Cognition, Creative Accomplishments, and Creative Self-Concepts? *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 2-10.
- Sternberg, R., & Lubart, T. (1998). The Concept of Creativity: Prospects and Paradigms. In S. R, *Handbook of Creativity* (pp. 3-15). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tamannaefar, M. R., & Motaghedifard, M. (2014). Subjective well-being and its subscales among students: The study of role of creativity and self-efficacy. *Thinking Skills and Creativity*, 37-42.
- Tambelli, R. (2017). I disturbi d'ansia, ossessivo-compulsivi e fobie. In R. Tambelli, *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp. 261-307). Bologna: Il Mulino.
- Tambelli, R. (2017). I disturbi del tono dell'umore. In R. Tambelli, *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp. 311-345). Bologna: Il Mulino.
- Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* . Bologna: Il Mulino.
- Todd, L., Franck, Z., & Baptiste, B. (2013, Dicembre). Creative Potential and its Measurement. *International Journal for Talent Development and Creativity*,

- I(2)*, 41-51.
- Tope, D. M., QAhles, T. A., & Silberfarb, P. M. (1993). Psycho-Oncology: Psychological well-being as One Component of Quality of Life. *Psychoter Psychosom*, 127-147.
- Tremolada, M., & Bonichini, S. (2019). *I vissuti e i bisogni dei genitori dei pazienti oncoematologici nelle diverse fasi di terapia*. Roma: Carrocci Editori.
- Veldhuizen, B. L. (1996). Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8-16 years. *European Journal of Cancer*, 32A, No.2, 290-294.
- Vellani, D. (2023, aprile). Creatività come strumento per l'apprendimento: riflessione sul potenziale creativo nei contesti educativi. *Teoria e Prassi(6)*, 15-29.
- Villaba, E. (2008). *On Creativity Towards an Understanding of Creativity and its Measurements*. Lussemburgo: Joint Research Centre – Institute for the Protection and Security of the Citizen.
- Walia, C. (2019, Agosto 5). A Dynamic Definition of Creativity. *Creativity Reasearch Journal*, 1-11.
- Weller, E., Klood, A., Kang, J., & Weller, R. A. (2006). Depression in children and adolescents: Does gender make a difference? *Current Psychiatry Reports*, 108-114.
- White, H. A., & Shah, P. (2011). Creative style and achievement in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences*, 673-677.
- Williams, F. (1994). *TCD - Test della Creatività e Pensiero Divergente*. Trento, Erickson.
- Yardeni, M., Campino, G. A., Bursztyn, S., Shamir, A., Domachevsky, E. M., Toren, A., & Gothelf, D. (2020). A three-tier process for screening depression and anxiety among children and adolescents with cancer. *Psycho-Oncology*, 1-9.
- Yardeni, M., Campino, G. A., Hasson-Ohayon, I., Basel, D., Hertz-Palmor, N., Bursztyn, S., Gothelf, D. (2021). Trajectories and risk factors for anxiety and depression in children and adolescents with cancer: A 1-year follow-up. *Cancer Medicine* , 5653–5660.
- Zabelina, D. L., Condon, D., & Beeman, M. (2014). Do dimensional psychopathology

measures relate to creative achievement or divergent thinking? *Frontiers in Psychology*, 1-11.

Zanetti, M. A. (2022). *La creatività. Una competenza da coltivare dentro e fuori la scuola*. Roma: Carrocci Editore.

SITOGRAFIA

- AIRC. (2021, novembre 11). *Tumori pediatrici*. Retrieved from AIRC.it:
<https://www.airc.it/pediatrici>
- APA. (2019). *American Psychology Association*. Retrieved from Depression Assessment Instruments. These instrument are relevant to the treatment of depression: <https://www.apa.org/depression-guideline/assessment>
- APA Dictionary of Psychology*. (2023). Retrieved from American Association Psychology: <https://dictionary.apa.org/anxiety>
- APA Dictionary of Psychology*. (2023). Retrieved from American Association Psychology: <https://dictionary.apa.org/depression>
- Cianchetti, C., & Fancello, G. S. (2001). *Giunty Psychometrics / Catalogo*. Retrieved from Giunty Psychometrics: <https://www.giuntipsy.it/catalogo/test/safa-scale-psichiatriche-autosomministrazione-per-fanciulli-adolescenti>
- March, J. (1997). *The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*. Retrieved from APA PsycNet: <https://psycnet.apa.org/record/2004-14949-002>
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (2012). *RCMAS-2 Revised Children's Manifest Anxiety Scale – Second Edition*. Retrieved from Giunti Psychometrics:
https://www.giuntipsy.it/catalogo/test/rcmas-2?gclid=Cj0KCQjw3JanBhCPARIsAJpXTx7x4kwCJHHU8OKvKPrV5aZ4SNPyQ0BR5JFLgvr0jIKkiKaoVrlyYpcaAsPyEALw_wcB
- WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Retrieved agosto 2023, from World Health Organization:
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2021, dicembre 13). *Childhood cancer*. Retrieved luglio 2023, from who.int: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>

Grazie a chi ha dedicato del tempo a questo progetto.

Alessia Zancopè