



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle
relazioni interpersonali

Tesi di laurea triennale

**Gruppi a mediazione: l'applicazione del metodo Photolangage
in un gruppo di adulti emergenti**

Mediation Groups: Implementing the Photolangage method within a group of
Emerging Adults

Relatrice:

Prof.ssa Di Riso Daniela

Correlatrice:

Dott.ssa Francesca Argirò

Laureanda: Anna Sertorelli

Matricola n. 2045711

Anno Accademico 2023-2024

Indice

Introduzione.....	I
Capitolo I. La nascita della psicoterapia di gruppo.....	1
1. Contesto Storico: i pionieri della psicoterapia di gruppo	1
2. Psicoterapia di gruppo ad orientamento psicoanalitico: gli autori fondamentali	2
2.1 Wilfred R. Bion: “Esperienze nei gruppi”	2
2.2 Siegmund Heinrich Foulkes e la psicoterapia attraverso il gruppo	3
2.3 René Kaës: gli oggetti intermedi nella dinamica di gruppo	4
Capitolo II. Gruppi a mediazione: Il Photolangage	7
1. Psicoterapia di gruppo con oggetto mediatore.....	7
2. Il Photolangage	8
2.1 Storia del Photolangage.....	8
2.2 Caratteristiche principali del dispositivo in ambito clinico	9
2.3 I dossiers tematici	10
2.4 Struttura di una seduta di Photolangage	11
2.5 Specificità del metodo	14
Cap III. Adulità emergente: una fase di transizione	17
1. Origine del termine ed autori chiave	17
2. Bisogni degli emerging adults e politiche sociali	18
Capitolo IV. La ricerca	19
1. Obiettivi ed ipotesi.....	19
2. Procedimento: regole del setting e formazione del gruppo	19
3. Strumenti per la valutazione dell’esito	20
4. Elementi qualitativi del processo: tematiche principali ed evoluzione del gruppo.....	22
5. Valutazione quantitativa dell’esito.....	24
Capitolo V. Analisi dei risultati	27

1. Discussione dei risultati	27
2. Conclusioni, limiti e prospettive future	29
Bibliografia	31

Introduzione

La presente tesi si propone di esplorare l'applicazione del metodo Photolangage in un gruppo di adulti emergenti, attraverso osservazioni qualitative e analisi quantitativa dei risultati ottenuti al termine dell'iter terapeutico preso in esame.

La capacità delle immagini, in veste di oggetti mediatori, di facilitare la comunicazione e l'interazione tra i partecipanti ed il fatto che questo metodo possa essere efficacemente applicato nei contesti più disparati, coinvolgendo soggetti affetti da problematiche più o meno gravi, sono tra le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire questa tecnica.

La tesi è articolata in cinque capitoli: il primo offre un'analisi storica della psicoterapia di gruppo, descrivendo il contesto in cui si è sviluppata e presentando i principali autori, il cui contributo ha permesso lo sviluppo della disciplina. La seconda sezione si focalizza invece sui dispositivi a mediazione, con particolare attenzione al metodo Photolangage, di cui vengono descritte le origini storiche, le caratteristiche principali e la struttura delle sedute in ambito clinico. All'interno del terzo capitolo, oltre a fornire una definizione di adultità emergente, sono elencati i bisogni specifici di coloro che attraversano questa fase di sviluppo e le politiche sociali necessarie per soddisfarli. Il quarto ed il quinto capitolo presentano infine una ricerca empirica condotta a partire da un percorso di Photolangage avvenuto presso il Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici. Dopo aver delineato gli obiettivi, le ipotesi e il procedimento adottato per la formazione del gruppo coinvolto nello studio, vengono descritti gli strumenti utilizzati per la valutazione dell'esito (GAD-7 e PHQ-9), inclusi gli elementi qualitativi del processo e la valutazione quantitativa attraverso l'RCI. Attraverso l'analisi dei dati ottenuti, la ricerca mira a contribuire alla comprensione dell'efficacia (e degli eventuali limiti) del metodo Photolangage nei gruppi di adulti emergenti e a fornire indicazioni per il suo utilizzo futuro nel contesto clinico.

Capitolo I. La nascita della psicoterapia di gruppo

1. Contesto Storico: i pionieri della psicoterapia di gruppo

Le prime riflessioni teoriche riguardanti il gruppo ed un suo potenziale uso in ambito terapeutico vennero formulate in Europa dal Padre della Psicoanalisi stesso: nell'opera "Psicologia delle masse e analisi dell'io" (1921), Freud (1856 - 1939) rifletté infatti sul concetto di massa, definendola «*Entità provvisoria, costituita da elementi eterogenei saldati assieme per un istante*» ed analizzando il tipo di impatto che la partecipazione ad essa può avere sull'attività psichica degli individui. Fu invece lo psicologo sociale statunitense Kurt Lewin (1890 - 1947) a svolgere le prime ricerche empiriche nell'ambito delle dinamiche di gruppo, arrivando a fondare nel 1945 il *Research Center for Group Dynamics*, presso il quale elaborò il cosiddetto «*T-group*» ed approfondì il concetto di leadership. Un ulteriore tentativo di utilizzo del dispositivo gruppale venne effettuato da Joseph Pratt (1910 - 1979), il quale si accorse degli effetti benefici derivanti dalla partecipazione ad una serie di incontri di gruppo, inizialmente organizzati a scopo informativo, da parte di alcuni suoi pazienti tubercolotici. Colpito dalle dinamiche di interazione instauratesi, lo studioso intuì il potenziale terapeutico di queste riunioni, che ribattezzò «*Thoughts control classes*». L'approccio di stampo psicoeducativo assunto da Pratt venne però abbandonato all'inizio degli anni '30, quando alcuni analisti americani iniziarono ad applicare i principi della psicoanalisi classica al setting gruppale. Tra questi vi furono Louis Wender (1918 - 2002) e Paul Schilder (1886 -1940), che introdussero nelle sedute di gruppo rispettivamente l'utilizzo delle interpretazioni ed il metodo delle libere associazioni. Wender fu inoltre il primo ad individuare alcuni fenomeni chiave della dinamica gruppale, come il concetto di transfert tra pazienti e quello di universalizzazione.

Distaccandosi dall'approccio di stampo analitico impiegato dagli altri pionieri, Jacob Levi Moreno (1889 - 1974) concepì nel 1930 lo psicodramma, tecnica durante la quale i pazienti mettono in atto esperienze conflittuali del loro passato, assumendo diversi ruoli e punti di vista. In questo modo, gli individui hanno l'occasione di apprendere modalità di risoluzione dei conflitti più adattive ed acquisiscono maggiore consapevolezza di sé. Nel 1942, con lo scopo di approfondire la sperimentazione dei metodi di psicoterapia di gruppo incentrati sull'azione, Moreno costituì l'*American Society for Group*

Psychotherapy and Psychodrama. L'anno successivo, lo statunitense Samuel Richard Slavson (1890 - 1891), fondò l'*American Group Psychotherapy Association*, organizzazione ancora oggi fondamentale per la psicoterapia di gruppo.

È importante sottolineare come queste sperimentazioni siano state incentivate dallo scoppio dei due conflitti mondiali: se infatti la Grande Guerra contribuì ad aumentare l'interesse verso il concetto di folla, la Seconda guerra mondiale funse da catalizzatore dello sviluppo della tecnica emergente. Il gruppo come dispositivo terapeutico venne infatti introdotto per necessità all'interno di svariati ospedali militari dove il numero dei soldati ricoverati superava ampiamente quello dei curanti disponibili. Grazie al lavoro svolto da vari professionisti (come Bion e Foulkes, psichiatri presso l'ospedale militare di Northfield, in Alabama) l'utilizzo del dispositivo gruppale ottenne sempre maggior riconoscimento nell'ambito clinico.

2. Psicoterapia di gruppo ad orientamento psicoanalitico: gli autori fondamentali

2.1 Wilfred R. Bion: “Esperienze nei gruppi”

Nonostante la formazione di Bion (1897 - 1979) fosse prettamente incentrata sull'analisi individuale, il suo contributo alla psicoterapia di gruppo fu fondamentale. All'interno di “Esperienze nei gruppi” (1961), l'autore descrive il gruppo come «*Un insieme di persone che si trovano allo stesso grado di regressione*». Secondo Bion i soggetti, se calati nel contesto di gruppo, assumono un funzionamento mentale primitivo definito come «funzionamento gruppale» e perdono la propria individualità, dimostrandosi disposti a rinunciare ai propri bisogni individuali per abbracciare quelli del gruppo. Sempre in questa pubblicazione, Bion utilizza il termine chimico “valenza” per definire la naturale tendenza degli individui a creare legami, la quale è resa possibile dalle preconcezioni o assunti di base, inclusi in quello che l'autore definisce «sistema protomentale»: un sistema di pensiero primitivo inconscio di cui ogni individuo è dotato, all'interno del quale risiedono le emozioni caotiche, non distinguibili tra loro. Approfondendo quanto appena esposto, Bion definisce gli assunti di base: sia attività protomentali caratterizzate da una forte componente emotiva, capaci di incentivare o impedire l'instaurarsi dei legami all'interno di un gruppo, sia meccanismi di difesa, in grado di creare la dinamica di gruppo e proteggere i soggetti dall'emergere delle ansie primitive di frammentazione, sia fantasie inconse comuni.

Sempre all'interno di "Esperienze nei gruppi", l'autore espone due concetti chiave, ovvero le nozioni di mentalità di gruppo e cultura del gruppo: la prima viene definita come attività mentale collettiva, a cui i soggetti partecipano in modo anonimo e inconscio, e che può entrare in contrasto con i desideri del singolo; la seconda viene invece descritta da Bion come organizzazione palese del gruppo, che nasce dal compromesso tra la mentalità di gruppo e i bisogni dei singoli. Secondo l'autore, il compito del terapeuta consiste nel favorire e preservare la cultura di gruppo, limitandosi quindi a formulare interpretazioni riguardanti la dinamica grupppale. Nell'opera vengono inoltre elencate le caratteristiche necessarie perché si verifichi quello che l'autore definisce un "buon spirito di gruppo", condizione necessaria per il raggiungimento dell'insight. Tra i numerosi criteri, Bion sottolinea come i partecipanti (almeno tre persone, affinché la logica di coppia sia superata) debbano condividere un obiettivo comune ed essere a conoscenza dei legami esistenti fra di loro. Il gruppo dovrebbe inoltre essere flessibile, al suo interno non dovrebbero formarsi rigidi sottoinsiemi e dovrebbe infine disporre di mezzi in grado di fronteggiare eventuali situazioni di tensione interna, come la capacità di contenimento: abilità del gruppo di ricevere, elaborare e restituire in una forma più tollerabile i contenuti condivisi dai singoli membri, contribuendo così alla formazione di un clima sicuro e supportante.

2.2 Siegmund Heinrich Foulkes e la psicoterapia attraverso il gruppo

Psichiatra e psicoterapeuta tedesco, Foulkes (1898 - 1976) è considerato l'effettivo ideatore della gruppoanalisi, nonché il fondatore della *Group Analytic Society* (1952). Nella sua opera "La Psicoterapia gruppoanalitica" (1978), l'autore espone una serie di nozioni fondamentali, tra cui quella di psicoterapia attraverso il gruppo: Foulkes definisce questo metodo come «*Una forma di psicoterapia praticata dal gruppo nei confronti del gruppo, ivi incluso il conduttore*». Questa visione innovativa ridefinisce il ruolo del clinico, il quale, nonostante la diversità del suo ruolo, diviene un membro del gruppo a tutti gli effetti.

Una delle principali fonti di ispirazione per le teorie foulkesiane fu il modello neurologico elaborato da Kurt Goldstein (1878 - 1965). Foulkes rimase infatti affascinato dagli studi che il neurologo tedesco condusse in merito al sistema nervoso centrale, definito da Goldstein come una fitta rete di cellule (i neuroni, o *nodal points*) interdipendenti tra loro ed estremamente sensibili al cambiamento. Rifacendosi a questo modello, Foulkes

sviluppò il concetto di rete sociale, all'interno della quale gli individui, come i neuroni, uniti da un forte rapporto di interdipendenza, costituiscono punti di convergenza e divergenza di relazioni transpersonali. Queste conclusioni evidenziavano agli occhi di Foulkes l'impossibilità di indagare il funzionamento di un individuo senza tenere conto dei suoi gruppi di appartenenza. Secondo l'autore, a partire da ogni rete sociale viene inoltre generata una matrice, termine di cui fornì tre definizioni: insieme di fantasie psichiche cosce ed inconscie (definite preconcezioni), che si originano a partire dalle interazioni che un soggetto ha in gruppo; rete invisibile ed inconscia che origina le identità dei soggetti e che costituisce il mezzo psicologico con cui gli individui interagiscono all'interno del gruppo di appartenenza; contenitore del patrimonio biologico e culturale della specie umana e della trama di tutti i processi mentali individuali. Foulkes definì la famiglia «matrice primaria» della vita mentale del soggetto, in quanto essa può sia incentivarne che ostacolarne lo sviluppo. L'autore individuò poi altre tre tipologie di matrici: quella personale, che si forma a partire dall'esperienza di partecipazione del singolo al gruppo familiare originario (di cui introietta rapporti e aspetti transgenerazionali), quella dinamica, luogo in continua trasformazione, in cui si verifica il transfert del gruppo e la dinamica di gruppo viene dispiegata ed infine la matrice di base, che permette la comprensione tra soggetti e la relazione tra gruppo e la propria etnia di appartenenza. Foulkes identificò come obiettivo finale della gruppoanalisi la liberazione del paziente dai blocchi interni che ne impediscono il cambiamento. Secondo l'autore, per raggiungere questo scopo, era necessario che il soggetto rielaborasse le matrici connesse a relazioni da lui vissute, abbandonando i modelli relazionali disfunzionali ed internalizzando modelli più adattivi (processo che Foulkes osservò verificarsi più velocemente nei percorsi in gruppo).

Dopo aver introdotto le nozioni di rete e di matrice, Foulkes si concentrò sul concetto di gruppo, che definì come un'entità psicologica a sé, dotata di un clima emotivo e reazioni differenti da quelli dei singoli partecipanti, le cui interazioni determinano l'atmosfera ed il funzionamento psicologico del gruppo.

2.3 René Kaës: gli oggetti intermedi nella dinamica di gruppo

Membro del CEFFRAP (*Cercle d'Etudes Françaises pour la Formation et la Recherche: Approche Psychanalytique du groupe, du psychodrame, de l'institution*), organizzazione fondata nel 1962 dal suo maestro Didier Anzieu (1923 - 1999), lo psichiatra e

psicoanalista francese René Kaës (1936) apportò con i suoi studi un contributo notevole alla psicoterapia di gruppo, disciplina alla quale si interessò a partire dagli anni '70. Nello specifico, Kaës si dedicò allo studio dei meccanismi psichici gruppali: attraverso l'osservazione pratica di gruppi, giunse infatti ad elaborare il concetto di "apparato psichico gruppale", da lui definito come realtà psichica condivisa del gruppo, generata a partire dall'interazione dei partecipanti e dai contenuti da loro condivisi. Nelle sue teorie, Kaës sottolineò difatti l'importanza dell'apporto fornito da ogni partecipante al gruppo, evidenziandone la rilevanza nell'influenzare le dinamiche del dispositivo.

Durante le sue ricerche, lo psicoanalista francese introdusse inoltre quelli che lui definì «oggetti intermedi»: elementi condivisi, tangibili o simbolici (come bandiere, rituali, creazioni artistiche), in grado di favorire la creazione dell'identità di gruppo. Questi oggetti, secondo quanto teorizzato da Kaës, permetterebbero anche di migliorare la comunicazione ed il lavoro psichico dei partecipanti, specialmente se caratterizzati da difficoltà espressive. L'autore, convinto del fatto che concetti come "mediazione" ed "intermediario" non potessero esistere senza che fosse stata in precedenza individuata una situazione di discontinuità, descrisse i tre spazi psichici che, sulla base della sua esperienza clinica con i gruppi, aveva individuato: lo spazio intrapsichico e soggettivo, lo spazio intrapsichico e intersoggettivo e lo spazio trans-psichico e trans-soggettivo. Gli oggetti intermediari, secondo Kaës, permetterebbero quindi di effettuare dei collegamenti tra il processo terapeutico in atto, i mondi interni dei singoli partecipanti e le dinamiche relazionali instauratesi nel gruppo. Le ricerche di Kaës riguardanti questi oggetti ed il loro ruolo all'interno dell'iter terapeutico sono classificabili come precorritrici della psicoterapia di gruppo a oggetto mediatore.

Capitolo II. Gruppi a mediazione: Il Photolangage

1. Psicoterapia di gruppo con oggetto mediatore

A differenza dei gruppi di parola originari, i quali consideravano il canale verbale l'unica via tramite cui raggiungere gli obiettivi terapeutici prefissati, i dispositivi a mediazione fanno affidamento su una gamma più ampia di modalità attraverso le quali i partecipanti possono comunicare i loro vissuti interni. Attraverso l'inserimento di un oggetto mediatore, elemento già presente nelle teorizzazioni di Kaës, l'immaginario (sia del gruppo che dei singoli membri) viene infatti stimolato e l'espressione emotiva dei partecipanti è agevolata, consentendo la condivisione di contenuti inconsci o repressi a cui l'accesso sarebbe stato altrimenti difficoltoso. L'oggetto mediatore permette quindi di metaforizzare il mondo esterno e rendere più concreti i vissuti dei soggetti.

Nonostante la gamma di individui che potrebbero beneficiare della partecipazione a gruppi a mediazione sia molto vasta, questi dispositivi vengono principalmente impiegati all'interno di istituzioni riservate a pazienti le cui strutture di personalità appaiono fragili o disorganizzate (come soggetti psichiatrici o affetti da disturbo borderline), e che nella maggior parte dei casi presentano difficoltà nell'elaborare e comunicare i propri vissuti. Questi pazienti dimostrano inoltre delle lacune nelle capacità associative, nell'utilizzo del pensiero metaforico e nella simbolizzazione. A causa di queste mancanze, i partecipanti tendono a mettere in atto una specifica tipologia di transfert, definita da Claudine Vacheret (psicoanalista nota per aver sviluppato il metodo Photolangage) come «transfert per deposito»: dinamica durante la quale alcuni aspetti del mondo interno dell'individuo, spesso connessi ad esperienze traumatiche che il soggetto non è in grado di rappresentare, vengono inconsciamente proiettati sul gruppo (che grazie alla scomposizione in parti degli aspetti proiettati è in grado di ricevere e contenere i contenuti molto più rispetto a quanto un singolo clinico potrebbe) nella speranza che in questo modo vissuti ed affetti condivisi vengano riconosciuti e resi più tollerabili. Questo fenomeno, a cui Kaës si riferisce con il termine «diffrazione», si basa sulla percezione dei partecipanti del gruppo come "contenitori" disposti a ricevere quanto condiviso dagli altri. È importante sottolineare come nei dispositivi a mediazione, le pulsioni siano dirette sia verso l'oggetto mediatore che verso il resto del gruppo: questo permette di rendere i contenuti ancora più tollerabili agli occhi di chi li ha proiettati. L'utilizzo di questa tecnica appare infine ideale nei casi in cui risulta impossibile per il clinico effettuare delle interpretazioni nei confronti

di un paziente, a causa dell'assenza di ricordi repressi inerenti agli eventi traumatici sperimentati dal soggetto: in queste situazioni è necessario infatti che il gruppo, attraverso l'oggetto mediatore, aiuti l'individuo a ricostruire i propri vissuti, per poi aiutarlo a renderli più tollerabili.

La scelta dello strumento mediatore viene effettuata sulla base di svariati fattori, fra cui le necessità dei partecipanti e gli obiettivi terapeutici. Tra le varie tipologie di terapie con oggetto mediatore sono annoverate: lo psicodramma psicoanalitico, i gruppi fiaba, i gruppi con mediazione artistica (pittura, scrittura, scultura, disegno), i gruppi a mediazione sonora ed infine i gruppi Photolangage.

2. Il Photolangage

2.1 Storia del Photolangage

Il metodo Photolangage è stato ideato nel 1965 da un gruppo di psicologi e sociologi lionesi, tra cui Claire Bélisle e Alain Baptiste, con l'obiettivo di facilitare la comunicazione in gruppo da parte di alcuni pazienti adolescenti. Colpiti dai risultati positivi ottenuti in seguito all'introduzione delle foto nella dinamica grupppale, gli studiosi implementarono l'utilizzo di questa nuova tecnica, che iniziò quindi a diffondersi nel contesto europeo. Metodo estremamente versatile, il Photolangage iniziò durante il decennio successivo ad essere impiegato in svariati ambiti (aziendale, formativo, educativo...). Nello stesso periodo, cominciarono ad essere realizzati e pubblicati i primi dossiers tematici: collezioni di foto accuratamente selezionate ed inerenti ad uno specifico argomento di interesse terapeutico.

Fu però solo a partire dagli anni '80 che questo metodo, che sul piano teorico si ispira alle teorie psicoanalitiche di gruppo di Bion, Kaës e della scuola francese, iniziò ad essere attuato anche in ambito clinico, principalmente grazie al contributo di Claudine Vacheret. Professoressa di Psicologia Clinica presso l'Université Lumière Lyon 2, Vacheret non introdusse solo il Photolangage all'interno della dimensione clinica (nello specifico, all'interno di ospedali psichiatrici e case di cura), ma svolse anche lavori di ricerca ed approfondimento, grazie ai quali il metodo fu perfezionato.

Nonostante venga attualmente impiegato sia nell'ambito clinico che in quello formativo (il metodo contribuisce alla creazione di ambienti lavorativi meno conflittuali e a migliorare la gestione dello stress), il Photolangage, come la maggior parte dei dispositivi

a mediazione, viene principalmente proposto all'interno di istituti di cura (coinvolgendo pazienti psicotici, affetti da disturbi di personalità, tossicodipendenti, anziani...), nei centri di detenzione o nei CATTP (Centri di accoglienza terapeutica a tempo parziale). Questo metodo permette inoltre di ottenere risultati ottimali nel lavoro con adolescenti e famiglie, in ambito scolastico e all'interno di percorsi finalizzati all'elaborazione di vissuti traumatici. Infine, il Photolangage costituisce un ottimo strumento di valutazione da utilizzare all'inizio o al termine di una sessione di gruppo.

2.2 Caratteristiche principali del dispositivo in ambito clinico

L'applicazione del Photolangage a differenti contesti comporta l'inserimento di alcune modifiche riguardanti la tecnica: se infatti nei percorsi svolti in ambito formativo la durata delle sedute è di circa due ore ed il numero di partecipanti supera la decina, nel contesto clinico gli incontri, solitamente a cadenza settimanale, hanno la durata di circa un'ora e coinvolgono dai 2 ai 3 professionisti (psichiatri, psicologi o infermieri) e dai cinque agli otto pazienti. Al fine di garantire un'ottimale gestione delle dinamiche gruppali e di assicurare il contenimento psichico dei pazienti, il numero di operatori dovrebbe superare, in proporzione, quello dei partecipanti.

Per poter condurre un percorso di Photolangage in ambito clinico, è necessario sottoporsi ad un corso di formazione, suddiviso in un primo livello (riservato a psicoterapeuti e specializzandi, psichiatri, infermieri e educatori) e in un secondo livello (per coloro che hanno già completato il primo livello ed hanno condotto un gruppo di Photolangage per almeno un anno).

I gruppi di Photolangage non devono essere obbligatoriamente omogenei, è però necessario che i partecipanti, seppur affetti da problematiche anche gravi, siano dotati di minime capacità espressive, affinché sia consentito lo scambio di contenuti tra pazienti. Inoltre, prima che il percorso in gruppo abbia inizio, vengono organizzati dei colloqui di consultazione con i singoli partecipanti, ai quali viene presentata nel dettaglio la tecnica che sarà attuata in gruppo. È importante che i percorsi di Photolangage condotti all'interno del contesto clinico siano caratterizzati da continuità, sia per quanto riguarda il luogo ed il tempo in cui le sedute si svolgono, che, per quanto riguarda i curanti coinvolti. Questa stabilità, oltre a contribuire alla creazione di un ambiente sicuro e ad incentivare la fiducia dei partecipanti nel processo terapeutico, permette agli operatori,

sulla base di quanto emerso durante le sedute precedenti, di organizzare al meglio gli incontri successivi, ad esempio per quanto riguarda la scelta dei dossiers.

2.3 I dossiers tematici

Come già accennato, l'oggetto mediatore utilizzato durante le sedute di Photolangage sono le foto, stimoli a partire da cui la condivisione di contenuti difficoltosi viene facilitata. I dossiers fotografici costituiscono quindi lo strumento necessario per l'applicazione di questa tecnica, la quale consente ai partecipanti di effettuare un passaggio dall'immagine alla parola. Solitamente organizzati intorno ad una specifica tematica, i dossiers sono composti da 48 immagini ciascuno, le quali possono raffigurare gli elementi più disparati (individui, paesaggi, oggetti, situazioni dinamiche o statiche, animali, rappresentazioni culturali o sociali...). Se durante le prime applicazioni di questo metodo le foto proposte ai pazienti erano esclusivamente in bianco e nero, alcune delle raccolte in circolazione attualmente presentano immagini a colori, i quali sembrano elicitare differenti stati interni.

Il processo di creazione di nuovi dossiers, ancora oggi monitorato da Claire BÉlisle (una delle creatrici del metodo), richiede dai due ai tre anni di lavoro: dopo aver individuato la tematica che si desidera trattare, la quale a volte viene selezionata sulla base di richieste avanzate da altri professionisti, gruppi di volontari interessati alla tecnica si dedicano all'individuazione delle rappresentazioni sociali ed individuali dell'argomento prestabilito, impiegando la tecnica del *brainstorming*. In seguito, si procede alla ricerca ed alla selezione di foto connesse con quanto emerso durante la fase precedente. Solitamente le immagini vengono acquistate da agenzie, mostre o fotografi. Una volta raccolte le immagini, queste vengono utilizzate durante delle sessioni di Photolangage alle quali partecipano dei nuovi gruppi di volontari. Al termine di ogni seduta, un questionario viene somministrato a tutti i partecipanti, con l'obiettivo di individuare le foto selezionate con maggior frequenza e le motivazioni alla base delle scelte dei volontari. A partire dai risultati ottenuti, viene effettuata un'ulteriore cernita delle foto, che si conclude con la scelta definitiva delle 48 immagini da inserire all'interno del dossier in questione, che può quindi essere pubblicato, in seguito alla scelta di un titolo. Quest'ultimo descrive solitamente in maniera generale la tematica trattata all'interno della raccolta (ad esempio: «Salute e prevenzione», «Giovani e alimentazione»).

2.4 Struttura di una seduta di Photolangage

2.4.1 Formulazione della domanda

Analizzando la struttura di una seduta di Photolangage, è possibile individuare due momenti chiave: la scelta delle fotografie e la condivisione di contenuti tra i partecipanti. Prima di questi due passaggi, è necessario però che il clinico introduca l'argomento che verrà trattato durante l'incontro attraverso la formulazione di una domanda. Quest'ultima sancisce l'inizio effettivo della seduta e permette di innescare, attraverso la presenza delle foto nel ruolo di oggetti mediatori, la condivisione di contenuti. È fondamentale che le domande vengano preparate in precedenza dagli operatori, sulla base della tematica che si desidera affrontare e la tipologia di dossier selezionati. In generale, i quesiti posti dal clinico dovrebbero essere brevi, di facile comprensione, non eccessivamente diretti o induttivi. Per quanto riguarda la struttura effettiva della domanda, potrebbe essere utile per il terapeuta formularla in modo che sia caratterizzata da due poli: ad esempio, chiedendo ai pazienti di individuare una foto per descrivere un proprio desiderio ed un'altra per indicare una propria paura. Inoltre, la fase in cui il gruppo si trova rispetto all'intero percorso terapeutico influenzerà la forma della domanda: per esempio, se l'iter terapeutico è appena iniziato, i quesiti posti avranno anche un fine conoscitivo, a differenza di quelli formulati al termine del percorso, maggiormente mirati ad ottenere una valutazione dell'esperienza. Indipendentemente dal contenuto tematico della domanda, è importante sottolineare come quest'ultima abbia come scopo quello di spingere ogni partecipante a scegliere una o più foto in risposta ad essa.

2.4.2 Scelta delle foto

In seguito alla formulazione della domanda, le immagini vengono disposte (in modo che tutte siano ben visibili) su uno o più tavoli situati accanto al cerchio composto dalle sedie che saranno successivamente occupate dal gruppo. I partecipanti sono quindi incoraggiati ad effettuare le proprie scelte in silenzio (così da rispettare i ritmi e la concentrazione di ognuno), limitandosi a selezionare le immagini con lo sguardo, in modo che tutte le fotografie rimangano a disposizione dei partecipanti. È importante che nessuno si senta infatti costretto a modificare le decisioni prese a causa di una sovrapposizione di scelte. In questo momento viene inoltre esplicitato che anche gli operatori selezioneranno delle immagini per loro significative. Ovviamente, la scelta da loro effettuata dovrebbe essere

funzionale all'iter terapeutico e non eccessivamente personale. Il coinvolgimento dei conduttori, che costituisce una delle particolarità di questo metodo, influenza positivamente la percezione dei partecipanti: la minacciosità della situazione cala drasticamente, mentre viene favorita l'identificazione dei membri con gli operatori e con la loro propensione ad effettuare associazioni. Gli interventi di partecipazione dei conduttori non dovrebbero però aprire o chiudere le sedute, per evitare che l'influenza delle loro affermazioni renda meno spontanea la condivisione di contenuti da parte dei partecipanti e limiti l'esplorazione dei loro vissuti emotivi. Una volta selezionate le fotografie attraverso lo sguardo, ai membri del gruppo viene richiesto di posizionarsi in disparte, affinché sia possibile per gli operatori comprendere quando il gruppo è pronto per passare alla fase successiva, ossia al momento di scambio verbale.

2.4.3 Scambi verbali in gruppo

Terminata la fase di scelta delle foto, a ciascuno dei partecipanti viene chiesto di prendere in mano le immagini selezionate e di tornare ad occupare le sedie disposte in cerchio. Una volta posizionati, il clinico pronuncia la seguente consegna: *“Ora, ciascuno di noi presenterà la propria foto quando lo desidera. Ascolteremo attentamente la persona che presenta la propria foto e non faremo alcuna interpretazione, ma siamo invitati a esprimere ciò che vediamo di simile o di diverso nella foto presentata”*. Queste parole permettono di delimitare lo spazio di lavoro del gruppo e di effettuare una distinzione tra ciò che è possibile fare e ciò che non lo è. Ha così inizio il momento di scambio, durante il quale chi illustra ad alta voce la foto scelta ha occasione di riflettere sulle motivazioni alla base della propria decisione, sviluppandola ulteriormente e condividendo allo stesso tempo la propria visione della realtà con il gruppo. Le osservazioni che seguono ogni presentazione, mirate a mettere in luce similitudini e differenze individuate dagli altri partecipanti, contribuiscono invece ad alimentare la catena associativa e, permettendo la scoperta di nuovi punti di vista, si rivelano inoltre particolarmente arricchenti, sia per chi ascolta che per chi presenta. Possono però verificarsi anche situazioni in cui un paziente si rifiuta di integrare i contributi altrui alla propria rappresentazione, dimostrando un atteggiamento possessivo nei confronti della propria foto. In questi casi, le manifestazioni di aggressività dimostrano la riluttanza del paziente in questione a partecipare al processo associativo e l'assenza di piacere del soggetto nel condividere. Riassumendo, la dinamica che si instaura durante quest'ultima fase sostiene lo scambio tra soggetti, incoraggia l'uso

della creatività ed è caratterizzata da un'atmosfera di ascolto interessato: grazie a questi aspetti, la comunicazione viene favorita ed il raggiungimento degli obiettivi terapeutici in tempi più rapidi è reso possibile.

È importante sottolineare come, durante lo svolgimento della seduta conclusiva di un percorso di Photolangage, in seguito alla domanda posta dal terapeuta ed alla scelta delle foto, la fase dedicata allo scambio verbale non abbia luogo. L'omissione di questo passaggio permette infatti di evitare che alcune delle questioni portate dai partecipanti rimangano irrisolte. In questo caso quindi, il ruolo dei conduttori deve limitarsi all'effettuare un riepilogo del percorso svolto, sottolineando i progressi raggiunti dal gruppo e menzionando alcuni dei temi chiave emersi durante la terapia.

2.4.4 Post-gruppo

Al termine della seduta, coerentemente con quanto avviene con la conduzione della terapia individuale, il clinico (insieme agli altri conduttori) deve adempiere diversi compiti affinché sia garantita una gestione ottimale del processo terapeutico. Oltre a ricostruire la seduta ed individuare i principali temi emersi durante l'incontro, è necessario che la catena associativa verbale e quella delle immagini vengano analizzate, al fine di comprendere al meglio i collegamenti tra vissuti e affetti, parole ed immagini effettuati dai partecipanti. Un'approfondita analisi di queste catene associative permette inoltre ai curanti di formulare una rappresentazione più accurata della realtà psichica di ciascun paziente e di individuare le tematiche attorno alle quali orientare il lavoro terapeutico. Dal punto di vista pratico, l'approccio impiegato per esaminare la catena associativa delle immagini consiste nel disporre a terra le fotografie selezionate dai pazienti durante la seduta e riflettere sul ruolo di queste ultime all'interno dell'immaginario gruppale. Un altro compito a cui il clinico deve adempiere riguarda l'analisi dei propri vissuti controtransferali: acquisire maggior consapevolezza delle proprie reazioni emotive, oltre a contribuire ad un progressivo miglioramento delle competenze del terapeuta e della pratica clinica, può costituire un'ulteriore fonte di informazioni in merito ad aspetti ancora inconsci del mondo interno dei pazienti.

Giunti a questo punto, servendosi delle informazioni emerse durante la seduta ed il post-gruppo, i conduttori si concentrano sulla pianificazione della seduta successiva.

2.5 Specificità del metodo

Sia la struttura del dispositivo che le dinamiche gruppali che si manifestano nel corso delle sedute possono essere considerate peculiarità del Photolangage.

Per quanto riguarda la struttura del dispositivo, la specificità del metodo è costituita dal fatto che inizialmente il clinico ponga un quesito al gruppo (atto che implica il coinvolgimento dei processi secondari, ossia l'utilizzo del pensiero in parole, logico e maggiormente connesso alla sfera del conscio) al quale è però necessario rispondere servendosi di un'immagine (richiesta che comporta l'attivazione dei processi primari e, conseguentemente, del pensiero per immagini, prossimo alla dimensione preconsocia). Successivamente, motivando le proprie scelte attraverso lo scambio verbale si verifica un'ulteriore trasformazione in parole delle associazioni effettuate dai partecipanti, le quali sono state formulate sulla base delle loro immagini interne e degli affetti ad esse connesse. Quest'ultimo passaggio viene definito come «Simbolizzazione». Questa alternanza tra pensiero in parola e pensiero per immagini contribuisce alla creazione di uno spazio di gioco ben definito, che permette di agire sia sul piano intrapsichico che su quello intersoggettivo e, insieme al lavoro svolto dal clinico, ha funzione contenitiva (la domanda e le immagini vengono infatti definite «Due guard rail»).

Il secondo elemento peculiare di questo metodo è invece costituito dai processi gruppali. Se inizialmente l'attività di riflessione e scelta delle immagini contribuisce all'instaurarsi di una dinamica maggiormente individuale, durante la presentazione delle foto avviene l'effettivo lavoro di gruppo: i partecipanti dimostrano infatti interesse ed ascolto attivo e, incoraggiati dai conduttori, esprimono le loro impressioni in merito alle scelte altrui. Questa predisposizione alla comunicazione, che consente di ottenere scambi particolarmente arricchenti dal punto di vista terapeutico nel momento in cui due soggetti discutono sulle differenti rappresentazioni scaturite dalla medesima immagine, non solo concorre alla costruzione di un immaginario grupale, ma è funzionale al processo di individuazione dei singoli partecipanti, i quali hanno l'occasione di confrontarsi con punti di vista differenti dal proprio. Spesso, è proprio grazie al confronto con gli altri che i soggetti diventano pienamente consapevoli delle motivazioni alla base della scelta di determinate foto, di cui inizialmente non erano in grado di spiegare l'attrattiva. È inoltre importante sottolineare come gli scambi verbali riguardino sempre le foto e mai coloro che le hanno selezionate, permettendo così di formulare critiche ed osservazioni negative

senza che i soggetti che le hanno proposte si sentano attaccati. Anche questo aspetto è stato introdotto in funzione dell'obiettivo ultimo del dispositivo: facilitare la comunicazione e la condivisione.

Cap III. Adulità emergente: una fase di transizione

1. Origine del termine ed autori chiave

Nonostante il concetto di “Emerging adulthood” sia stato introdotto all’inizio del nuovo millennio, le prime riflessioni inerenti alla necessità di individuare una fase di transizione dall’adolescenza all’età adulta sono state elaborate a partire dagli anni sessanta del Novecento: analizzando i fenomeni verificatisi durante questo periodo burrascoso, lo psicologo sociale Kenneth Keniston (1930 - 2020) osservò come le modificazioni socioeconomiche e culturali in atto si ripercuotessero sulle tempistiche relative al raggiungimento degli obiettivi che sanciscono tradizionalmente il passaggio all’età adulta. Se infatti in precedenza la formazione di un nuovo nucleo familiare e l’acquisizione di una situazione di stabilità economica erano traguardi tipicamente raggiunti attorno ai venticinque anni, a partire dagli ultimi decenni del ventesimo secolo la radicale modifica della morale sessuale, l’aumento della scolarità media e la conseguente posticipazione dell’ingresso nel mondo del lavoro (caratterizzato da sempre maggior indeterminatezza) contribuirono a posticipare il passaggio all’età adulta. Rifacendosi a quanto osservato da Keniston, Jeffrey Arnett (professore presso il Dipartimento di Psicologia della Clark University, Massachusetts) ha elaborato a partire dai primi anni duemila il termine “Emerging Adulthood”, espressione riferita ai soggetti di età compresa tra i diciotto e i venticinque anni (range successivamente esteso a ventinove/ trent’anni). Durante questo lasso di tempo, che Arnett propone di classificare come fase di sviluppo a sé e non come un mero periodo di transizione, gli individui, che sono stati in grado di affrontare i compiti di sviluppo relativi alla fase adolescenziale, non hanno ancora superato le sfide evolutive tipiche dell’età adulta (come l’individuazione di un impiego stabile, la creazione di rapporti duraturi e profondi ed il raggiungimento dell’indipendenza emotiva, decisionale ed economica). I cosiddetti emerging adults si trovano quindi in una complessa fase caratterizzata dalla sperimentazione, che Arnett identifica attraverso le seguenti cinque definizioni chiave: età dell’esplorazione dell’identità (il grande numero di esperienze effettuate in questi anni contribuiscono infatti a plasmare la personalità dei soggetti); tempo dell’instabilità (durante questo periodo gli individui percepiscono difatti le loro scelte come non definitive e tendono a modificarle con maggiore frequenza); periodo caratterizzato da una sensazione di “feeling in between” (espressione che sottolinea come gli emerging adults non si sentano né adulti

né adolescenti); età delle possibilità (durante la quale gli individui hanno ampia libertà di scelta e, sperimentando, decidono come strutturare il proprio avvenire); fase “self-focused” (gli adulti emergenti, meno soggetti al controllo familiare ed istituzionale e contemporaneamente non ancora gravati dalle responsabilità connesse all’età adulta, hanno l’occasione di concentrarsi maggiormente su di loro).

2. Bisogni degli emerging adults e politiche sociali

L’adulthood emergente si presenta come un periodo ambivalente, ricco di opportunità e, contemporaneamente, di grande vulnerabilità. Affrontare con successo i compiti evolutivi relativi a questa fase (riguardanti la costruzione identitaria, la capacità di instaurare rapporti stabili e profondi e la progettualità) permette infatti agli individui di sviluppare una visione positiva della propria self-efficacy e di mantenere un livello di benessere ottimale. Al contrario, il mancato superamento delle sfide evolutive può generare un generale senso di insicurezza e inadeguatezza, oltre causare blocchi nello sviluppo. La modalità più efficace per evitare che quest’ultimo scenario si verifichi consiste nella messa in atto di politiche sociali e di servizi mirati al sostegno degli individui impegnati nella transizione verso l’età adulta. Sebbene le proposte elaborate a livello teorico siano numerose, i principali obiettivi di questi interventi rimangono i medesimi: garantire la presenza di una rete di supporto stabile composta da familiari (se presenti), amici, professionisti e membri della comunità; fornire delle strategie adattive per migliorare le capacità di autoregolazione e di gestione dei conflitti attraverso l’organizzazione di percorsi dedicati; assistere gli emerging adults nell’elaborazione di eventi traumatici e promuovere il loro benessere psicologico; offrire assistenza nella gestione delle sfide pratiche connesse a questa tappa di sviluppo, come la scelta di un percorso di studi, la ricerca di un impiego stabile o di un’abitazione. Purtroppo, nonostante l’importanza di questi interventi sia oggi riconosciuta, essi vengono attuati raramente.

Capitolo IV. La ricerca

1. Obiettivi ed ipotesi

All'interno di quest'ultimo capitolo dell'elaborato verrà descritto ed analizzato un percorso di terapia condotto impiegando il metodo Photolangage presso lo SCUP (Centro di Ateneo dei Servizi Clinici Universitari Psicologici), ente che fornisce Servizi di Assistenza Psicologica (SAP) gratuiti, ad esempio attività di prevenzione, supporto ed intervento clinico, agli studenti universitari iscritti presso l'Ateneo di Padova.

L'obiettivo dello studio consiste nell'effettuare una valutazione di esito del metodo impiegato nella conduzione del percorso terapeutico in questione, utilizzando l'RCI (Reliable Change Index) come indicatore di cambiamenti significativi dal punto di vista clinico. In particolare, si desidera stabilire se il trattamento basato sull'impiego del metodo Photolangage possa contribuire ad una riduzione clinicamente significativa della sintomatologia percepita dai partecipanti. La rilevazione dei sintomi in questione, classificabili come di tipo ansioso-depressivo, è stata effettuata attraverso due questionari, il GAD-7 e il PHQ-9, entrambi somministrati prima dell'inizio e successivamente al termine del trattamento. Riassumendo, questa ricerca si pone come obiettivo quello di stabilire quanto il Photolangage possa rivelarsi uno strumento efficace se impiegato specificatamente nel trattamento di adulti emergenti.

2. Procedimento: regole del setting e formazione del gruppo

Il percorso di Photolangage oggetto di studio si è svolto in 12 sedute, ciascuna della durata di un'ora e caratterizzate dalla stessa struttura, qui descritta brevemente: in seguito alla domanda posta dal clinico, tutti i membri del gruppo sono incoraggiati a scegliere una o più foto tra quelle disponibili, appartenenti a diversi dossier tematici, in risposta al quesito del conduttore. Una volta terminata la scelta, effettuata in silenzio ed attraverso lo sguardo, si passa al momento dedicato allo scambio verbale, durante il quale i partecipanti hanno l'occasione di confrontarsi in merito al significato delle immagini selezionate e a quali affetti ed esperienze (la cui comunicazione è spesso difficoltosa) le fotografie elicitano in loro. Tutte le sessioni sono state immediatamente seguite da un momento di "Post-Gruppo", durante cui i clinici hanno potuto individuare le principali tematiche discusse e le associazioni effettuate (sia attraverso le parole che le immagini) dai partecipanti durante l'attività, informazioni poi impiegate per strutturare le sedute successive.

Per quanto riguarda il campione, questo era composto da cinque studenti: tre maschi e due femmine, di età compresa tra i ventuno ed i ventitré anni ($M= 21,8$, $DS= 0,84$). Durante i colloqui di consultazione, svolti individualmente presso il Centro, i membri del gruppo (quattro studenti della Facoltà di Psicologia ed un iscritto alla Facoltà di Lingue, letterature e mediazione culturale) hanno esplicitato le motivazioni che li avevano spinti a richiedere sostegno psicologico. Tra queste, è stato possibile individuare le seguenti aree problematiche condivise: difficoltà nel processo di separazione-individuazione e di adattamento al nuovo contesto (tutti i partecipanti erano infatti studenti fuorisede, trasferitisi a Padova per motivi di studio), vissuti di ansia ed incertezza sperimentati in merito al proprio futuro ed infine difficoltà relazionali. Si è quindi pensato di proporre loro la partecipazione ad un gruppo di Photolangage: la scelta di optare per un percorso di terapia con oggetto mediatore è stata effettuata non solo con l'obiettivo di facilitare la condivisione di contenuti difficili da esprimere verbalmente, ma anche per permettere ai partecipanti, attraverso l'ascolto ed il confronto con diversi punti di vista, di avere una maggior consapevolezza di sé e della propria esperienza.

Prima dell'inizio del percorso, ai futuri membri del gruppo è stata inoltre somministrata una serie di strumenti, con l'obiettivo di confrontare i risultati antecedenti lo svolgimento della terapia con i punteggi rilevati nel follow-up a due mesi dalla fine del percorso terapeutico ed individuare così l'eventuale presenza di variazioni clinicamente significative. Nello specifico, i questionari utilizzati sono stati: la General Anxiety Disorder-7, anche nota come GAD-7, per la valutazione dei livelli di ansia ed il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), per la misurazione della depressione. I due strumenti appena menzionati verranno descritti più approfonditamente nel paragrafo seguente.

3. Strumenti per la valutazione dell'esito

Come già precedentemente accennato, sia all'inizio che al termine dell'iter terapeutico oggetto di questa ricerca, è avvenuta la somministrazione di una serie di strumenti, al fine di individuare cambiamenti clinicamente significativi effettuati dai pazienti, valutare l'efficacia del trattamento applicato ed eventualmente identificare aree problematiche che non hanno tratto beneficio dal percorso svolto. In questo caso, sono stati somministrati i seguenti questionari: la General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) ed il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

Per quanto riguarda la scala GAD-7 (Spitzer et al., 2006), essa permette la misurazione del livello di ansia sperimentato dal paziente. Nello specifico, questo strumento permette di effettuare lo screening del disturbo d'ansia generalizzato. Questionario self-report composto da sette item, la GAD-7 si pone come obiettivo quello di valutare lo stato di salute mentale del paziente nel corso delle ultime due settimane: ad esempio, questo strumento indaga a che livello il paziente si è sentito nervoso, non è stato in grado di controllare le proprie preoccupazioni ed ha sperimentato difficoltà nel rilassarsi. Ad ogni item, i pazienti rispondono con punteggi che vanno da 0 ("not at all") a 3 ("nearly every day") i quali, una volta terminata la compilazione del questionario, vengono sommati al fine di ottenere un punteggio totale, il cui range può spaziare da 0 a 21. Valori corrispondenti a 5, 10 e 15 rappresentano rispettivamente i cut-off per livelli di ansia lieve, moderata e grave. Considerando il punteggio di soglia (threshold) di 10, il GAD-7 presenta una sensibilità, ovvero la capacità dello strumento di individuare i casi effettivamente affetti dal disturbo in questione, dell'89% ed una specificità, ossia l'abilità del questionario nell'individuare i casi negativi, dell'82% per il GAD.

Il PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), modulo facente parte del più generale Patient Health Questionnaire (PHQ), è uno strumento impiegato per lo screening della depressione, che mira ad indagare gli eventuali sintomi connessi a questo disturbo manifestatisi nelle due settimane precedenti la somministrazione del test, la quale può avvenire in modalità self-report oppure tramite un clinico. Il questionario, composto da nove item, ai quali i pazienti possono rispondere con punteggi da 0 ("not at all") a 3 ("nearly every day"), si rifà ai nove criteri diagnostici per il disturbo depressivo maggiore presenti all'interno del DSM-IV, tra cui anedonia, scarso appetito, perdita delle energie e agitazione. Sommando i valori ottenuti rispondendo ad ogni item, i pazienti possono ottenere dei punteggi totali da 0 a 27: i valori 5,10,15 e 20 rappresentano rispettivamente i cut-off per depressione lieve, moderata, moderatamente grave e grave. Considerando il punteggio di soglia di 10, il PHQ-9 presenta una sensibilità ed una specificità di 88%. Noto per la sua brevità, questo strumento viene utilizzato sia in ambito clinico che nella ricerca e permette non solo di individuare l'eventuale presenza di un disturbo, ma anche di stabilirne l'intensità.

4. Elementi qualitativi del processo: tematiche principali ed evoluzione del gruppo

Analizzando i quesiti posti nel corso delle dodici sedute (raccolti nella tabella al termine di questo paragrafo), è stato possibile ripercorrere il processo del gruppo, individuare le principali tematiche discusse ed osservare i progressi manifestati dai partecipanti durante l'iter terapeutico.

Tra i temi trattati più volte emerge il senso di ambivalenza nei confronti del futuro, percepito come incerto ed angosciante ma al contempo affascinante e potenzialmente portatore di nuove scoperte: nonostante infatti i partecipanti nutrano il desiderio di esplorazione, quest'ultimo risulta essere accompagnato da senso di disorientamento e di blocco di fronte alle molteplici possibilità di scelta che caratterizzano l'adulthood emergente, fase di sviluppo percepita come distaccata rispetto alle esperienze infantili ed adolescenziali. Le descrizioni degli avvenimenti passati vissuti presso il proprio luogo d'origine, lasciato per motivi di studio, appaiono infatti caratterizzate da senso di nostalgia e di perdita. I partecipanti affermano difatti di rimpiangere i momenti in cui altri si prendevano cura di loro incondizionatamente e di stare sperimentando difficoltà per quanto riguarda l'adattamento al nuovo contesto di vita (un esempio di quesito posto in merito a questo tema: "Come abbiamo vissuto un momento di passaggio. Lo diciamo con l'aiuto di una o due foto"). Alcuni dei membri riportano inoltre la paura di «sbagliare strada» e di fallire, vissuti strettamente connessi al senso di colpa ed alla vergogna. Questi ultimi due affetti emergono poi in relazione ad un altro timore che risulta essere condiviso da più partecipanti, ossia quello del giudizio altrui: alcuni dei membri del gruppo affermano infatti di aver riscontrato difficoltà nell'ambito delle relazioni interpersonali. Nello specifico, emerge il forte senso di disagio sperimentato in contesti relazionali, che i partecipanti evitano attivamente o, in alternativa, a cui si sentono costretti a partecipare, indossando quindi «una maschera» e distaccandosi dalla loro vera personalità, per il timore di essere giudicati negativamente. Viene quindi espressa una netta preferenza per contesti sociali più intimi, all'interno dei quali relazionarsi con figure note da tempo. Per i partecipanti risulta infatti particolarmente difficoltoso riporre la propria fiducia negli altri e costruire così nuovi legami (una delle domande poste durante il trattamento è stata: "Che cosa impedisce di dare fiducia a qualcuno e che cosa permette di dare fiducia a qualcuno. Lo diciamo con l'aiuto di due foto"). Conseguentemente alle difficoltà

relazionali, emerge anche il tema della solitudine, costruito di cui vengono analizzati sia i lati positivi (possibilità di essere sé stessi senza temere il giudizio altrui, senso di libertà e spensieratezza) che negativi (senso di vuoto e noia che incentivano l'emergere di pensieri angoscianti, bisogno dell'altro come mezzo per fuggire dalla situazione di solitudine).

È importante sottolineare come i quesiti sopra riportati, formulati e discussi durante la fase centrale del processo terapeutico, siano stati preceduti dalle domande iniziali, caratterizzate da un fine principalmente conoscitivo (ad esempio: "Scegliere la foto che mi interessa di più e quella che mi interessa di meno") e precedano i quesiti finali, il cui obiettivo mira soprattutto ad ottenere una valutazione globale dell'esperienza in gruppo e ad accompagnare i partecipanti nell'elaborazione della fine del percorso terapeutico (in questo caso, durante l'ultimo incontro è stato chiesto ai partecipanti di scegliere quale immagine rimarrà loro di più e porteranno con loro pensando al gruppo).

Inoltre, è possibile notare come i temi emersi con maggior frequenza siano strettamente connessi alle principali difficoltà riportate dai partecipanti durante i colloqui individuali, a dimostrazione di come le sedute di gruppo abbiano permesso un progressivo avvicinamento ai nuclei centrali di sofferenza psichica dei pazienti. In questo caso le immagini, in veste di oggetti mediatori, si sono quindi dimostrate un mezzo essenziale all'iter terapeutico, a partire dalle quali poter strutturare osservazioni e riflessioni, riguardanti non solo vissuti difficoltosi dei singoli membri (che non sarebbero stati espressi altrimenti), ma anche le dinamiche verificatesi all'interno del gruppo, come ad esempio l'instaurarsi di un clima caratterizzato da crescente interesse reciproco e fiducia, a partire dal quale è stato possibile lavorare per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, tra cui la riduzione della sintomatologia depressiva e l'elaborazione dei vissuti di perdita connessi alla separazione dall'ambiente originario.

Tabella 1: Quesiti posti dal clinico all'inizio di ogni seduta

Seduta	Quesito
1	"Scegliamo una o due foto che troviamo le più e/o le meno interessanti."
2	"Come abbiamo vissuto un momento di passaggio. Lo diciamo con l'aiuto di una o due foto."
3	"Che cosa mi sembra più facile dell'incontro con l'altro e che cosa mi sembra più difficile? Diciamolo con l'aiuto di due foto."

4	“Cosa ci sembra più facile dello stare da soli e cosa ci sembra più difficile. Diciamolo con l’aiuto di due foto.”
5	“Che cosa impedisce di dare fiducia a qualcuno e che cosa permette di dare fiducia a qualcuno. Lo diciamo con l’aiuto di due foto.”
6	“Scegliamo una foto per parlare di un film, un libro o una canzone che ci ha colpiti.”
7	“Che cosa ci accade quando lasciamo un luogo, una persona o qualcosa a cui teniamo. Scegliamo una o due foto per parlare di un nostro ricordo.”
8	“Scegliamo una o due foto per parlare di un momento, o un ricordo, che per noi è stato felice.”
9	“Se io fossi ancora bambino...ne parliamo scegliendo una o due foto.”
10	“Come mi immagino in un futuro prossimo: desideri e paure. Lo diciamo con l’aiuto di una o due foto.”
11	“Scegliamo una o due foto per parlare di un aspetto di noi stessi che sentiamo di avere scoperto o cambiato e su cui sentiamo di avere lavorato in gruppo, e un aspetto che non abbiamo toccato e avvertiamo ancora come problematico.”
12	“Scegliamo l’immagine che ci rimarrà di più e che porteremo con noi pensando all’esperienza del gruppo.”

5. Valutazione quantitativa dell’esito

A partire dai risultati ottenuti in seguito alla somministrazione dei questionari GAD-7 e PHQ-9, è stato possibile calcolare l’indice di cambiamento affidabile (RCI; Jacobson e Truax, 1991), valore a partire dal quale può essere effettuata una valutazione dell’esito del trattamento. Questo indice permette infatti di definire l’affidabilità del cambiamento sperimentato da ogni partecipante.

Affinché la formula possa venire applicata, è necessario che la stima della deviazione standard al pre-test della popolazione considerata e l’indice di affidabilità test-retest degli strumenti considerati siano calcolati. La soglia dell'affidabilità è calcolata come 1,96 volte l'errore standard della differenza tra i punteggi di una misura somministrata al pre-test e al post-test.

Secondo quanto descritto da Jacobson e Truax (1991), l'errore standard di misura (SE) è stato inizialmente calcolato utilizzando la seguente formula (dove S1 è la deviazione standard al pre-test e rxx l’indice di affidabilità test-retest dello strumento):

$$SE = S1 \sqrt{1 - R_{xx}}$$

L'errore standard della differenza di punteggio (S. diff), è stato poi ricavato attraverso il calcolo seguente: $S. diff = \sqrt{2(SE)^2}$.

Servendosi quindi dei risultati appena ottenuti, è stato possibile ricavare l'RCI tramite la formula qui riportata (dove X1 rappresenta il punteggio al pre-test individuale mentre X2 indica il punteggio al post-test):

$$RCI = \frac{X1 - X2}{S.diff}$$

Una volta calcolato l'RCI, è possibile interpretare il risultato confrontandolo con la soglia di affidabilità stabilita che, come già accennato in precedenza, corrisponde a 1,96. Un valore superiore a questa cifra segnalerà quindi un cambiamento significativo al livello di confidenza del 95% (in altre parole, vi è una probabilità inferiore al 5% che il cambiamento osservato sia dovuto al caso). Nella tabella seguente sono riportati i risultati ottenuti calcolando l'RCI.

Tabella 1: Reliable Change Index (RCI)

Paziente	GAD-7	PHQ-9
Emma	-1,90	-5,78
Elena	-4,58	-4,13
Federico	0	-1,65
Lorenzo	0	-5,78
Michele	-0,76	-4,95

Come visibile nella tabella 1, Elena risulta essere la sola paziente ad aver manifestato un cambiamento significativo in merito ai sintomi ansiosi, mentre Federico è l'unico a non aver sperimentato un miglioramento per quanto riguarda i vissuti depressivi espressi prima dell'inizio del trattamento. Nonostante questi due risultati, è comunque possibile considerare il trattamento efficace: infatti, nella maggior parte dei casi si è verificato un miglioramento rispetto alle condizioni iniziali riportate dai pazienti.

Nella tabella successiva sono riportati invece i punteggi ottenuti dai pazienti durante le somministrazioni dei questionari pre e post trattamento, seguiti dai rispettivi criteri descrittivi.

Tabella 2: Punteggi iniziali e finali dei pazienti

Paziente	GAD-7		PHQ-9
	Pre trattamento	Post trattamento	Pre trattamento
Emma	6	1	9
Elena	16	4	7
Federico	5	5	5
Lorenzo	8	8	14
Michele	15	13	11

Criteri descrittivi GAD-7:

- 0-4: nessuna ansia
- 5-9: lieve ansia
- 10-14: livello moderato ansia
- 15-21: ansia grave

Criteri descrittivi PHQ-9:

- 0-4: nessuna depressione
- 5-9: depressione lieve
- 10-14: depressione moderata
- 15-19: moderatamente grave depressione
- 20-27: grave depressione

Confrontando i punteggi ottenuti con i criteri descrittivi sopra elencati, si nota come i pazienti abbiano inizialmente riportato più sintomi depressivi (di gravità lieve/ moderata), nonostante durante i colloqui conoscitivi avessero segnalato principalmente la presenza di sintomi ansiosi (i quali, a seguito della somministrazione, risultano essere complessivamente di gravità moderata).

Un paragone tra punteggi ottenuti prima del trattamento e durante il follow-up, avvenuto a due mesi dal termine del percorso terapeutico, evidenzia infine come i miglioramenti avvenuti a seguito del trattamento riguardino principalmente i sintomi depressivi percepiti dai partecipanti.

Capitolo V. Analisi dei risultati

1. Discussione dei risultati

Analizzando complessivamente il processo del gruppo ed i risultati ottenuti a seguito del trattamento, emerge ancora una volta quanto l'immagine costituisca uno strumento potente, capace di far affiorare e di portare al centro della discussione questioni presenti nel mondo interno dei pazienti, le quali ancora non avevano trovato modo di essere espresse.

Durante i colloqui di consultazione precedenti l'inizio del percorso terapeutico e nel corso delle effettive sedute, i partecipanti hanno occasione di illustrare le proprie fragilità, alcune delle quali risultano accomunare più membri del gruppo: difficoltà di adattamento ad un contesto nuovo, problematiche nell'instaurare relazioni interpersonali e conseguente senso di solitudine, confronto tra passato (generalmente connesso a vissuti di nostalgia), presente e futuro (spesso associato a vissuti di angoscia ed incertezza).

Oltre ad illustrare le problematiche da loro percepite, i membri del gruppo descrivono i miglioramenti che desidererebbero riscontrare al termine dell'iter terapeutico, fra cui emergono l'aspirazione di trovare una propria dimensione senza sentirsi «fuori posto» o sperimentare nuovamente solitudine, lo sviluppare la capacità di apprezzare ed essere soddisfatto degli avvenimenti presenti ed infine l'evitare le situazioni di staticità per dedicarsi a vivere nuove esperienze. Nelle le sedute conclusive, e successivamente durante colloqui di follow-up, i pazienti hanno poi l'opportunità di riportare i progressi da loro rilevati in seguito al percorso terapeutico. Tra questi, emergono un maggior grado di autoconsapevolezza ed una comprensione più approfondita delle proprie preferenze, le quali hanno permesso ai soggetti di instaurare dei rapporti caratterizzati da minor dipendenza nei confronti altrui e di sviluppare il desiderio di differenziazione e di definizione della propria identità. I partecipanti riferiscono inoltre di percepire un legame meno intenso con il passato (segnale di un'avvenuta elaborazione del senso di perdita relativo ai vissuti infantili e adolescenziali) e, al contempo, una maggiore capacità di proiettarsi verso il futuro. Per quanto riguarda invece la gestione del sentimento di solitudine, i pazienti riportano ancora delle difficoltà in merito, che risultano però essere affiancate dalla comprensione che questo disagio, proprio come quello generato da aspetti di tipo più ansioso, spesso derivi da difficoltà e standard interni. Il senso di solitudine appare inoltre diminuito grazie alla consapevolezza che anche altri soggetti stanno

affrontando le stesse difficoltà e angosce, esperienza riconducibile al meccanismo dell'universalizzazione.

Ai progressi appena elencati, risulta necessario aggiungere i miglioramenti percepiti dai partecipanti relativamente alla sfera dei sintomi ansioso-depressivi, rilevati attraverso la somministrazione dei test descritti nel capitolo precedente. Il confronto tra punteggi ottenuti prima del trattamento e durante il follow-up (avvenuto a due mesi dal termine del trattamento) mette in luce il progresso avvenuto soprattutto per quanto riguarda i sintomi depressivi: questo miglioramento, attribuibile al fatto che i quesiti posti durante le sedute si siano maggiormente concentrati sull'elaborazione dei vissuti di perdita e lutto, potrebbe inoltre segnalare che i sintomi ansiosi menzionati dai pazienti prima dell'inizio dell'iter terapeutico celassero in realtà anche vissuti di tipo depressivo, inizialmente difficili da elaborare. Tale ipotesi sembra essere confermata sia dai risultati dei questionari somministrati, sia dalle immagini scelte dai pazienti durante le sessioni di gruppo (come, ad esempio, quella raffigurante un bambino, apparentemente senza vita, steso nel deserto) e dai temi conseguentemente emersi (spesso relativi a vissuti di tristezza e rimpianto). La presenza di sintomi riconducibili all'area depressiva risulta infine essere in linea con le caratteristiche della fase di sviluppo che i partecipanti stanno attraversando: l'adultità emergente, come già illustrato in precedenza, si delinea infatti come un periodo di transizione dall'adolescenza all'età adulta, sovente caratterizzato da vissuti di incertezza ed ansia per quanto riguarda il futuro e, contemporaneamente, di nostalgia e perdita di una dimensione più spensierata, connessa alle esperienze infantili vissute presso il proprio luogo d'origine.

Il dispositivo gruppale si delinea quindi come un mezzo attraverso il quale, entrando in interazione e collaborando, è possibile «osservare le cose da lontano e vederle in maniera più chiara», per poi cercare di risolvere le difficoltà manifestate dai singoli partecipanti, i quali hanno anche l'occasione di scoprire nuove parti di sé attraverso gli altri. In particolare, alla luce di quanto emerso da questa ricerca, è possibile concludere che il Photolangage costituisce un metodo utile ed efficace per quanto riguarda il trattamento di adulti emergenti, permettendo loro di esporre i propri bisogni ed i propri vissuti, altrimenti difficilmente esprimibili, e di elaborare i vissuti di tristezza, angoscia e perdita caratteristici della fase di sviluppo che stanno attraversando.

2. Conclusioni, limiti e prospettive future

Nei capitoli quarto e quinto di questa tesi si è cercato di descrivere e valutare l'esito di un percorso di Photolangage rivolto ad un gruppo di adulti emergenti. La valutazione quantitativa dell'esito del trattamento è stata effettuata attraverso il Reliable Change Index, indicatore di cambiamenti clinicamente significativi per quanto riguarda i sintomi manifestati dai partecipanti, in questo caso di tipo ansioso-depressivo. Eventuali modifiche a livello della sintomatologia sono state rilevate attraverso due questionari, il GAD-7 e il PHQ-9, somministrati prima dell'inizio ed in seguito al termine del trattamento. Sono state inoltre effettuate delle osservazioni qualitative del processo di gruppo, che hanno permesso di individuare le modifiche verificatesi nell'interazione tra i partecipanti (caratterizzate da un crescente interesse reciproco e fiducia), nell'atmosfera del gruppo, e nelle tematiche emerse durante gli incontri. I risultati dei questionari e l'analisi qualitativa dell'iter terapeutico hanno dimostrato come, globalmente, il trattamento si sia rivelato efficace, permettendo quindi il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, tra cui una riduzione clinicamente significativa dei sintomi inizialmente riportati dai pazienti, soprattutto relativamente alla sfera depressiva, e l'elaborazione dei vissuti di perdita connessi alla separazione dell'ambiente originario, lasciato per motivi di studio. Quanto di positivo riscontrato al termine dell'iter terapeutico può essere ricondotto ad alcune tra le principali proprietà del Photolangage, tra cui il facilitare la comunicazione di vissuti complessi e l'interazione tra i partecipanti.

Oltre alle peculiarità ed ai punti di forza, risulta però altrettanto necessario evidenziare anche le limitazioni che l'applicazione di questa tecnica implica. Relativamente ai limiti della ricerca esposta nei paragrafi precedenti, è importante sottolineare come i dati ottenuti, a causa del numero esiguo di ricerche condotte con questa tecnica su adulti emergenti e della quantità ridotta di partecipanti, siano scarsamente generalizzabili. Non va inoltre dimenticato che l'indice RCI, impiegato per effettuare la valutazione di esito dello studio, fornisce informazioni sulla significatività statistica del cambiamento ma non sul suo significato da un punto di vista clinico: è quindi necessario che i valori dell'RCI vengano integrati con osservazioni cliniche, in modo da attribuire un effettivo valore ai cambiamenti rilevati. Infine, è bene evidenziare non solo la natura self-report dei questionari somministrati, inevitabilmente quindi soggetti a bias e distorsioni soggettive, ma anche il fatto che i test compilati dai pazienti al termine del trattamento (nello

specifico, nel follow-up a due mesi dalla fine del percorso) si limitassero a rilevare la presenza di sintomi ansioso-depressivi in un periodo precisamente circoscritto, ovvero le due settimane precedenti alla somministrazione dello strumento, non fornendo quindi una panoramica più estesa degli effetti del trattamento. Alle limitazioni appena elencate va aggiunta un'ulteriore e più generale serie di aspetti critici del metodo di cui tenere conto, tra cui è possibile individuare una delle caratteristiche principali della tecnica, ovvero la domanda posta dal conduttore all'inizio di ogni seduta. Quest'ultima, variando infatti ad ogni incontro in base all'argomento che si è pianificato di trattare, impatta notevolmente sullo svolgimento di ogni seduta, limitando quindi la generalizzabilità dei risultati. A quest'ultimo aspetto concorre anche un'altra fase chiave della tecnica, ossia quella relativa all'interpretazione delle immagini: quest'operazione, oltre a riguardare un numero limitato di fotografie, è infatti estremamente soggettiva, rendendo conseguentemente i dati ricavati scarsamente generalizzabili.

Per quanto riguarda invece le prospettive future dell'applicazione del Photolangage, queste vedono un'implementazione del metodo all'interno di svariati contesti: si prevede infatti che la tecnica verrà utilizzata non solo nella conduzione di iter rivolti a popolazioni cliniche, ma anche in percorsi di promozione e prevenzione del benessere individuale e nella formazione di professionisti della salute mentale e nella supervisione (per favorire nei futuri clinici lo sviluppo delle competenze terapeutiche e di una maggior autoconsapevolezza). Durante l'interpretazione dei risultati, così come al momento della creazione di nuovi dossiers tematici, si potrebbe infine tenere maggiormente conto delle differenze culturali tra individui. Considerando aspetti come l'inclusività e la sensibilità culturale, il Photolangage permetterebbe di facilitare la comunicazione tra individui indipendentemente dal contesto culturale di provenienza, diventando così un metodo ancora più universale.

Bibliografia

- Argirò, Francesca. *Un filo rosso tra tutti i pensieri: Osservazioni relative al processo e all'esito di un gruppo di Photolangage in emerging adulthood*. [Tesi di specializzazione]. Padova: Università degli Studi di Padova. 2023.
- Argirò, Francesca. Slides del seminario sul Photolangage, Università degli studi di Padova, 2022.
- Arnett, Jeffrey Jensen. "Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For?" *Child Development Perspectives*, vol. 1, no. 2, Dec. 2007, pp. 68–73, <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>.
- Barlow, Sally H., et al. "Therapeutic Applications of Groups: From Pratt's "Thought Control Classes" to Modern Group Psychotherapy." *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, vol. 4, no. 1, Mar. 2000, pp. 115–134, <https://doi.org/10.1037/1089-2699.4.1.115>.
- Bottini, Marta. *Emerging adulthood: tra teoria e ricerca empirica. Valutazione del profilo dell'utenza e dell'effectiveness del servizio di Counselling psicodinamico dell'Università Degli Studi Di Milano-Bicocca*. [Tesi di dottorato]. Milano: Università degli Studi di Milano-Bicocca. 2020.
- Brabender, Virginia, et al. *Essentials of Group Therapy*. Hoboken, N.J., Wiley, 2004.
- Franco, Nadia. *Il Photolangage e i fattori terapeutici: L'esperienza di un gruppo all'interno di un centro diurno riabilitativo*. [Tesi di laurea Magistrale]. Padova: Università degli Studi di Padova. 2023.
- Di Maria, Franco. *Fondamenti di gruppoanalisi*, il Mulino, 2009.
- Di Riso, Daniela. Slides del corso di Psicodinamica dei gruppi, Università degli studi di Padova, 2022.
- Ferruta, Anna. "Video Intervista a René Kaës." *SPIweb*, 3 July 2013, www.spiweb.it/multimedia/la-voce-degli-psicoanalisti/videointervista-a-rene-kaes/#:~:text=Ren%C3%A9%20Ka%C3%ABs%2C%20Professore%20Emerito%20di,suoi%20studi%20sulla%20Psicoanalisi%20dei.
- Grossmark, Robert. "From Psychoanalysis to Group Analysis: The Pioneering Work of Trigant Burrow." *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 65, no. 3, July 2015, pp. 459–477, <https://doi.org/10.1521/ijgp.2015.65.3.459>.
- Kaës, René. "Les Médiations Entre Les Espaces Psychiques Dans Les Groupes." *Le Carnet PSY*, vol. 141, no. 1, 2010, pp. 1-5, www.caim.info/revue-le-carnet-psy-2010-1-page-35.htm.

- Lo Piccolo, Giuseppe, et al. *IL METODO PHOTOLANGAGE® Un Dispositivo Gruppale in Psicoterapia E in Ambito Formativo*. Mar. 2020.
- Meiers, Joseph I. "Origins and Development of Group Psychotherapy." *Sociometry*, vol. 8, no. 3/4, Aug. 1945, p. 261, <https://doi.org/10.2307/2785051>.
- Neri, Claudio. *Introduzione All'edizione italiana*. In Kaës, R. *Le Teorie Psicoanalitiche Del Gruppo*. 1999.
- Sakala, Leah, et al. *A Guide to Community Strategies for Improving Emerging Adults' Safety and Well-Being*. 2020.
- Scheidlinger, Saul. "The Group Psychotherapy Movement at the Millennium: Some Historical Perspectives." *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 50, no. 3, July 2000, pp. 315–339, <https://doi.org/10.1080/00207284.2000.11491012>.
- Scheidlinger, Saul. "Group Psychotherapy and related helping groups today: an overview." *American Journal of Psychotherapy*, vol. 58, no. 3, July 2004, pp. 265–280, <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2004.58.3.265>.
- Vacheret, Claudine. *Il Photolangage: Un metodo gruppale a veduta terapeutica o formativa*. 25 Nov. 2012.
- Vacheret, Claudine. "Le Photolangage, une médiation thérapeutique, un bref historique des théories groupales." *Le Carnet PSY*, vol. n° 141, no. 1, 1 Feb. 2010, pp. 39-42, <https://doi.org/10.3917/lcp.141.0039>.
- Williams, Nerys. "'Questionnaire Review: PHQ-9'" *Occupational Medicine*, vol. 64, no. 3, 1 Apr. 2014, pp. 139-140, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt154>.
- Williams, Nerys. "The GAD-7 Questionnaire." *Occupational Medicine*, vol. 64, no. 3, 1 Apr. 2014, pp. 224, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt161>.
- Zurlo, M.C. *Gruppi a Mediazione. Dispositivi Ed Esperienze*. Liguori, 2017.

Ringraziamenti

Desidero ringraziare innanzitutto la professoressa Daniela Di Riso e la dottoressa Francesca Argirò, rispettivamente relatrice e correlatrice di questa tesi, per avermi seguito durante l'intera stesura dell'elaborato, dimostrando sempre disponibilità, precisione e gentilezza.

Ringrazio poi la mia grande famiglia che, nonostante la lontananza, è sempre stata presente durante questo percorso e non ha mai smesso di farmi percepire il suo affetto e sostegno. In particolare, ringrazio i miei genitori, che mi hanno trasmesso il valore di dedicarsi alla cura degli altri, mio fratello, per avermi dimostrato l'importanza di seguire le proprie passioni ed inclinazioni, ed i miei nonni, per l'appoggio e l'affetto incondizionati.

Un grazie anche a Benedetta, Francesca, Ilenia, Sofia e Valentina, che mi hanno fatto sentire a casa, accolta e ascoltata e senza le quali la mia esperienza a Padova non sarebbe stata la stessa.

Concludo ringraziando Lorenzo, punto di riferimento costante in questi anni, per la fiducia, il sostegno e per l'avermi accompagnato passo dopo passo nella stesura di questo elaborato.