



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

Parenting wisdom e orientamento al futuro: uno studio con genitori di figli adulti con disabilità

*Parenting wisdom and future orientation:
a study with parents of adult sons with disabilities*

Relatrice
Prof.ssa Teresa Maria Sgaramella

Laureanda: Giulia Ongaretto
Matricola: 1231519

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	5
PREMESSA	7
CAPITOLO 1 – I GENITORI DI FIGLI ADULTI CON DISABILITÀ	15
1.1 Due approcci di ricerca	15
1.2 Il presente: il benessere percepito e la qualità della vita	23
1.3 Uno sguardo al futuro: obiettivi e preoccupazioni	29
1.4 Uno sguardo al passato: le esperienze e le scelte compiute	36
CAPITOLO 2 – IL CONCETTO DI WISDOM NELLA LETTERATURA	41
2.1 Inquadramento teorico generale	41
2.2 Le maggiori teorizzazioni	43
2.2.1 <i>L'approccio del Berlin Max Planck Institute Group</i>	47
2.2.2 <i>Il modello di Ardelt</i>	49
2.2.3 <i>Il costrutto di parenting wisdom</i>	52
2.2.4 <i>Il modello neurobiologico di Meeks e Jeste</i>	55
2.2.5 <i>La revisione del modello neurobiologico di Jeste e Lee del 2019</i>	59
2.3 Breve accenno ai principali test che misurano il costrutto di wisdom	64
2.3.1 <i>Berlin Wisdom Paradigm</i>	65
2.3.2 <i>Three-Dimensional Wisdom Scale</i>	66
2.3.3 <i>San Diego Wisdom Scale</i>	66
2.3.4 <i>Parenting Wisdom Scale</i>	67
CAPITOLO 3 – LO STUDIO	69
3.1 Obiettivi e quesiti di ricerca	69
3.2 Metodologia	71

3.3 Partecipanti	72
3.4 Strumenti	74
3.4.1 <i>Satisfaction With Life Scale</i>	74
3.4.2 <i>Flourishing Scale</i>	75
3.4.3 <i>La mia prospettiva temporale – OFTP</i>	75
3.4.4 <i>San Diego Wisdom Scale</i>	76
3.4.5 <i>Parenting Wisdom Scale</i>	77
3.4.6 <i>La mia storia tra passato e futuro – BTPS</i>	78
3.5 Analisi dei dati e risultati	79
3.5.1 <i>Il primo quesito: Pattern e relazioni tra benessere, orientamento al futuro, general wisdom e parenting wisdom</i>	79
3.5.2 <i>Il secondo quesito: i pattern di risorse, il benessere psicologico e wisdom nei due gruppi di genitori</i>	85
CAPITOLO 4 – RISORSE PSICOLOGICHE E INDICATORI DI BENESSERE: IL CONTRIBUTO DAL FOCUS SU WISDOM	89
4.1 Primo quesito: i pattern e le relazioni tra le dimensioni	89
4.2 Secondo quesito: specificità e aspetti comuni nei genitori che vivono complessità associate alla gestione della disabilità	91
4.3 Implicazioni teoriche rispetto ai costrutti e agli indicatori di benessere	92
4.4 Le implicazioni per i professionisti della salute	94
4.5 Gli sviluppi e le potenzialità da esprimere	95
CONCLUSIONI	97
BIBLIOGRAFIA	99
APPENDICI	109

INTRODUZIONE

Ad oggi, gli esperti sono concordi nell'affermare che la condizione di disabilità di un figlio abbia un impatto molto forte sul funzionamento familiare e si ponga come fattore di vulnerabilità per i genitori, aumentando il rischio di sviluppare strategie di adattamento disfunzionali e persino disturbi psichiatrici quali ansia e depressione. A fronte della diagnosi di disabilità, sia essa congenita, ereditaria o acquisita, è fondamentale non lasciare la famiglia sola e supportare i genitori affinché possano fare con consapevolezza scelte informate per la cura dei propri figli al fine di garantire a loro e a sé stessi la miglior qualità di vita possibile.

Uno degli aspetti che più preoccupano i genitori di figli con disabilità, una volta diventati adulti, è la cosiddetta fase del “dopo di noi”: questa fase corrisponde al momento in cui i genitori non saranno più in grado di prendersi cura dei propri figli e saranno quindi costretti a trovare una soluzione di cura *ad hoc* che accolga e risponda alle necessità dei figli. Generalmente, pensare al futuro è particolarmente stressante per le famiglie, dal momento che i servizi offerti dagli istituti sanitari sono inadeguati e carenti rispetto alla quantità e alla tipologia di domanda.

Nella letteratura più recente, piuttosto che concentrarsi sul figlio con disabilità come *negative stressor*, hanno cominciato a essere condotti studi in cui venivano messi in luce gli aspetti positivi e i benefici che si potevano trarre dall'avere un figlio con disabilità, quali maggiore forza personale, maggiore apprezzamento della vita, una rivalutazione delle priorità e relazioni più significative.

Inserendosi nella cornice della nuova direzione della letteratura e della psicologia positiva, il presente lavoro di tesi vuole indagare, in genitori con figli adulti con disabilità, le dimensioni del benessere inteso come soddisfazione per la propria vita e percezione della propria realizzazione negli ambiti importanti del funzionamento umano, dell'orientamento al futuro e di *wisdom*, un elemento legato al benessere su cui si discute fin dai tempi antichi ma di cui ci si è cominciati a occupare sistematicamente solo negli ultimi decenni.

Il presente elaborato si articola in una premessa e quattro capitoli. Nella premessa viene presentato in generale il concetto di benessere e in particolare secondo la teorizzazione proposta dalla psicologia positiva. Il primo capitolo sarà dedicato ai genitori di figli adulti con disabilità: attraverso l'uso di una prospettiva temporale verranno analizzati il passato, inteso come scelte compiute, il presente, inteso come qualità di vita e benessere e, infine, il futuro, declinato in obiettivi e preoccupazioni.

Nel secondo capitolo verrà affrontato il tema di *wisdom* nella letteratura: saranno proposti alcune concettualizzazioni e strumenti che si propongono di riuscire a definire un concetto così complesso.

Il terzo capitolo è dedicato allo studio: saranno qui spiegati gli obiettivi di ricerca, le procedure e gli strumenti utilizzati. Inoltre, chiuderanno il capitolo le analisi dei dati sulle risposte dei partecipanti.

Il quarto capitolo, conclusivo, sarà dedicato alla discussione dei risultati emersi dalle analisi.

PREMESSA

Fin dai tempi più antichi gli uomini si sono chiesti che cosa contribuisse a rendere una vita *good*, bella (Diener, Lucas, Oishi, 2002). Tra i grandi filosofi greci ricordiamo Aristotele, il quale credeva che ogni azione compiuta dall'uomo avesse come obiettivo quello di raggiungere la felicità (Seligman, 2012). La felicità, infatti, è un tema molto ricorrente nelle concettualizzazioni che si sono avvicendate nel corso della storia, ma non è scientificamente spendibile. Bisogna considerare, inoltre, che costituisce solo un aspetto del ben più ampio concetto di benessere, caratterizzato dalla multidimensionalità e oggi adottato da molti orientamenti psicologici.

Storicamente, in letteratura, si sono sviluppate due prospettive di studio che derivano rispettivamente da due distinte tradizioni filosofiche.

La prima prospettiva adotta una visione definita “edonica” e si focalizza sul concetto di benessere inteso come piacere o felicità. In questo contesto si parla di benessere soggettivo come composto da alcuni elementi fondamentali, ben sintetizzati nel modello proposto da Ed Diener.

Per Diener, il benessere soggettivo si definisce come la valutazione cognitiva ed emotiva di una persona a proposito della propria vita: tale valutazione comprende le reazioni emotive agli eventi così come i giudizi cognitivi sulla soddisfazione e sull'appagamento. Il benessere soggettivo è, quindi, un concetto molto ampio che include lo sperimentare emozioni positive, bassi livelli di stati umorali negativi e un alto livello di soddisfazione per la propria qualità di vita (Diener et al., 2002).

La seconda prospettiva adotta una visione, definita “eudemonica”, che interpreta il benessere come crescita, realizzazione personale, autenticità, possibilità di espressione della propria persona e la ricerca di una vita ricca di significato. Mentre il benessere edonico è, quindi, maggiormente orientato all’esperienza soggettiva di sentirsi bene, il benessere eudemonico si riferisce fondamentalmente a vivere una vita bella e ricca di significato.

In accordo con le due teorizzazioni appena presentate, uno degli elementi ricorrenti all’interno dei vari modelli proposti in letteratura è l’equilibrio. Secondo la concettualizzazione di Dodge, Daly, Huyton e Sanders (2012), infatti, un’appropriata definizione mette in luce il benessere inteso come punto di equilibrio tra le risorse individuali e le sfide affrontate.

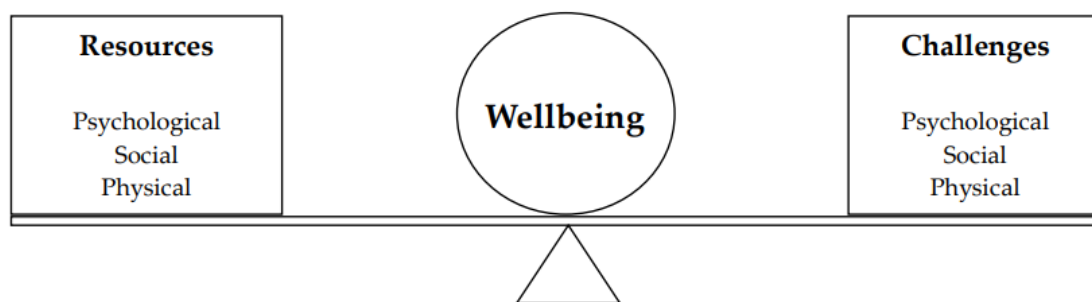


Figura 1
Il modello di *wellbeing* proposto da Dodge, Daly, Huyton e Sanders
Fonte: The challenge of defining wellbeing

L’altalena rappresenta la spinta di ogni individuo a ritornare a una determinata posizione per mantenere il proprio benessere, inteso, appunto, come la necessità di un equilibrio o di omeostasi. Le risorse e le sfide, rispettivamente i carichi a sinistra e a destra dell’altalena, sono gli elementi che possono determinare un impatto sull’equilibrio della persona. Ogni volta che l’individuo incontra una sfida, il sistema di risorse e sfide entra

in uno stato di disequilibrio: di conseguenza, l'individuo è costretto ad adattare le proprie risorse al fine di poter affrontare quella specifica sfida (Kloep, Hendry e Saunders, 2009). Concretamente, un individuo si trova in uno stato di benessere stabile quando possiede le risorse psicologiche, sociali e fisiche che sono necessarie ad affrontare le situazioni che si presentano, siano esse di natura psicologica, sociale o fisica. Nel momento in cui ci si trova a dover affrontare più sfide di quante risorse abbia a disposizione, l'altalena si sbilancia verso destra e viene meno lo stato di benessere. Allo stesso modo, il ragionamento può essere applicato nel momento in cui l'individuo ha tutte le risorse necessarie per affrontare una determinata sfida: essa non intaccherà il livello di benessere perché non avrà un "peso" sufficiente per far sbilanciare l'altalena.

Nonostante il modello appena riportato abbia tra i suoi punti di forza la semplicità, la misurabilità, la facilità di applicazione e l'ottimismo, la psicologia positiva, ovvero la cornice teorica entro cui si pone questo elaborato, propone un modello che non considera l'equilibrio come elemento fondamentale.

Psicologia positiva e wellbeing

La psicologia positiva è lo studio scientifico delle esperienze positive, dei tratti individuali positivi e delle istituzioni che ne facilitano lo sviluppo. È un campo interessato a temi quali il benessere e il funzionamento ottimale. Nonostante a primo impatto potrebbe apparire come una disciplina periferica rispetto alla psicologia clinica in senso tradizionale, gli autori che abbracciano questo approccio sostengono fermamente che le persone che portano con sé i più grandi fardelli, nella vita, si preoccupano di molte più cose rispetto al solo sollievo delle proprie sofferenze: vogliono raggiungere stati di benessere per cui non è sufficiente rimuovere la sofferenza (Duckworth, Steen e

Seligman, 2005). Uno degli assunti di partenza della psicologia positiva è che, se il positivo fosse concettualizzato come l'assenza di negativo, non sarebbe necessaria una psicologia positiva, ma sarebbe sufficiente un tipo di psicologia in grado di alleviare gli stati negativi.

Seligman, il padre della psicologia positiva, è l'autore di una delle più importanti teorizzazioni sul benessere, che si sviluppa in due momenti distinti.

Nella prima fase del suo pensiero, ben illustrata nel libro "Authentic Happiness" (2002), la cosiddetta felicità poteva essere analizzata come suddivisa in tre ambiti, ovvero emozioni positive (*pleasant life*), coinvolgimento (*engaged life*) e significato (*meaningful life*), ciascuno dei quali era meglio definibile e misurabile rispetto a *happiness*.

Il primo elemento riguarda le emozioni positive, ovvero quello che sentiamo e sperimentiamo nel passato, nel presente e nel futuro. Nel passato possiamo considerare emozioni positive quali appagamento, soddisfazione e serenità; le emozioni positive del presente includono il piacere sensoriale e i piaceri complessi (per esempio quelli che richiedono studio e apprendimento); le emozioni positive del futuro includono ottimismo, speranza e fede. La vita piacevole condotta secondo il criterio delle emozioni positive ha l'obiettivo di massimizzare le emozioni positive e minimizzare il dolore e quelle negative.

Il secondo elemento è l'engagement (inteso come coinvolgimento): consiste nell'utilizzare i propri tratti individuali positivi, inclusi i propri punti di forza e talenti. Per punti di forza si vogliono intendere qualità come, ad esempio, valore, leadership, gentilezza, integrità, originalità, etc., ovvero tutte quelle caratteristiche riconosciute come virtuose attraverso le culture e le diverse ere storiche; i talenti, invece, sono più malleabili

e soggetti alla volontà, oltre al fatto che spesso sono caratteristiche non votate a qualcosa di più grande.

Il terzo elemento è il significato: una vita ricca di significato consiste nell'appartenere e servire istituzioni più grandi, quali la religione, la politica, la famiglia etc. In istituzioni che hanno una connotazione positiva, infatti, i tratti personali positivi e le emozioni positive possono emergere al meglio. Dal momento che il significato deriva dall'appartenere e dal servire qualcosa di più grande, l'appartenere ad istituzioni positive è ciò che permette di condurre una vita ricca di significato (Duckworth et al., 2005).

Successivamente, Seligman presenta tre critiche alla sua prima concettualizzazione:

1. Data la sua connotazione gergale, era fuorviante parlare di *felicità*;
2. Veniva riservato un posto di eccessivo rilievo alla soddisfazione per la propria vita all'interno della misurazione del più ampio concetto di felicità;
3. Le emozioni positive, il coinvolgimento e il significato non esauriscono gli elementi che le persone ricercano solo ed esclusivamente per il proprio bene.

L'autore continua spiegando che, mentre il benessere è un concetto, la felicità è un oggetto, una cosa, attraverso un esempio riportato in Flourish (2011): il meteo, al pari del benessere, è un costrutto definito da elementi quali il vento, la temperatura, l'umidità, la pressione, etc. Ognuno di questi elementi, che sono empiricamente misurabili, da solo non è in grado né di determinare né di spiegare il meteo in maniera esaustiva, ma nel loro insieme, ciascuno con le proprie misure, sono in grado di fornirci delle informazioni sul più ampio concetto di meteo. Analogamente, anche nel campo del benessere non dobbiamo compiere l'errore di pensare che una sola delle sue componenti esaurisca la

complessità del concetto più ampio, determinato dalla combinazione di una moltitudine di fattori.

La seconda teorizzazione di benessere, quindi, comprende vari aspetti che concorrono a definire il concetto fondamentale, che sono nello specifico cinque elementi che le persone libere sceglierebbero puramente per il proprio bene. Ognuno di questi cinque elementi deve rispondere a tre caratteristiche:

1. Contribuisce al benessere;
2. Molte persone lo ricercano fine a sé stesso, non per ottenere qualcosa che ha a che fare con gli altri elementi;
3. È definito e misurato in maniera indipendente dagli altri elementi.

Il primo elemento, mantenuto rispetto alla prima teorizzazione, corrisponde alle emozioni positive: in questo contesto, però, la felicità e la soddisfazione per la propria vita passano dall'essere il punto fondamentale della teoria ad essere due elementi presenti nel dominio delle emozioni positive. Anche il secondo elemento viene ripreso: si tratta, infatti del coinvolgimento, misurato esclusivamente dal punto di vista soggettivo. Il terzo elemento resta il significato. Il quarto elemento, nuovo rispetto alla precedente teorizzazione, è l'*accomplishment* (realizzazione), che viene perseguito fine a sé stesso anche quando non è accompagnato da emozioni positive, significato o relazioni positive. Il quinto ed ultimo elemento del modello di Seligman è rappresentato dalle relazioni positive: secondo Christopher Peterson, infatti, la psicologia positiva è una disciplina che si occupa, in estrema sintesi, delle altre persone, considerate come antidoto ai momenti down della vita.

In conclusione, secondo Seligman il benessere è un concetto determinato dai cinque elementi sopra riportati, per massimizzare i quali noi compiamo, nel corso della nostra vita, alcune scelte piuttosto che altre.

Wisdom e wellbeing

Negli ultimi decenni si è particolarmente sviluppata la ricerca su *wisdom* (in italiano, saggezza), considerato come fattore che contribuisce al benessere e predice la soddisfazione per la propria vita. *Wisdom*, in questo contesto, si legherebbe ad elementi quali l'invecchiare con successo e la crescita personale (Ardelt, 1997).

Nonostante sia in discussione il fatto che la saggezza non aumenta in maniera automatica con l'età, esistono alcune evidenze scientifiche che sostengono che è estremamente probabile che un uomo considerato saggio sia anziano, per il semplice motivo che la crescita personale è un processo lento che richiede tempo.

L'appagamento che gli individui saggi sperimentano non dipende dalle circostanze esterne, dal momento che hanno imparato ad accettare sia gli aspetti positivi che gli aspetti negativi della realtà per quello che sono. Di conseguenza, le persone sagge in età avanzata sono in grado di affrontare anche le situazioni più difficili, quali problematiche fisiche e sociali che naturalmente accompagnano la vecchiaia, con serenità.

Sarebbe scorretto pensare che le condizioni esterne non abbiano alcun impatto nella vita di persone in età avanzata, ma è altrettanto vero che il solo soddisfacimento dei cosiddetti *basic needs* è una condizione non sufficiente al fine della soddisfazione per la propria vita. Infatti, molti studi in letteratura hanno dimostrato che la soddisfazione per la propria vita e il benessere soggettivo sono in definitiva influenzati più dalla percezione e dalla valutazione di un evento che dall'evento in sé (Ardelt, 1997).

Questo potrebbe essere il motivo per cui le persone più anziane, che possono essere considerate sagge dal momento che hanno imparato ad affrontare con successo le vicissitudini della vita, tendono ad essere maggiormente soddisfatte in età avanzata (Ardelt, 2009).

CAPITOLO 1

I GENITORI DI FIGLI ADULTI CON DISABILITÀ

All'interno di questo elaborato la parola "disabilità" viene utilizzata come termine ombrello, senza fare alcuna distinzione sulla base della tipologia, per indicare qualsiasi persona incapace di assicurare a sé stessa in modo totale o parziale quanto necessita per una vita normale, individuale e/o sociale, a causa di una riduzione, sia congenita che non congenita, delle proprie capacità fisiche o mentali.

La disabilità viene considerata come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e una serie di fattori personali e ambientali che rappresentano il contesto di riferimento in cui la persona vive ed esprime le proprie capacità (ICF, 2002).

1.1 Due approcci di ricerca

La nascita di un figlio con disabilità è un momento particolarmente delicato che comporta la ridefinizione dell'assetto familiare e ha sui genitori delle inevitabili ripercussioni psicologiche, emotive e sociali (Zanobini, Manetti, Usai, 2002).

La notizia di una disabilità causa da principio uno stato di shock, caratterizzato da disorganizzazione emozionale e confusione. In una seconda fase, i genitori mostrano reazioni emozionali, pensieri e azioni che non immaginavano di poter avere (Menazza, Bacci, Vio, 2010).

Innanzitutto, il primo fattore da considerare è se i genitori sono già consapevoli della condizione di disabilità durante la gravidanza oppure se ne vengono a conoscenza in un

momento successivo. Per citare due casi, possiamo portare in esempio le differenze diagnostiche tra i disturbi dello spettro dell'autismo (ASD) e la sindrome di Down: mentre nella sindrome di Down la diagnosi è nota già nel periodo che precede la nascita, nel caso dell'ASD il fatto che la diagnosi arrivi con un considerevole ritardo causa una maggiore vulnerabilità che espone i genitori a un maggiore rischio di sviluppare patologie psichiatriche quali ansia e depressione (Menazza et al., 2010).

Diverso ancora è il caso della disabilità acquisita: la disabilità acquisita è definita come una menomazione permanente di una funzione corporea o di un organo che può risultare a seguito di una nuova malattia diagnosticata (per esempio tumore o malattia cronica) oppure da un infortunio (per esempio un infortunio alla testa, un infortunio ortopedico, amputazione o ustioni). Nel contesto della disabilità acquisita, Haspel e Hamama (2021) hanno dimostrato che l'adattamento dei genitori e del figlio è parzialmente associato: in particolare, sia l'adattamento dei genitori che quello del figlio tende a migliorare con il passare del tempo e il comportamento e l'accettazione dei genitori hanno un effetto su quello del bambino, ma non viceversa, ad esemplificazione del ruolo di primaria importanza della percezione genitoriale. Secondo Bakker e colleghi (2013) l'adattamento del bambino consisterebbe nel raggiungere il più alto livello di indipendenza in accordo all'età e al grado della disabilità; per i genitori, invece, l'adattamento alla disabilità del proprio figlio consiste nella gestione del proprio benessere/distress emotivo (Muscara et al., 2018).

Dopo la diagnosi la cosa importante è non lasciare la famiglia sola, per evitare il rischio che la disabilità venga percepita come un ostacolo insormontabile (Michieli, 2007).

I genitori devono scendere a patti con la condizione di disabilità del figlio per garantire a lui e a loro il miglior tenore di vita possibile. In particolare, i genitori che accolgono e

accettano la diagnosi (“*resolution of the diagnosis*”) con rispetto riconoscono e ammettono le difficoltà associate, così come riconoscono che i loro sentimenti nei confronti della malattia cambiano nel corso del tempo (Mihlstein, Yirmiya, Oppenheim, Koren-Karie, Levi, 2009).

Bowlby (1980) spiega come l'accettazione della diagnosi giunga quando le rappresentazioni interne dei genitori rispetto al bambino e rispetto a loro stessi come genitori, che esistono da prima di ricevere la diagnosi, sono elaborate e integrate con le rappresentazioni del periodo post diagnostico del bambino e di loro stessi. Queste nuove rappresentazioni corrispondono alla realtà di avere un figlio con delle particolari necessità al posto di un figlio con sviluppo tipico che avrebbero desiderato. I genitori che rimangono *unresolved* sono più soggetti a rabbia, depressione e conflitti rispetto alla condizione del figlio (Mihlstein et al., 2010).

Nel dare sostegno ai loro figli, molti genitori descrivono le difficoltà riscontrate nel bilanciare le necessità dei bambini con le proprie, per il benessere dell'intera famiglia: in alcuni casi, il non sentirsi in grado di ricoprire sia il ruolo di genitore che quello di “terapeuta” può essere fonte di stress (Boshoff et al., 2016).

Lo stress che viene percepito dai genitori dipende da moltissimi fattori (che poi influenzano anche l'utilizzo delle strategie di coping): nello studio di Lai e Oei (2014) vengono citati l'età e il genere del bambino, la severità dei sintomi, la personalità dei genitori, il funzionamento familiare, il *locus of control* dei genitori, i problemi comportamentali, le abilità cognitive, il livello di funzionamento adattivo e il supporto sociale ricevuto (Cuzzocrea et al., 2016).

È stato osservato che l'esposizione cronica allo stress conseguente all'esperienza di essere caregiver di un figlio con disabilità influenza molti domini della vita dei genitori come la salute fisica e mentale, il funzionamento familiare generale e l'isolamento sociale.

Il coping, nella definizione classica, è descritto come “l'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare e gestire specifiche richieste interne o esterne che vengono valutate come provanti o eccedenti le risorse della persona” (Lazarus, Folkman, 1984). Le strategie di coping diventate predominanti in letteratura sono state proposte da Endler e Parker nel 1990, sulla base del modello di stress transazionale di Lazarus. Ci sono:

1. Strategie centrate sul compito (*task-oriented coping*) → mirano alla risoluzione di un problema, a riconcettualizzarlo o a ridurre le conseguenze;
2. Strategie orientate all'emozione (*emotion-oriented coping*) → per esempio risposte emotive, preoccupazione e immaginare reazioni;
3. Strategie orientate all'evitamento (*avoidance-oriented coping*) → portano a evitare situazioni stressanti cercando attività che distolgono l'attenzione dal problema;
4. La distrazione (*distraction*) → per esempio impegnarsi in attività differenti.

Nello studio di Lyons e collaboratori (2010) viene sostenuta la tesi che il maggior predittore dello stress genitoriale sia il livello di severità dei sintomi del bambino, e vengono analizzate le strategie di coping per capire quali siano le più efficaci e in che situazioni. In particolare, supportati da una gran mole di conferme già presenti in letteratura, gli autori sono arrivati alla conclusione che le strategie di coping orientate al problema sono le più efficaci e predicono un livello più basso di distress psicologico in

quanto aiutano a scomporre la situazione in tanti piccoli sotto problemi da affrontare in maniera sistematica, senza lasciare che i genitori si sentano sopraffatti dalla complessità della condizione di disabilità. Le strategie di coping orientate all'emozione, invece, sono predittrici dei livelli più alti di distress psicologico. La distrazione può essere d'aiuto ai genitori nel momento in cui i sintomi raggiungono un livello di gravità discreto, dal momento che le richieste genitoriali aumentano parallelamente. I genitori potrebbero trarre beneficio dalla distrazione e dalla strategia orientata all'evitamento per poter cambiare del tutto ambiente, per alleviare lo stress e per coinvolgersi in relazioni sociali. La strategia della distrazione, che ricordiamo non avere alcuna relazione con la psicopatologia, può risultare meno utile nel caso in cui la severità dei sintomi sia meno consistente: in quel caso sarebbero minori le richieste conseguenti al caregiving di un bambino con disabilità e quindi ci sarebbe minor necessità di distrarsi.

La scelta delle strategie di coping da utilizzare (Lai et al., 2014) è influenzata principalmente da:

- Le caratteristiche demografiche → genere, età, educazione, reddito, linguaggio. In particolare, le madri avrebbero un approccio maggiormente centrato sul problema e sfrutterebbero di più il supporto sociale, mentre i padri tenderebbero a utilizzare di più strategie di coping orientate all'emozione con conseguente maggiore rischio di sviluppare depressione, ansia, rabbia e umore negativo. Un altro aspetto interessante è che i genitori giovani utilizzerebbero strategie più centrate sul compito, mentre l'invecchiamento sarebbe correlato con strategie di tipo emotivo (Gray, 2006);
- Gli attributi psicologici → personalità, valori culturali, ottimismo, senso di coerenza, abilità di dare un senso alle cose e benessere emotivo;

- Le caratteristiche del bambino → età, genere, funzionamento cognitivo e adattivo, difficoltà di linguaggio e problemi comportamentali;
- Le variabili situazionali → disponibilità dei trattamenti, funzionamento familiare e rinvii clinici a risorse per il supporto.

La cura e la crescita di un bambino con disabilità impone l'acquisizione di specifiche e particolari competenze necessarie alla comprensione dei bisogni del figlio, utili per evitare involontari errori educativi che potrebbero da una parte rinforzare alcuni comportamenti problema (es. azioni autolesive) e, dall'altra, generare nei genitori sentimenti di inadeguatezza e frustrazione. Vissuti di rabbia, angoscia, impotenza, solitudine possono, a loro volta, inficiare le collaborazioni con gli operatori sociosanitari che, per forza di cose, entrano a far parte della vita di queste famiglie (Menazza et al., 2010).

Le particolari competenze che è bene che i genitori acquisiscano sono state indagate in uno studio condotto nel 2019. Gli autori le definiscono come le abilità di:

- Ripristinare la stabilità familiare → cercando di adattarsi il più possibile alla situazione corrente facendo fronte alla tensione psicologica derivante dalla malattia; ottimizzando l'organizzazione della vita familiare per conciliare le necessità proprie e del bambino; migliorando la comunicazione tra il bambino con ASD e persone esterne al nucleo familiare stretto e cercando di aumentare il livello di soddisfazione generale della famiglia;
- Raggiungere l'eccellenza nell'accudimento del bambino → i genitori devono credere fermamente nelle loro capacità di aiutare il figlio (*self-confidence*) ed essere persistenti e perseveranti nel tempo per avere speranza di raggiungere gli esiti desiderati (Mohammadi, Rakhshan, Molazem, Zareh, 2018).

Dal momento che molti genitori, le madri in particolare, trovano molte difficoltà a bilanciare i loro ruoli, gestire i loro sentimenti ed emozioni, regolare i problemi comportamentali dei figli e dare equilibrio al nucleo familiare, necessitano di un adeguato aiuto professionale che li supporti e consigli (Safe, Joosten, Molineux, 2012).

Al netto del fatto che il crescere un figlio con disabilità comporta una sfida genitoriale e familiare, nella letteratura più datata c'era la tendenza a concentrarsi di più sul bambino come *negative stressor* e a riportare l'impatto negativo sulla famiglia.

Nella letteratura più recente, invece, assistiamo a un cambio di rotta: vengono messi in luce gli aspetti positivi e i benefici che si possono trarre da questa situazione. Essendo un filone di ricerca ancora poco approfondito, esistono pochi studi che hanno proposto una definizione degli aspetti positivi: Helff e Glidden li definiscono come "qualsiasi indicazione che la famiglia o uno dei suoi membri hanno tratto beneficio come risultato dell'aver un bambino con disabilità" (Helff e Glidden, 1998). Rapanaro e colleghi forniscono, invece, una definizione più generale: "la credenza o la conclusione che un evento o una circostanza avversa hanno rivelato o evocato *outcome* positivi nella vita di una persona" (Rapanaro, Bartu, Lee, 2008).

In uno studio che perfettamente si inserisce nella linea di ricerca che afferisce alla psicologia positiva ed esemplifica gli studi qualitativi che si occupano della questione, Beighton e Wills si sono dedicati a comprendere più a fondo quali sono gli aspetti che i genitori considerano essere positivi rispetto al fatto di avere un figlio con disabilità. Dall'analisi delle interviste condotte con i genitori che hanno partecipato al loro studio, hanno identificato sette temi chiave che riguardano fattori intrapersonali e interpersonali,

fattori che hanno a che fare con le relazioni e, infine, un fattore in cui il bambino viene considerato come la fonte di positività. Entrando nel dettaglio, i sette fattori sono:

- Maggiore forza personale → tutti i genitori intervistati hanno descritto come fossero diventati più forti e *self confident* come risultato della disabilità del proprio figlio, riportando persino una distinzione temporale tra “old me” e “new me”;
- Cambio di priorità → tutti i genitori hanno attribuito ai loro figli la propria riconsiderazione di che cosa è importante nella vita e che cosa non lo è. I cambiamenti riguardavano l’essere meno materialisti e meno egoisti;
- Apprezzamento della vita → nonostante i genitori abbiano espresso all’unanimità che la loro vita sia diventata più dura e stressante come conseguenza della disabilità, hanno parlato anche di aver guadagnato maggior soddisfazione, più senso dei valori della vita e di riuscire ad apprezzare davvero quello che avevano;
- Successi del bambino → i genitori hanno parlato dell’immensa soddisfazione che provano nel vedere il proprio figlio riuscire in un’attività che era stato detto loro non sarebbe mai stato capace di fare. Questi successi vanno dalle piccole cose, come dire una parola nuova, a situazioni più serie, come superare una malattia particolarmente forte;
- Maggior spiritualità/fede → mentre alcuni genitori hanno un approccio filosofico alla situazione e sono convinti che “era destinato ad essere”, altri genitori hanno riportato di aver perso inizialmente la fede, che hanno ritrovano nel momento in cui la prospettiva è cambiata da “perché a me” a “è successo per un motivo”;
- Relazioni più significative → i genitori hanno parlato di come lo stabilire relazioni significative con i membri della famiglia, persone al di fuori della famiglia e professionisti sia diventato fondamentale. Due genitori addirittura hanno riferito

che la disabilità del figlio ha rafforzato il loro matrimonio, altri che in questo modo hanno capito chi fossero i veri amici. Hanno descritto di essere diventati più pazienti, accettanti, tolleranti e di aver sviluppato un senso di compassione verso le persone in generale e in particolare verso le persone vulnerabili o che sono toccate dalla disabilità direttamente o indirettamente.

- Effetti positivi del bambino sugli altri → i genitori intervistati hanno discusso del fatto che le persone che incontrano loro figlio imparano a conoscere alcuni aspetti della disabilità e soprattutto ad andare oltre, conoscendo e amando il bambino che non è solo un individuo con disabilità (Beighton e Wills, 2017).

In conclusione, nonostante sia facile cadere nell'errore di pensare all'arrivo di un figlio con disabilità solo come un evento tragico, va considerato che ci sono anche degli elementi positivi e che i genitori appartenenti a questa categoria arrivano a definirsi grati e ottimisti. In questa sede non vengono approfonditi gli elementi con cui bisogna fare i conti e che contribuiscono a influenzare e definire la vita familiare, quali la religione, la severità dei sintomi del bambino, etc., che meriterebbero sicuramente una maggiore attenzione.

1.2 Il presente: il benessere percepito e la qualità della vita

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il costrutto multidimensionale di salute si definisce come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia”. Il concetto di salute è strettamente associato a quello di Qualità di vita (QoL, Quality of Life), formalizzato nel 1991 grazie a un progetto internazionale chiamato World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) con lo scopo di promuovere una visione olistica della salute, che appunto includesse la

valutazione degli aspetti positivi della vita quotidiana e non soltanto l'esclusione di patologie fisiche e psichiche: si può pensare, infatti, a persone in buona salute non soddisfatte della propria qualità di vita e a persone con malattie croniche o disabilità che accettano la loro condizione con resilienza, grazie al fatto che la loro stessa condizione ha permesso loro di rivedere i valori di riferimento e rivalutare la propria vita secondo canoni differenti (Tomasi e Di Nuovo, 2018).

Il concetto di qualità di vita è definito come “la percezione da parte degli individui della posizione che occupano nella propria vita, all'interno della cultura e del sistema di valori in cui vivono, e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, parametri di riferimento e interessi” (WHOQOL, 1995). Si tratta, quindi, di un concetto multidimensionale che include diversi domini dell'esperienza umana che riguardano non solo le condizioni fisiche (assenza di malessere), ma anche le condizioni psicologiche, le relazioni sociali, l'indipendenza, le condizioni ambientali, la spiritualità, la religione e le credenze personali (Tremolada e Bonichini, 2019; WHOQOL, 2006).

Esistono due cluster di fattori che influenzano la qualità della vita: i fattori oggettivi, tra cui abitazione, reddito, condizione lavorativa, tempo libero, rete di relazioni sociali, livello di salute e servizi sociosanitari, istruzione e sistema educativo, ecologia e politiche sociali; i fattori soggettivi, quali benessere psicologico, funzionamento fisico e sociale, percezione e valutazione della propria vita, soddisfacimento per la propria vita e aspirazioni e valutazione della propria realizzazione in vari campi della vita.

In questo senso viene enfatizzata la natura multifattoriale della qualità della vita che, riassumendo, comprende quattro dimensioni fondamentali, che in quanto soggettive sono filtrate dal punto di vista e dalla personalità dell'individuo stesso: fisica, funzionale, psicologica e sociale (Bonichini e Tremolada, 2019).

Nonostante il concetto di benessere (*well being*) e di qualità della vita vengano spesso intercambiati, non sono esattamente sovrapponibili: infatti, il benessere è una specificazione (rispetto alla qualità di vita) relativa alla percezione soggettiva rispetto a un proprio stato psicologico.

In una delle prime definizioni proposte nella letteratura, Rogers nel 1963 definisce il benessere come un “pieno funzionamento” inteso come un’attivazione completa delle funzioni psicologiche e sociali (Rogers, 1963). Ad oggi, il benessere viene associato a delle importanti variabili psicosociali ed è ripreso dalla psicologia positiva, un approccio psicologico orientato alla definizione e alla valorizzazione delle risorse della persona piuttosto che alle possibili disfunzioni (Tomasi e Di Nuovo, 2018).

L’assenza di patologie psichiche può essere un fattore che favorisce l’adattamento e la felicità e caratterizzare lo stato di *flourishing* come sensazione di crescita e prosperità, ma, come ribadito dall’OMS, l’assenza di patologie non è una condizione sufficiente per la garanzia del benessere della persona. Per rispondere alla domanda su come si possa raggiungere il massimo grado di benessere/felicità, va considerato che la felicità deriva dall’adattamento ottimale al contesto e ambiente sociale (Jahoda, 1958).

Esistono molti studi in letteratura che hanno approfondito gli aspetti problematici dell’essere caregiver, differenziando le difficoltà specificamente legate al ruolo di caregiver dal distress psicologico che può derivare dai vari eventi di vita. Le difficoltà specificamente legate al ruolo di caregiver si assimilano generalmente al concetto di *burden* (letteralmente il fardello, le incombenze), ovvero una particolare risposta allo stress cronico che viene percepito dai caregiver e dovuto alle loro azioni di cura nei

confronti di familiari ammalati¹. Il *caregiving burden* è un costrutto che comprende componenti soggettive e oggettive quali la quantità di tempo giornaliero che viene dedicata alle attività di cura, i problemi finanziari, le limitazioni, i sentimenti di rabbia, esaurimento e colpa, le scelte vincolate e la frustrazione (Novak e Guest, 1989; Brannan e Heflinger, 2001). Il più importante predittore del *caregiving burden* include la severità e la tipologia della condizione della persona oggetto delle cure, ma anche i fattori demografici (Brannan e Heflinger, 2006).

Nonostante ciò, l'esposizione al distress in relazione al ruolo di caregiver non preclude ai caregiver di riportare livelli soddisfacenti di adattamento psicosociale. Questi risultati, confermati tra molte categorie di caregiver compresi i genitori di figli con disabilità (Montes e Halterman, 2007; Olsson e Larsman, 2008; Emerson et al., 2010), suggeriscono che la dimensione negativa del *caregiving burden* coesiste con aspetti positivi che comprendono risorse psicologiche, sociali e materiali che contribuiscono a buoni livelli di benessere e qualità di vita dei caregiver.

Oltre agli studi che si occupano specificamente degli aspetti positivi che riguardano i caregiver di figli con disabilità, le ricerche esistenti si focalizzano maggiormente nell'assessment di costrutti quali il locus of control, la soddisfazione di vita, il benessere psicologico e la qualità delle connessioni sociali.

Tra i costrutti identificati nella letteratura del benessere, la resilienza è particolarmente adatta per approfondire l'esperienza dei caregiver: si riferisce all'abilità di raggiungere soddisfacenti livelli di adattamento psicosociale a dispetto delle circostanze avverse (Bonanno, 2004). Da questo punto di vista, un evento avverso quale la malattia/disabilità

¹ Definizione del sito "Ospedale Maria Luigia", link diretto: <https://www.ospedalemarialuigia.it/psicologia-applicata/burden-del-caregiver/#:~:text=Con%20il%20termine%20burden%20del,nei%20confronti%20di%20familiari%20ammalati>.

di un membro della famiglia può diventare un'opportunità per i caregiver di ridefinire la loro personale traiettoria di sviluppo e di rafforzare la famiglia e le relazioni all'interno della comunità (Negri, Piazza, Sartori, Cocchi, Delle Fave, 2019).

Nel tentativo di conciliare gli aspetti positivi e negativi dell'essere genitori/caregiver di un figlio con disabilità, Atkan, Orakci e Durnali hanno pubblicato uno studio in cui indagavano la relazione tra burnout, soddisfazione di vita e qualità di vita in genitori di figli con disabilità. È emerso che il burnout era negativamente correlato sia con la soddisfazione di vita che con la qualità di vita, mentre la qualità di vita era positivamente correlata con la soddisfazione di vita. La qualità di vita prediceva negativamente il burnout, e il burnout prediceva negativamente una buona qualità di vita. I risultati suggerivano che i genitori di bambini con disabilità non dovrebbero essere lasciati soli socialmente e finanziariamente e che il supporto sociale esistente dovrebbe essere diversificato in base al tipo di disabilità (Atkan, Orakci e Durnali, 2020).

Nel menzionare concetti come la qualità di vita, la soddisfazione, il benessere e il rischio di burnout non si possono tralasciare due fattori che hanno un'influenza e un impatto considerevole sulle famiglie con figli sani e un impatto ancora più considerevole se c'è una vulnerabilità data dalla disabilità di un membro della famiglia: il fattore economico e il fattore sociale.

Fattore economico

All'interno della ricerca di Atkan e colleghi, si evidenziava che le famiglie ad alto reddito avevano una qualità di vita maggiore delle famiglie a basso o medio reddito: infatti, non dovevano affrontare il tema economico nelle cure, nell'educazione e nei trattamenti di

cui era protagonista il figlio. Naturalmente, una tranquillità economica non risolve tutti i problemi che derivano dalla disabilità dell'individuo ma aiuta parzialmente a mitigarne gli effetti negativi (Atkan et al., 2020).

La letteratura esistente riporta che non è raro che i bambini con disabilità nascano all'interno di famiglie a basso reddito e che le famiglie che si occupano di un figlio con disabilità tendano ad avvicinarsi alla condizione di povertà. In uno studio recente condotto negli USA, replicato con risultati simili in altri Paesi, è emerso che il 40% delle famiglie con figli con disabilità esperiscono una condizione di burden finanziario a causa della condizione del proprio figlio (Kuhlthau, Hill, Yucel, Perrin, 2005; Fawcett, Ciceri, Tsoukalas, Gibson-Kierstead, 2004; Beresford, 1995).

La disabilità è una condizione che a tutti gli effetti riguarda e coinvolge l'intera famiglia: per esempio, è frequente la situazione in cui, per andare incontro agli speciali bisogni del figlio, vivano con un solo stipendio, abbiano lavori di più bassa qualità e vivano alla soglia della povertà. Addirittura, spesso le famiglie sono monoparentali. Inoltre, i genitori di figli con disabilità hanno generalmente bisogno di trascorrere più tempo fuori dal lavoro per dedicarsi alle necessità della famiglia, non lasciando così spazio allo sviluppo di una carriera (Irwin e Lero, 1997; Bumbalo, Ustinich, Ramcharran, Schwalberg, 2005).

Fattore sociale

Il supporto sociale è un fattore determinante nel funzionamento di una famiglia in cui è presente un figlio con disabilità. I genitori, infatti, tendono a descrivere come l'essere socialmente supportati abbia determinato la loro capacità di affrontare le sfide e le situazioni più complesse (Pryce, Tweed, Hilton, Priest, 2015). Per supporto sociale si intende sia quello di tipo formale che quello di tipo informale: il supporto sociale formale si articola nei servizi professionali dedicati ai bambini/agli adulti con disabilità e alle loro

famiglie; il supporto sociale informale, invece, è composto dalla cerchia di persone che si trovano vicino ai genitori e che aiutano i genitori stessi a sentirsi meno soli e forniscono assistenza sia fisica che, soprattutto, emotiva gratuitamente. Il supporto sociale, dunque, si pone come fattore di moderazione nei confronti del *caregiving burden* (Marsack, 2017).

1.3 Uno sguardo al futuro: obiettivi e preoccupazioni

Dopo un'intera vita a prendersi cura dei figli, in cui il figlio con disabilità era al centro dell'attenzione e dell'identità genitoriale, il fatto di avvicinarsi alla fase più avanzata della vita comporta nuove sfide che potrebbero essere in conflitto con l'identità genitoriale precedentemente sviluppata: in altre parole, quando i compiti del caregiver non sono più sostenibili dai genitori, si richiede loro una ricostruzione dell'identità genitoriale che descriva meglio la nuova situazione (Band-Winterstein, Smeloy, Avieli, 2014).

In un recente studio, Tova e Alievi (2017) hanno approfondito attraverso delle interviste semistrutturate il modo di ricostruire il proprio ruolo genitoriale in base alle richieste dettate dalla nuova fase di vita raggiunta. Dalle narrative dei genitori sono emersi quattro pattern che si possono ricollocare nel continuum dell'*eternal parenting*:

- 1) “Essere felice è una sua responsabilità, io ho fatto la mia parte” → testimonia l'accoglimento delle differenti necessità della vecchiaia e il mettere i propri bisogni in primo piano. I genitori spostano il loro focus dai bisogni del figlio ai propri, consapevoli del fatto che hanno esaurito il proprio ruolo di genitori. Il loro *eternal parenting* permane nella continua preoccupazione per la condizione del figlio, che però smette di essere l'assoluta priorità.
- 2) “Posso preoccuparmi part time” → testimonia un lento lasciar andare il proprio ruolo genitoriale. I genitori che vivono in questo modo il passaggio alla vecchiaia

stanno solo iniziando a capire le nuove richieste dell'età che avanza e il pedaggio dell'essere eterni genitori. Sono nel pieno processo di negoziazione del nuovo equilibrio tra i propri bisogni che cambiano e le necessità di cura del figlio con disabilità. Continuano a percepire l'*eternal parenting* come la loro maggior responsabilità e una priorità, ma invece di occuparsi di tutto da soli permettono la collaborazione di nuove risorse in supporto (es. altri membri della famiglia, badanti) per adempiere ad alcuni dei compiti più faticosi.

- 3) “Sono sfinito ma vado avanti, che cos'altro posso fare?” → corrisponde al sopportare il peso. Questi genitori percepiscono ancora il loro ruolo genitoriale come la loro maggiore responsabilità. Mentre i due gruppi precedenti sono consapevoli dei loro bisogni in evoluzione e cercano di aggiustare di conseguenza la traiettoria, per il terzo gruppo la necessità di cura personale è associata a sentimenti di fatica, burnout e burden. Il loro sentimento di burden si riferisce a un insieme di conseguenze fisiche, sociali, psicologiche, comportamentali, funzionali, mediche ed economiche che sono conseguenza dell'occuparsi di un figlio con disabilità. La situazione è da tenere sotto controllo e potenzialmente pericolosa perché il fardello della cura costituisce un fattore di rischio per ansia, depressione, deterioramento della salute fisica, un più basso status socioeconomico e una qualità di vita associata alla salute generalmente più bassa.
- 4) “Sono una vecchia signora che cambia pannolini” → testimonia che il genitore ricopre ancora il proprio ruolo full time anche in età avanzata. A differenza dei tre gruppi precedenti, il quarto gruppo non è impegnato nella rinegoziazione del proprio ruolo di cura nel contesto dell'avanzare dell'età: i genitori che si possono inserire in questo gruppo, infatti, continuano a percepire il ruolo di caregiver come

fondamentale e addirittura indispensabile, il proprio figlio come centro dell'universo e sembrano immuni allo scorrere del tempo.

Purtroppo, ad oggi, il punto di vista soggettivo dei genitori in età avanzata rispetto al proprio ruolo di caregiver è stato scarsamente indagato e quindi è terreno fertile per ulteriori future ricerche. Posto che non esista un profilo unico per descrivere un genitore che si avvicina alla vecchiaia e che si trova in questa situazione, le quattro tipologie sopra elencate hanno lo scopo di fungere da cornice di riferimento entro cui si può, per esempio, orientare il personale sanitario per fornire il supporto migliore possibile e tarato *ad hoc* per la famiglia in base ai significati soggettivi che i genitori stessi attribuiscono al crescere un figlio con disabilità. Solo per citare un esempio, i professionisti della salute dovrebbero identificare i genitori che sono nella situazione di *burden of care* come genitori a rischio, al fine di prevenire outcome peggiori (Band-Winterstein e Avieli, 2017).

Con il cambiamento dei fattori sociodemografici, l'aumento dell'aspettativa di vita dei figli con disabilità, i problemi di deistituzionalizzazione e una condotta politica che porta a considerare la famiglia della persona con disabilità come il principale organo dispensatore di cure, si presentano all'ordine del giorno nuove sfide per riuscire a prendersi cura dei figli in maniera sostenibile anche nel lungo termine (Brennan et al., 2018).

È fondamentale per il benessere della famiglia cominciare il processo di *future planning* il prima possibile al fine sia di evitare che si verifichino situazioni di crisi sia di ridurre il livello di ansia nei genitori e nel resto dei componenti della famiglia. Secondo Burke, Arnold e Owen (2018) affrontare all'interno della famiglia il tema della pianificazione concreta del futuro per il figlio con disabilità non è un momento semplice, ma i genitori

che sono più informati, consapevoli e connessi alla malattia sembrano meglio predisposti a parlare di futuro. Sulla predisposizione ad approcciarsi all'argomento influiscono anche l'età anagrafica dei genitori e la compromissione delle abilità funzionali. Un grosso ostacolo ad affrontare l'argomento è costituito dall'oggettiva mancanza di servizi specialistici e adeguati a gestire ogni tipo di disabilità (es. autismo, disabilità intellettiva). L'obiettivo della pianificazione futura è duplice: facilitare la transizione dalla cura genitoriale ad altro tipo di cura e assicurare nel lungo termine la miglior qualità di vita possibile per il figlio con disabilità. Generalmente, invece che sulle opportunità di sviluppo e sull'accrescimento dell'indipendenza, i genitori di figli con disabilità tendono a concentrarsi maggiormente sul garantire loro una sistemazione e sul moltiplicare le cure e la protezione a cui provvedevano fino a quel momento in prima persona (Bigby e Ozanne, 1999).

In uno studio del 2020, Marsack-Topolewski e Graves hanno indagato le preoccupazioni e le difficoltà che incontravano nello specifico i genitori di figli con autismo nel fare piani concreti per il futuro. Sono stati identificati quattro temi: la difficoltà a identificare un supporto al caregiving per il futuro, barriere nel prendere decisioni e fare piani, paura dell'ignoto e sentimenti di urgenza rispetto al prendere decisioni e fare piani. Le interviste avevano lo scopo di approfondire le preoccupazioni relative al futuro che avevano come oggetto la cura dei propri figli con disturbi dello spettro dell'autismo. Il primo tema emerso riguardava la difficoltà ad ottenere un supporto che si occupasse adeguatamente del figlio: i genitori, infatti, esprimevano una grande preoccupazione, a causa delle uniche e specifiche necessità del figlio, su chi potesse subentrare a loro una volta che non fossero più stati in grado di adempiere ai loro compiti di caregiver oppure fossero mancati. Secondo l'opinione di molti degli intervistati, il sistema sanitario pubblico offriva servizi

inadeguati e aveva capacità insufficiente (alcuni genitori riportano di aver iscritto i propri figli a liste di attesa con vent'anni di anticipo per paura che i servizi non fossero disponibili al momento del bisogno). Il secondo tema emerso dalle interviste riguardava le barriere nel pianificare e prendere decisioni che hanno irrimediabilmente ritardato il planning per il futuro. Per barriere si intendono il non avere un momento libero dal proprio ruolo di caregiver, le continue sfide per trovare e ottenere servizi adeguati, le opinioni non congruenti all'interno della coppia genitoriale che influenzano la percezione delle necessità di cura, la non disponibilità o l'inadeguatezza di caregiver a pagamento e infine sentimenti di preoccupazione e colpa. Alcuni genitori, addirittura, riferivano di stare ritardando la pianificazione della "vita dopo di loro" nella speranza che il figlio acquisisse un livello di indipendenza tale da renderlo libero da una necessità di cura costante e permanente. Un ulteriore tema emerso dalle narrative dei genitori è la paura dell'ignoto, percepita come collegata alla mancanza di controllo. Nel momento in cui i genitori iniziavano a realizzare che si stavano avvicinando alla fine della loro vita, cominciavano parallelamente a preoccuparsi che la persona che li avrebbe sostituiti nelle cure non sarebbe mai stata all'altezza del compito e quindi, di conseguenza, a fantasticare su come sarebbe stata la vita dei figli dopo la loro morte. Anche nel caso dei figli con un funzionamento migliore, i genitori percepivano la propria morte relativamente imminente come una perdita di supporto interpersonale critico, elemento che contribuiva a ritardare ulteriormente il *future planning* (Marscak-Topolewski e Graves, 2020).

Anche nel caso della disabilità intellettiva sono state riscontrate preoccupazione e apprensione rispetto all'argomento del *future care planning*. Nello studio di Brennan e colleghi, oltre alla non disponibilità di *service providers* e alla mancanza di opzioni residenziali, come fattore che contribuisce in maniera determinante a ritardare o

addirittura non affrontare l'argomento c'è la speranza che i fratelli in salute del figlio con disabilità si prendano cura di lui una volta mancati i genitori (Brennan, Murphy, McCallion, McCarron, 2018).

La tolleranza dell'incertezza, in particolare l'incertezza relativa al futuro, quindi, si configura come un sfida molto impegnativa con cui devono fare i conti ogni giorno i genitori di un figlio con disabilità. Nello studio di Pryce e colleghi viene riportato che la tolleranza all'incertezza è spesso un processo passivo basato su "l'aspettare e vedere che cosa succede" e sul non avere speranza sulle cure che verranno dopo. Alcune volte accade che un evento di vita particolare (quale una malattia) trasforma questo processo da passivo in attivo attraverso una messa a fuoco nitida della situazione. Nelle interviste ai genitori che hanno partecipato allo studio, entro la cornice dell'incertezza del futuro si sviluppano sei sotto tematiche che riguardano l'accettazione del ruolo di genitori, l'affrontare sfide quotidiane, l'essere supportati o isolati, la capacità di trovare significati positivi, la rivalutazione di come il tempo va avanti e la gestione della pianificazione per il futuro (Pryce, Tweed, Hilton, Priest, 2017).

I siblings: la contaminazione tra vita privata e professionale

Nel momento in cui i genitori di figli con disabilità invecchiano e non sono dunque più in grado di occuparsi di loro, molto probabilmente (disponibilità permettendo) entrano in gioco i *siblings*, i fratelli, che cominciano a ricoprire a partire da questo momento un ruolo sempre più di spicco all'interno dell'organizzazione familiare (Heller e Arnold, 2010). Questo nuovo ruolo comprende il provvedere alle cure dirette, alle decisioni a proposito degli eventi più importanti della vita, alla gestione finanziaria, al ruolo legale e di mediatore.

A livello lavorativo, secondo l'assunzione che la scelta professionale di una persona sia influenzata dalle proprie esperienze di vita, non è infrequente che i fratelli di persone con disabilità scelgano di entrare nel campo dell'educazione speciale dedicata proprio a persone con disabilità. Infatti, nel 1977 Cleveland e Miller hanno proposto una spiegazione del fenomeno secondo cui l'esposizione intensa a un fratello con disabilità può rendere le persone inclini a intraprendere una professione di aiuto (Cleveland e Miller, 1977).

In letteratura esistono alcune evidenze del fatto che l'aver un fratello con disabilità ha un impatto sulla percezione del proprio ambiente lavorativo, ma non è ancora stata esplorata l'area complementare, ovvero come il lavorare all'interno del campo della disabilità possa avere un impatto sulla visione della condizione del proprio familiare.

In uno studio del 2007, Chambers ha analizzato la percezione di una popolazione di persone che avevano fratelli con disabilità rispetto alla propria scelta di intraprendere una carriera nel medesimo campo. Dalle interviste sono emersi tre temi principali: le ragioni per cui hanno intrapreso una carriera nel campo della disabilità, la percezione del campo della disabilità dal punto di vista dei fratelli e l'impatto delle esperienze lavorative sul proprio ruolo di fratelli. Nonostante non tutti i partecipanti avessero indicato come principale ragione per intraprendere una carriera nel campo della disabilità il fatto di avere un fratello/familiare con disabilità, tutti hanno riconosciuto l'importanza e l'influenza delle proprie esperienze personali nella ricerca di una carriera di questo tipo. I fratelli partecipanti avevano visioni della disabilità sia positive che negative in conseguenza delle proprie esperienze personali e professionali, ma hanno evidenziato alcune qualità, come per esempio l'empatia e la capacità di comprensione, che non avevano le persone senza esperienza di disabilità in famiglia. Infine, i partecipanti hanno evidenziato come il

lavorare nel campo della disabilità potesse essere una risorsa e influenzare il proprio ruolo di fratelli in ambito familiare: i training e le esperienze sul campo hanno permesso loro di condividere risorse, informazioni e strategie con le proprie famiglie.

In conclusione, i fratelli di persone con disabilità che intraprendono una carriera proprio nel medesimo campo portano nel lavoro qualcosa di sé e, date le loro esperienze, possono più facilmente vedere entrambi i lati della medaglia, sia nell'ambito professionale che in quello familiare. Le contaminazioni tra i due ambiti sono talvolta inevitabili, quindi ci si può trovare davanti a fratelli che sfruttano la propria esperienza lavorativa per migliorare la situazione e applicare gli insegnamenti a casa, e viceversa a fratelli che cercano di non rendere la relazione con il proprio fratello con disabilità arida e quasi strettamente professionale (Chambers, 2007).

1.4 Uno sguardo al passato: le esperienze e le scelte compiute

Il compiere una scelta e il processo di decision making sono due concetti spesso confusi tra loro. Secondo Bigby e Douglas, il compimento della scelta si configura solo come una piccola parte dell'intero processo decisionale, che nell'International Classification of Functioning (ICF) è definito come "scegliere tra le opzioni, attuare la scelta e valutarne gli effetti" (WHO, 2001).

Il compiere scelte sulla propria vita è importante e fondamentale per il benessere personale: infatti, è un modo per controllare la propria vita e assicurarsi che le proprie preferenze e i propri valori abbiano la priorità (Bigby e Douglas, 2020).

Kensinger Rose ed Elicker hanno approfondito il processo di decision making genitoriale nello specifico campo che riguarda la cura del proprio figlio. Secondo gli autori, i fattori

che influenzerebbero le decisioni dei genitori e in particolare delle madri rispetto all'argomento "cura del figlio" sarebbero:

- Il reddito (sia materno che familiare) → le mamme con un reddito personale di fascia bassa tendevano a preferire l'educazione fornita dai caregiver a differenza delle mamme con una fascia di reddito alta. Le famiglie con basso reddito davano maggiore importanza ai programmi di cura meno costosi e ai caregiver che fornivano un livello di calore medio, suggerendo che possono giungere a un compromesso nel grado di calore fornito dal caregiver in cambio di un programma affidabile.
- L'età del bambino → esistono in letteratura molte evidenze che collegano i neonati e i bambini molto piccoli alle cure dei genitori o dei parenti stretti che si svolgono all'interno dell'ambiente domestico, probabilmente a causa della percezione dei genitori rispetto ai bisogni speciali del proprio figlio.
- Caratteristiche materne (compresi livello educativo, etnia e ideologia rispetto al ruolo familiare) → dalle ricerche esistenti si sa che, anche se esistono differenze a seconda dell'etnia/cultura di appartenenza, queste scompaiono quando altri fattori quali il reddito e il livello educativo sono controllati.
- Idee e valori materni → sono due aspetti che solo recentemente hanno guadagnato attenzione come predittori delle scelte materne a proposito della cura del figlio. Esistono evidenze in letteratura che l'impegno delle madri nel lavoro e l'orientamento alla carriera siano determinanti nelle scelte a proposito della cura del bambino; parallelamente, più le ideologie materne sulla famiglia sono "tradizionali", meno tempo il bambino spenderà affidato a cure diverse da quelle parentali.

- Preferenza del tipo di cura → nei centri specializzati, a casa o affidati alle cure dei parenti.
- Tipo di curriculum posseduto.
- Caratteristiche personali del caregiver → quali per esempio esperienza, educazione e calore (Kensinger Rose e Elicker, 2008).

I bambini con disabilità vengono considerati “soggetti fragili” in quanto più facilmente esposti ad eventi e condizioni con un impatto negativo sulla loro salute, che talvolta arriva persino a comportare rischi per vita. I genitori che si trovano ad affrontare una situazione di pericolo di vita, sono chiamati a prendere decisioni di enorme importanza per i propri figli. Queste decisioni spesso sorgono all’interno di un contesto clinico estremamente complesso in cui si trovano a dover affrontare ed elaborare una vasta quantità di informazioni e ad affrontare l’incertezza. In queste situazioni, il processo di decision making richiede di collaborare strettamente e comunicare con i professionisti della salute e con gli altri membri della famiglia per un’organizzazione quanto più efficace e valida possibile.

In contrasto con la complessità delle situazioni all’interno delle quali prendere decisioni, le teorie sul decision making sono lineari e logiche: sono dominate dalla nozione che le persone prendono decisioni attraverso un processo deliberativo mirato alla razionale massimizzazione dell’utilità. In pratica, le teorie sul decision making in campo medico restringono la definizione di utilità ad *outcome* clinici empiricamente misurabili. Il modello del consenso informato si inserisce all’interno di questa cornice dal momento che il medico e il paziente discutono la diagnosi e la prognosi alla luce dei potenziali

rischi e benefici dei trattamenti da affrontare, in modo tale che il paziente possa compiere scelte consapevoli.

Nonostante i pregi del modello del decision making deliberativo e del consenso informato, nessuno dei due è in grado di proporre una guida adeguata per i genitori che hanno figli in situazioni particolarmente delicate e gravi: infatti, questi modelli partono dal presupposto che la persona che deve prendere la decisione comprenda la natura del problema, abbia una sufficiente quantità di tempo per considerare i possibili sviluppi e le relative potenziali conseguenze, attribuisca un valore a ogni *outcome* e sia in seguito capace di portare a termine il processo deliberativo gradualmente. Per i genitori che si trovano nella situazione di avere figli con problemi di salute particolarmente gravi o in condizioni di alto rischio e informazioni incerte, le precedentemente citate teorie di decision making non sono adeguate a sintetizzare la realtà quotidiana e, inoltre, falliscono nel facilitare il progresso degli interessi del bambino.

Una modalità alternativa per studiare il modo in cui i genitori prendono decisioni rispetto ai propri figli deriva dalla teoria secondo cui le persone usano le euristiche per prendere decisioni in condizioni incerte con poco tempo, conoscenza e sforzo cognitivo.

La ricerca sulle euristiche si è storicamente focalizzata sulle euristiche implicite, ovvero pattern di pensieri che operano in modo inconscio o subliminale ma di cui le persone sono solitamente inconsapevoli.

Gli autori appuntano che nella loro esperienza clinica che i genitori di bambini in situazioni gravi spesso usano pattern di linguaggio, quali aforismi, mantra o massime, all'interno delle conversazioni a proposito del processo di decision making: fungono da euristiche esplicite, che gli autori definiscono come “regole pratiche” le quali hanno lo scopo di rappresentare verità o principi guida e che semplificano il compito di prendere

decisioni e comunicarle. Una frase prototipica riportata dagli autori è “*sceghieremo sempre l’opzione che migliorerà di più la sua qualità di vita*”: un’euristica esplicita di questo genere aiuta i genitori a dare senso al mondo, alleggerisce il processo di valutazione dei valori, il giudizio del corso dell’azione e semplifica il compito di comunicare con le altre persone.

In conclusione, le euristiche (in particolare esplicite, anche se molte di quelle identificate dagli autori sono analoghe a quelle implicite riportate in letteratura) consentono ai genitori di prendere decisioni con una maggior efficacia rispetto ai processi descritti dagli altri modelli, focalizzandosi sui rischi e sui benefici, sui pro e contro o massimizzando l’utile atteso. Utilizzando massime comuni o le regole pratiche, i genitori possono affrontare le correnti sfide di decision making trasformando la situazione scoraggiante in termini e concetti che nel passato hanno contribuito a dare un senso ad altre situazioni, risolvere problemi e comunicare con efficacia (Renjilian, Womer, Carrol, Kang, Feudtner, 2013).

CAPITOLO 2

IL CONCETTO DI WISDOM NELLA LETTERATURA

La saggezza viene spesso considerata essere il culmine del successo dello sviluppo umano poiché comprende qualità estremamente positive quali integrità personale, maturità, giudizio, abilità interpersonali e di comprensione della vita (Ardelt, 2000).

Pur conoscendo ancora poco a riguardo, nel corso della storia vari ricercatori, studiosi e filosofi antichi si sono dedicati ad approfondire e cercare di spiegare il modo in cui le persone sviluppassero le caratteristiche per cui potevano essere, agli occhi degli altri, definiti “saggi” e quali fossero effettivamente le caratteristiche distintive e le sottocomponenti del costrutto di saggezza stesso.

2.1 Inquadramento teorico generale

Il concetto di *wisdom*, in italiano saggezza, rappresenta uno dei maggiori temi e argomenti di discussione filosofici e religiosi fin dall'antichità: infatti, trova le sue radici già nei grandi filosofi Platone e Aristotele e anticipa notevolmente l'interessamento agli studi in materia psicologica (Sternberg, 2005).

Platone (Atene, 428/27 – 348/47 a.C.), che scrive “la saggezza è da sola la scienza delle scienze” (Jowett, 1892), nei suoi Dialoghi offre la prima analisi intensiva occidentale del concetto di *wisdom* individuandone tre differenti sfumature:

- *Sophia*, che si trova nelle persone che perseguono una vita contemplativa in cerca della verità;
- *Phrònesis*, che è una saggezza pratica propria degli statisti e dei legislatori;

- *Epistème*, che si trova nelle persone che comprendono le cose da un punto di vista scientifico.

Dopo Platone, Aristotele si impegnò nelle sue opere filosofiche ad approfondire la differenza tra *phrònesis* e *theorètikes*. Mentre *theorètikes* era una conoscenza fondamentalmente teorica devota alla verità (Sternberg, 2005), la *phrònesis* era il modo giusto di agire nel giusto momento e per il giusto motivo in una determinata situazione (Jeste et al. 2019): era una virtù che aveva a che fare sia con il dominio cognitivo che con il dominio affettivo. La *phrònesis* aristotelica era, dunque, assimilabile all'odierno concetto di saggezza e di conoscenza pratica di un mondo in continuo cambiamento (Jarvis, 2017). Aristotele credeva che non fosse un'entità fissa o circoscritta: era convinto, infatti, che il compiere scelte etiche fosse tutt'altro che semplice proprio a causa del fatto che l'ambiente in cui ci troviamo è in continua mutazione; per questo motivo il filosofo riteneva che l'etica non potesse essere considerata una scienza e che le decisioni etiche non potessero basarsi su regole e principi. L'applicazione della *phrònesis* ci permette non di predire il futuro ma di utilizzare le nostre esperienze per decidere al meglio e riflettere su che azione porterebbe i maggiori benefici, posto che il solo pensare la cosa giusta non è sufficiente: è, infatti, necessaria anche la componente dell'azione affinché la *phrònesis* giunga a compimento (Jarvis, 2017).

“La *phrònesis* è saggezza dell'azione, per l'azione e in azione” (van Niekerk & Nortjè, 2013).

Data la *phrònesis* come “virtù esecutiva”, non risulta difficile comprendere il motivo per cui assume un ruolo di spicco in campo medico. Essa, infatti, offre ai medici specializzandi un approccio alternativo per il processo di *decision making* etico basato

sull'applicazione della saggezza accumulata attraverso la soluzione di dilemmi pratici incontrati in precedenza e la presa di decisioni: costituisce, di fatto, un modo per approssimare la virtù pratica rispetto a ogni caso/paziente a cui ci si trova di fronte prima di raggiungere la decisione finale (Conroy et al., 2021).

In uno studio del 2021, Conroy e colleghi hanno approfondito in un gruppo di specializzandi di medicina che cosa significasse per loro prendere decisioni etiche per i loro pazienti e la comunità. È emerso che nonostante i medici si sentissero personalmente e professionalmente vulnerabili nei contesti in cui erano chiamati a prendere decisioni importanti di carattere etico, erano aiutati dalla *phrònesis* (intesa come punto di incontro tra il sapere gestire ogni situazione e l'applicare sterilmente la teoria seguendo le guidelines) ad adattare il loro sapere pratico allo specifico caso di un paziente e, in senso più allargato, alla comunità (Conroy et al., 2021).

Bontemps-Hommen ha riassunto il concetto di *phrònesis/practical wisdom* all'interno delle pratiche mediche dicendo che la saggezza pratica è la capacità che emerge nell'agire congiuntamente nelle pratiche mediche, la quale consiste nel sapere come rimanere focalizzati sull'ottenere il meglio per ogni singolo paziente in ogni situazione in continua evoluzione e nel come realizzare ciò con i mezzi più appropriati, il tutto mentre si opera nella complessità e in un contesto di pressione sistemica e istituzionale (Bontemps-Hommen et al., 2019).

2.2 Le maggiori teorizzazioni

Nonostante il ruolo di sempre maggior rilievo che il concetto di *wisdom* si sta ritagliando nel panorama della letteratura internazionale, non esiste ancora accordo tra gli studiosi a proposito di una definizione universale che tenga conto in maniera bilanciata di tutte le

caratteristiche e le sfaccettature che concorrono a delineare il costrutto di saggezza (Boumpouli et al., 2021).

A testimonianza del crescente interesse degli ultimi decenni, di seguito sono riportati tre grafici che riguardano il numero di pubblicazioni su *wisdom* (specificamente inteso come *psychological wisdom*) in un determinato periodo di tempo.

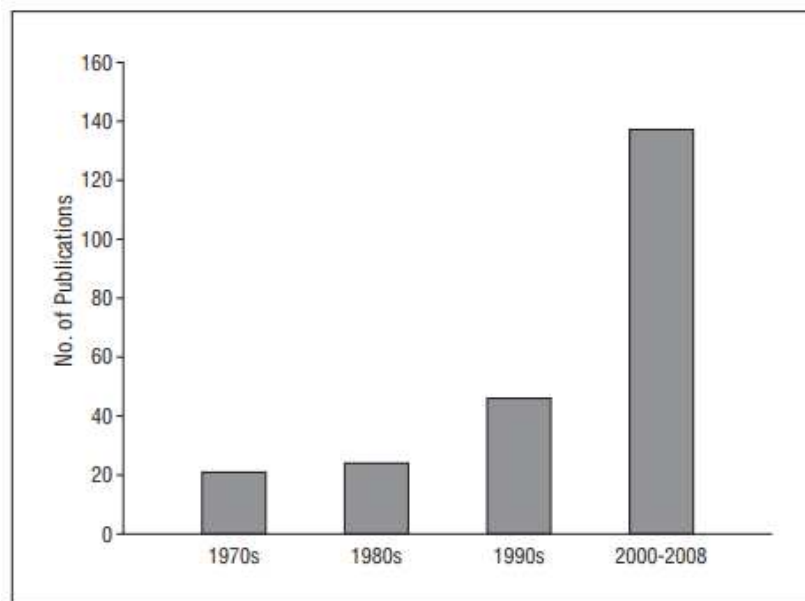


Grafico 1

Numero di pubblicazioni da una ricerca di PubMed da gennaio 1970 ad aprile 2008 che considerano *wisdom* come un costrutto psicologico o cognitivo.

Fonte: Neurobiology of wisdom; Meeks and Jeste, 2009

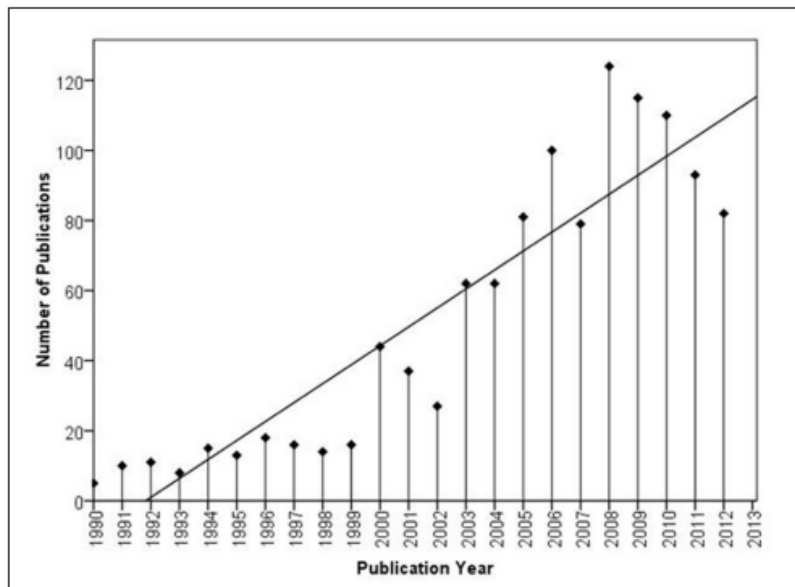


Grafico 2

Numero di pubblicazioni aventi *wisdom* come soggetto nel database PsycInfo dal 1990 al 2013.

Fonte: How to measure wisdom: content, reliability, and validity of five measures; Gluck et al., 2013



Grafico 3

Pubblicazioni riguardanti *psychological wisdom* dal 1980 al 2021 sulla piattaforma PubMed

Fonte: PubMed, Aprile 2022

Prima di entrare nella varietà della letteratura internazionale, viene di seguito riportata la definizione proposta dal vocabolario Treccani in quanto massima sintesi, ai giorni nostri, dei significati attribuiti al termine saggezza:

saggézza s. f. [der. di saggio¹]. – L'essere saggio; capacità di seguire la ragione nel comportamento e nei giudizi, moderazione nei desideri, equilibrio e prudenza nel distinguere il bene e il male, nel valutare le situazioni e nel decidere, nel parlare e nell'agire, come dote che deriva dall'esperienza, dalla meditazione sulle cose, e che riguarda soprattutto il comportamento morale e in genere l'attività pratica.

Già da questa riassuntiva definizione è possibile intuire la qualità del termine, la sua connotazione pratica e lo spessore morale a cui si accompagna.

Di seguito verranno presentati alcuni dei modelli più importanti che hanno segnato l'evoluzione del concetto stesso di *wisdom* attraverso la letteratura.

Per maggior chiarezza va esplicitato che si sono storicamente delineati due approcci di studio alla materia: nell'approccio implicito veniva generalmente chiesto ai partecipanti di riportare caratteristiche tipiche di persone sagge che erano riassunte poi in diverse dimensioni, nell'approccio esplicito, invece, il punto di partenza era costituito da esperti e testi riguardo l'argomento da cui venivano estrapolati gli elementi essenziali di *wisdom*.

2.2.1 L'approccio del Berlin Max Planck Institute Group

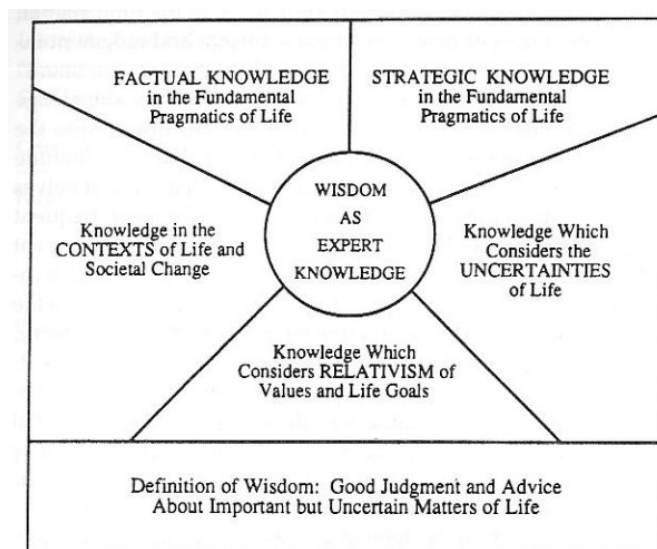


FIGURE 2. The Berlin model of wisdom as expertise in the fundamental pragmatics of life.

Figura 2

Il modello di wisdom secondo il gruppo di Berlino

Fonte: Wisdom and successful aging; Baltes, Smith and Staudinger, 1992

Durante gli anni Novanta del secolo scorso, gli autori Baltes, Smith e Staudinger pubblicano una grande quantità di articoli in cui approfondiscono l'approccio del Berlin Group (Baltes and Smith, 1990; Baltes, Smith and Staudinger, 1992; Baltes and Staudinger, 2000).

In particolare, nella pubblicazione del 1992 "Wisdom and successful aging" chiariscono che l'approccio del gruppo di Berlino si articola in tre linee di ricerca fondamentali: la psicologia *life-span*, i sistemi esperti e gli aspetti positivi dell'invecchiamento cognitivo. Grazie all'integrazione di queste tre linee di ricerca, gli autori definiscono *wisdom* come "una conoscenza esperta nelle pragmatiche fondamentali della vita che permettono insight e giudizio eccezionali, i quali coinvolgono le questioni della complessità e dell'incertezza proprie della condizione umana" (Baltes, Smith and Staudinger, 1992).

La conoscenza *wisdom*-relata comprende la conoscenza dei diversi percorsi dello

sviluppo della vita, dei frequenti pattern di conflitto; contiene informazioni a proposito della struttura, la dinamica e l'importanza degli obiettivi di vita, della loro sequenza e del significato stesso della vita. Inoltre, una conoscenza legata a *wisdom* comprende anche una conoscenza approfondita del sé e della natura delle relazioni interpersonali con la loro dinamica, il loro potenziale e i loro limiti.

Come step successivo, gli autori propongono un set di cinque criteri che possono essere utilizzati per valutare la qualità e la quantità di saggezza in prodotti quali testi scritti e risposte verbali di persone è stato richiesto di fare dei commenti su situazioni che implicino *wisdom*.

I cinque criteri sono: conoscenza fattuale, conoscenza procedurale, contestualismo *life-span*, relativismo e incertezza. Il significato dei criteri verrà approfondito di seguito, nello specifico all'interno della presentazione del Berlin Wisdom Paradigm, lo strumento basato sulla teorizzazione di wisdom di Baltes, Smith e Staudinger (Baltes & Smith, 1990; Baltes & Staudinger, 2000).

All'interno del capitolo del '92, gli autori propongono una vignetta di esempio per spiegare concretamente in che modo ognuno dei cinque criteri si dovrebbe articolare. La vignetta, dal momento che contiene implicazioni morali molto forti, non viene utilizzata nella versione finale dello strumento e nelle ricerche, ma grazie alla familiarità della situazione e alla facilità di immaginarla, è un ottimo esempio per illustrare lo svolgimento e la concretizzazione dei criteri proposti.

La situazione di partenza è: “una ragazza di 14 anni è incinta; che cosa dovrebbe considerare e che cosa dovrebbe fare?”

Table 3

*Use of the Wisdom Criteria to Evaluate Discourse About Life Matters
(Example: A 14-Year-Old Girl Is Pregnant. What Should
She Consider and Do?)*

Criterion	Instantiation in Discourse
Factual knowledge	Who, when, where? Specific knowledge, examples, variations General knowledge of emotions, vulnerability, and multiple options (parenting, adoption, abortion)
Procedural knowledge	Strategies of information search, decision making, and advice giving Timing of advice Monitoring of emotional reactions Heuristics of cost-benefit analysis
Life-span contextualism	Likely age sequence Sociohistorical and idiosyncratic context Coordination of life themes (family, education, work) and temporal changes Contextual conflicts and tensions
Relativism	Religious and personal preferences Current and future values, goals, motives Cultural and historical relativism
Uncertainty	No perfect solution Optimization of gain and loss Future not fully predictable Backup solutions

Figura 3

Vignetta esplicativa dei criteri da utilizzare per valutare *wisdom*
Fonte: Wisdom and successful aging; Baltes, Smith e Staudinger, 1992

2.2.2 *Il modello di Ardel*

Monika Ardel, una delle maggiori studiose di *wisdom* ad oggi, ribadisce fatto che nonostante il crescente interesse verso l'argomento non si sia ancora arrivati a una soddisfacente definizione che vada oltre l'orientamento filosofico e teoretico dell'autore stesso (Ardelt, 2003). Nell'articolo *Empirical Assessment of a Three-Dimensional Wisdom Scale* (2003), scritto in funzione di sopperire alla mancanza di un valido strumento di assessment, Ardel fissa i capisaldi della sua personale interpretazione di *wisdom* definendola come l'integrazione di aspetti cognitivi, riflessivi e affettivi, riprendendo la suddivisione proposta in precedenza da Clayton e Birren (Clayton e Birren, 1980). Una descrizione di *wisdom* così connotata ha il vantaggio di risultare

semplice, parsimoniosa e compatibile con la maggior parte delle descrizioni moderne e antiche del concetto di *wisdom* stesso.

1) *Dimensione cognitiva*

Si riferisce all'abilità di una persona di comprendere la vita, e cioè comprendere il significato più profondo degli eventi e dei fenomeni, con particolare attenzione per i problemi intrapersonali e interpersonali (Ardelt, 2000; Sternberg, 1990). La dimensione cognitiva riguarda e include anche la conoscenza degli aspetti positivi e negativi della natura umana, dei limiti stessi della conoscenza, dell'imprevedibilità e dell'incertezza.

Secondo Ardel (2003), gli item di un questionario che si concentrano sulla componente cognitiva di *wisdom* dovrebbero indagare l'abilità delle persone e la loro volontà a capire a fondo le situazioni, le conoscenze e le credenze sul mondo come risultato dell'abilità di assumere la prospettiva di qualcun altro (anche se non dovrebbero indagare la capacità di mettersi nei panni di un'altra persona, che è un aspetto proprio della componente riflessiva di *wisdom*).

2) *Dimensione riflessiva*

La dimensione riflessiva si colloca come prerequisito per lo sviluppo della dimensione cognitiva. Una comprensione più profonda della vita è possibile solo se una persona riesce percepire la realtà esattamente com'è senza distorsioni: per fare questo, è necessario essere capaci di porsi con atteggiamento di pensiero riflessivo nei confronti degli eventi, affrontandoli e considerandoli da molteplici punti di vista al fine di sviluppare maggiori auto-consapevolezza e insight (Chandler and Holliday 1990).

Gli item che si propongono di indagare l'aspetto riflessivo dovrebbero concentrarsi su come le persone cercano di oltrepassare la soggettività e le proiezioni guardando agli eventi da punti di vista differenti e su come e quanto evitano di incolpare altre persone o le circostanze esterne per le loro attuali condizioni (Ardelt, 2003).

3) *Dimensione affettiva*

Nella maggior parte delle definizioni sono presenti le componenti cognitiva e riflessiva, mentre viene trascurata quella affettiva, da Ardelit considerata parimenti importante nell'integrazione delle tre dimensioni.

Infatti, un'attitudine meno centrata sul sé e una miglior comprensione del comportamento altrui contribuiscono a migliorare il comportamento affettivo e le emozioni verso gli altri. Questo genere di attitudine tende, inoltre, a incrementare l'amore simpatetico e compassionevole.

Gli item che riguardano la dimensione affettiva dovrebbero verificare la presenza di emozioni positive e comportamenti nei confronti degli altri, come per esempio sentimenti e atti di simpatia e compassione per gli altri.

Tutte le tre dimensioni devono essere contemporaneamente presenti affinché una persona venga considerata saggia (Clayton e Birren, 1980). Per esempio, senza l'elemento affettivo il costrutto potrebbe stare definendo una persona estremamente intelligente ma non necessariamente saggia.

La dimensione riflessiva, tra le tre, è la più cruciale in quanto incoraggia lo sviluppo sia della dimensione cognitiva che della dimensione affettiva di *wisdom* (Ardelt, 2000).

Definita in questo modo, *wisdom* è considerata una caratteristica personale piuttosto che una caratteristica basata sulla performance che potrebbe variare da contesto a contesto (Ardelt, 2003).

2.2.3 *Il costrutto di parenting wisdom*

Boumpouli e collaboratori, in un recente lavoro del 2021, introducono il costrutto di *parenting wisdom*, ovvero “saggezza genitoriale”. Esistono molteplici evidenze rispetto al fatto che la saggezza contribuisce allo sviluppo ottimale del sé e al benessere degli altri (Ardelt, 2003; Baltes e Staudinger, 2000; Meeks e Jeste, 2009). Dal momento che, invece, non esistono evidenze empiriche sulla funzione di *wisdom* all’interno del contesto genitoriale e che un’approfondita conoscenza potrebbe portare beneficio alle persone coinvolte e alle relazioni stesse, gli autori hanno disegnato un modello di *parenting wisdom* ponendolo come cornice entro cui integrare le caratteristiche proprie della saggezza in quanto tale alle interazioni genitoriali. In questo senso, *parenting wisdom* è concettualizzato come la specifica applicazione della saggezza alle interazioni genitoriali. Al fine di contestualizzare con più chiarezza, Boumpouli e collaboratori riportano i due filoni storici che corrispondono rispettivamente ai due modi di considerare il concetto di *wisdom*: *personal wisdom* e *general wisdom* (Staudinger e Gluck, 2011).

Il concetto di *general wisdom* si riferisce all’insight che le persone possono avere rispetto alla vita nella sua accezione più generale ed è caratterizzato dal fatto di essere privo di preoccupazioni personali; il concetto di *personal wisdom*, invece, ha a che fare con un insight individuale della propria vita e tiene in massima considerazione i problemi personali. Prendendo in considerazione questa distinzione, *parenting wisdom* si considera incorporata all’interno dell’area di pertinenza di *personal wisdom*.

In realtà, secondo quanto descritto da Gluck nel 2013, oltre a *personal wisdom* e *general wisdom* esisterebbe un terzo sottogruppo definito “*other-related*” che ha come caratteristica fondamentale quella di prendersi cura e preoccuparsi per gli altri su base empatica. Questa nuova prospettiva rientrerebbe a tutti gli effetti nel campo della *personal*

wisdom dal momento che si riferisce agli aspetti attitudinali ed emotivi delle relazioni personali (Gluck et al., 2013).

Alla luce dei tre sottogruppi, gli autori ritengono che parenting wisdom sia la risultante della combinazione tra *personal/self-related wisdom* e *other-related wisdom* (Boumpouli et al., 2021).

A seguito di una revisione della letteratura, Boumpouli e colleghi si concentrano sui punti di convergenza dei modelli esistenti e in particolare sulle *core components* di *wisdom*, con un occhio di riguardo per quelle componenti che possono modificate e adattate al contesto delle interazioni genitoriali.

Come risultato di questo processo di analisi, nel modello di *parenting wisdom* sono presenti quattro componenti:

1) *Reflection* – riflessione

È identificata dagli esperti come cruciale prerequisito per raggiungere l'insight all'interno della propria vita oppure nella vita in generale (Ardelt, 2003; Jeste et al., 2010; Meeks and Jeste, 2009; Staudinger, 2013). Calata nel contesto del modello in esame, la riflessione si riferisce alla volontà e all'abilità dei genitori di pensare approfonditamente a loro stessi come genitori e alle loro esperienze genitoriali, senza tralasciare pensieri, sentimenti, comportamenti e valutazioni sia del successo genitoriale che delle interazioni genitore-figlio. La riflessione è caratterizzata da insight, consapevolezza dell'influenza genitoriale e consapevolezza dei relativi esiti, quali modificazioni del comportamento (Boumpouli et al., 2021).

2) *Perspective change* – cambio di prospettiva

Comprende la capacità genitoriale di riconoscere e prendere in considerazione aspetti e prospettive differenti nel momento in cui si valutano gli eventi, si risolvono problemi o si prendono decisioni di fondamentale importanza.

Il cambio di prospettiva include, ma non è limitato, alla capacità del genitore di comprendere il mondo dalla posizione del bambino adottandone la prospettiva mentale. Il fatto che i genitori siano in grado di prendere in considerazione prospettive multiple contribuisce a generare una vasta quantità di soluzioni.

3) *Emotion regulation* – regolazione emotiva

È descritta come l'abilità genitoriale di percepire e controllare le proprie emozioni, ed è caratterizzata dalla serenità. Questa dimensione include la capacità genitoriale di gestire prospettive differenti dalle proprie e discussioni in un modo emotivamente bilanciato. La regolazione emotiva, così come la riflessione e il cambio di prospettiva, è un elemento cruciale della concettualizzazione di *wisdom* in letteratura (Ardelt, 2003; Gluck & Bluck, 2013; Greene & Brown, 2009; Lieberei & Linden, 2011; Meeks & Jeste, 2009; Webster, 2003).

4) *Learning from life experience* – imparare dalle esperienze di vita

Anche la capacità di imparare dalle esperienze di vita è una componente del concetto di *wisdom* che ha una lunga tradizione in letteratura, ma nel modello in analisi non si può limitare soltanto all'aver affrontato, nel corso della propria vita, eventi più o meno difficili da superare. Scendendo più nello specifico, viene in questa sede considerata la capacità e l'orientamento del genitore ad imparare dalle esperienze di vita (comprese quelle genitoriali). Questa componente si riferisce in definitiva alla capacità genitoriale di riconoscere, integrare e applicare le lezioni che loro stessi

hanno imparato nell'affrontare alcune passate situazioni difficili e nel riconoscere i contributi positivi che queste hanno portato (Boumpouli et al., 2021).

Per riassumere, il concetto di *parenting wisdom* è concettualizzato come un fattore di ordine superiore che comprende le quattro dimensioni appena descritte che sono tra loro interconnesse.

2.2.4 *Il modello neurobiologico di Meeks e Jeste*

Meeks e Jeste, nel 2009, operano una revisione della letteratura esistente facendo convergere all'interno di sei categorie generali quelle caratteristiche a loro detta condivisibili, anche se magari sotto nomi differenti, già analizzate da colleghi.

Secondo gli autori, ognuna di queste sei sottocomponenti è considerata come distribuita nella popolazione lungo un continuum, piuttosto che come un attributo specifico proprio di una cerchia selezionata di persone (per esempio Madre Teresa di Calcutta). Nonostante riconoscano che esiste un aspetto di stabilità nel tratto individuale, ammettono che queste caratteristiche siano anche mutevoli e modellabili con l'esperienza (Meeks e Jeste, 2009).

Le sei sottocomponenti sono: comportamenti e attitudini prosociali, processo decisionale sociale e conoscenza pragmatica della vita, equilibrio emotivo, riflessione e comprensione del sé, relativismo dei valori e tolleranza e, infine, comprensione e accettazione dell'incertezza e dell'ambiguità. Per ognuna delle sei sottocomponenti, gli autori si concentrano nel mettere in luce gli aspetti neurobiologici propri di ciascuna, prendendo come fonti la letteratura sulle neuroimmagini e sulle localizzazioni cerebrali.

1) *Comportamenti e attitudini prosociali*

Corrisponde alla promozione del benessere collettivo e si manifesta in comportamenti quali l'empatia, la cooperazione sociale e l'altruismo (per esempio, i sociopatici che

presentano una peculiare forma di cognizione sociale e di regolazione emotiva volta esclusivamente a facilitare sé stessi non potrebbero essere considerati saggi). Gli autori si rifanno a solide definizioni presenti in letteratura, prima tra tutte quella di Ardel (2003), che parla saggezza affettiva come comprendente “emozioni positive e comportamenti rivolti agli altri, assenza di indifferenza ed emozioni negative rivolte agli altri”.

A livello neurobiologico, i comportamenti prosociali sono facilitati dall’empatia (radicata nei neuroni specchio e nella corteccia prefrontale mediale – MPFC) e includono la cooperazione sociale e l’altruismo (legati ai circuiti neurali della ricompensa e alle variazioni del funzionamento peptidico monoaminergico/ipotalamico) (Meeks e Jeste, 2009).

2) *Processo decisionale sociale e conoscenza pragmatica della vita*

Comprende due criteri base: rispettivamente, una ricca conoscenza della natura umana e del corso della vita e una ricca conoscenza procedurale del modo di affrontare i problemi che nel corso della vita si possono presentare (Baltes, Smith e Staudinger, 1990). Nella teorizzazione di Sternberg (2005), invece, si parla della tacita natura della conoscenza che implica rispetto all’atto stesso di conoscere, anche una consapevolezza del quando, dove, come e perché applicare la conoscenza stessa. Meeks e Jeste chiariscono che lo sperimentare emozioni condivise e il comprendere le emozioni/i comportamenti degli altri sono due cose differenti a livello neurobiologico: dopo aver riconosciuto e compreso le emozioni e le motivazioni di un’altra persona (facilitati dalla teoria della mente), una persona dovrebbe utilizzare le informazioni raccolte per prendere decisioni sociali “sagge”.

A livello neurobiologico, molte regioni cerebrali sono coinvolte nel processo di decision making sociale (e morale): in particolare, la corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC), la corteccia prefrontale dorsomediale (vmPFC), la corteccia cingolata anteriore (ACC) e l'amigdala (Meeks e Jeste, 2009).

3) *Equilibrio emotivo*

In misura sempre maggiore, i ricercatori che si occupano di *wisdom* parlano di integrazione tra controllo affettivo e processi cognitivi come elemento estremamente significativo. Il presunto ruolo della regolazione emotiva all'interno dell'area di *wisdom* è focalizzato nell'inibire emozioni negative prolungate nel tempo.

L'equilibrio emotivo è stato inizialmente investigato in relazione alla sotto regolazione di emozioni avverse, spesso attraverso l'attivazione della PFC e associata allo smorzamento dell'attività dell'amigdala. Il controllo delle reazioni a stimoli avversi è anche collegato a una funzione monoaminergica ottimale. Il ruolo che assume la disinibizione di emozioni positive richiede ulteriori studi (Meeks e Jeste, 2009).

4) *Riflessione e comprensione di sé*

La riflessione e la comprensione di sé sono requisiti essenziali per l'insight, che è un aspetto comunemente incluso nelle caratteristiche che concorrono a determinare il concetto di *wisdom*.

A livello neurobiologico, sembra essere critica un'interazione tra PFC mediale e PFC laterale per appropriate riflessioni sul sé che sono necessarie per l'insight (Meeks e Jeste, 2009).

5) *Relativismo dei valori e tolleranza*

La tolleranza del sistema valoriale di altre persone e altre culture è considerata un'importante sottocomponente di *wisdom*.

ACC dorsale e PFC laterale giocano un ruolo di fondamentale importanza nella tolleranza di sistemi valoriali modificati grazie al fatto che rilevano e inibiscono l'espressione di risposte pregiudicate (nel senso di dense di pregiudizi) (Meeks e Jeste, 2009).

6) *Comprensione e accettazione dell'incertezza e dell'ambiguità*

Il riconoscimento e la tolleranza emotiva dell'ambiguità non sono ancora stati adeguatamente indagati attraverso studi biologici. Secondo Brugman (2005) esisterebbero tre aspetti che concorrono alla comprensione e all'accettazione dell'incertezza: la meta-cognizione, ovvero il riconoscimento dell'incertezza e l'abilità per il pensiero dialettico; la personalità/affetto, inteso come stabilità emotiva nonostante l'incertezza e l'apertura a nuove esperienze e, infine, il comportamento, inteso come la capacità di agire di fronte all'incertezza.

L'attività di ACC dorsale e PFC laterale potrebbero essere centrali per prendere decisioni razionali in situazioni di ambiguità (Meeks e Jeste, 2009).

Table 2. Putative Neuroanatomical Localization of Cognitive or Emotional Tasks Relevant to Wisdom		
Neuroanatomical Location	Associated Cognitive/Emotional Tasks	Putative Subcomponents of Wisdom Served
Anterior cingulate cortex	Conflict detection	Social decision making/pragmatic life knowledge; value relativism/tolerance
Posterior cingulate cortex	Moral sensitivity	Prosocial attitudes/behaviors
Superior temporal sulcus	Processing self-relevant stimuli	Reflection/self-understanding
	Self-other differentiation	Prosocial attitudes/behaviors
	Socially relevant stimuli	Prosocial attitudes/behaviors
Lateral/dorsolateral prefrontal cortex	Moral sensitivity	Prosocial attitudes/behaviors
	Top-down control of emotions/impulses	Social decision making/pragmatic life knowledge; emotional homeostasis; value relativism/tolerance
Medial/ventromedial prefrontal cortex	Effortful reasoning/executive functioning	Social decision making/pragmatic life knowledge
	Processing ambiguity	Acknowledgment of and dealing effectively with ambiguity
	Empathy/social bonds	Prosocial attitudes/behaviors
	Personal morality	Prosocial attitudes/behaviors
Orbitofrontal cortex	Self-reflection	Reflection/self-understanding
	Affectively charged decision making	Emotional homeostasis
	Inhibition of impulsivity	Social decision making/pragmatic life knowledge; emotional homeostasis
Amygdala	Encoding affective value of stimuli and reward expectation	Social decision making/pragmatic life knowledge; emotional homeostasis
	Emotional decisions	Emotional homeostasis
Nucleus accumbens/striatum	Aversive emotional reactivity	Emotional homeostasis
	Reward valence	Prosocial attitudes/behaviors; social decision making/pragmatic life knowledge
	Immediate reward reinforcement	Prosocial attitudes/behaviors; social decision making/pragmatic life knowledge

Figura 4

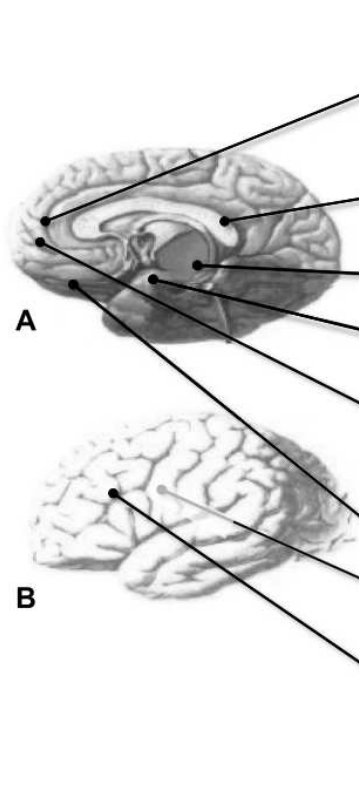
Presunte localizzazioni neuroanatomiche di compiti cognitivi ed emotivi rilevanti per *wisdom*

Fonte: Neurobiology of wisdom; Meeks e Jeste, 2009

2.2.5 La revisione del modello neurobiologico di Jeste e Lee del 2019

Il significato che gli autori propongono in questo modello di “scienza empirica emergente di *wisdom*” considera *wisdom* come un complesso tratto umano con specifiche componenti: il processo decisionale sociale, la regolazione emotiva, i comportamenti prosociali, l’autoriflessione, l’accettazione dell’incertezza, la risolutezza e la spiritualità (Jeste e Lee, 2019).

L’osservazione che il *basic concept* non sia significativamente cambiato dai tempi antichi ad oggi suggerisce che probabilmente esiste un substrato neurobiologico importante (Meeks e Jeste, 2009).



Neuroanatomical Location	Component of Wisdom
Anterior cingulate cortex	Social decision making (utilitarian-based moral decisions) Emotional homeostasis (impulse control) Value relativism/tolerance (detect undesirable attitudes) Acknowledgment of and dealing with uncertainty/ambiguity (analytical executive function)
Posterior cingulate cortex	Prosocial attitudes/behaviors (theory of mind) Social decision making (moral dilemmas, personal moral reasoning) Spirituality (self-referential processing)
Nucleus accumbens/striatum	Prosocial attitudes/behaviors (social cooperation, altruism) Social decision making (reward circuitry)
Amygdala	Prosocial attitudes/behaviors (social cooperation) Social decision making (immediate rewards) Emotional homeostasis (emotional response)
Medial/ventromedial prefrontal cortex	Prosocial attitudes/behaviors (theory of mind, empathy, social cooperation) Social decision making (recognition of moral dilemmas) Emotional homeostasis (reappraisal of emotion) Reflection/self-understanding (autobiographical memories) Spirituality (self-awareness)
Orbitofrontal cortex	Social decision making (delayed rewards) Emotional homeostasis (impulse control)
Insula (below cortex)	Prosocial/behaviors (empathy, emotional awareness) Social decision making (moral decisions, negative emotion identification) Emotional homeostasis (emotion processing, autonomic arousal, visceral integration)
Lateral/dorsolateral prefrontal cortex	Social decision making (delayed rewards) Emotional homeostasis (impulse control, reappraisal of emotion, dampening amygdala activity, labeling negative emotions) Value relativism/tolerance (inhibit attitudes, deactivate amygdala, theory of mind) Acknowledgment of and dealing with uncertainty/ambiguity (analytical executive function)

Figure 1. Proposed neurobiology of wisdom. The proposed neurobiology of wisdom is shown above with (A) medial and (B) lateral views of the cerebral cortex. This model assumes normal overall brain functioning—that is, the absence of dementia or other major brain disorders. Adapted from Meeks and Jeste (2009).⁴⁷

Figura 5

Modello neurobiologico di *wisdom*

Fonte: The emerging empirical science of wisdom; Jeste e Lee, 2019

Questo schema riassuntivo si presenta come rielaborazione ed evoluzione del lavoro di Meeks e Jeste del 2009, in cui erano state approfondite le componenti neurobiologiche coinvolte in ciascuna delle sei sottocomponenti di *wisdom*.

Nell'aggiornare il modello, gli autori hanno leggermente modificato i nomi delle sei sottocomponenti concentrandosi sugli aspetti condivisi dalla letteratura più recente e hanno aggiornato le aree cerebrali coinvolte sulla base delle nuove scoperte ed evidenze scientifiche.

Traducendo quanto riportato nella figura 5:

- La corteccia cingolata anteriore: viene coinvolta nel caso del processo decisionale sociale (decisioni morali basate sull'utilitarietà), dell'equilibrio emotivo inteso come il controllo degli impulsi, del relativismo dei valori/tolleranza intesi come rilevamento di comportamenti indesiderati e dell'affrontare incertezza/ambiguità (funzioni esecutive analitiche);
- La corteccia cingolata posteriore ha a che fare con i comportamenti prosociali (in particolare con la teoria della mente) e con il processo di decisionalità sociale (rispetto ai dilemmi morali e del ragionamento intrapersonale di carattere morale);
- Il nucleus accumbens/striatum viene coinvolto nei comportamenti prosociali, in particolare nella cooperazione sociale e nell'altruismo e nel processo decisionale sociale, dove hanno un ruolo di spicco i circuiti della ricompensa;
- L'amigdala ha a che fare con i comportamenti prosociali, nella specifica accezione di cooperazione sociale, con il processo decisionale sociale, nel senso di immediata ricompensa e con l'equilibrio emotivo, ovvero con la risposta emozionale;
- La corteccia prefrontale mediale e ventro-mediale ha a che fare con i comportamenti prosociali e in particolare con la cooperazione sociale, con il processo decisionale sociale (ovvero riconoscimento di dilemmi morali), con l'equilibrio emotivo nell'accezione di rivalutazione di un'emozione, con l'autoriflessione, in particolare con le memorie autobiografiche, e infine con la spiritualità intesa come consapevolezza di sé;
- La corteccia orbitofrontale viene coinvolta nel processo decisionale sociale, nel senso di ritardo delle ricompense, e con la regolazione emotiva (controllo degli impulsi);

- L'insula ha a che fare con i comportamenti prosociali quali empatia e consapevolezza emotiva, con il processo decisionale sociale (decisioni morali e identificazione delle emozioni negative) e con l'equilibrio emotivo, nel senso di processamento delle emozioni, arousal autonomo e integrazione viscerale;
- La corteccia prefrontale laterale e dorsolaterale ha a che fare con il processo decisionale sociale (ricompense ritardate), con l'equilibrio emotivo rispetto a controllo degli impulsi, rivalutazione di un'emozione, diminuzione dell'attività dell'amigdala e nomina delle emozioni negative, con il relativismo valoriale e la tolleranza dal punto di vista dell'inibizione dei comportamenti, della deattivazione dell'amigdala e della teoria della mente, e, infine, con il saper gestire la tolleranza e l'incertezza nelle dimensioni delle funzioni esecutive analitiche.

Tabella 1 - Sintesi delle collocazioni neuroanatomiche in base alle componenti di wisdom

Componente di wisdom	Collocazione neuroanatomica
Comportamenti e attitudini prosociali	Corteccia cingolata posteriore Nucleus accumbens/striatum Amigdala Corteccia prefrontale mediale/ventromediale Insula
Processo decisionale sociale	Corteccia cingolata anteriore Corteccia cingolata posteriore Nucleus accumbens/striatum Amigdala Corteccia prefrontale mediale/ventromediale Corteccia orbitofrontale Insula
Equilibrio emotivo	Corteccia prefrontale laterale/dorsolaterale Corteccia cingolata anteriore Amigdala Corteccia prefrontale mediale/ventromediale Corteccia orbitofrontale Insula
Autoriflessione	Corteccia prefrontale mediale/ventromediale
Relativismo dei valori e tolleranza	Corteccia cingolata posteriore Corteccia cingolata anteriore Corteccia prefrontale laterale/dorsolaterale
Avere a che fare con incertezza e ambiguità	Corteccia cingolata anteriore Corteccia prefrontale laterale/dorsolaterale

Jeste e Lee propongono un aggiornato modello di sviluppo di *wisdom* che spazia dalla genetica all'epigenetica e alle influenze ambientali.

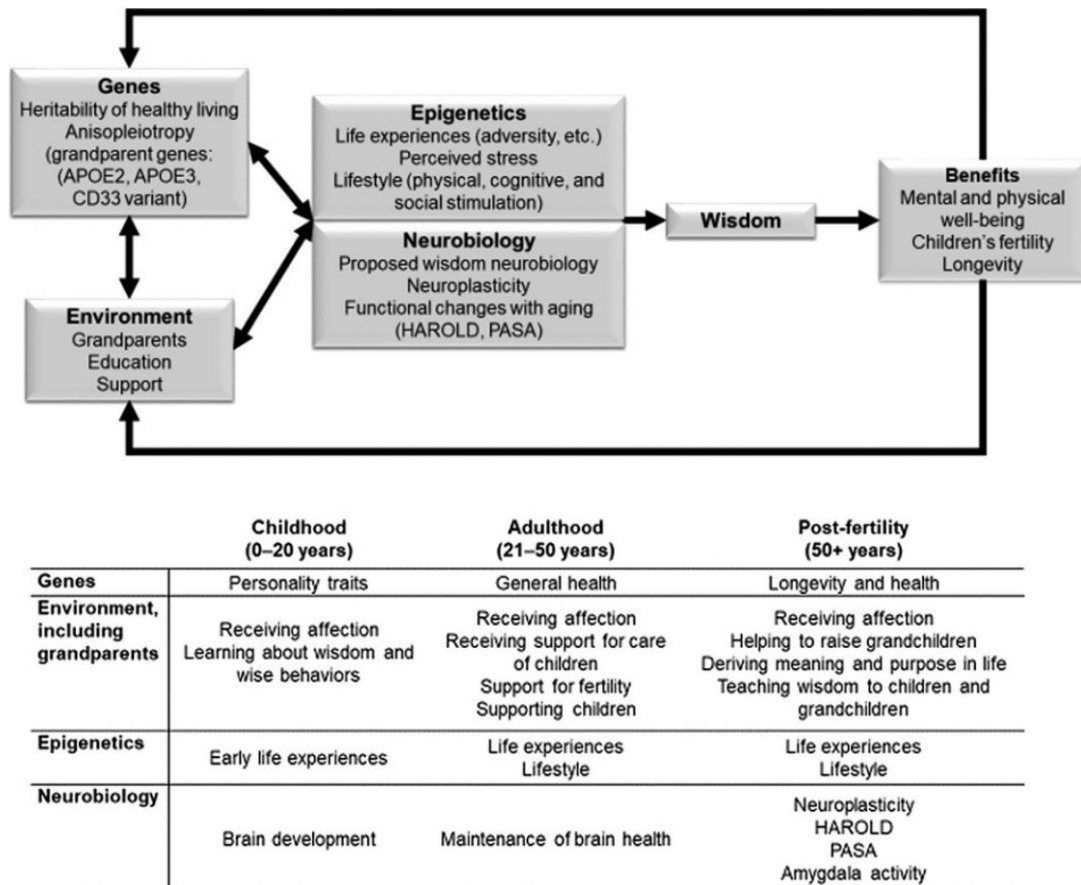


Figure 6 e 7

Modello di wisdom proposto da Jeste e Lee

Fonte: The emerging empirical science of wisdom; Jeste e Lee, 2019

Secondo il modello proposto dagli autori, i geni specifici della propria famiglia possono aumentare la propensione a sviluppare un certo livello di saggezza. Un ambiente “pro-wisdom”, si può considerare il caso di una famiglia supportiva, può influenzare in una persona lo sviluppo di comportamenti prosociali, regolazione emotiva, autoriflessione e spiritualità e ancora altre componenti di *wisdom*.

Le influenze genetiche e ambientali sono modulate dai cambiamenti associati all'età: i cambiamenti epigenetici sono innescati dagli eventi di vita che spaziano dalle avversità fisiche, alle stimolazioni cognitive e sociali. In modo simile, l'avanzare dell'età intacca

strutture cerebrali coinvolte nei circuiti neurali di *wisdom* oltre che le interconnessioni con le altre strutture cerebrali, una tra tutte l'ippocampo.

L'invecchiamento del cervello in persone anziane attive può essere associato con i meccanismi HAROLD (Hemispheric Asymmetry Reduction In Older Adults) e PASA (Posterior Anterior Shift With Aging) e collegato a una ridotta responsività dell'amigdala agli stimoli negativi o stressanti. Tutte queste influenze contribuiscono a un più stabile e bilanciato funzionamento della corteccia prefrontale dorso-laterale e ventro-mediale e dello striato limbico, portando di conseguenza a un maggior livello di *wisdom*, con benefici sia sociali che individuali (Jeste e Lee, 2019).

2.3 Breve accenno ai principali test che misurano il costrutto di *wisdom*

Essendo *wisdom* un concetto estremamente complesso e variegato, esistono tanti strumenti di misura quante sono le definizioni. Infatti, la costruzione stessa dello strumento dipende dal modello a cui gli autori fanno riferimento.

Per tentare di mettere ordine nella moltitudine di proposte, Gluck e collaboratori nel 2013 propongono due criteri in base a cui si possono classificare gli strumenti:

- Misure self-report o misure basate sulla performance → i test self-report chiedono al compilatore di rispondere in base alla propria personale esperienza e ai propri pensieri; i test basati sulla performance sottopongono al partecipante problemi che richiedono una risposta che implichi naturalmente il coinvolgimento di *wisdom*.
- Misure di *personal wisdom* o misure di *general wisdom* → il costrutto di *personal wisdom* è indagato tramite le esperienze personali e l'insight a proposito della propria vita; il costrutto di *general wisdom* riguarda la vita umana e il mondo in generale e non è necessariamente collegato alle esperienze personali (Gluck et al., 2013).

2.3.1 Berlin Wisdom Paradigm

Il Berlin Wisdom Paradigm (BWP) è un test basato sulla performance che si propone di misurare il costrutto di *general wisdom*. È stato sviluppato da Paul Baltes e i suoi collaboratori al Max Planck Institute for Human Development a Berlino, tra cui Ursula M. Staudinger, Jacqui Smith, e Ute Kunzmann (Baltes & Smith, 1990; Baltes & Staudinger, 2000).

Lo strumento richiede ai partecipanti di riflettere su alcune vignette che vengono che descrivono problemi di vita fittizi sulla base di cinque criteri. I criteri utilizzati per determinare il livello di *wisdom* del partecipante sono: conoscenza fattuale, conoscenza procedurale, contestualismo life-span, relativismo e incertezza.

Un esempio di domanda può essere: “una persona riceve una telefonata da un buon amico. L’amico dice che non ce la fa più ad andare avanti e per questo motivo ha deciso di suicidarsi. Che cosa si potrebbe pensare e fare in una situazione del genere?”. Una buona risposta comprende alti livelli di conoscenza fattuale (es. conoscenza di perché le persone potrebbero volersi suicidare), alti livelli di conoscenza procedurale (es. le strategie per gestire la persona che sta chiamando), una buona contestualizzazione (es. discutere come le fasi, le situazioni o i contesti storici e culturali possono influenzare il comportamento), relativismo valoriale (consapevolezza e accettazione di credenze diverse) e, infine, gestione dell’incertezza (consapevolezza e abilità di avere a che fare con l’impredicibilità della vita) (Gluck, 2018).

Successivamente, le risposte sono valutate da due valutatori competenti e ad ogni risposta viene assegnato un punteggio da uno a sette per ciascuno dei cinque criteri. La media dei punteggi delle cinque scale costituirà poi il punteggio finale di *wisdom*.

2.3.2 *Three-Dimensional Wisdom Scale*

La Three Dimensional Wisdom Scale (3D-WS) sviluppata da Ardelt nel 2003, è un questionario self-report che si discosta nitidamente dal Berlin Wisdom Paradigm poiché considera la saggezza come un aspetto della personalità piuttosto che come conoscenza: secondo Ardelt ci sono molte cose che tutti sanno, ma per realizzare insight (elemento che a detta dell'autrice gioca un ruolo fondamentale nel costrutto di *wisdom*) nella propria vita e agire di conseguenza è necessario aggiungere la componente dell'esperienza personale (Gluck, 2018).

Il modello di *wisdom* proposto da Ardelt comprende tre dimensioni di personalità: dimensione riflessiva, dimensione cognitiva e dimensione affettiva.

La versione definitiva del questionario comprende 14 item per la dimensione cognitiva, 12 per la dimensione riflessiva e 13 per la dimensione affettiva, per un totale di 39 item. Le analisi condotte indicano che la scala può essere considerata uno strumento valido e affidabile e una misura promettente delle variabili latenti del costrutto di *wisdom*.

2.3.3 *San Diego Wisdom Scale*

La San Diego Wisdom Scale (SD-WISE) è un questionario self-report proposto da Thomas e colleghi nel 2019, che indaga il costrutto di *personal wisdom* (Thomas et al., 2019).

Lo strumento è costruito sulla base delle più recenti evidenze sulla comprensione dei modelli psicologici e neurobiologici di *wisdom*. In particolare, il punto di partenza è il modello neurobiologico proposto da Meeks e Jeste nel 2009: gli autori, infatti, considerano che i sei fattori di ordine inferiore possano essere sintetizzati in un unico *wisdom-factor* di ordine superiore.

Il risultato è una scala composta in totale da 24 item (4 per ciascuna delle sei dimensioni) a cui rispondere su una scala likert a cinque punti sulla base del grado di accordo con l'affermazione proposta. La scala presenta una buona affidabilità. Scendendo più nel particolare, a seguito delle analisi interne, i risultati suggeriscono che la SD-WISE misura con successo cinque dei sei domini: il sesto dominio, ovvero conoscenza generale della vita e processo decisionale sociale, è stato centrato solo in parte e quindi è stato rinominato con l'etichetta di *social advising* (Thomas et al., 2019).

2.3.4 *Parenting Wisdom Scale*

La Parenting Wisdom Scale (PWS) è uno strumento self-report che indaga il costrutto di *personal wisdom* proposto da Boumpouli e colleghi nel 2021.

Lo strumento nasce dalla volontà degli autori di applicare le concettualizzazioni a carattere generale di *wisdom* allo specifico ambito della genitorialità. *Parenting wisdom* viene considerato come un fattore di ordine superiore che comprende quattro categorie di ordine inferiore: riflessione, cambio di prospettiva, regolazione emotiva e imparare dalle esperienze di vita.

La versione finale della scala possiede buone proprietà psicometriche e comprende 30 item: 9 per la riflessione, 9 per il cambio di prospettiva, 6 per la regolazione emotiva e 6 per l'imparare dalle esperienze di vita. Per ogni item proposto viene richiesto di esprimere il proprio grado di accordo su una scala likert di sei punti.

CAPITOLO 3

LO STUDIO

3.1 Obiettivi e quesiti di ricerca

Il presente studio si pone gli obiettivi di comprendere i pattern e, successivamente, le relazioni tra le dimensioni di benessere psicologico, orientamento verso il futuro, saggezza e saggezza genitoriale e di analizzare il ruolo delle variabili individuali, con particolare riferimento al fatto che i genitori abbiano un figlio adulto con o senza disabilità.

Nello specifico, sono stati articolati due quesiti principali:

- 1) Identificare e approfondire i pattern di risorse tra le dimensioni di benessere psicologico, orientamento al futuro, saggezza e saggezza genitoriale.

Secondo la letteratura esistente il benessere psicologico, in quanto costruito multifattoriale, è influenzato da diversi di fattori (Seligman, 2011). Uno dei più recenti presi in considerazione è la saggezza, intesa in maniera generale come la capacità di una persona di affrontare anche gli eventi avversi della propria vita con accettazione e serenità (Ardelt, 1997). Per questo motivo, ci si aspetta che persone che sperimentano un alto livello di benessere, dimostrino di avere un alto grado di saggezza. Spostandosi all'interno del contesto familiare, dal momento che *parenting wisdom* è concettualizzata come la specifica applicazione di *wisdom* alle interazioni genitoriali, ci aspettiamo che persone con alti livelli di saggezza risultino sagge anche a livello delle interazioni con i propri figli (Boumpouli et al., 2021).

Un atteggiamento bilanciato nei confronti del futuro, secondo quanto riportato da Webster (2011), pare correlare con il benessere: per atteggiamento bilanciato, infatti, si intende la tendenza di una persona a pensare frequentemente al proprio futuro in maniera positiva e ad utilizzare questo pensiero come fonte di riflessione, forza e benessere. Per questo motivo ci aspettiamo che una persona con orientamento positivo e bilanciato verso il proprio futuro sperimenti maggiori livelli di benessere.

Nonostante non esistano, in letteratura, studi sulle relazioni tra *parenting wisdom* e orientamento al futuro, ci aspettiamo che, essendo entrambe le dimensioni positivamente correlate al benessere, siano loro stesse correlate positivamente.

- 2) Indagare i pattern nei genitori di figli adulti con disabilità rispetto alle dimensioni benessere psicologico, orientamento al futuro, saggezza generale e saggezza genitoriale.

Rispetto al benessere, sintetizzato negli aspetti di soddisfazione per la propria vita e percezione della propria realizzazione personale, ci si attende, sulla base della letteratura esistente, che i genitori di figli adulti con disabilità sperimentino livelli di benessere più limitati rispetto ai genitori di figli senza disabilità, poiché è noto che la condizione di disabilità di un figlio si pone per i genitori come fattore di vulnerabilità a livello psicologico, emotivo e sociale (Zanobini, Manetti, Usai, 2002).

Rispetto all'orientamento al futuro, la letteratura riporta le difficoltà che i genitori di figli con disabilità incontrano nel pensare e pianificare la fase della vita (detta "fase del *dopo di noi*") in cui non saranno più in grado di dispensare le cure necessarie e le problematiche connesse al trovare soluzioni di cura adeguate per

assicurare ai figli nel lungo termine la miglior qualità di vita possibile a fronte dell'inadeguatezza dei servizi proposti dalle strutture sanitarie (Bigby e Ozanne, 1999; Marscak-Topolewski e Graves, 2020). Per questo motivo, ci si aspetta che dai genitori di figli adulti con disabilità emerga un orientamento verso il futuro meno positivo rispetto ai genitori di figli adulti senza disabilità.

Rispetto a *wisdom*, dalla letteratura emerge che gli individui saggi sperimentano livelli di benessere e appagamento che non dipendono dalle circostanze esterne, dal momento che hanno imparato ad accettare sia gli aspetti positivi che gli aspetti negativi della realtà per quello che sono. Anche se è scorretto pensare che le condizioni esterne non abbiano alcun impatto sulla percezione della propria vita a livello di soddisfazione e benessere soggettivo, va considerato che le persone sagge sono in grado di affrontare anche le situazioni più difficili (quali l'aver un figlio con disabilità) con serenità (Ardelt, 1997).

Per questo motivo, non sono attese differenze significative tra i due gruppi di genitori in termini di *wisdom* e *parenting wisdom*.

3.2 Metodologia

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto tramite una modalità triplice: sono state contattate varie associazioni nel territorio che si occupano di disabilità a cui è stata inviata una mail contenente una breve presentazione, il progetto di ricerca in allegato pdf e il link del questionario online; sono stati pubblicati post su alcuni gruppi Facebook di auto-mutuo aiuto per i genitori che avevano figli con disabilità e, infine, tramite passaparola il questionario è stato inviato via Whatsapp a persone che avevano conoscenze o lavoravano nel settore della disabilità.

I questionari sono stati compilati dai partecipanti attraverso la piattaforma di Google Moduli. La prima domanda corrispondeva al consenso informato: non era possibile procedere se il partecipante non acconsentiva al trattamento dei suoi dati al solo fine della ricerca e a continuare la compilazione.

Nonostante i protocolli fossero completamente anonimi, al termine della compilazione ogni partecipante aveva la possibilità di lasciare il proprio indirizzo mail nel caso in cui fosse interessato ricevere un feedback delle conclusioni, una volta portato a termine il lavoro di ricerca.

3.3 Partecipanti

Il protocollo di questionari è stato somministrato a genitori di figli adulti con disabilità e, parallelamente, a genitori di figli adulti senza disabilità. I criteri di inclusione allo studio prevedevano che i genitori avessero un'età compresa tra i 40 e i 70 anni e che i figli avessero un'età compresa tra i 18 e i 40 anni. In totale, hanno compilato il protocollo 58 genitori, 40 donne e 18 uomini (Tabella 2).

Tabella 2 – Riepilogo partecipanti

	Frequenza	Percentuale
Femmine	40	69
Maschi	18	31
Totale	58	100

La media generale dell'età è di 56,05 anni, con una deviazione standard pari a 7,20.

Scendendo nel dettaglio dei due gruppi, il gruppo dei genitori di figli adulti con disabilità è composto da 29 persone (la metà del totale dei partecipanti), 19 donne e 10 uomini. La media dell'età è 56,86 anni, con una deviazione standard pari a 8,04. Il gruppo di genitori

di figli adulti senza disabilità è composto da 29 persone, 21 donne e 8 uomini. La media dell'età è 55,24 anni, con una deviazione standard pari a 6,28.

Tutti i partecipanti allo studio avevano origine italiana, ad eccezione di due donne che provenivano rispettivamente dalla Francia e dalla Colombia. A parte queste ultime, solo due partecipanti non provenivano dal Nord Italia.

Tabella 3 – Riepilogo scolarizzazione

	Frequenza	Percentuale
Fino a otto anni	20	34,5
Diploma	26	44,8
Laurea	12	20,7
Totale	58	100

Rispetto al livello di istruzione (Tabella 3), il 34,5% dei partecipanti ha frequentato la scuola per otto anni, ottenendo la licenza media; il 44,8% ha ottenuto il diploma e il 20,7% dei partecipanti ha una laurea.

Anche le risposte fornite alla domanda sul contesto lavorativo sono risultate molto variegate: il 13,8% dei partecipanti è assunto come dipendente part time, il 41,4% è assunto come dipendente a tempo pieno, il 12,1% è un libero professionista, il 25,9% è in pensione e il 6,9% è disoccupato.

Rispetto allo stato coniugale, la stragrande maggioranza dei partecipanti era sposato (precisamente il 91,4%), il 5,2% era divorziato e il 3,4% era vedovo o in altra situazione non meglio specificata.

Ai genitori che avevano figli con disabilità è stato chiesto di riportare il nome della diagnosi. Sono emerse le seguenti: sindrome di Down (5 volte), ADHD con funzione limite (2 volte), disturbi dello spettro dell'autismo (3 volte), paralisi degli arti inferiori, tetraparesi spastica bilaterale, sindrome di X fragile (2 volte), emiparesi destra, diplegia

spastica, ritardo psicomotorio, ritardo grave con epilessia, ipoplasia cerebellare con ritardo mentale medio grave, ritardo mentale moderato, disabilità intellettiva (con aggiunta di problemi di comportamento e disturbi ossessivi), ritardo psicomotorio, sindrome di Rett, albinismo oculo-cutaneo, lesione midollare da MAV (2 volte), distrofia muscolare di Duchenne, cardiopatia congenita e ritardo cognitivo medio.

3.4 Strumenti

Di seguito vengono approfonditi gli strumenti che compongono il protocollo, in ordine di apparizione.

3.4.1 Satisfaction With Life Scale

La Satisfaction With Life Scale (SWLS) è un questionario self report che intende misurare il giudizio cognitivo globale di una persona a proposito della soddisfazione per la propria vita (Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985).

Secondo Diener, il benessere soggettivo è costituito da due sottocomponenti: la componente affettiva/emotiva e la componente cognitiva/di giudizio. Quest'ultima è stata concettualizzata anche come *life satisfaction*. La scala, quindi, mira ad approfondire proprio la componente cognitiva/di giudizio del benessere soggettivo esperito da una persona.

La SWLS ha dimostrato di essere una misura valida e affidabile della *life satisfaction* e di essere adatta all'uso con range di età molto ampi (Pavot, Diener, Colvin, Sandvik, 1991).

La scala è composta da un totale di cinque item, a cui rispondere su una scala likert a sette punti (da 1=completamente in disaccordo a 7=completamente d'accordo). In particolare,

un punteggio compreso tra 5 e 9 indica che la persona è estremamente insoddisfatta della propria vita, tra 10 e 14 che è insoddisfatta, tra 15 e 19 che è leggermente insoddisfatta, 20 è il punteggio neutrale, un punteggio tra 21 e 25 indica una persona leggermente soddisfatta, tra 26 e 30 una persona soddisfatta, e infine un punteggio compreso tra 31 e 35 indica che la persona è estremamente soddisfatta della propria vita.

3.4.2 Flourishing Scale

La Flourishing Scale (FS) è un questionario self report composto da otto item che misura la percezione del successo della persona in aree importanti del funzionamento umano quali le relazioni interpersonali, la stima di sé, l'ottimismo e l'avere una vita con uno scopo e ricca di significato.

A ciascuno degli item si risponde su una scala likert a sette punti in cui il partecipante può esprimere il suo grado di accordo con l'affermazione proposta (da 1=molto in disaccordo a 7=molto d'accordo). Tutti gli item sono in forma affermativa. Il punteggio, unico e globale, varia da un minimo di 7 a un massimo di 56: nonostante non siano state proposte etichette per le fasce di punteggio intermedie, Diener spiega che un punteggio alto rappresenta una persona con molte risorse e punti di forza psicologici.

La scala ha buone proprietà psicometriche ed è fortemente associata ad altre scale sul benessere psicologico (Diener et al., 2009).

3.4.3 La mia prospettiva temporale – OFTP

L'Occupational Future Time Perspective (OFTP), indicato all'interno del protocollo con il nome di "La mia prospettiva temporale" è un questionario self report composto da un

totale di dieci item a cui rispondere su una scala likert a quattro punti in base al grado di accordo con l'affermazione proposta (da 1=molto in disaccordo a 4=molto d'accordo).

Lo scopo dell'OFTP è indagare la percezione degli individui rispetto al proprio futuro professionale attraverso l'approfondimento di tre differenti domini: la percezione del tempo che resta da trascorrere nel contesto lavorativo, il focus sulle opportunità ancora da sfruttare e il focus sulle limitazioni. I primi due domini si sono dimostrati negativamente correlati all'età del lavoratore, mentre tendono a correlare positivamente con esiti lavorativi particolarmente importanti e con soddisfazione lavorativa, coinvolgimento nel lavoro e performance (Rudolph, Kooij, Rauvola, Zacher, 2018).

3.4.4 *San Diego Wisdom Scale*

La San Diego Wisdom Scale (SD-WISE) è un questionario self-report proposto da Thomas e colleghi nel 2019, che indaga il costrutto di *personal wisdom* (Thomas et al., 2019). Lo strumento è costruito sulla base delle più recenti evidenze sulla comprensione dei modelli psicologici e neurobiologici di *wisdom*. In particolare, il punto di partenza è il modello neurobiologico proposto da Meeks e Jeste nel 2009 che descrive *wisdom* come un fattore di ordine superiore composto da sei dimensioni: comportamenti e attitudini prosociali, processo decisionale sociale e conoscenza generale della vita, equilibrio emotivo, riflessione e comprensione di sé, relativismo dei valori e tolleranza e, infine, comprensione e accettazione dell'incertezza e dell'ambiguità.

Il risultato è una scala composta in totale da 24 item (quattro per ciascuna delle sei dimensioni) a cui rispondere su una scala likert a cinque punti sulla base del grado di accordo con l'affermazione proposta (da 1=fortemente in disaccordo a 5=fortemente d'accordo). La scala presenta in generale buone caratteristiche psicometriche. Scendendo

più nel particolare, le analisi interne suggeriscono che la SD-WISE misura con successo cinque delle sei dimensioni: la sesta dimensione, ovvero conoscenza generale della vita e processo decisionale sociale, è stata centrata solo in parte ed è quindi stata rinominata con l'etichetta di *social advising* (Thomas et al., 2019).

3.4.5 *Parenting Wisdom Scale*

La Parenting Wisdom Scale (PWS) è uno strumento self-report che indaga il costrutto di *personal wisdom* proposto da Boumpouli e colleghi nel 2021.

Lo strumento nasce dalla volontà degli autori di applicare le concettualizzazioni a carattere generale di *wisdom* allo specifico ambito della genitorialità. *Parenting wisdom* viene considerato come un fattore superiore che comprende quattro categorie di ordine inferiore: riflessione, cambio di prospettiva, regolazione emotiva e imparare dalle esperienze di vita.

La versione finale della scala comprende 30 item a cui rispondere su una scala likert a 6 punti in base al grado di accordo con l'affermazione proposta (da 1=fortemente in disaccordo a 6=fortemente d'accordo): 9 per la riflessione, 9 per il cambio di prospettiva, 6 per la regolazione emotiva e 6 per l'imparare dalle esperienze di vita. Per ogni item proposto viene richiesto di esprimere il proprio grado di accordo su una scala likert di sei punti. La scala possiede buone proprietà psicometriche e un'ottima validità interna: infatti, sia la scala generale che le sottoscale superano abbondantemente il punteggio minimo di 0.70 (Boumpouli et al., 2021).

3.4.6 *La mia storia tra passato e futuro - BTPS*

La Balanced Time Perspective Scale (BTPS) è un questionario self report che si propone di indagare l'atteggiamento positivo nei confronti del passato e del futuro contemporaneamente. La scala, riportata nel protocollo con il nome di "La mia storia tra passato e futuro", è costituita da 28 item a cui rispondere su una scala likert a cinque punti in base al grado di accordo con l'affermazione proposta (da 1=fortemente in disaccordo a 5=fortemente d'accordo). In particolare, gli item di numero dispari sono riferiti al passato, mentre gli item di numero pari sono riferiti al futuro: per ognuna delle due dimensioni temporali viene individuato un punteggio molto affidabile.

La scala, in generale, presenta ottime proprietà psicometriche: è una misura valida e affidabile. Entrambe le sottoscale non sono correlate con la desiderabilità sociale, aspetto che assicura che le persone rispondano sinceramente senza di modificare le proprie risposte in modi socialmente accettabili.

Le persone che ottengono un punteggio sotto la media sia nella dimensione del passato che in quella del futuro appartengono alla *time restrictive category*; le persone con un punteggio sotto la media nella dimensione del passato ma sopra la media nella dimensione del futuro appartengono alla *futurist category*; le persone sotto la media nella dimensione del futuro e sopra la media nella dimensione del passato appartengono alla *reminiscers category*; infine, le persone che ottengono un punteggio superiore alla media sia nella dimensione del passato che in quella del futuro appartengono alla *time expansive category*, ovvero alla categoria bilanciata. Coloro che rientrano in questa categoria hanno punteggi più alti nella felicità, nel benessere e nella stima di sé (Webster, 2011).

3.5 Analisi dei dati e risultati

In questa sezione verranno analizzate le risposte dei partecipanti alla luce dei due quesiti di ricerca.

Per il primo quesito, saranno messe in relazione tra loro le dimensioni di benessere, orientamento al futuro, *general wisdom* e *parenting wisdom*, con una particolare attenzione alle variabili sociodemografiche “genere” e “livello di istruzione”.

Per il secondo quesito di ricerca, le dimensioni sopra citate verranno analizzate mettendo a confronto i due gruppi di partecipanti al fine di comprendere se la presenza o assenza di un figlio adulto con disabilità abbia un’influenza sullo sviluppo delle dimensioni stesse.

Per analizzare le correlazioni ci si è serviti del coefficiente lineare r di Pearson, necessario per valutare la direzione e l’intensità del legame tra due variabili quantitative.

Per verificare, invece, l’esistenza differenze significative nei pattern di *general wisdom* e *parenting wisdom* sulla base della variabile “genere” e “avere un figlio con disabilità” è stato utilizzato il Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti (indicato quando non è soddisfatta la normalità della distribuzione nei gruppi).

3.5.1 Il primo quesito: Pattern e relazioni tra benessere, orientamento al futuro, *general wisdom* e *parenting wisdom*

Come prima cosa, è stato indagato il ruolo del genere e del livello di istruzione rispetto alle dimensioni di *general wisdom* e *parenting wisdom*.

Il ruolo del genere

In sede di analisi sono state messe a confronto i pattern dei partecipanti, raggruppati secondo il genere, rispetto al questionario San Diego Wisdom Scale: non sono emerse differenze statisticamente significative tra le categorie di genere.

Nelle risposte dei partecipanti alla Parenting Wisdom Scale (Tabella 4), invece, è emersa una differenza significativa ($U=242,5$ $p<.048$) tra i due gruppi nella dimensione *Riflessione*.

Tabella 4 – Il ruolo della variabile “genere” nelle risposte alla scala Parenting Wisdom (PWS)

GENERE		PWS Riflessione	PWS Cambio di prospettiva	PWS Regolazione emotiva	PWS Imparare dalle esperienze di vita
Femmine	Media	43,13	43,3	21,23	29,98
	DS	6,22	6,39	3,97	3,83
Maschi	Media	39,17	40,44	20,33	28,39
	DS	7,54	7,33	4,02	4,75
Totale	Media	41,90	42,41	20,95	29,48
	DS	6,84	6,76	3,97	4,16

Le madri, in particolare, hanno riportato punteggi medi più alti dei padri rispetto alla volontà e all’abilità di pensare approfonditamente a loro stessi come genitori e alle loro esperienze genitoriali.

Il ruolo del livello di istruzione

I partecipanti allo studio sono stati suddivisi in base al livello di istruzione raggiunto e raggruppati in “fino a otto anni”, “diploma” e “laurea”. Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i gruppi della variabile “livello di istruzione

raggiunto” per quanto riguarda i pattern nelle sei dimensioni della San Diego Wisdom Scale (la distribuzione dei punteggi di ciascuna dimensione era la medesima in ognuna delle categorie della variabile “livello di istruzione raggiunto”).

Nei partecipanti, così suddivisi, sono stati analizzati i pattern emersi dalla Parenting Wisdom Scale. Anche in questo caso non sono state evidenziate differenze statisticamente significative tra i gruppi.

Il livello di istruzione, quindi, non influenza le dimensioni di *general wisdom* e *parenting wisdom*.

Il ruolo delle risorse psicologiche sugli indicatori di benessere

Dopo aver indagato il ruolo delle variabili sociodemografiche, sono state indagate (tramite il coefficiente r di Pearson) le relazioni tra le risorse psicologiche e gli indicatori di benessere.

Nella Tabella 5 sono riportate le correlazioni che intercorrono tra le sei dimensioni di SD-WISE e le dimensioni di Satisfaction e Flourishing. Il *Consiglio Sociale* correla positivamente sia con la dimensione Satisfaction ($r=0,29$, $p<.05$) sia con la dimensione Flourishing ($r=0,63$, $p<.01$), mentre la *Tolleranza* correla positivamente con la dimensione Flourishing ($r=0,26$, $p<.05$).

In altre parole, dunque, le persone che riescono a utilizzare meglio le informazioni e le risorse a loro disposizione per prendere decisioni sociali “sagge” tenderanno ad avere maggiori livelli di soddisfazione per la propria vita e ad avere una percezione positiva della propria realizzazione in ambiti importanti del funzionamento umano. Inoltre, le persone con una percezione positiva della propria realizzazione tenderanno ad essere particolarmente tolleranti nei confronti di sistemi valoriali di altre persone (o altre culture).

Tabella 5 – Le relazioni tra la scala general wisdom (SD-WISE), Satisfaction e Flourishing

	Satisfaction	Flourishing
SD-WISE Consiglio sociale	,29*	,63**
SD-WISE Risolutezza	-0,05	-0,18
SD-WISE Regolazione emotiva	0,13	0,14
SD-WISE Riflessione	0,1	-0,04
SD-WISE Comportamenti prosociali	-0,05	-0,05
SD-WISE Tolleranza	0,04	,26*

Successivamente, nella Tabella 6 sono state messe in relazione le dimensioni di *general wisdom* con la dimensione dell'orientamento al futuro, formata dalla percezione del proprio futuro lavorativo e dalla visione positiva/bilanciata del proprio passato e del proprio futuro. In particolare, *Consiglio sociale* correla positivamente con una prospettiva positiva del futuro professionale ($r=0,57$, $p<.01$), con una visione bilanciata del passato ($r=0,30$, $p<.05$) e con una visione bilanciata del proprio futuro ($r=0,27$, $p<.01$). *Regolazione Emotiva* correla positivamente con una visione positiva del proprio futuro ($r=0,33$, $p<.05$), con una visione bilanciata del proprio passato ($r=0,35$, $p<.01$) e con una visione bilanciata del proprio futuro ($r=0,38$, $p<.01$). *Riflessione* correla positivamente - in maniera statisticamente significativa- con la visione bilanciata del proprio futuro ($r=0,29$, $p<.05$), mentre *Comportamenti prosociali* correla positivamente con una percezione positiva del proprio futuro lavorativo ($r=0,27$, $p<.05$).

Tabella 6 – Le relazioni tra la scala general wisdom (SD-WISE) e l'orientamento al futuro

	OFTP	BTPS Past	BTPS Future
SD-WISE Consiglio sociale	,57**	,30*	,27*
SD-WISE Risolutezza	0,09	0,22	0,19
SD-WISE Regolazione emotiva	,33*	,35**	,38**
SD-WISE Riflessione	0,18	0,24	,29*
SD-WISE Comportamenti prosociali	,27*	0,10	0,15
SD-WISE Tolleranza	0,26	0,10	0,14

Le relazioni tra parenting wisdom e le dimensioni di benessere e orientamento al futuro

Nella Tabella 7 sono state messe in relazione le quattro dimensioni di Parenting Wisdom Scale con le dimensioni di Soddisfazione e Flourishing.

L'unica dimensione di PWS a correlare con Satisfaction è *Regolazione emotiva* ($r=0,32$, $p<.05$), a testimonianza del fatto che persone che ascrivono a sé stessi maggiori abilità di regolare e gestire le proprie emozioni tendono ad avere anche un buon livello di soddisfazione per la propria qualità di vita.

Tutte le dimensioni di PWS correlano con la percezione della propria realizzazione negli ambiti importanti del funzionamento umano. *Riflessione* e Flourishing sono positivamente associate ($r=0,38$, $p<.01$), allo stesso modo sono associate la dimensione del *Cambio Di Prospettiva* e Flourishing ($r=0,39$, $p<.01$), la dimensione di *Regolazione emotiva* e Flourishing ($r=0,32$, $p<.05$) e la dimensione *Imparare dalle esperienze di vita* e Flourishing ($r=0,51$, $p<.01$).

In altre parole, una percezione positiva rispetto alla realizzazione negli ambiti importanti del funzionamento umano correla positivamente con elevati livelli di volontà e abilità dei genitori di pensare approfonditamente a loro stessi come genitori e alle loro esperienze genitoriali, con una buona capacità di riconoscere e prendere in considerazione aspetti e

prospettive differenti nel momento in cui si valutano gli eventi, si risolvono problemi o si prendono decisioni di fondamentale importanza, con una buona capacità di percepire e controllare le proprie emozioni, e, infine, con l'orientamento e la capacità del genitore di imparare dalle proprie esperienze di vita.

Tabella 7 – Le relazioni tra la scala parenting wisdom (PWS) e il benessere

	Satisfaction	Flourishing
PWS Riflessione	0,11	,38**
PWS Cambio di prospettiva	0,15	,39**
PWS Regolazione emotiva	,32*	,32*
PWS Imparare dalle esperienze di vita	0,25	,51**

Successivamente, nella Tabella 8 sono state messe in relazione le dimensioni di PWS con la dimensione dell'orientamento al futuro.

Riflessione correla positivamente con una prospettiva positiva del futuro lavorativo ($r=0,39$, $p<.01$), con una visione bilanciata del passato ($r=0,31$, $p<.05$) e con una visione bilanciata del futuro ($r=0,37$, $p<.01$); *Cambio di prospettiva* correla positivamente con una prospettiva positiva del proprio futuro lavorativo ($r=0,37$, $p<.01$), con una visione bilanciata del passato ($r=0,20$, $p<.05$) e con una visione bilanciata del futuro ($r=0,35$, $p<.01$) e, similmente, *Regolazione emotiva* correla positivamente con una prospettiva positiva del futuro lavorativo ($r=0,40$, $p<.01$), con visione bilanciata del passato ($r=0,37$, $p<.05$) e con una visione bilanciata del futuro ($r=0,41$, $p<.01$). L'unica dimensione di PWS a correlare positivamente solo con una prospettiva positiva del proprio futuro lavorativo è *Imparare dalle esperienze di vita* ($r=0,31$, $p<.05$).

In altre parole, persone che mostrano una buona capacità di riflessione su loro stessi e sulle loro esperienze genitoriali, una buona capacità di prendere in considerazione punti

di vista differenti e una buona capacità di percepire e regolare le proprie emozioni tenderanno, parallelamente, ad avere un atteggiamento più positivo/bilanciato nei confronti sia del proprio passato che del proprio futuro e ad avere una prospettiva più positiva in riferimento al proprio futuro lavorativo.

Tabella 8 – Le relazioni tra la scala parenting wisdom (PWS) e l’orientamento al futuro

	OFTP	BTPS past	BTPS future
PWS Riflessione	,39**	,31*	,37**
PWS Cambio di prospettiva	,37**	,29*	,35**
PWS Regolazione emotiva	,40**	,37*	,41**
PWS Imparare dalle esperienze di vita	,31*	0,25	0,22

Anche le persone con una buona capacità di imparare dalle proprie esperienze di vita hanno, generalmente, una visione positiva del proprio futuro professionale.

3.5.2 Il secondo quesito: i pattern di risorse, il benessere psicologico e wisdom nei due gruppi di genitori

Di seguito, verranno valutati i pattern di funzionalità delle dimensioni protagoniste del presente studio nei due gruppi di partecipanti, ovvero i genitori di figli adulti con disabilità e i genitori di figli adulti senza disabilità.

a. La prospettiva temporale nei due gruppi di genitori

Mettendo a confronto il pattern che emerge dal questionario Occupational Time Future Perspective e il pattern della percezione bilanciata del proprio passato e del proprio futuro, come emerge dal questionario Balanced Time Perspective Scale, non sono state rilevate differenze statisticamente significative (Tabella 9).

Tabella 9 – La prospettiva temporale nei due gruppi di genitori

<i>Ha un figlio con disabilità?</i>		OFTP	BTPS Past	BTPS Future
Sì	Media	19,90	46,79	44,41
	DS	5,36	11,86	11,41
No	Media	22,38	51,79	47,72
	DS	5,38	9,25	9,97
Totale	Media	21,14	49,29	46,07
	DS	5,47	10,84	10,75

L'essere genitore di una persona con disabilità, nel gruppo di partecipanti, non costituisce un fattore che influenza la percezione del proprio futuro.

b. Il benessere nei due gruppi di genitori

Mettendo a confronto i due gruppi di partecipanti non vengono rilevate differenze statisticamente significative nelle dimensioni del benessere, ovvero soddisfazione per la propria qualità di vita e percezione della propria realizzazione in ambiti importanti del funzionamento umano (Tabella 10).

Tabella 10 – Il benessere nei due gruppi di genitori

<i>Ha un figlio con disabilità?</i>		Satisfaction	Flourishing
Sì	Media	21,17	40,70
	DS	6,46	7,95
No	Media	25,97	44,04
	DS	5,14	8,08
Totale	Media	23,57	42,05
	DS	6,27	8,19

L'essere genitore di una persona con disabilità, nel gruppo di partecipanti, non costituisce un fattore che influenza il benessere e la qualità di vita.

c. *General wisdom nei due gruppi di genitori*

Per indagare se ci fossero differenze statisticamente significative nei livelli di *general wisdom* tra i due gruppi di genitori, sono stati messi a confronto i pattern emersi dalle sei dimensioni della San Diego Wisdom Scale (che compongono il punteggio generale di *wisdom*) ottenuti da ciascuno dei due gruppi (Tabella 11).

Tabella 11 – General wisdom nei due gruppi di genitori

<i>Ha un figlio con disabilità?</i>		SD-WISE Consiglio sociale	SD-WISE Risolutezza	SD-WISE Regolazione emotiva	SD-WISE Riflessione	SD-WISE Comportamenti prosociali	SD-WISE Tolleranza
Sì	Media	12,86	10,44	12,03	11,62	13,59	16,48
	DS	2,10	2,93	2,54	1,68	2,28	2,72
No	Media	13,55	10,24	12,69	12,14	13,62	15,76
	DS	2,61	2,28	2,86	2,15	2,74	2,89
Totale	Media	13,20	10,34	12,36	11,88	13,60	16,12
	DS	2,38	2,61	2,70	1,93	2,50	2,80

In nessuna dimensione della scala San Diego Wisdom sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi di genitori: la condizione di disabilità del figlio, quindi, non è un fattore che influenza il livello di *general wisdom*.

d. *Parenting wisdom nei due gruppi di genitori*

Per indagare se ci fossero differenze tra i due gruppi di genitori a livello della dimensione *parenting wisdom*, sono stati presi in considerazione i pattern emersi da ognuna delle quattro dimensioni di Parenting Wisdom Scale che concorrono a determinare il punteggio globale di *parenting wisdom* (Tabella 12).

Tabella 12 – Parenting wisdom nei due gruppi di genitori

<i>Ha un figlio con</i>		PWS	PWS	PWS	PWS
<i>disabilità?</i>		Riflessione	Cambio di prospettiva	Regolazione emotiva	Imparare dalle esperienze di vita
Sì	Media	42,69	42,97	21,38	29,83
	DS	6,28	5,40	3,19	3,83
No	Media	41,10	41,86	20,52	29,14
	DS	7,39	7,96	4,64	4,51
Totale	Media	41,90	42,41	20,95	29,48
	DS	6,84	6,76	3,97	4,16

Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi di genitori. La condizione di disabilità del figlio, quindi, non è un fattore che influenza il livello di *parenting wisdom*.

CAPITOLO 4

RISORSE PSICOLOGICHE E INDICATORI DI BENESSERE: IL CONTRIBUTO DAL FOCUS SU WISDOM

Il presente studio si proponeva di comprendere i pattern e le relazioni tra le dimensioni di benessere psicologico, orientamento verso il futuro e saggezza e, successivamente, di confrontare due gruppi di genitori, ovvero genitori di figli adulti con disabilità e genitori di figli adulti senza disabilità, rispetto alle suddette dimensioni.

4.1 Primo quesito: i pattern e le relazioni tra le dimensioni

Inizialmente è stata indagata l'influenza del genere e del livello di istruzione dei partecipanti sul pattern di risposte, tramite il confronto tra le medie dei gruppi.

Sulla base di quanto emerso a seguito delle analisi lo studio suggerisce che il livello di istruzione dei partecipanti non influenza le dimensioni indagate. Il genere, invece, è un fattore che influenza significativamente una dimensione di *parenting wisdom*: le madri, nel particolare, tendono ad avere volontà e abilità maggiori rispetto ai padri di *pensare approfonditamente a loro stessi come genitori e alle loro esperienze genitoriali*.

Leggendo i risultati in prospettiva di *wisdom* grazie all'analisi delle correlazioni, i partecipanti che possono essere considerati saggi dal punto di vista generale e genitoriale tendono ad avere una percezione bilanciata del proprio passato, del proprio futuro e una prospettiva positiva relativa al proprio futuro professionale. Inoltre, i genitori con alti

livelli di *parenting wisdom* percepiscono sé stessi come realizzati in ambiti importanti del funzionamento umano.

I risultati che coinvolgono la dimensione *general wisdom* sono in pieno accordo con quanto atteso dalla letteratura: secondo quanto proposto da Ardelt (1997) e Webster (2011), il benessere si associa positivamente sia ad alti livelli di *general wisdom*, sia a una visione positiva del proprio futuro.

Approfondendo la prospettiva di *general wisdom*, le persone che riescono a utilizzare meglio le informazioni e le risorse a loro disposizione per prendere *decisioni sociali sagge* tendono a sperimentare maggiori livelli di soddisfazione per la propria vita e percepire positivamente la propria realizzazione in ambiti importanti del funzionamento umano. Inoltre, le persone con una percezione positiva della propria realizzazione tendono ad essere particolarmente *tolleranti* nei confronti dei sistemi valoriali di altre persone o altre culture. Rispetto all'orientamento al futuro, le persone con una *buona capacità di prendere decisioni sociali sagge* e di *regolare le proprie emozioni* tendono ad avere una percezione più positiva del proprio futuro professionale e più bilanciata nei confronti del proprio passato e del proprio futuro. Le persone con *buoni livelli di insight* hanno, parallelamente, una visione più bilanciata del proprio futuro, mentre le persone con *alti livelli di comportamento prosociale* tendono ad avere una visione particolarmente positiva del proprio futuro professionale.

L'analisi di *parenting wisdom* evidenzia una percezione positiva rispetto alla realizzazione negli ambiti importanti del funzionamento umano si associa a elevati livelli di volontà e abilità dei genitori di *pensare approfonditamente a loro stessi come genitori e alle loro esperienze genitoriali*, con una *buona capacità di riconoscere e prendere in considerazione aspetti e prospettive differenti* nel momento in cui si valutano gli eventi,

si risolvono problemi o si prendono decisioni di fondamentale importanza, con una *buona capacità di percepire e controllare le proprie emozioni*, e, infine, con l'orientamento e la capacità del genitore di *imparare dalle proprie esperienze di vita*. Rispetto all'orientamento al futuro, persone che mostrano una *buona capacità di riflessione* su loro stessi e sulle loro esperienze genitoriali, una *buona capacità di prendere in considerazione punti di vista differenti* e una *buona capacità di percepire e regolare le proprie emozioni* tendono, parallelamente, ad avere un atteggiamento più positivo/bilanciato nei confronti sia del proprio passato che del proprio futuro e ad avere una percezione più positiva del proprio futuro lavorativo. Inoltre, le persone con una *buona capacità di imparare dalle proprie esperienze di vita* hanno, generalmente, una visione più positiva del proprio futuro professionale. Anche rispetto alla dimensione di *parenting wisdom*, i risultati sono conformi con quanto ci si poteva attendere: nonostante sia un costrutto troppo recente per aver già trovato applicazioni pratiche in altri studi, essendo stato concettualizzato come l'applicazione di *general wisdom* allo specifico ambito delle interazioni genitoriali (Boumpouli et al., 2021), il presente studio conferma che la dimensione di *parenting wisdom* si comporta nel modo atteso associandosi in maniera positiva, proprio come *wisdom*, al benessere e all'orientamento al futuro.

4.2 Secondo quesito: specificità e aspetti comuni nei genitori che vivono complessità associate alla gestione della disabilità

Dallo studio non emergono differenze nel benessere percepito. Nonostante la cura di un figlio con disabilità si possa porre come fattore di vulnerabilità a livello psicologico, emotivo e sociale e comporti la ridefinizione dell'intero assetto familiare (Zanobini, Manetti, Usai, 2002), da quanto emerso nel presente studio la condizione di disabilità in

quanto tale di un figlio non è sufficiente a influenzare la qualità di vita dei genitori e la percezione della propria realizzazione personale negli ambiti importanti del funzionamento umano. La letteratura, infatti, riporta evidenze contrastanti a riguardo: se da una parte gli studi confermano i potenziali *outcome* negativi del prendersi cura di un figlio con disabilità (Zanobini, Manetti, Usai, 2002), dall'altro hanno messo in luce i benefici che le famiglie hanno tratto dall'avere un figlio con disabilità e i conseguenti *outcome* positivi (Helff e Glidden, 1998; Beighton e Wills, 2017).

Anche rispetto al futuro, dal presente studio, emergono risultati in contrasto con quanto atteso dalla letteratura: il dover pensare alla fase del “dopo di noi”, trovando una soluzione di cura ottimale a fronte dell'inadeguatezza dei servizi proposti dalle strutture sanitarie per i figli una volta che loro non avranno più modo di occuparsene, non si pone come fattore determinante rispetto alla percezione del proprio futuro (Bigby e Ozanne, 1999; Marscak-Topolewski e Graves, 2020).

Il confronto tra i due gruppi di genitori, infatti, non mostra differenze significative rispetto all'idea di futuro: persone che ascrivono a sé stessi elevati livelli di saggezza, sperimentano livelli di benessere e appagamento che non dipendono da circostanze esterne e dalla complessità delle situazioni che vivono, dal momento che hanno imparato ad accettare e affrontare anche gli aspetti negativi della loro vita con serenità, quindi anche, potenzialmente, la condizione di disabilità di un figlio (Ardelt, 1997).

4.3 Implicazioni teoriche rispetto ai costrutti e agli indicatori di benessere

A livello teorico, dallo studio emerge che le dimensioni di benessere, orientamento al futuro, *wisdom* e *parenting wisdom* sono in relazione. Se erano già note, in letteratura, le associazioni positive tra *wisdom* e benessere e tra benessere e orientamento al futuro, lo

stesso non si può dire delle relazioni tra *parenting wisdom* e tutte le altre dimensioni. Essendo *parenting wisdom* l'aspetto innovativo del presente studio, questo breve paragrafo sarà dedicato ad approfondire le implicazioni teoriche per il modello di Boumpouli e colleghi (2021).

All'interno dello studio le dimensioni che compongono *parenting wisdom* sono state indagate in relazione al genere e al livello di istruzione dei partecipanti, in relazione agli indicatori del benessere e in relazione ai due gruppi di genitori. Dall'analisi dei pattern emerge che soltanto una dimensione di *parenting wisdom* viene significativamente influenzata dal genere: sarebbe interessante replicare la ricerca su un campione ampio per verificare se quanto emerso nel presente studio sia un risultato generalizzabile o meno.

Mettendo in relazione *parenting wisdom* e gli indicatori del benessere, sono emerse relazioni maggiormente significative con la percezione della propria realizzazione personale in ambiti importanti del funzionamento umano piuttosto che con la soddisfazione per la propria qualità di vita. A livello teorico, ciò presuppone che i genitori considerino la propria realizzazione personale e genitoriale come due aspetti strettamente collegati tra loro, mentre la soddisfazione per la propria qualità di vita sia considerato un fattore che concorre al benessere generale a sé stante. Questa suddivisione si pone perfettamente in linea con il modello di benessere della psicologia positiva proposto da Seligman (2011), secondo cui la *Realizzazione* è uno dei cinque aspetti principali che concorrono a definire il concetto fondamentale di benessere, mentre la soddisfazione per la propria vita rientra nel dominio delle *Emozioni positive*.

Inoltre, le dimensioni *Riflessione*, *Cambio di prospettiva*, *Regolazione emotiva* e *Imparare dalle esperienze di vita*, se estrapolate dal contesto prettamente genitoriale, possono trovare applicazione in ogni ambito della vita di una persona, quale, ad esempio,

quello lavorativo. È facile pensare, infatti, che un lavoratore *capace di riflettere approfonditamente sulle proprie azioni, di considerare punti di vista differenti, di gestire le proprie emozioni e di imparare dai propri errori* abbia tutte le carte in regola per vivere positivamente il proprio posto di lavoro. Dal punto di vista teorico è opportuno affrontare lo studio di queste dimensioni e la riflessione sui modelli teorici verificando con cura a quali specifiche identità l'individuo si riferisca mentre risponde ai quesiti.

4.4 Le implicazioni per i professionisti della salute

Nonostante ci sia accordo tra gli studiosi rispetto al fatto che la presenza di un figlio con disabilità abbia un impatto molto forte su una famiglia e che comporti sfide e ostacoli da affrontare e superare, i professionisti della salute non devono cadere nell'errore di pensare che la condizione di disabilità del figlio sia un evento negativo e totalizzante nella vita di un genitore.

Uno degli argomenti che più tormenta i genitori, stando a quanto riportato in letteratura, è l'avvicinarsi della vecchiaia e del momento in cui non saranno più in grado di provvedere alle cure per i propri figli (Bigby e Ozanne, 1999; Marscak-Topolewski e Graves, 2020).

I professionisti della salute, una volta compreso il grado di aiuto e supporto di cui una famiglia ha bisogno, dovrebbero essere pronti ad accompagnarla lungo il percorso di vita senza essere invadenti o direttivi.

Le associazioni positive emerse nello studio suggeriscono di pensare a una vasta serie di interventi di supporto alle famiglie che si trovano nella condizione di avere un figlio con disabilità. Questi interventi di supporto, che manterrebbero l'obiettivo principale di accompagnare la famiglia/i genitori verso il miglior adattamento possibile alla situazione,

e quindi al maggior grado di benessere, potrebbero agire indirettamente sul benessere concentrandosi, per esempio, sulle dimensioni di *wisdom* e *parenting wisdom*. Impostare, quindi, un intervento che abbia come scopo il potenziamento di *comportamenti prosociali* quali empatia, altruismo e cooperazione sociale e di abilità quali la *riflessione*, la *regolazione emotiva* e la *tolleranza dell'incertezza e dell'ambiguità*, potrebbe avere delle ricadute significativamente positive sul benessere della persona coinvolta.

4.5 Gli sviluppi e le potenzialità da esprimere

Le informazioni e le voci raccolte tramite questionari self-report forniscono una immagine soggettiva spesso influenzata dalla tendenza a rispondere in modo socialmente desiderabile (nonostante la garanzia dell'anonimato).

Sarebbe interessante, in futuro, riuscire a replicare lo studio così strutturato con una numerosità campionaria molto maggiore, in modo da riuscire a suddividere i gruppi di genitori in fasce di età, per approfondire per esempio l'influenza dell'età sulle dimensioni analizzate. Sarebbe anche possibile, a quel punto, comprendere specificità delle caratteristiche della disabilità dei figli spesso non omogenee per gravità, sintomi, grado di autonomia e supporto richiesto che si pongono come fattori di confusione.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro di ricerca, pur non avendo pretese di completezza o di generalizzabilità, è stato sviluppato con l'intenzione di approfondire i pattern e le relazioni di dimensioni quali il benessere, l'orientamento verso il futuro e la saggezza in una fascia di popolazione a cui viene dedicata troppa poca attenzione. Nonostante ci sia accordo, in letteratura, rispetto al fatto che la disabilità di un membro della famiglia abbia un impatto potenzialmente negativo sul funzionamento familiare, è altrettanto vero che l'esposizione al distress in relazione al proprio ruolo di caregiver – in questo caso, di un figlio con disabilità – non preclude ai caregiver di riportare livelli soddisfacenti di adattamento psicosociale, buoni livelli di benessere e di qualità di vita.

Sebbene gli aspetti positivi legati all'aver un figlio con disabilità abbiano cominciato ad essere indagati solo recentemente, lo studio mette in luce il fatto che la condizione di disabilità di un figlio, di per sé, non sia un elemento sufficiente a determinare in maniera esclusivamente negativa la vita dei genitori. Aver coltivato la riflessione, la capacità di cambiare prospettiva, di regolare le proprie emozioni e di imparare dalle esperienze di vita nel loro quotidiano li ha comunque portati a sperimentare benessere e un positivo orientamento al futuro.

Nella mia esperienza personale ho avuto la fortuna di incontrare due famiglie, con due storie completamente differenti alle spalle e provenienti da due angoli opposti di mondo, che mi hanno aperto gli occhi e fatto rendere conto del fatto che, nonostante la loro vita fosse *completamente* cambiata a seguito della diagnosi di disabilità dei figli, *non* era assolutamente finita. Mi hanno raccontato che, dopo un necessario e fisiologico periodo

di assestamento e adattamento, si sono fatti forza e hanno fatto del loro meglio giocando con le carte che avevano a disposizione. Ad oggi, io non credo di aver incontrato famiglie che mi abbiano trasmesso più di loro un senso di serenità, amore, gioia di vivere e felicità nel senso più stretto della termine. Mi piace pensare che queste due famiglie, che tanto mi hanno insegnato, leggendo questo lavoro di ricerca si aprano ad un sorriso e vedano confermate le loro scelte. Vorrei che altre famiglie che si trovano in una situazione simile ma che non hanno ancora trovato il conforto necessario per andare avanti, con un figlio con disabilità adulto o bambino, leggendo questo lavoro di ricerca si rendano conto che oltre alle innegabili difficoltà c'è dell'altro e del buono ad aspettarli in un futuro non troppo lontano.

BIBLIOGRAFIA

Aktan, O., Orakçı, Ş., & Durnalı, M. (2020). Investigation of the relationship between burnout, life satisfaction and quality of life in parents of children with disabilities. *European Journal of Special Needs Education, 35*(5), 679-695.

Ardelt, M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 52*(1), P15-P27.

Ardelt, M. (2000). Antecedents and effects of wisdom in old age: A longitudinal perspective on aging well. *Research on aging, 22*(4), 360-394.

Ardelt, M. (2000). Intellectual versus wisdom-related knowledge: The case for a different kind of learning in the later years of life. *Educational Gerontology, 26*(8), 771-789.

Ardelt, M. (2003). Empirical assessment of a three-dimensional wisdom scale. *Research on aging, 25*(3), 275-324.

Ardelt, M., & Jacobs, S. (2009). Wisdom, integrity, and life satisfaction in very old age. Bakker, A., Maertens, K. J., Van Son, M. J., & Van Loey, N. E. (2013). Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: a review of the empirical literature. *Clinical psychology review, 33*(3), 361-371.

Baltes, P. B., & Smith, J. (1990). Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. In *Wisdom: Its nature, origins and development* (pp. 87-120). Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American psychologist, 55*(1), 122.

Baltes, P. B., Smith, J., & Staudinger, U. M. (1992). Wisdom and successful aging.

Band-Winterstein, T., & Avieli, H. (2017). The experience of parenting a child with disability in old age. *Journal of Nursing Scholarship, 49*(4), 421-428.

Band-Winterstein, T., Smeloy, Y., & Avieli, H. (2014). Shared reality of the abusive and the vulnerable: The experience of aging for parents living with abusive adult children coping with mental disorder. *International psychogeriatrics, 26*(11), 1917-1927.

Beighton, C., & Wills, J. (2017). Are parents identifying positive aspects to parenting their child with an intellectual disability or are they just coping? A qualitative exploration. *Journal of Intellectual Disabilities, 21*(4), 325-345.

Beresford, B. (1995). *Expert opinions: A national survey of parents caring for a severely disabled child*. Bristol: Policy Press.

Bigby, C., & Douglas, J. (2020). Supported decision making. In *Choice, preference, and disability* (pp. 45-66). Springer, Cham.

Bigby, C., & Ozanne, E. (1999). Older carers of adults with intellectual disability, characteristics and service provision issues. *A literature review, Eastern and Northern Metropolitan Regions of Department of Human Services (Victoria) Melbourne*.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist, 59*(1), 20.

Bontemps-Hommen, C. M. M. L., Baart, A., & Vosman, F. T. H. (2019). Practical wisdom in complex medical practices: A critical proposal. *Medicine, Health Care and Philosophy, 22*(1), 95-105.

Boshoff, K., Gibbs, D., Phillips, R. L., Wiles, L., & Porter, L. (2016). Parents' voices: 'why and how we advocate'. A meta-synthesis of parents' experiences of advocating for their child with autism spectrum disorder. *Child: care, health and development, 42*(6), 784-797.

Boumpouli, C., Brouzos, A., & Vassilopoulos, S. P. (2021). Conceptualizing Parenting Wisdom: Scale Development and Validation. *Marriage & Family Review, 1*-33.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol 3: Loss: Sadness and De pression*.

Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2001). Distinguishing caregiver strain from psychological distress: Modeling the relationships among child, family, and caregiver variables. *Journal of Child and Family Studies, 10*(4), 405-418.

Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2006). Caregiver, child, family, and service system contributors to caregiver strain in two child mental health service systems. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 33*(4), 408-422.

Brennan, D., Murphy, R., McCallion, P., & McCarron, M. (2018). "What's going to happen when we're gone?" Family caregiving capacity for older people with an

intellectual disability in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(2), 226-235.

Brown, S. C., & Greene, J. A. (2006). The wisdom development scale: Translating the conceptual to the concrete. *Journal of College Student Development*, 47(1), 1-19.

Brugman GM. (2005) Wisdom and aging. In: Birren JE, Schaie KW, eds. *Handbook of the Psychology of Aging*. 6th ed. Burlington, MA: Elsevier Academic Press; 445-469.

Bumbalo, J., Ustinich, L., Ramcharran, D., & Schwalberg, R. (2005). Economic impact on families caring for children with special health care needs in New Hampshire: The effect of socioeconomic and health-related factors. *Maternal and Child Health Journal*, 9(2), S3-S11.

Burke, M., Arnold, C., & Owen, A. (2018). Identifying the correlates and barriers of future planning among parents of individuals with intellectual and developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 56(2), 90-100.

Chambers, C. R. (2007). Siblings of individuals with disabilities who enter careers in the disability field. *Teacher education and special education*, 30(3), 115-127.

Chandler, M. J., & Holliday, S. (1990). Wisdom in a postapocalyptic age. *Wisdom: Its nature, origins, and development*, 121-141.

Clayton, V. P., & Birren, J. E. (1980). The development of wisdom across the life-span: A reexamination of an ancient topic In Baltes PB & Brim OG (Eds.), *Life-span Development and Behavior* (Vol. 3, pp. 103–135).

Cleveland, D. W., & Miller, N. (1977). Attitudes and Life Commitments of Older Siblings of MR Adults. *Mental Retardation*, 15(3), 38.

Conroy, M., Malik, A. Y., Hale, C., Weir, C., Brockie, A., & Turner, C. (2021). Using practical wisdom to facilitate ethical decision-making: a major empirical study of phronesis in the decision narratives of doctors. *BMC medical ethics*, 22(1), 1-13.

Cuzzocrea, F., Murdaca, A. M., Costa, S., Filippello, P., & Larcan, R. (2016). Parental stress, coping strategies and social support in families of children with a disability. *Child Care in Practice*, 22(1), 3-19.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. *Handbook of positive psychology*, 2, 63-73.

Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being. In *Assessing well-being* (pp. 247-266). Springer, Dordrecht.

Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International journal of wellbeing*, 2(3).

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual review of clinical psychology*, 1(1), 629-651.

Emerson, E., McCulloch, A., Graham, H., Blacher, J., Llwellyn, G. M., & Hatton, C. (2010). Socioeconomic circumstances and risk of psychiatric disorders among parents of children with early cognitive delay. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 115(1), 30-42.

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58(5), 844.

Fawcett, G., Ciceri, C., Tsoukalas, S., & Gibson-Kierstead, A. (2004). Supports and services for adults and children aged 5–14 with disabilities in Canada. *Canadian Council on Social Development*, 309.

Glück, J. (2018). Measuring wisdom: Existing approaches, continuing challenges, and new developments. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(8), 1393-1403.

Glück, J., & Bluck, S. (2013). The MORE life experience model: A theory of the development of personal wisdom. In *The scientific study of personal wisdom* (pp. 75-97). Springer, Dordrecht.

Glück, J., König, S., Naschenweng, K., Redzanowski, U., Dorner-Hörig, L., Straßer, I., & Wiedermann, W. (2013). How to measure wisdom: Content, reliability, and validity of five measures. *Frontiers in psychology*, 4, 405.

Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 970-976.

Greene, J. A., & Brown, S. C. (2009). The wisdom development scale: Further validity investigations. *The International Journal of Aging and Human Development*, 68(4), 289-320.

Helff C and Glidden LM (1998) More positive or less negative? Trends in research on adjustment of families rearing children with developmental disabilities. *Mental Retardation* 36(6): 457–464.

Heller, T., & Arnold, C. K. (2010). Siblings of adults with developmental disabilities: Psychosocial outcomes, relationships, and future planning. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 7(1), 16-25.

Irwin, S. H., & Lero, D. S. (1997). *In Our Way: Child Care Barriers to Full Workforce Participation Experienced by Parents of Children with Special Needs, and Potential Remedies*. Wreck Cove, NS: Breton Books.

Italiana, E. (2016). Treccani. *La Cultura Italiana*. Available online, last accessed, 18.

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health.

Jarvis, K. (2017). Dilemmas in international research and the value of practical wisdom. *Developing World Bioethics*, 17(1), 50-58.

Jeste, D. V., & Lee, E. E. (2019). Emerging empirical science of wisdom: definition, measurement, neurobiology, longevity, and interventions. *Harvard review of psychiatry*, 27(3), 127.

Jeste, D. V., Ardelt, M., Blazer, D., Kraemer, H. C., Vaillant, G., & Meeks, T. W. (2010). Expert consensus on characteristics of wisdom: A Delphi method study. *The gerontologist*, 50(5), 668-680.

Jowett, B. (1892). trans. The Dialogues of Plato (five vols.).

Kensinger Rose, K., & Elicker, J. (2008). Parental decision making about child care. *Journal of Family Issues*, 29(9), 1161-1184.

Kloep, M., Hendry, L., & Saunders, D. (2009, February). A new perspective on human development. In *Conference of the International Journal of Arts and Sciences* (Vol. 1, No. 6, pp. 332-343).

Kuhlthau, K., Hill, K. S., Yucel, R., & Perrin, J. M. (2005). Financial burden for families of children with special health care needs. *Maternal and child health journal*, 9(2), 207-218.

- Lai, W. W., & Oei, T. P. S. (2014). Coping in parents and caregivers of children with autism spectrum disorders (ASD): A review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 1*(3), 207-224.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lieberei, B., & Linden, M. (2011). Wisdom psychotherapy. In *Embitterment* (pp. 208-219). Springer, Vienna.
- Lyons, A. M., Leon, S. C., Phelps, C. E. R., & Dunleavy, A. M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies, 19*(4), 516-524.
- Marsack, C. N., & Samuel, P. S. (2017). Mediating effects of social support on quality of life for parents of adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(8), 2378-2389.
- Marsack-Topolewski, C. N., & Graves, J. M. (2020). "I worry about his future!" Challenges to future planning for adult children with ASD. *Journal of Family Social Work, 23*(1), 71-85.
- Meeks, T. W., & Jeste, D. V. (2009). Neurobiology of wisdom: A literature overview. *Archives of general psychiatry, 66*(4), 355-365.
- Menazza, C., Bacci, B., & Vio, C. (2010). *Parent training nell'autismo.: Programma per la formazione e il supporto dei genitori*. Edizioni Erickson.
- Michieli, E. (2007). Atti XVI Congresso Nazionale AIRIPA, Belluno.
- Milshtein, S., Yirmiya, N., Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Levi, S. (2010). Resolution of the diagnosis among parents of children with autism spectrum disorder: Associations with child and parent characteristics. *Journal of autism and developmental disorders, 40*(1), 89-99.
- Mohammadi, F., Rakhshan, M., Molazem, Z., & Zareh, N. (2018). Parental competence among parents with autistic children: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Studies, 7*(4), 168-173.
- Montes, G., & Halterman, J. S. (2007). Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. *Pediatrics, 119*(5), e1040-e1046.

MT, J. B., & JM, M. M. (2002). International classification of functioning, disability and health (ICF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76(4), 271-279.

Muscara, F., McCarthy, M. C., Hearps, S. J., Nicholson, J. M., Burke, K., Dimovski, A., ... & Anderson, V. A. (2018). Featured article: Trajectories of posttraumatic stress symptoms in parents of children with a serious childhood illness or injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(10), 1072-1082.

Negri, L., Piazza, G., Sartori, R. D., Cocchi, M. G., & Delle Fave, A. (2019). The adult carer quality of life questionnaire (AC-QoL): comparison with measures of burden and well-being, and Italian validation. *Disability and rehabilitation*, 41(10), 1207-1216.

Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The gerontologist*, 29(6), 798-803.

Olsson, M. B., Larsman, P., & Hwang, P. C. (2008). Relationships among risk, sense of coherence, and well-being in parents of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 227-236.

Organizzazione mondiale della sanità. (2002). *ICF: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*. Edizioni Erickson.

Palmor Haspel, S., & Hamama, L. (2021). Pediatric Acquired Disability: Child and Parental Adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 30(2), 403-415.

Pavot, W., Diener, E. D., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*, 57(1), 149-161.

Pryce, L., Tweed, A., Hilton, A., & Priest, H. M. (2017). Tolerating uncertainty: perceptions of the future for ageing parent carers and their adult children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(1), 84-96.

Rapanaro C, Bartu A and Lee AH (2008) Perceived benefits and negative impact of challenges encountered in caring for young adults with intellectual disabilities in the transition to adulthood. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 21: 34–47.

Renjilian, C. B., Womer, J. W., Carroll, K. W., Kang, T. I., & Feudtner, C. (2013). Parental explicit heuristics in decision-making for children with life-threatening illnesses. *Pediatrics*, 131(2), e566-e572.

- Rogers, C. R. (1963). The concept of the fully functioning person. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(1), 17.
- Rudolph, C. W., Kooij, D. T., Rauvola, R. S., & Zacher, H. (2018). Occupational future time perspective: A meta-analysis of antecedents and outcomes. *Journal of Organizational Behavior*, 39(2), 229-248.
- Safe, A., Joosten, A., & Molineux, M. (2012). The experiences of mothers of children with autism: Managing multiple roles. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(4), 294-302.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- Staudinger, U. M. (2013). The need to distinguish personal from general wisdom: A short history and empirical evidence. In *The scientific study of personal wisdom* (pp. 3-19). Springer, Dordrecht.
- Staudinger, U. M., & Glück, J. (2011). Psychological wisdom research: Commonalities and differences in a growing field. *Annual review of psychology*, 62, 215-241.
- Sternberg, R. J. (1990). Wisdom and its relations to intelligence and creativity. *Wisdom: Its nature, origins, and development*, 142-159.
- Sternberg, R. J. (2005). Older but not wiser? The relationship between age and wisdom. *Ageing International*, 30(1), 5-26.
- Thomas, M. L., Bangen, K. J., Palmer, B. W., Martin, A. S., Avanzino, J. A., Depp, C. A., ... & Jeste, D. V. (2019). A new scale for assessing wisdom based on common domains and a neurobiological model: The San Diego Wisdom Scale (SD-WISE). *Journal of Psychiatric Research*, 108, 40-47.
- Tomasi, S., & Di Nuovo, S. (2018). La valutazione soggettiva del benessere: uno studio di validazione e di confronto interculturale. *Annali della facoltà di Scienze della formazione Università degli studi di Catania*, 17, pp-25.

Tremolada, M., Bonichini, S., & Taverna, L. (2019). I vissuti e lo sviluppo psico-sociale, motorio e cognitivo del paziente oncoematologico dall'età infantile all'età adolescenziale. In *Psicologia pediatrica* (Vol. 203, pp. 213-230). Carrocci.

Van Niekerk, A. A., & Nortjé, N. (2013). Phronesis and an ethics of responsibility. *South African Journal of Bioethics and Law*, 6(1), 28-31.

Webster, J. D. (2011). A new measure of time perspective: Initial psychometric findings for the Balanced Time Perspective Scale (BTPS). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(2), 111.

Webster, J. D. (2003). An exploratory analysis of a self-assessed wisdom scale. *Journal of Adult Development*, 10(1), 13-22.

WHOQOL, A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life, in «Social Science and Medicine», 62 (2006), pp. 1486-1497

WHOQOL, The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Position paper from The World Health Organization, in «Social Science and Medicine», 41 (1995), pp. 1403-1409

Zanobini, M., Manetti, M., & Usai, M. C. (2002). *La famiglia di fronte alla disabilità. Stress, risorse e sostegni* (Vol. 60). Edizioni Erickson

APPEDICI

APPENDICE A – IL PROGETTO FORMATIVO

Progetto di tesi di Laurea magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

PARENTING IN UNA RIFLESSIONE TRA PASSATO, PRESENTE E FUTURO

Proponente: Giulia Ongaretto

Relatrice: Prof.ssa Teresa Maria Sgaramella

Il concetto di wisdom

Anche se il concetto di *wisdom* (in inglese, “saggezza”) ha sempre rivestito un’importanza fondamentale negli ambienti intellettuali a sfondo filosofico e religioso, è solo a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso che è entrato a far parte dei temi di ricerca in psicologia (Ardelt & Oh, 2015). Nonostante il crescente interesse, non esiste ancora accordo tra i ricercatori rispetto a una definizione universale (Boumpouli et al., 2021). A seguito di una revisione della letteratura, Meeks e Jeste hanno sintetizzato le sei sottocomponenti che andrebbero a costituire le varie sfaccettature del concetto di *wisdom*: comportamenti/attitudini prosociali, decision making sociale/conoscenza pragmatica della vita, equilibrio emotivo, riflessione e comprensione del sé, relativismo dei valori, tolleranza e, infine, comprensione e accettazione dell’incertezza e dell’ambiguità (Meeks & Jeste, 2009).

Data l’estrema complessità della materia, gli autori hanno cominciato a studiarne la neurobiologia, i correlati neurali, l’interazione con compiti di *decision making* di natura morale (Thomas et al., 2019) e l’applicazione ai più disparati ambiti di vita. La comprensione degli aspetti neurobiologici avrebbe, infatti, significative implicazioni

cliniche: conoscendo la neurobiologia si potrebbero sviluppare interventi preventivi, terapeutici o riabilitativi tarati *ad hoc* al fine di rafforzare il costrutto di *wisdom*, per esempio in persone con disturbi neuropsichiatrici rilevanti (Meeks & Jeste, 2009). In uno studio del 2011, Worthy e colleghi hanno dimostrato l'ipotesi dello *scaffolding* neurale dell'invecchiamento: nel paradigma sperimentale gli adulti più anziani riuscivano a prendere decisioni più sagge grazie a una maggiore consapevolezza e a maggiori livelli di insight, i quali fornivano alla persona gli strumenti necessari per creare ipotesi corrette rispetto alla risoluzione di situazioni che venivano loro sottoposte (Worthy et al., 2011). Il fatto che le persone più anziane tendano a prendere decisioni più sagge è stato approfondito da Ardelt, che ha spiegato come si possa ragionevolmente supporre che le persone anziane abbiano affrontato, durante l'arco della loro vita, vicissitudini e avversità che hanno concorso a formare il loro bagaglio di esperienza, il quale a sua volta permetteva di affrontare le situazioni nuove alla luce del fatto che quelle passate erano state superate con successo (Ardelt & Jeste, 2016).

Oltre, quindi, che con l'avanzare dell'età, il concetto di *wisdom* correla positivamente anche con il livello di benessere soggettivamente percepito dalla persona, inteso come una combinazione di felicità, salute mentale, uno stato emotivo equilibrato, la soddisfazione rispetto alla propria vita e un orientamento cognitivo relativamente stabile nei confronti della vita (Ardelt & Oh, 2015; Bergsma & Ardelt, 2012), con una migliore qualità della vita, con la resilienza (Jeste & Lee, 2019), con la salute fisica e con lo status socioeconomico.

Gli studi presenti in letteratura relativi al concetto di *wisdom* hanno selezionato i propri partecipanti con un criterio geografico e con un criterio anagrafico basato sull'età: infatti, generalmente i partecipanti vivono nella stessa area, città o stato dei ricercatori e hanno

tra i 20-25 anni e i 70-75 anni. Negli studi esaminati non sono presenti altri criteri di selezione dei partecipanti.

La declinazione del concetto di wisdom nella prospettiva genitoriale

L'aspetto di *wisdom* che verrà preso in esame all'interno del progetto è il *parenting wisdom*, ovvero una particolare declinazione del concetto di saggezza che si potrebbe accompagnare alle situazioni di difficoltà e alle vicissitudini di vita sperimentate in particolar modo dai genitori (Boumpouli et al., 2021), nello specifico, di persone ormai adulte con disabilità.

Il prendersi cura di un figlio con disabilità, rispetto a un bambino con sviluppo tipico, costituisce un fattore di rischio per più alti livelli di stress e depressione, problematiche fisiche e/o psicologiche, più bassi livelli di supporto sociale, una minor capacità finanziaria, sentimenti di rabbia, esaurimento, colpa e frustrazione che si accompagnano a una visione meno ottimistica del futuro del proprio figlio (Lin, s.d.). Tuttavia, l'esposizione al distress non impedisce ai caregiver familiari di riportare buoni livelli di soddisfazione rispetto all'adattamento psicosociale, il quale comprende risorse psicologiche, sociali e materiali che contribuiscono al benessere e alla qualità della vita del caregiver (Negri et al., 2019).

Con il cambiamento dei fattori sociodemografici, l'aumento dell'aspettativa di vita dei figli con disabilità, i problemi di deistituzionalizzazione e una condotta politica che porta a considerare la famiglia della persona con disabilità come il principale organo dispensatore di cure, si presentano all'ordine del giorno nuove sfide per riuscire a prendersi cura dei figli in maniera sostenibile anche nel lungo termine (Brennan et al., 2018).

I quesiti alla base dello studio

Il progetto, quindi, si propone innanzitutto di comprendere più a fondo il modo in cui i caregiver di persone adulte con disabilità ritengono di aver sviluppato competenze e caratteristiche affini al concetto di saggezza, invitandoli a riflettere sul modo in cui hanno gestito e affrontato le difficoltà e le situazioni di vita quotidiana in passato. Rispetto al presente, invece, lo studio permetterà di comprendere le dimensioni, gli elementi e le strategie che contribuiscono a un miglior adattamento e alla percezione della soddisfazione rispetto alla propria vita. Rispetto al futuro verranno presi in considerazione quegli elementi che permettono ai genitori di figli adulti con disabilità di prendere le decisioni migliori nel breve e lungo termine per sé e per i loro figli in termini di consapevolezza e benessere.

Nello specifico, si andranno a indagare le relazioni che intercorrono fra tre dimensioni: benessere percepito dal caregiver, *wisdom* e processo di *decision making* declinato in un'ottica temporale che comprende il passato, il presente e il futuro.

Partecipanti

Lo studio coinvolgerà i genitori con funzioni di caregiver, che abbiano tra i 40 e i 70 anni di età, di figli adulti con disabilità non specifica con un'età compresa tra i 18 e i 40 anni. Parallelamente, il protocollo di indagine verrà somministrato anche a genitori di figli adulti senza disabilità che rispettano i criteri di inclusione allo studio, così da poter confrontare i risultati ottenuti dai due gruppi al fine di far emergere con maggior chiarezza eventuali differenze e peculiarità.

Strumenti di indagine

Per esplorare le correlazioni sopra riportate verrà utilizzato un protocollo di questionari che indagherà ciascuna delle tre dimensioni fondamentali (*wisdom*, benessere e *decision making*). Inoltre, saranno presenti domande aperte o vignette che promuoveranno la discussione e l'argomentazione dei contenuti che non sono potuti emergere dai questionari a risposta chiusa, al fine di garantire una maggiore completezza dell'informazione.

Nello specifico:

- I temi del benessere e della qualità di vita saranno indagati tramite la Satisfaction With Life Scale (SWLF) e la Flourishing Scale;
- Il costrutto di *wisdom* sarà indagato a livello generale tramite la San Diego Wisdom Scale (SD-WISE) e nella specifica accezione di *parenting wisdom* tramite la Parenting Wisdom Scale (PWS);
- L'orientamento al futuro sarà indagato tramite due questionari: La mia prospettiva temporale e La mia storia tra passato e futuro.

Risultati attesi

Dall'analisi dei risultati ottenuti ci aspettiamo emergano diversi pattern relativi a ciascuno dei tre elementi presi in esame: verranno, inoltre, tenute in massima considerazione le correlazioni tra *wisdom*, decisionalità temporale e benessere e saranno verificate le ipotesi inizialmente formulate, ovvero che alti punteggi ottenuti sui test che misurano il costrutto di saggezza correlano positivamente con alti punteggi relativi al livello di soddisfazione rispetto alla propria qualità di vita e al benessere percepito, il tutto sempre riservando un occhio di riguardo alla prospettiva dell'evoluzione temporale.

Al termine del progetto di tesi, una sintesi dei risultati ottenuti sarà condivisa con le associazioni che avranno promosso la ricerca ed eventualmente con i partecipanti allo studio interessati a riscontri sui punti di forza emersi.

La partecipazione allo studio è del tutto volontaria. Il consenso informato per la partecipazione allo studio e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali saranno acquisiti per tutti i partecipanti attraverso specifici moduli. Il consenso potrà essere comunque ritirato in qualsiasi momento, chiedendo altresì la cancellazione dei dati acquisiti fino a quel momento.

È comunque sempre garantito e tutelato l'assoluto anonimato: i risultati verranno presentati in maniera complessiva e riguarderanno diversi gruppi appartenenti a diverse associazioni. Nel caso in cui un partecipante volesse ricevere un feedback più specifico circa la sua esperienza, può liberamente contattarci tramite i recapiti sotto riportati.

Contatti

giulia.ongaretto.1@studenti.unipd.it

teresamaria.sgaramella@unipd.it

APPENDICE B – IL PROTOCOLLO DI QUESTIONARI

Gentile partecipante, di seguito si troverà a rispondere a una serie di domande che ci permetteranno di indagare gli argomenti e le relazioni citati nel progetto di ricerca in allegato alla mail. Le chiediamo di compilare le domande in un'unica soluzione cercando quanto più possibile di evitare distrazioni esterne. La compilazione è del tutto anonima: per questo motivo, la invitiamo a essere completamente sincero/a. Le ricordiamo che i suoi dati sono utilizzati a solo scopo scientifico e sono trattati nel rispetto delle regole relative alla riservatezza. È comunque possibile ritirarsi dalla ricerca in qualsiasi momento e senza fornire alcuna spiegazione. Dopo aver preso visione del progetto e del consenso informato, dichiara di voler continuare la compilazione?

Sì

No

DOMANDE GENERALI

1. Et  (anni in numero)

2. Genere

3. Paese di origine

4. Citt  di origine

5. Livello di istruzione

Licenza elementare

Licenza media

Diploma

Istituto professionale

Laurea

Formazione post laurea

6. Stato occupazionale attuale

- Lavoratore part time – dipendente
- Lavoratore full time – dipendente
- Libero professionista
- Pensione
- Disoccupato

7. Stato coniugale

- Sposato
- Convivente
- Separato
- Divorziato
- Vedovo
- Altro

8. Ha un figlio con disabilità?

- Sì
- No

9. Qual è la diagnosi principale di suo figlio?

10. Specificare, se presente, la diagnosi secondaria

SATISFACTION WITH LIFE SCALE

Rispondere dando un punteggio da 1 a 7 dove 1 = completamente in disaccordo e 7 =
completamente d'accordo

1. Per molti aspetti la mia vita è vicino al mio ideale

2. Le mie condizioni di vita sono eccellenti

3. Sono soddisfatto della mia vita
4. Fino ad ora ho ottenuto ciò che volevo di importante nella mia vita
5. Se potessi rivivere la mia vita non cambierei quasi niente

FLOURISHING SCALE

Rispondere dando un punteggio da 1 a 7 dove 1 = molto in disaccordo e 7 = molto d'accordo

1. Conduco una vita ricca di obiettivi e significato
2. Le mie relazioni sociali mi supportano e sono gratificanti
3. Sono coinvolto e interessato nelle mie attività quotidiane
4. Contribuisco attivamente alla felicità e al benessere degli altri
5. Sono competente e capace nelle attività che ritengo importanti
6. Sono una brava persona e vivo una buona vita
7. Sono ottimista riguardo al mio futuro
8. Le persone mi rispettano

LA MIA PROSPETTIVA TEMPORALE

Rispondere dando un punteggio da 1 a 4 dove 1 = molto in disaccordo e 4 = molto d'accordo

1. Mi attendono molte opportunità nel mio futuro professionale
2. Mi aspetto di porre molti nuovi obiettivi nel mio futuro professionale
3. Il mio futuro professionale è pieno di possibilità
4. Potrei fare tutto ciò che voglio nel mio futuro professionale
5. Ci sono solo alcune possibilità nel mio futuro professionale
6. Ho ancora molto tempo a disposizione nella mia vita professionale per fare nuovi piani

7. La maggior parte della mia vita professionale si trova ancora davanti a me
8. Il mio futuro professionale mi sembra illimitato
9. Ho la sensazione che la mia vita professionale si stia esaurendo
10. Con il passare degli anni, comincio a rendermi conto che il tempo a disposizione nel mio futuro professionale è limitato

SAN DIEGO WISDOM SCALE

Rispondere dando un punteggio da 1 a 5 dove 1 = fortemente in disaccordo e 5 =
fortemente d'accordo

1. Sono bravo a capire come si sentono le altre persone
2. Gli altri mi cercano affinché li aiuti a prendere decisioni
3. Le altre persone dicono che do buoni consigli
4. Spesso non so che cosa dire alle persone quando vengono a chiedermi consiglio
5. Ho difficoltà a prendere decisioni
6. Di solito prendo decisioni tempestivamente
7. Tendo a ritardare quanto più possibile le decisioni importanti
8. Preferisco che qualcun altro decida per me se sono incerto
9. Ho difficoltà a pensare in maniera chiara quando sono agitato
10. Resto calmo sotto pressione
11. Sono capace di riprendermi subito dallo stress emotivo
12. Non riesco a filtrare le mie emozioni negative
13. Mi prendo del tempo per riflettere sui miei pensieri
14. Evito l'autoriflessione
15. È importante per me capire la ragione delle mie azioni
16. Non analizzo il mio comportamento

17. Ho difficoltà a mantenere le amicizie nel tempo
18. Evito le situazioni in cui so che il mio aiuto sarà necessario
19. Fermerei uno sconosciuto a cui è caduta una banconota da 20 euro per restituirla
20. Tratto le altre persone nel modo in cui io vorrei essere trattato
21. Mi piace imparare cose su altre culture
22. Mi va bene che gli altri abbiano morali e valori diversi dai miei
23. Generalmente imparo qualcosa da ogni persona che incontro
24. Mi piace avere a che fare con diversi punti di vista

PARENTING WISDOM SCALE

Rispondere dando un punteggio da 1 a 6 dove 1 = fortemente in disaccordo e 6 =
fortemente d'accordo

1. Quando voglio capire a fondo un evento importante accaduto con mio figlio, di solito cerco di osservarlo da prospettive differenti; questo vuol dire non guardarlo solo dal mio punto di vista ma anche da quello di mio figlio
2. Mi focalizzo sui modi per modificare il mio comportamento che potrebbero risultare utili
3. Sono capace di controllare la mia rabbia
4. Ho la capacità di risolvere la maggior parte dei problemi che sorgono a casa, anche se inizialmente non c'è alcuna soluzione apparente
5. Quando sono arrabbiato con mio figlio, cerco solitamente di “mettermi nei suoi panni” per un momento
6. Sono interessato a esaminare le possibili connessioni tra le mie esperienze infantili e il modo in cui cresco mio figlio

7. Quando affronto una situazione stressante a casa, mi costringo a pensarci in un modo che mi aiuti a mantenere la calma
8. Il fatto di aver affrontato esperienze difficili ha contribuito alla mia crescita personale
9. Quando sto provando a risolvere un problema penso a tutte le possibili soluzioni fino a che non mi vengono in mente altre idee
10. Spesso penso a come mi sento riguardo alle cose
11. Di solito sono capace di trovare un modo per controllare le mie emozioni, quando lo voglio
12. Quando affronto una situazione difficile, provo a imparare qualcosa da essa
13. Cerco di prendere in considerazione il disaccordo di tutti prima di prendere una decisione
14. La mia esperienza di genitore mi aiuta a scoprire cose nuove su me stesso
15. Le altre persone mi ammirano per essere un genitore rilassato
16. Quando sono confuso da un problema sorto in famiglia, una delle prime cose che faccio è analizzare la situazione e considerare tutte le informazioni rilevanti
17. Spesso esamino se il modo in cui nutro mio figlio incontra le sue necessità
18. Situazioni difficili del passato mi hanno aiutato a focalizzarmi maggiormente sulle priorità
19. Quando devo prendere una decisione importante, prendo in considerazione quanti più aspetti possibili. Nello specifico, prendo in considerazione cosa dicono i miei sensi, il mio cuore, le mie esperienze, i miei principi, etc.
20. Come genitore, rifletto sull'interazione tra me e mio figlio
21. Mantengo la calma quando sono in disaccordo con mio figlio

22. Quando prendo una decisione, considero sia le immediate conseguenze che le conseguenze a lungo termine di ciascuna opzione, anche se si possono contraddire
23. Spesso analizzo se le nostre interazioni genitore-bambino contribuiscono a farmi raggiungere gli obiettivi genitoriali che mi sono posto
24. L'aver avuto a che fare con situazioni difficili mi ha portato a gestire lo stress e i problemi in un modo migliore
25. Prima di criticare un membro della famiglia, provo a immaginare come mi sentirei se fossi al suo posto
26. Spesso valuto se la mia reazione a una certa situazione è adatta a quella situazione
27. In fin dei conti, sono capace di gestire lo stress che deriva dall'essere genitori
28. Spesso chiedo ai membri della famiglia di condividere il loro punto di vista, prima di giungere a conclusioni rispetto a una situazione
29. Spesso penso al modo in cui ragiono sulle cose
30. Ho sperimentato difficoltà che mi hanno insegnato come adattarmi alle situazioni che non posso cambiare

LA MIA STORIA TRA PASSATO E FUTURO

Rispondere dando un punteggio da 1 a 5 dove 1 = decisamente in disaccordo e 5 = decisamente d'accordo

1. Ripensare agli eventi del mio passato mi aiuta a dare un senso alla mia vita
2. Non vedo l'ora che arrivi il futuro
3. Ho un rinnovato senso di ottimismo quando ricordo le mie esperienze precedenti
4. Guardare avanti mi carica di energia
5. Ricordando il mio passato mi sembra di avere uno scopo nella vita
6. Mi piace pensare a dove sarò tra qualche anno

7. Vedere come i pezzi del passato personale sono collegati tra loro mi dà un senso di identità
8. Ho molte aspirazioni per il mio futuro
9. Quando ricordo il passato si rafforza la mia gioia di vivere
10. Realizzare sogni nel mio futuro mi motiva in questo periodo
11. Rivivere i periodi precedenti della mia vita mi aiuta a vedere la direzione in cui andare
12. Mi emoziono quando penso al futuro
13. Il disegno della mia vita ha più senso quando rifletto sul mio passato
14. Anticipare le tappe future della mia vita mi riempie di speranza
15. Tornare al mio passato è per me fonte di conforto
16. Immaginare il futuro mi fa sentire ottimista
17. Ricordare tempi più felici del mio passato mi rende energico nel mio presente
18. Mi piace fantasticare su ciò che mi aspetta lungo la strada della mia vita
19. Il mio passato è una risorsa a cui posso attingere
20. Creare un futuro positivo è qualcosa a cui penso spesso
21. Pensare a quando ero più giovane mi aiuta a comprendere la mia storia personale
22. Penso spesso allo sviluppo futuro della mia vita
23. Riflettere sui miei successi passati mi aiuta a individuare i miei punti di forza
24. Mi piace pensare ad obiettivi che devo ancora raggiungere
25. Ricordare i miei successi passati mi aiuta a trovare motivazioni nel mio presente
26. Alcuni miei obiettivi futuri sono molto specifici
27. Il mio passato è pieno di ricordi importanti

28. Quando penso al futuro, metto a fuoco chiaramente il tipo di persona che voglio essere

RINGRAZIAMENTI

Gentile partecipante, grazie di aver contribuito alla nostra ricerca. Nel caso in cui fosse interessato a ricevere un feedback sui risultati ottenuti una volta completate le analisi statistiche, può scrivere la sua mail qui sotto

.....