



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
PSICOBIOLOGIA E NEUROSCIENZE COGNITIVE**

**LABORATORI ORIENTATI ALLA DIALECTICAL BEHAVIOR
THERAPY IN AMBITO SCOLASTICO**

Relatore:

Chiar.mo Prof. DOLORES ROLLO

Laureando:

KATIA JESSICA MAMBREANI

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

INDICE

ABSTRACT	p. 3
INTRODUZIONE	p. 4
CAPITOLO 1 - Welfare di Comunità e interventi di prevenzione orientati alla Dialectical Behavior Therapy	p. 9
1.1 Introduzione	p. 9
1.2 Il Welfare di Comunità	p. 11
1.2.1 Il principio della sussidiarietà	p. 13
1.2.2 L'empowerment	p. 15
1.2.3 Promozione del benessere e cittadinanza attiva	p. 16
1.2.4 Prevenzione universale, selettiva e indicata	p. 18
1.2.5 Emilia Romagna: il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025	p. 19
1.3 Il modello della Dialectical Behavior Therapy	p. 19
1.3.1 La ricerca scientifica riguardo la DBT	p. 22
1.3.2 Impostazione dello Skills Training	p. 23
1.3.3 Il paradigma bio-sociale	p. 26
1.4 Interventi di prevenzione orientati alla DBT in ambito scolastico	p. 30
CAPITOLO 2 - Stili di attaccamento, disregolazione emotiva e abilità nucleari di mindfulness	p. 35
2.1 Introduzione	p. 35
2.2 Stili di attaccamento, Theory of Mind e disregolazione emotiva	p. 36
2.2.1 Funzione simbolica e metacognizione	p. 38
2.2.2 Sistemi esecutivi e disregolazione emotiva	p. 39
2.2.3 Trauma e sintomi dissociativi	p. 45

2.2.4 Theory of Mind e cervello sociale	p. 46
2.2.5 Comportamenti di dipendenza in età adolescenziale e legami familiari.	p. 48
2.3 Il ruolo delle abilità nucleari di mindfulness sulla disregolazione emotiva	p. 49
CAPITOLO 3 - Il progetto: laboratori orientati al DBT Skills Training	
per le scuole del Distretto di Fidenza	p. 56
3.1 Introduzione	p. 56
3.2 Il progetto: scopo, destinatari e metodologia	p. 60
3.3 La ricerca: indicatori, strumenti, metodi	p. 69
CONCLUSIONE	p. 73
BIBLIOGRAFIA	p. 75

Abstract

L'idea di questo lavoro è nata dalla mia collaborazione con l'Associazione Gruppo Amici Onlus di Fidenza, la quale realizza brevi percorsi di regolazione emotiva e gestione degli impulsi nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado del Distretto di Fidenza. Il metodo utilizzato per orientare gli interventi nelle classi è quello della Dialectical Behavior Therapy, originariamente sviluppato da Marsha Linehan per lavorare con pazienti con DBP e successivamente esteso nel suo utilizzo a diversi contesti clinici, educativi e sociali. La finalità di questo lavoro di tesi è quella di costruire una proposta laboratoriale orientata al DBT Skills Training della durata di un anno scolastico, da presentare nei prossimi mesi alle scuole del Distretto di Fidenza.

E' stata inoltre predisposta una ricerca, in collaborazione con il prof. Marco Cavicchioli, dell'Università Vita Salute San Raffaele di Milano, che ha lo scopo di verificare l'efficacia del percorso di Skills Training tramite la somministrazione di questionari a classi sperimentali e classi di controllo.

Introduzione

L'idea di questo lavoro è nata dalla mia collaborazione con l'Associazione Gruppo Amici Onlus di Fidenza. Dalla sua costituzione, l'attività principale dell'Associazione ha riguardato la gestione della Comunità Terapeutica Casa di Lodesana, che offre percorsi residenziali di riabilitazione per persone con dipendenze patologiche da sostanze. Negli anni l'Associazione ha iniziato a gestire anche altre strutture socio-sanitarie rivolte a persone con dipendenze e, in certi casi, con diagnosi psichiatriche. Il setting della Comunità Terapeutica e delle strutture socio-sanitarie è di tipo gruppal, e già da parecchi il lavoro terapeutico è stato orientato al modello della Dialectical Behavior Therapy. Si tratta di una psicoterapia di tipo cognitivo-comportamentale originariamente sviluppata da Marsha Linehan per il trattamento del Disturbo Borderline di Personalità, e adattata negli anni all'impiego in vari contesti socio-sanitari, compreso quello della cura delle dipendenze patologiche.

Oltre al percorso riabilitativo per i propri ospiti, l'Associazione Gruppo Amici offre la possibilità di realizzare interventi di prevenzione rivolti ai Servizi e alle scuole del Distretto di Fidenza. Con gli anni, l'interesse da parte dei Servizi locali riguardo tali interventi è aumentata notevolmente, portando di fatto alla creazione di un ampio ventaglio di proposte, diversificate a seconda del contesto di implementazione, e alla costituzione di una vera e propria équipe di psicologi ed educatori che lavorano sul territorio.

Il focus di questo lavoro riguarderà prevalentemente gli interventi di prevenzione rivolti alle scuole secondarie di primo e di secondo grado del Distretto di Fidenza. La richiesta delle scuole locali è molteplice; i bisogni emergenti negli ultimi anni riguardano infatti problematiche quali il disagio giovanile, la dispersione scolastica, il manifestarsi di

disturbi d'ansia, disturbi depressivi, uso di sostanze, episodi di bullismo e comportamenti a rischio in età pre-adolescenziale e adolescenziale. I Dirigenti scolastici si rivolgono quindi ai vari Servizi locali per attivare laboratori a scopo educativo e preventivo. L'Associazione Gruppo Amici ha quindi, negli anni, elaborato una doppia proposta per le scuole. Da un lato, svolge laboratori orientati alla prevenzione dall'uso di sostanze e dai comportamenti a rischio; dall'altro lato, ispirandosi a ricerche, interventi manualizzati ed effettive sperimentazioni già realizzate, ha introdotto alcuni elementi del modello della Dialectical Behavior Therapy nei laboratori in classe, offrendo brevi percorsi (massimo sei incontri per classe) per lavorare sulla gestione degli impulsi e la regolazione emotiva. Negli ultimi anni, interventi di questo tipo sono stati fortemente sostenuti dalle amministrazioni locali (tramite i Piani di Zona o altri finanziamenti mirati) e dagli istituti scolastici stessi. Tutto questo è anche avvalorato dall'orientamento generale attuale delle politiche regionali, che incentivano la realizzazione di interventi volti all'insegnamento di determinate skills personali per incontrare i bisogni e disagi espressi dagli adolescenti e dalle famiglie, e per aumentare l'efficacia del percorso scolastico, offrendo alle classi non solo contenuti da apprendere ma anche uno spazio in cui lavorare su di sé e sulle relazioni con il gruppo.

In questa ottica, l'Associazione ha ritenuto opportuno elaborare un'offerta più articolata rispetto agli interventi attualmente realizzati, che preveda l'offerta di laboratori orientati al DBT Skills Training della durata di un intero anno scolastico. Inoltre, ha ritenuto opportuno inserire in questa progettazione anche la proposta di includere genitori e insegnanti nella partecipazione a specifici Skills Training, con la finalità di formare non solo gli alunni ma anche il contesto familiare e scolastico in cui essi vivono quotidianamente, in un'ottica di empowerment, circolarità del sapere e progressiva autonomia dei soggetti coinvolti. Infatti, una volta svolto il percorso sostenuto dagli

educatori e dagli psicologi dell'Associazione, gli insegnanti e i genitori stessi avrebbero acquisito degli strumenti per lavorare essi stessi con i ragazzi in modo formale o informale, sul lungo periodo. Questo tipo di approccio rispecchia di fatto un orientamento politico generale degli ultimi anni, che avvalorava il concetto di Welfare di Comunità, di sussidiarietà e di cittadinanza attiva. D'altronde, le linee di indirizzo della stessa Regione Emilia Romagna sono attualmente orientate allo sviluppo di percorsi educativi che rendano chi ne usufruisce progressivamente autonomo, allontanandosi dall'ottica puramente assistenziale, e soprattutto che intercettino il bisogno prima che esso diventi patologico e quindi prima che contribuisca a creare marginalità socio-culturali difficili da integrare nel tessuto comunitario.

Questo lavoro di tesi nasce quindi con l'idea di costruire una proposta laboratoriale orientata al DBT Skills Training in modo più consistente, da presentare alle scuole con cui l'Associazione già collabora, per provare a costruire interventi che siano puntuali, duraturi nel tempo e approfonditi.

Nel primo capitolo faremo alcuni cenni ai principi di fondo che orientano le politiche sociali del Terzo settore degli ultimi anni, legate strettamente al Welfare di Comunità; presenteremo poi i costrutti teorici fondamentali del modello del DBT Skills Training e proveremo a mettere in luce la ragione per cui esso può costituire un valido strumento da utilizzare in ambito educativo. La finalità è quella di evidenziare l'efficacia e la versatilità di questo modello, che ci sembra rispondere in modo particolarmente adeguato ai principi fondanti il Welfare di Comunità: la sussidiarietà, la necessità di rendere le persone e gli ambienti sociali che essa frequenta autonomi ed efficaci nell'auto-determinazione, e la circolarità del sapere.

Infine. faremo alcuni cenni alla ricerca scientifica attuale a supporto della DBT e ad alle prime sperimentazioni di laboratori orientati alla DBT in ambito scolastico nel contesto statunitense.

Nel secondo capitolo ci focalizzeremo su due fondamentali costrutti della DBT: le abilità nucleari di mindfulness e la disregolazione emotiva. Faremo riferimento alla recente ricerca neuroscientifica, che evidenzia i benefici che si possono ricavare dal potenziamento delle abilità di mindfulness, utili in particolare per contrastare gli effetti di un pervasivo ambiente invalidante, che porta la persona a sperimentare una forte disregolazione emotiva, connessa ad Alessitimia, deficit nella Theory of Mind e stili di attaccamento insicuri, e di conseguenza all'emersione di comportamenti fortemente disregolati.

Nel terzo capitolo presenteremo infine la proposta progettuale, evidenziando la metodologia, i destinatari, e le finalità. Oltre alla realizzazione effettiva dei laboratori, presentiamo anche un progetto di ricerca, costruito dall'Associazione grazie alla fruttuosa collaborazione con il Dr Cavicchioli dell'Università San Raffaele di Milano. Insieme al Dr Cavicchioli sono stati scelti alcuni questionari autosomministrati che verranno fatti compilare agli alunni, ai docenti e ai genitori delle classi che parteciperanno al progetto di Skills Training, nonché a classi di controllo. La finalità dei questionari è quella di valutare l'efficacia del lavoro sulle Skills, monitorando nel tempo le seguenti dimensioni: abilità di mindfulness, regolazione emotiva, affettività positiva e negativa, livello di ruminazione, livello di evitamento esperienziale e fusione cognitiva. Ci aspettiamo una buona accoglienza della proposta progettuale da parte delle scuole

del Distretto di Fidenza, in quanto si connette alle più ampie politiche regionali cui abbiamo fatto cenno e che approfondiremo nei capitoli seguenti.

Capitolo 1

Welfare di Comunità e interventi di prevenzione orientati alla Dialectical Behavior Therapy

1.1 Introduzione

Nell'ambito della psicologia di comunità, l'orientamento generale attuale interpreta molti disagi e difficoltà personali come derivanti in parte da fallimenti delle comunità di riferimento dell'individuo. Tali fallimenti possono manifestarsi in ambito scolastico, sanitario, lavorativo, assistenziale e in generale nei vari servizi che la comunità offre ai propri cittadini. In questa ottica, si comprende come l'analisi dei bisogni dell'individuo debba necessariamente anche includere l'analisi del sistema sociale di cui esso fa parte, con una particolare attenzione ai fattori di protezione e di rischio riscontrabili nei seguenti livelli: (i) individuale, con riferimento cioè alle caratteristiche dell'individuo stesso, valutando per esempio il grado di adattamento, di resilienza, di problem solving, di pensiero critico; (ii) intermedio, quindi con riferimento all'ambito familiare e scolastico; (iii) collettivo, relativo cioè al contesto più ampio di cui l'individuo fa parte (città o comunità di residenza con i relativi servizi sociali, sanitari, educativi).

In questo senso, la comunità è dunque interpretata sia come possibile fonte del disagio psicosociale che come risorsa terapeutica, soprattutto quando promuove interventi di

tipo preventivo rivolti ai settori più critici (Zani, 2012). I valori di fondo su cui le comunità si sono orientate negli ultimi anni, seguendo anche una precisa direzione socio-politica, sono legati ai concetti di empowerment e di emancipazione dell'individuo e dei piccoli nuclei sociali (famiglia, associazioni locali), valorizzando in particolare la costituzione di contesti sociali che promuovano l'uguaglianza, l'attenzione al bene comune e la libera espressione dei propri membri.

In questo capitolo, coerentemente con lo scopo di questo lavoro di tesi, illustreremo i principali valori connessi al concetto di Welfare di Comunità, che negli ultimi anni ha costituito il principio cardine dei programmi regionali orientati alla prevenzione del disagio sociale e alla costruzione del benessere collettivo.

Ci focalizzeremo poi su uno specifico modello, la Dialectical Behavior Therapy, che secondo la ricerca scientifica attuale e secondo le stesse linee guida della Regione Emilia Romagna (2013) è considerato uno dei trattamenti di elezione per i Disturbi Gravi di Personalità e per la realizzazione di interventi di prevenzione in vari ambiti socio-sanitari e scolastici. Illustreremo in particolare il paradigma bio-sociale e dialettico che Marsha Linehan pone a fondamento del proprio modello, approfondendone gli aspetti relativi alle pratiche di mindfulness e al costrutto della regolazione emotiva; citeremo alcune evidenze scientifiche che validano empiricamente il trattamento DBT non solo per pazienti con DBP, ma rivolti anche ad altre popolazioni cliniche; infine ci soffermeremo sulle applicazioni del modello nel contesto scolastico e sulla relativa ricerca empirica.

1.2 Il welfare di comunità

A partire dal dopoguerra, in Italia si è assistito allo sviluppo e all'affermazione di un sistema statale che ha posto al centro della propria azione la diffusione del benessere a strati sempre più ampi di popolazione, occupandosi in modo diretto delle politiche sociali, economiche e sanitarie volte a garantire una migliore qualità della vita dei propri cittadini. In questa accezione si parla di *Welfare State* (detto anche Stato del Benessere o Stato Assistenziale) inteso come l'insieme di istituzioni e politiche che si sono occupate della fornitura su larga scala di servizi sociali ed educativi fondamentali, quali per esempio l'assistenza sanitaria, la pubblica istruzione, i sussidi, la previdenza sociale (Zamagni, 2016). L'erogazione di tali benefici ha seguito prevalentemente: (i) un'impostazione di tipo universalistico, in cui servizi e sicurezza sociale sono garantiti a tutti i cittadini direttamente dallo Stato centrale; (ii) una logica di protezione, in cui lo Stato si occupa in modo diretto della tutela delle proprie comunità. Lo Stato del Benessere attua dunque i propri interventi prescindendo dalle specificità dei vari contesti socio-culturali in cui essi verranno realizzati (Belardinelli, 2005).

Questo tipo di politica ha però avuto conseguenze negative sul lungo periodo. In primo luogo, ha avuto un effetto non previsto (e anzi in contrasto) con gli obiettivi egualitari alla sua base, cioè ha ridotto la capacità redistributiva dello Stato e ha accresciuto notevolmente e in modo non sostenibile la spesa pubblica, mettendo a rischio gli equilibri economici del sistema (Begarani, 2022). Il modello di Welfare State inizia quindi a vacillare nel suo tentativo di rispondere alle varie istanze socio-culturali emergenti, soprattutto dagli anni Ottanta in poi. In risposta alle lacune e alle difficoltà del sistema centralizzato, e per contrastare la possibile diffusione di enti privati che fondano l'erogazione dei propri servizi su una logica imprenditoriale di contenimento dei costi e di competitività, negli ultimi trent'anni ha preso forma un nuovo tipo di

Welfare, basato maggiormente sulla territorialità, sulla sussidiarietà e su capillari politiche di empowerment (Begarani, 2022). Lo Stato centrale cessa dunque di essere il garante principale dei diritti sociali e si assiste ad un graduale trasferimento di tale onere sulle amministrazioni locali e sulle piccole comunità. L'idea è quella di coinvolgere attivamente i cittadini e le piccole forme di associazionismo locale nell'organizzazione della vita pubblica e privata e nella propria autodeterminazione, allontanandosi dalla logica paternalistica secondo la quale un organo centrale abbia il potere di decidere del benessere delle sue varie ramificazioni in modo diretto e con interventi calati dall'alto, che non riescono a considerare le multiformi realtà locali, con i propri specifici bisogni e le proprie specifiche capacità. In questo senso, si è delineato un modello di Welfare maggiormente fondato sulla comunità, che grazie a molteplici azioni promosse da organizzazioni pubbliche e private, riesce di fatto a coinvolgere nel processo di creazione e diffusione del benessere le numerose realtà che lo compongono. Si tratta di una visione essenzialmente pluralista ed anti-universalista, che privilegia il recupero delle risorse già presenti sul territorio, nonché una maggiore vicinanza tra enti e cittadini (Begarani, 2022). Il ruolo dello Stato centrale, in questo modello, è quello di svolgere attività di governance, di coordinamento e di allocazione di risorse ad istituzioni intermedie, quali ad esempio le Regioni, le quali a loro volta, secondo le proprie Linee di Indirizzo, distribuiranno le risorse alle province ed alle varie comunità sociali, politiche e sanitarie locali, con la finalità ultima di coinvolgere i cittadini stessi nel processo di identificazione del bisogno e di progettazione e realizzazione di interventi coerenti con esso (Begarani, 2022).

Il *Welfare di comunità* si caratterizza dunque per i seguenti fattori: (i) riconosce la centralità della persona e dello specifico contesto socio-culturale di riferimento; (ii) valorizza i legami di comunità come principale fonte del benessere comunitario ed

individuale; (iii) suddivide la progettazione e la gestione tra molteplici enti pubblici e privati, promuovendo anche l'associazionismo locale; (iv) è fondato sul principio di sussidiarietà orizzontale e circolare; (v) privilegia interventi che favoriscano l'empowerment nei vari livelli della comunità (individuale, familiare, scolastico, delle organizzazioni); (vi) ha come obiettivo primario la promozione del benessere in ogni ambiente socio-culturale; (vii) valorizza la cittadinanza attiva e un approccio di tipo pluralista.

Analizziamo ora più nel dettaglio alcuni di questi aspetti.

1.2.1 Il principio della sussidiarietà

Il modello del Welfare di comunità è organizzato intorno al principio di sussidiarietà, che si manifesta in due forme:

- sussidiarietà orizzontale: vede il trasferimento del potere legislativo ed esecutivo dal centro alle periferie, cioè dallo Stato centrale alle Regioni e alle province. In questo senso, si legittima in modo più diretto l'intraprendenza dei cittadini e la creazione di un sistema integrato di servizi pubblici e privati;
- sussidiarietà circolare: vede ogni azione come frutto di un percorso condiviso che coinvolge vari soggetti nelle fasi di progettazione e di realizzazione. Significa cioè che i cittadini vengono coinvolti dalle amministrazioni locali nei processi di cura e di miglioramento dei beni comuni e del benessere collettivo (Zamagni, 2016).

In questo senso, il welfare non è più inteso come una fornitura di servizi alla persona bisognosa, come era invece concepito nel modello assistenziale del Welfare State; al contrario, la comunità locale è attivamente coinvolta nel miglioramento della propria situazione, e si agisce direttamente sulla cultura, modificando ad esempio i percorsi formativi e i paradigmi socio-politici di riferimento.

Il principio di sussidiarietà cerca quindi di favorire l'iniziativa degli individui in forma singola o associata, per lo svolgimento di attività di interesse generale; si rivolge particolare attenzione ai corpi sociali intermedi (le associazioni locali, le scuole) con la finalità di coinvolgerli nei processi decisionali; essi svolgono infatti una funzione sociale particolarmente importante dal momento che intercettano i bisogni dei singoli cittadini e allo stesso tempo possono comunicare facilmente con istituzioni di ordine superiore (per esempio, con amministrazioni e aziende sanitarie locali) (Belardinelli, 2005).

La logica di protezione tipica del Welfare State è quindi sostituita da una logica di inclusione, di equità e di promozione dell'autodeterminazione. In questo senso, il concetto di benessere alla base del modello del Welfare Community non è solo un benessere materiale legato a fattori sanitari o culturali, ma è anche legato alla promozione della *agency* degli individui (Belardinelli, 2005).

Si sottolinea dunque il concetto di *funzionamento* delle persone, inteso come la capacità di svolgere funzioni; in questa ottica è importante che una comunità sappia valorizzare le capacità dei propri componenti e possa soprattutto offrire possibilità concrete di apprendimento di nuovi funzionamenti (Belardinelli, 2005). Questo insieme di funzionamenti o di capacità è visto come la libertà complessiva di cui l'individuo gode nel perseguire il proprio benessere.

Vediamo quindi che il concetto di capacità è fondamentale: si cerca di sviluppare interventi volti a migliorare le abilità delle persone o a insegnare abilità specifiche per aumentare il range di funzionamenti in cui la persona può muoversi in modo efficace. È importante quindi che i cittadini ricevano gli strumenti adeguati per accrescere le proprie capacità e si sentano dunque valorizzati come individui e attivamente coinvolti nella costruzione del benessere del contesto comunitario in cui vivono.

1.2.2 L'empowerment

Come si è detto, il modello basato sulla Welfare Community predilige un tipo di educazione che renda gli individui e i gruppi sociali autonomi e in grado di farsi carico attivamente del benessere proprio e collettivo. Questa direzione di intervento è fondata proprio sul concetto di *empowerment*, con cui si intende la promozione di un processo di crescita basato sull'acquisizione di competenze che aumentino le possibilità dei cittadini e delle comunità di autodeterminarsi, di far emergere le proprie risorse latenti e di sviluppare il proprio potenziale.

Esistono varie teorie sull'empowerment, ma in questa sede esploreremo il termine solo nella sua accezione più generale, che è utile per il nostro lavoro.

Secondo Zimmerman (2000), vi sono almeno due livelli in cui si possono attuare interventi fondati sull'empowerment:

(i) livello individuale: è rivolto alla crescita intrapersonale ed interpersonale del singolo individuo. A questo livello, gli interventi empowering sono volti alla promozione dell'efficacia personale, allo sviluppo delle capacità di problem solving, del pensiero critico e del pensiero positivo, all'adozione di comportamenti funzionali al raggiungimento dei propri obiettivi, alla capacità di mantenere relazioni interpersonali soddisfacenti;

(ii) a livello comunitario: si tratta di un processo che intende la comunità stessa come soggetto collettivo fondamentale, che favorisce tramite le proprie dinamiche interne lo sviluppo individuale dei propri membri e diffonde un senso di coesione sociale e sensibilità verso il bene comune.

In generale, intervenire sul rafforzamento dell'empowerment significa in primo luogo lavorare in ottica preventiva su fattori di rischio che potrebbero portare, ad esempio, alla marginalizzazione e all'esclusione sociale dei soggetti fragili. Avvicinarsi alle marginalità (per esempio, persone con disturbi psichiatrici, senza fissa dimora, persone con dipendenze patologiche, con disabilità fisiche o intellettive, minoranze etniche, persone o gruppi oggetto di discriminazione) in un'ottica di empowerment significa che i Servizi pubblici e privati, nonché i singoli membri delle comunità, debbano lavorare in sinergia con i destinatari degli interventi per progettare strumenti adatti e funzionali in risposta al loro bisogno, con la finalità di avviare un processo che porti le persone a sviluppare, per quanto possibile, un senso di padronanza, di competenza e di autonomia. Non si tratta quindi di intervenire in modo assistenzialista, rispondendo al bisogno manifestato senza coinvolgere le persone nel processo di cambiamento e rendendole anzi soggetti passivi. Questo tipo di intervento si fonda anche su politiche di empowerment dei contesti educativi. In questo senso, si tratta di promuovere una cultura dell'autonomia che coinvolga studenti, docenti, famiglie, gruppo dei pari.

1.2.3 Promozione del benessere e cittadinanza attiva

Secondo quanto riportato dalla Carta di Ottawa per la promozione della salute del 1986, sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la promozione della salute viene definita come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla" (Carta di Ottawa, 1986).

Estendendo questa definizione al più ampio concetto di benessere, che include ma non si limita alle condizioni di salute fisica e mentale delle persone, si implica la necessità di

favorire lo sviluppo di ambienti che offrano un adeguato supporto alle persone per il perseguimento del proprio benessere e che rafforzino l'autonomia delle comunità sostenendole nelle scelte relative ai bisogni e alle potenzialità dei propri cittadini (Begarani, 2022). In questa logica, si è verificato negli anni un riorientamento dei servizi sanitari per renderli sempre più adeguati ad interagire con altri settori. Una delle finalità principali è quella di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale del benessere e della salute, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale possibile. Si ritiene inoltre opportuno orientare i vari soggetti sociali alla promozione non solo delle proprie capacità ma anche di quelle altrui (Belardinelli, 2005).

Affiancato ai concetti di empowerment e di promozione del benessere collettivo, nella Welfare Community troviamo anche il principio della *cittadinanza attiva*, intesa come un sistema in cui i cittadini non sono recettori passivi di politiche e interventi decisi dai vertici del sistema decisionale ma hanno il diritto e il dovere di contribuire al benessere della società (Zamagni, 2016). In questo senso, si vede la transizione da un tipo di governance di tipo piramidale e gerarchico tipico del Welfare State, ad un sistema in cui la costruzione e l'implementazione delle politiche pubbliche sia il frutto di più soggetti che interagiscono tra loro. Il ruolo dello Stato centrale, in un sistema fondato sulla governance, è quindi quello di fornire il necessario sostegno finanziario e giuridico ai diversi soggetti che partecipano al processo decisionale e alla realizzazione degli interventi.

1.2.4 Prevenzione universale, selettiva e indicata

Rispetto alle attività orientate alla prevenzione, nel modello basato sulla Welfare Community troviamo tre principali direzioni di intervento:

(i) la prevenzione universale: è rivolta alla popolazione in genere, e comprende tutte le sfere sociali. Lo scopo delle azioni orientate alla prevenzione universale è quello di evitare o attenuare l'esordio di comportamenti a rischio e dannosi per la salute. Date queste premesse, la prevenzione universale si rivolge principalmente (ma non solo) ai giovani, cercando di identificare tutti i possibili fattori di rischio e di progettare interventi trasversali che potenzino le risorse personali;

(ii) la prevenzione selettiva: è diretta a gruppi definibili come vulnerabili, o a contesti sociali dove è più probabile il manifestarsi di comportamenti a rischio. In questa ottica si considera vulnerabile l'intero sottogruppo sociale, assumendo dunque che un singolo individuo che ne faccia parte sia un soggetto potenzialmente a rischio. Si progettano dunque gli interventi considerando i bisogni specifici del gruppo considerato, e si cerca di accrescere per tutti i fattori di protezione, le strategie di coping, le capacità di resilienza;

(iii) la prevenzione indicata: è diretta al singolo individuo, alle persone ritenute particolarmente a rischio di sviluppare un disturbo patologico, di attuare comportamenti problematici, di essere marginalizzati. Lo scopo della prevenzione indicata è quello di aumentare i fattori protettivi della persona e di ridurre la vulnerabilità.

1.2.5 Emilia Romagna: il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025

A livello locale, nell'ambito degli interventi di prevenzione promossi dalla Regione Emilia Romagna, è evidente quanta influenza i concetti sopra esposti abbiano avuto nella stesura del Piano della Prevenzione 2021-2025. Ad esempio, nelle sezioni dedicate alle scuole e alla prevenzione delle dipendenze in età adolescenziale, si sottolinea la necessità di implementare interventi volti all'empowerment individuale e collettivo (PRP, p.46, p.215), nonché l'opportunità di strutturare interventi di prevenzione trasversali e personalizzati, che pongano al centro i bisogni del singolo (PRP, p.81). Rispetto agli interventi in ambito educativo, il documento si sofferma sulla necessità di migliorare le conoscenze e le competenze dei componenti della comunità scolastica (quindi dei docenti e degli educatori), con attenzione anche al necessario rafforzamento della collaborazione della comunità locale, in un'ottica di circolarità del sapere (PRP, p.215). Infine, si sottolinea la necessità dello sviluppo di programmi intersettoriali per accrescere le capacità personali in termini di autostima, autoefficacia e resilienza (PRP, p.215).

1.3 Il modello della Dialectical Behavior Therapy

Sofferamoci ora sulla necessità di elaborare interventi di prevenzione in ambito scolastico, che è il focus principale di questo lavoro, e proviamo a presentare una possibile risposta alle necessità comunitarie e sociali in questo ambito.

Uno dei modelli maggiormente supportati dalla ricerca scientifica e che ben si presta ad essere declinato fruttuosamente nel mondo scolastico è la Dialectical Behavior Therapy (DBT). Si tratta di un approccio terapeutico di tipo cognitivo-comportamentale sviluppato da Marsha Linehan a partire dagli anni '70, mentre lavora come ricercatrice

all'Università di Washington. Inizialmente si tratta di una terapia rivolta a pazienti con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) e con tendenze suicidarie, con i quali Linehan lavora per ridurre i comportamenti impulsivi gravemente autolesivi. Come ogni terapia facente parte del filone cognitivo-comportamentale, la DBT si pone l'obiettivo di aiutare i pazienti a risolvere i loro problemi tramite l'apprendimento di comportamenti sostitutivi e di strategie di problem solving. Tuttavia, ben presto Linehan si accorge che questo non è sufficiente a ridurre la disregolazione emotiva dei suoi pazienti e gli effetti delle pervasive invalidazioni o auto-invalidazioni che essi vivono quotidianamente. Negli anni dunque Linehan dedica molta energia alla ricerca scientifica sull'efficacia del proprio modello, arrivando ad integrare le strategie strettamente cognitivo-comportamentali con altri importanti paradigmi, quali le pratiche di mindfulness, la validazione e la dialettica.

Le abilità di mindfulness hanno lo scopo di aumentare la consapevolezza e il controllo dell'attenzione, rimanendo ancorati al qui ed ora. Permettono di “*vivere con gli occhi bene aperti*” (Linehan, 2015) superando le tendenze automatiche a rimuginare sul passato, ad evitare, sopprimendoli, gli stati emotivi difficili del presente, o ad anticipare in modo ansioso il futuro.

La validazione permette di far fronte alle sofferenze più acute dei pazienti, riducendo gli effetti distruttivi dei giudizi negativi derivanti da un ambiente fortemente invalidante. Per Linehan, validare significa infatti prendere atto e riconoscere come valida una risposta emotiva, comportamentale o cognitiva, collocandola nella specifica storia di vita del paziente. La validazione, dunque, non si riduce all'empatia (anche se questa rimane un requisito preliminare) e non significa approvare né concordare con la risposta comportamentale del paziente.

Sia le abilità di mindfulness che la validazione servono ad *accettare* la situazione attuale, compresa la sofferenza e la difficoltà, con la finalità di imparare gradualmente a riconoscere e superare le strategie di difesa disfunzionali tipicamente utilizzate (per esempio, nel caso del DBP: idealizzazione/svalutazione, scissione, dissociazione, comportamenti autolesivi, impulsività).

Tuttavia, per quanto necessarie, le abilità di mindfulness e le strategie di validazione non sono sufficienti a promuovere una guarigione completa. Per questa, infatti, si rende necessario anche un cambiamento profondo a livello comportamentale, di pensiero e di gestione dell'emozionalità. Per generare questo cambiamento, Linehan introduce il concetto di dialettica, cioè della sintesi tra estremi opposti, che permette di superare le polarizzazioni e i blocchi tipici dei pazienti con DBP. In questo senso, la posizione di Linehan sottolinea l'importanza di un'analisi completa del sistema persona-ambiente (che include quindi l'individuo, la famiglia, i pari, la cultura di riferimento, il periodo di vita) e non solo delle sue parti, in modo da riuscire a tenere insieme anche aspetti apparentemente contraddittori. Vede inoltre la realtà come in continuo cambiamento, a causa di forze interne contrapposte che trovano temporanei punti di sintesi prima di sfociare nuovamente in conflitti dialettici. Per i pazienti è particolarmente importante comprendere questa dinamica e riuscire ad accettare profondamente le contraddizioni interne che essi vivono quotidianamente nonché i conflitti sperimentati nelle relazioni familiari o amicali. L'obiettivo di Linehan, infatti, è aiutare i propri pazienti a superare le dicotomie spesso estreme di cui fanno esperienza. Si tratta quindi di una visione che promuove il cambiamento tenendo insieme pensieri, emozioni e comportamenti passati, presenti e futuri. Cercando di trovare una sintesi tra le polarizzazioni comportamentali e di pensiero, il paziente inizia ad accettarli, a comprenderli nel loro significato, e cessa di

sentirsi bloccato, potendo così muovere i primi passi verso una “*vita degna di essere vissuta*” (Linehan, 2015, p.5).

Per Linehan, ci sono polarità di base che ogni paziente deve affrontare. La prima è il bisogno, già sopra citato, di accettarsi per ciò che si è in un dato momento, e al contempo la necessità di migliorarsi. Si tratta di una forte tensione tra opposti che si risolve nel momento in cui si trova la via della sintesi tra essi.

La seconda polarità si esprime nella capacità di mantenere la validità delle proprie opinioni, storia personale e dei propri pensieri senza rinunciare all’apprendimento di nuove abilità e di nuovi stili comportamentali e cognitivi che possono aiutare a superare le proprie sofferenze (Linehan, 2015, p.5).

Visti gli effetti positivi sui pazienti con DBP, la DBT è stata gradualmente utilizzata anche su altre popolazioni cliniche, quali pazienti con Disturbo da Uso di Sostanze, Disturbi Alimentari, Bipolarismo di tipo I e II, Disturbo Depressivo Maggiore, PTSD cronico e complesso. Infine, il trattamento DBT è stato esteso anche a popolazioni non cliniche come adolescenti, alunni di scuole, famiglie, pazienti ospedalizzati per problemi di salute fisica.

In generale, la DBT è stata sottoposta a numerose ricerche e validazioni empiriche, fino a renderla un trattamento manualizzato evidence-based a tutti gli effetti.

1.3.1 La ricerca scientifica riguardo la DBT

Negli anni, la DBT è stata sottoposta a numerosi trial clinici randomizzati e sono stati realizzati numerosi studi per valutarne l’efficacia. I principali temi di ricerca hanno indagato i benefici dello Skills Training, l’utilità delle strategie di mindfulness, la teoria

biosociale e i tratti neurobiologici sottostanti la disregolazione emotiva (Flynn et al., 2021; Mehlum, 2021; Seow et al., 2020; Mitchell et al. 2019, Krawitz et al., 2019)¹. Dai vari articoli e studi in merito, si evince che tra gli esiti tipici del trattamento con DBT si osserva: una diminuzione dei tentativi di suicidio e di autolesionismo, un minor numero di drop out dai trattamenti, un maggiore adattamento sociale.

Grazie alle numerose evidenze empiriche a supporto, la DBT è indicata come trattamento validato per i DGP nelle linee guida NICE del 2009, che sono state recepite ed adattate dalla Regione Emilia Romagna per il trattamento dei DGP (Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità 2013; Implementazione delle Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità 2017).

1.3.2 Impostazione dello Skills Training

Il trattamento DBT come concepito da Linehan è strutturato su uno o più obiettivi a lungo termine che il paziente deve individuare per se stesso (*obiettivi goal*), raggiungibili tramite obiettivi a breve o medio termine (*obiettivi target*), che occorre tenere presenti durante l'intero trattamento.

Una volta definiti gli obiettivi, il trattamento prosegue attraverso quattro stadi principali:

- (i) stadio 1: in questa fase il fine è raggiungere un livello minimo di controllo comportamentale da parte del paziente, che gli permetta di ridurre e poi interrompere i comportamenti che mettono a rischio la propria vita e che interferiscono con la terapia. Questo scopo si raggiunge attraverso l'apprendimento di abilità comportamentali specifiche che aumentino il controllo dei propri impulsi;

¹ Per consultare altre numerose pubblicazioni in merito si rimanda al sito della Società Italiana DBT: <http://www.sidbt.it/dbt/ricerca-scientifica/>

- (ii) stadio 2: in questa fase l'obiettivo del paziente è vivere un'esperienza emotiva senza eccessiva angoscia, lavorando per ridurre gli effetti delle pervasive invalidazioni infantili e la sensazione di vuoto o noia che potrebbe provare nella sua quotidianità (Linehan, 2015);
- (iii) stadio 3: a questo punto del trattamento, il paziente cerca di rimanere entro condizioni di felicità e infelicità ordinarie, dunque lavorando sulla riduzione di emozioni troppo intense, aumentando il rispetto per sè stesso e riducendo, ove possibile, i problemi della propria vita;
- (iv) stadio 4: il paziente cerca di raggiungere un senso di completezza e di libertà, espandendo la propria consapevolezza e raggiungendo una profonda soddisfazione spirituale.

Per proseguire attraverso questi stadi, il trattamento utilizza le strategie chiave (validazione, problem solving, dialettica) nonché una serie di altre strategie specifiche per ogni modulo.

Il trattamento DBT, come previsto originariamente da Linehan (2015), prevede una terapia individuale, un coaching telefonico e la partecipazione a sedute di Skills Training gruppo a cadenza settimanale. L'obiettivo delle sedute di Skills Training è fornire al paziente le abilità necessarie per controllare la propria disregolazione emotiva e comportamentale.

Per rendere più chiaro l'apprendimento delle varie abilità, Linehan ha suddiviso il training in moduli, nello specifico:

- 1) *abilità nucleari di mindfulness*: si devono utilizzare per l'autoregolazione emotiva, cognitiva e comportamentale. Come già accennato precedentemente, aiutano il

paziente ad accettare la propria situazione e se stesso. Linehan le definisce “nucleari” perché costituiscono la base necessaria, anche se non sufficiente, per apprendere le altre abilità. Si tratta quindi di allenarsi a praticare la mindfulness, cioè l’attenzione al momento presente, in modo non giudicante ed efficace;

- 2) *abilità di tolleranza della sofferenza*: servono per ridurre l’impulsività e il discontrollo comportamentale che conseguono all’esperienza di emozioni particolarmente intense. Insegnano a convivere con stati emotivi dolorosi e difficili, trovando strategie non disadattive per superarli. Si tratta per esempio di tecniche di distrazione, di autoconsolazione, di accettazione radicale della realtà e di riduzione dell’attivazione fisiologica estrema tramite alcune pratiche specifiche quali l’espirazione prolungata e il rilassamento muscolare progressivo;
- 3) *abilità di regolazione delle emozioni*: servono per acquisire il controllo sul proprio livello di arousal fisiologico e per imparare a cambiare i propri stati emotivi. In particolare, insegnano al paziente a: (i) accumulare esperienze positive e ad impegnarsi con costanza in un compito, in modo da aumentare le emozioni positive e il senso di padronanza e controllo sulla propria vita; (ii) prendersi cura del proprio corpo (alimentazione, riposo, salute); (iii) divenire consapevoli del rapido alternarsi di emozioni diverse, in modo da imparare a convivere con esse comprendendo che nessuna emozione dura per sempre; (iv) distinguere tra emozione, interpretazione della realtà e fatti per non confondere i livelli ed essere quindi sicuri di reagire in modo appropriato agli stimoli esterni;
- 4) *abilità di efficacia interpersonale*: servono per lavorare sui problemi relazionali, in particolare per mantenere relazioni positive, per ottenere che qualcuno faccia ciò che desideriamo e per mantenere il rispetto per sè stessi.

Rispetto ai poli accettazione/cambiamento che necessitano di sintesi dialettica, è chiaro che le abilità di mindfulness e di tolleranza della sofferenza si collochino maggiormente verso il polo dell'accettazione, mentre le abilità di regolazione emotiva e di efficacia interpersonale promuovano il cambiamento.

Durante le sedute individuali e il coaching telefonico, il paziente avrà modo di approfondire la conoscenza delle varie Skills apprese nel training e di metterle in pratica nella quotidianità. Infatti, l'obiettivo ultimo del trattamento è insegnare al paziente la *generalizzazione* delle abilità: oltre a imparare a padroneggiarle nei gruppi e in terapia individuale, infatti, è fondamentale che il paziente le faccia proprie e si alleni ad utilizzarle in modo differenziato e flessibile in ogni circostanza si rendano necessarie. Solo in questo modo si può verificare un apprendimento profondo che può portare a un duraturo benessere (Linehan, 2015).

1.3.3 Il paradigma bio-sociale

Il principale costrutto su cui i pazienti lavorano durante il trattamento DBT è la disregolazione emotiva, che consiste nella estrema difficoltà o incapacità a regolare azioni e risposte verbali e non verbali a stimoli interni o esterni (Linehan, 2015). Questo porta il paziente a rispondere in modo inadeguato alla situazione e a manifestare un forte discontrollo comportamentale che lo rende incapace di focalizzare l'attenzione sui propri obiettivi, creando una catena di azioni, comportamenti, pensieri ed emozioni altamente disfunzionali.

Come la maggior parte dei modelli attuali sulle emozioni, la DBT assume che le emozioni siano brevi, intense e totalizzanti risposte a stimoli interni ed esterni che alterano momentaneamente il normale livello di arousal fisiologico dell'organismo,

provocando un picco di attivazione seguito da un ritorno alla linea di base entro un certo lasso temporale. In quest'ottica, la disregolazione emotiva per Linehan si definisce per:

- (i) una forte emotività negativa di base;
- (ii) una elevata sensibilità agli stimoli emotivi interni o esterni;
- (iii) una forte reattività emotiva, cioè reazioni intense agli stimoli emotivi;
- (iv) un lento ritorno alla baseline.

Imparare la regolazione emotiva significa quindi allenarsi nell'inibizione degli impulsi e dei comportamenti disfunzionali conseguenti ad emozioni positive o negative intense, riuscendo a non perdere di vista i propri obiettivi, ad affinare le abilità di problem solving e a mantenere focalizzata l'attenzione. Significa quindi controllare l'insorgere delle proprie emozioni, i tempi in cui sperimentarle e i modi in cui esprimerle (Maffei, 2021, p.135).

Gli aspetti di fondo che caratterizzano una buona regolazione emotiva sono infatti la flessibilità e la responsività rispetto al contesto (Maffei, 2021, p.143), caratteristiche effettivamente carenti nei pazienti con DBP.

In alcuni modelli della regolazione emotiva (Maffei, 2021) si dice che l'individuo può regolare le emozioni in cinque modi:

- 1) selezionare la situazione, cioè evitare alcune situazioni e sceglierne altre preferibili;
- 2) modificare la situazione;
- 3) focalizzarsi sulla situazione, cioè ridirezionare l'attenzione concentrandola su aspetti non emotivamente rilevanti (distrazione);
- 4) cambiamento cognitivo o reappraisal, cioè lavorare per modificare il significato attribuito all'emozione o alla situazione (rivalutazione cognitiva);

5) modulare la risposta emotiva, agendo quindi nelle fasi finali del processo e influenzando l'esperienza soggettiva e le manifestazioni comportamentali e fisiologiche delle emozioni.

Si tratta quindi di una regolazione incentrata sugli antecedenti dell'esperienza emotiva (punti da 1 a 4) oppure sui conseguenti (punto 5).

In Linehan (2015) questi aspetti si delineano in modo molto chiaro, in quanto molte abilità dello Skills Training, come ad esempio le strategie di tolleranza della sofferenza e alcune abilità di regolazione emotiva sono incentrate proprio su questi punti.

In generale si ritiene che la soglia di tolleranza verso emozioni intense vari da individuo a individuo, ma quando le attivazioni emotive superano questa soglia in termini di iperattivazione o di ipoattivazione, automaticamente la persona mette in atto strategie di risposta che possono essere funzionali o disfunzionali. Molti disturbi psicopatologici sembrano in effetti caratterizzati da una riduzione di questa soglia di tolleranza e da un pervasivo utilizzo di strategie disadattive e inefficaci (Maffei, 2021). L'obiettivo del trattamento DBT, quindi, è permettere al paziente di superare le strategie disadattive (per esempio, impulsività, evitamento, soppressione, ruminazione) e permettergli di allenare strategie funzionali sostitutive (problem solving, reappraisal o rivalutazione cognitiva, accettazione).

Tenendo questi concetti in considerazione, Linehan delinea un paradigma di tipo bio-psicosociale sul quale costruisce poi il trattamento DBT. Il paradigma afferma che la disregolazione emotiva intensa sia causata da due fattori che interagiscono nella vita del paziente:

- a) *fattore biologico*: ogni persona ha una certa predisposizione biologica a reagire agli stimoli interni o esterni. Questi fattori sono stati studiati nell'ambito di molte teorie sulle emozioni o sugli stili di attaccamento e sui disturbi di personalità, perché hanno un'influenza importante sulla variabilità con cui le persone rispondono ad eventi di vita simili. Tenere conto delle predisposizioni biologiche e temperamentali di una persona in età evolutiva può avere infatti un ruolo predittivo importante riguardo la possibile insorgenza di disturbi di personalità o di disagi psichici. In particolare, tra i precursori biologici della disregolazione emotiva, Linehan cita l'affettività negativa, la sensibilità a stimoli emotivi, l'impulsività, il livello di effortful control (Linehan 2015). Queste dimensioni temperamentali possono poi dare origine a sintomi internalizzanti o esternalizzanti che, se non trattati, potrebbero cronicizzarsi divenendo fortemente disfunzionali;
- b) *fattore ambientale*: secondo Linehan, un ambiente fortemente invalidante può contribuire all'instaurarsi di una forte disregolazione emotiva nel bambino, soprattutto se quest'ultimo ha le predisposizioni biologiche sopra illustrate. Un ambiente invalidante, per Linehan, è una famiglia o un ambiente sociale che tende a:
- (i) non riconoscere, non dare valore o negare le emozioni espresse dal bambino (soprattutto quelle negative);
 - (ii) rinforzare in modo intermittente l'attivazione emotiva estrema del bambino, dando attenzione solo a manifestazioni comportamentali dirompenti;
 - (iii) a rispondere in modo non adeguato, intermittente, estremo o imprevedibile al temperamento e all'espressione emotiva del bambino.

In un ambiente di questo tipo, l'individuo emotivamente vulnerabile (cioè altamente sensibile e reattivo) potrebbe vivere un'invalidazione persistente che accentuerebbe la

tendenza già biologicamente presente alla disregolazione emotiva. Crescere in un ambiente invalidante potrebbe portare infatti a una marcata difficoltà nel riconoscimento delle emozioni, nella modulazione delle risposte comportamentali e nella tolleranza delle difficoltà quotidiane. Linehan sottolinea anche che potrebbe essere il temperamento stesso del bambino a provocare una maggior invalidazione da parte del caregiver o degli ambienti sociali precoci, andando a rinforzare ulteriormente la sua incapacità di controllare la propria emotività. Si tratta infatti di un'influenza reciproca tra fattori biologici e fattori sociali, in un'ottica transazionale, cioè di scambio continuo e circolare che dà origine sia ai comportamenti problematici dell'individuo che al burnout dell'ambiente. Questa transazione, dunque, non solo causa il disturbo, ma contribuisce anche a mantenerlo nel tempo, cronicizzandolo (Linehan, 2015).

La disregolazione emotiva, cui consegue un forte discontrollo comportamentale e l'incapacità di gestire gli impulsi, è strettamente connessa a problemi interpersonali (difficoltà ad avviare e/o mantenere relazioni stabili e appaganti) e a problemi a livello di pensiero (soppressione, ruminazione, evitamento) e di immagine di Sé (diffusione dell'identità, dissociazione, scissione).

1.4 Interventi di prevenzione orientati alla DBT nelle scuole

Considerando quanto abbiamo esposto fino ad ora, si comprende come il modello DBT possa essere utile rispetto alla sempre più urgente necessità di progettare interventi che promuovano lo sviluppo di competenze rivolte al benessere proprio e collettivo in ambito scolastico. D'altronde, la direzione politica italiana degli ultimi anni si sta muovendo proprio in questa direzione, come dimostra ad esempio l'approvazione alla Camera del Disegno di Legge n. 2493 avvenuta nel gennaio 2022, che inserisce

l'insegnamento delle Life Skills (o Non-Cognitive Skills)² tra le materie curricolari delle scuole di ogni ordine e grado.

L'introduzione dell'insegnamento di Life Skills nella scuola svolge una triplice funzione:

- (i) in primo luogo, costituisce una preziosa occasione per raggiungere un altissimo numero di pre-adolescenti e adolescenti fornendo loro strumenti utili per ricercare e creare attivamente il proprio benessere;
- (ii) in secondo luogo, potrebbe permettere di intercettare più rapidamente i soggetti più fragili o particolarmente a rischio di sviluppare patologie o comportamenti disfunzionali;
- (iii) infine, promuovendo il benessere individuale e collettivo nel contesto di classe, si creano contesti più favorevoli all'impiego di risorse cognitive e all'apprendimento in generale.

Riguardo questo ultimo aspetto, la recente ricerca nell'ambito delle neuroscienze affettive e sociali ha evidenziato una complessa interdipendenza nel cervello tra gli aspetti cognitivi e gli aspetti emotivi. In questo senso, promuovere l'alfabetizzazione emotiva e lavorare sulla coesione e sull'affiatamento del gruppo classe consentirebbe di guidare con successo anche l'apprendimento stesso. Le emozioni infatti sembrano svolgere un ruolo fondamentale per lo sviluppo della cognizione e per l'impiego del pensiero razionale (Immordino-Yang, 2017).

L'impiego delle Skills concettualizzate dalla DBT ci sembra rispondere in modo molto efficace a tutti gli aspetti sopra evidenziati. Permette infatti di svolgere un lavoro di

² Con il termine Life Skills ci si riferisce a tutte le abilità che portano a comportamenti positivi e di adattamento e che permettono alla persona di rispondere in modo efficace e funzionale alle richieste ambientali e sociali quotidiane; si intende dunque la promozione delle abilità di gestione delle emozioni e dello stress, lo sviluppo del pensiero critico e creativo, le competenze interpersonali.

consapevolezza di se stessi e del proprio funzionamento, tramite l'apprendimento delle abilità di mindfulness e di regolazione emotiva, promuovendo così il senso di autoefficacia e di autonomia delle persone; permette di lavorare sul contesto sovra-individuale affrontando le dinamiche di relazioni interpersonali e insegnando alle persone come agire sull'ambiente per ridurre le fonti di disagio e di sofferenza; riguardo in particolare l'ambiente scolastico, si tratta di un percorso adeguato anche per i genitori e per gli insegnanti, offrendo una possibilità di maggiore circolazione del sapere e di promozione dell'empowerment a vari livelli del sistema, promuovendo le capacità problem solving, di efficacia interpersonale e di gestione dei conflitti, e lavorando sul trasferimento delle competenze al sistema nel suo complesso (Begarani, 2022); infine, promuove la creazione di ambienti maggiormente accoglienti e validanti, che consentano in modo più funzionale l'espressione individuale e collettiva.

La finalità della DBT nelle scuole, in particolare delle abilità di regolazione emotiva, di efficacia interpersonale e di gestione degli impulsi, quindi è duplice:

- (i) in un'ottica preventiva, la DBT può fornire agli adolescenti degli strumenti cognitivi e delle strategie comportamentali utili per affrontare le dinamiche e le difficoltà della loro quotidianità;
- (ii) in un'ottica terapeutica, la DBT è anche in grado di intercettare fragilità già manifeste, comportamenti a rischio e situazioni di marginalità, e può costituire un utile supporto per gli insegnanti e per i genitori.

I primi interventi di DBT Skills Training nelle scuole sono stati sperimentati negli Stati Uniti. Un grande lavoro di elaborazione del modello in questo senso si deve a Mazza e colleghi (2016), i quali hanno ideato il programma DBT STEPS-A, adattando lo Skills

Training così come originariamente teorizzato da Linehan al contesto scolastico, e in particolare al lavoro con i pre-adolescenti e gli adolescenti.

Negli ultimi dieci anni sono stati svolti numerosi studi sull'efficacia del modello DBT con gli adolescenti. Senza avere la pretesa di essere esaustivi, citeremo qui i principali:

(i) alcune ricerche hanno dimostrato l'efficacia del trattamento DBT nella riduzione dei comportamenti impulsivi (Rizvi et al., 2016), e in particolare nella riduzione della probabilità di adottare comportamenti a rischio tra giovani caratterizzati da alti tratti di impulsività (Zapolski et al., 2017);

(ii) si è dimostrata l'utilità del trattamento DBT con adolescenti con disturbi del comportamento alimentare (Safer, 2009);

(iii) riguardo il rischio di sviluppare disturbi depressivi, il trattamento DBT con adolescenti si è rivelato efficace nel diminuire la manifestazione dei sintomi depressivi e delle ideazioni suicidarie (Pastorello et al., 2012; Perepletchiskova et al., 2011), così come nella riduzione di comportamenti di autolesionismo e rischio di vita (Mehlum et al., 2014 e 2016);

(iv) la DBT si è rivelata anche utile nel miglioramento dei sintomi legati ad ADHD negli adolescenti (Fleming, McMahon, 2015);

(v) infine, anche l'applicazione della DBT in contesti di educazione alternativa (per esempio con adolescenti che hanno ricevuto un alto numero di provvedimenti disciplinari) ha portato a risultati positivi, quali la riduzione dei comportamenti problematici e dell'aggressività, e la riduzione del distress percepito sia da parte dei ragazzi che da parte dei loro genitori (Ricard et al., 2013).

Per tutte queste ragioni, riteniamo che l'applicazione dei programmi di DBT Skills Training nelle scuole sia particolarmente preziosa per intercettare e trattare i problemi degli adolescenti e dei gruppi classe.

È inoltre importante ricordare anche la cornice della teoria biosociale per comprendere l'utilità della DBT nelle scuole. Dal momento che, secondo Marsha Linehan, le patologie e i disagi pervasivi e cronici emergono dall'interazione di un'alta reattività emotiva e di un ambiente cronicamente invalidante, diviene particolarmente cruciale la progettazione di interventi che contribuiscano a rendere la scuola un ambiente accogliente, promotore di meccanismi relazionali sani e funzionali, dove l'alunno possa esprimersi e trovare un luogo di confronto costruttivo. Inoltre, secondo alcune tendenze attuali della ricerca intorno alla DBT (Mazza et al., 2016) sarebbe auspicabile una scuola in cui anche gli insegnanti abbiano ricevuto un training in DBT e siano dunque in grado di affrontare le proprie difficoltà emotive nella gestione dei gruppi classe, nonché di comprendere e gestire la disregolazione emotiva e l'impulsività tipiche degli adolescenti.

Anche nel contesto italiano negli ultimi anni sono stati proposti in alcune scuole interventi basati sulla DBT, per lavorare con gli alunni ma anche con gli insegnanti e con i genitori³, in un'ottica di empowerment e di circolarità del sapere.

³ Si vedano ad esempio i laboratori proposti ad alcune scuole di Cesena dal Team DBT dell'Unità Operativa Dipendenze Patologiche ASL Cesena - Emilia Romagna

Capitolo 2

Stili di attaccamento, disregolazione emotiva e abilità nucleari di mindfulness

2.1 Introduzione

La fase dell'adolescenza è particolarmente delicata per la strutturazione dell'identità e dell'autonomia personali e per il graduale distacco dal nucleo familiare originario. Tale processo di individuazione e separazione non è infrequente che avvenga tramite la sperimentazione di un senso di invulnerabilità e di sensation seeking, tramite i quali si cerca una strutturazione della propria identità e che spesso rivestono un vero e proprio ruolo normativo e rito di passaggio, determinando il riconoscimento e la stima del gruppo dei pari (Mazza et al., 2016). Gli adolescenti sono inoltre tipicamente soggetti a comportamenti impulsivi, che costituiscono un fattore di rischio non indifferente per lo sviluppo successivo di dipendenze da droghe o alcol.

In generale, trattandosi di un periodo di maturazione e di cambiamenti corporei, cognitivi e affettivi, l'adolescenza costituisce dunque una fase particolarmente a rischio, in quanto le vulnerabilità che si manifestano nell'infanzia possono accentuarsi a causa dei nuovi compiti evolutivi che l'adolescente è tenuto ad affrontare (Ammaniti, Ferrari,

2020; Rathus, Miller, 2016). Se tali fragilità non vengono precocemente intercettate, possono cronicizzarsi in disturbi della personalità o patologiche psichiatriche nell'età adulta (Kim-Cohen et al., 2003).

In questo capitolo ci soffermeremo su alcuni costrutti fondamentali nell'approccio DBT e su alcune evidenze scientifiche relative. In particolare, tratteremo della correlazione tra uno stile di attaccamento insicuro, derivante in ottica DBT da un ambiente cronicamente invalidante, ed il manifestarsi in età adolescenziale di comportamenti impulsivi, di disregolazione emotiva e di ridotte capacità sociali. La finalità sarà quella di fornire una cornice teorica alla necessità di implementare interventi basati sulla DBT nel contesto scolastico, per lavorare in ottica preventiva sulle difficoltà degli adolescenti e dei loro familiari, riconoscendo l'importanza che gli stili di attaccamento con le figure genitoriali svolgano nel determinare lo sviluppo di comportamenti disfunzionali. Citeremo, infine, alcune evidenze neuroscientifiche favorevoli in particolare all'utilizzo delle abilità di mindfulness, che costituiscono le abilità nucleari della DBT, nell'affrontare i problemi sopra citati.

2.2 Stili di attaccamento, fragilità e potenzialità dell'età adolescenziale

Secondo la teoria dell'attaccamento, sappiamo che durante lo sviluppo si formano rappresentazioni mentali derivate dall'esperienza di legami di attaccamento con i caregiver significativi. Queste rappresentazioni mentali (gli Internal Working Models di Bowlby) si pensa siano responsabili di come l'adulto affronta le relazioni interpersonali e le nuove esperienze di vita; inoltre, influenzano il modo in cui le persone processano le informazioni emozionalmente significative. Quindi la teoria dell'attaccamento

suggerisce la presenza di una forte correlazione, riscontrabile già in età evolutiva, tra stile di attaccamento, abilità cognitive e competenze affettive (Hünefeldt et al., 2013).

Le relazioni primarie sono state a lungo studiate per comprendere l'influenza reciproca tra caregivers e bambini. Si è visto ad esempio che i caregivers possono aiutare i bambini a mantenere uno stato di attivazione fisiologica entro limiti tollerabili, permettendo loro di sviluppare gradualmente la capacità di regolare in autonomia le proprie emozioni (Beebe, Lachmann, 2022). La ricerca ha mostrato anche che i bambini esposti in modo regolare ad iperarousal fisiologico non sviluppano una corretta sintonizzazione dei propri sistemi cerebrali inibitori e eccitatori e crescono aspettandosi di perdere il controllo in presenza di qualcosa di sconvolgente (Van Der Kolk, 2014).

Sappiamo inoltre che nelle ricerche su modelli animali e su uomini, il contatto umano e la sintonizzazione rappresentano la fonte dell'autoregolazione fisiologica. Dove questo non è avvenuto in modo sano, per esempio nelle persone traumatizzate o cresciute in ambienti non sicuri e fortemente invalidanti, l'intimità fisica può essere percepita con grande ansia, paura e vergogna (Van Der Kolk, 2014, p.242).

Vi sono numerose evidenze scientifiche che mostrano che in alcune persone l'attivazione del sistema limbico, ed in particolare dell'amigdala, è più forte della media in risposta a stimoli interni o a stimoli ambientali. Sappiamo inoltre che l'attivazione dell'amigdala varia anche in base allo stile di attaccamento della persona e al grado di sicurezza percepita nelle relazioni (Cozolino, 2020; Siegel, 2007); dunque il pattern di attaccamento può influenzare direttamente la capacità delle persone di reprimere i pensieri negativi, di regolare in modo efficace il comportamento e le proprie emozioni.

La configurazione di stili di attaccamento insicuri è il risultato di ciò che la teoria DBT chiama "ambiente invalidante" (Linehan, 2015). Dalla ricerca attuale, sappiamo che

bambini cresciuti in ambienti invalidanti e che hanno sviluppato uno stile di attaccamento insicuro sono più a rischio di sviluppare disturbi internalizzanti (quali ad esempio disturbi d'ansia, disturbi depressivi), esternalizzanti (per esempio, disturbo della condotta, disordini comportamentali) o ritiro sociale (Rasmussen et al., 2019; Hünefeldt et al., 2013).

Vediamo più nel dettaglio i fattori di rischio e gli effetti negativi di uno stile di attaccamento insicuro.

2.2.1 Funzione simbolica e metacognizione

Dalle attuali ricerche emerge che la funzione simbolica riveste un ruolo fondamentale nel processo di regolazione degli affetti e fornisce gli strumenti mentali (l'immaginazione e la parola) essenziali per riconoscere le emozioni, per discriminarle l'una dall'altra e distinguerle dalle sensazioni corporee (Caretta, 2005); queste capacità richiedono l'applicazione del pensiero, del linguaggio e delle rappresentazioni mentali.

Vi sono ormai numerose evidenze relative al fatto che lo stile di attaccamento insicuro ha un effetto negativo sullo sviluppo nel bambino delle abilità interattive e cognitive, dunque sulla sua capacità di saper regolare i propri stati emotivi attraverso la loro individuazione, descrizione ed elaborazione.

Interventi volti ad esercitare la consapevolezza di sé e la metacognizione potrebbero quindi avere un ruolo importante nella riduzione dell'alessitimia.

Connesse alle capacità di simbolizzazione vi sono anche le capacità narrative, che correlano con capacità riflessive e di pensiero coerente. La ricerca ha mostrato che vi è una consistente correlazione tra narrazioni coerenti e stile di attaccamento sicuro, così come tra narrazioni incoerenti e stili di attaccamento evitanti, ansiosi o disorganizzati

(Cozolino, 2020). I soggetti con stili di attaccamento insicuri infatti hanno maggiori probabilità di presentare capacità narrative frammentarie, con vuoti di memoria, scarsa consapevolezza di ciò che raccontano, irruzioni emotive molto forti, deficit nel consolidamento della memoria episodica. Tutto questo si pensa accada perché le forme di attaccamento insicure, a grado variabile, portano alla formazione di meccanismi di difesa quali la negazione, l'evitamento e intellettualizzazione, che hanno una ricaduta negativa sulla coerenza narrativa e di pensiero delle persone (Cozolino, 2020).

In questo senso, uno strumento come la Dialectical Behavior Therapy può essere molto utile poiché teso ad aumentare la consapevolezza delle persone riguardo i propri pensieri, comportamenti ed emozioni. Particolarmente utili in questo senso sono le abilità di mindfulness e alcuni strumenti specifici come, ad esempio la *chain analysis* (Linehan 2015), che richiede alle persone costruire una narrazione coerente e puntuale degli eventi che hanno portato alla messa in atto di un comportamento impulsivo disfunzionale.

2.2.2 Sistemi esecutivi e disregolazione emotiva

Dal punto di vista della ricerca neuroscientifica, sappiamo che una persona con attaccamento sicuro ha una buona funzionalità (dunque non mostra ipo- o iperattivazione) delle aree corticali prefrontali orbitomediali, della corteccia cingolata anteriore, dell'insula e dell'amigdala (Cozolino, 2020).

Dal momento che si tratta di circuiti molto complessi sia dal punto di vista anatomico che funzionale, vengono di solito suddivisi in tre principali sistemi esecutivi, per distinguerne al meglio l'organizzazione e le funzioni:

- (i) il primo sistema esecutivo è formato dal circuito limbico e dalle aree comprendenti il tronco encefalico e l'ipotalamo, e modula in particolare l'arousal fisiologico, e

l'intensità delle emozioni, ed è direttamente connesso con la sensazione di sicurezza percepita. Questo significa che un'iperattivazione del circuito comporta uno stato di allerta prolungato e una maggiore reattività emotiva e sensibilità agli stimoli percepiti come potenzialmente pericolosi. L'attivazione dell'amigdala infatti è correlata all'attività del sistema nervoso autonomo ortosimpatico, che prepara l'individuo a reazioni di attacco/fuga o di freezing. La dominanza del SNA ortosimpatico corrisponde ad un modello di attaccamento di tipo ansioso-ambivalente, caratterizzato da irritabilità, propensione alla dipendenza, comportamento incontrollato, ridotta capacità di recupero da situazioni stressanti (Cozolino, 2020). Al contrario, un sistema nervoso autonomo orientato verso una dominanza parasimpatica correla con uno stile di attaccamento insicuro-evitante, con una probabile riduzione dell'espressività emotiva e del contatto visivo e fisico (Cozolino, 2020). Si è visto inoltre che i soggetti con attaccamento insicuro-evitante mostrano una maggiore disattivazione delle aree corticali fronto-mediali, e questo riflette una maggiore inibizione dei comportamenti di attaccamento (Lenzi et al., 2013). In sintesi, dunque l'amigdala e i circuiti ad essa correlati servono per regolare i comportamenti di avvicinamento o di evitamento, e per valutare rapidamente l'ambiente e gli stimoli circostanti, per garantire la sopravvivenza di base della persona;

- (ii) il secondo sistema esecutivo coinvolge le aree parieto-frontali che regolano i movimenti volontari, i tentativi di risoluzione dei problemi e il pensiero astratto;
- (iii) il terzo sistema esecutivo comprende invece le aree della corteccia prefrontale orbitomediale e della corteccia del cingolo che servono per l'elaborazione interiore e sociale, per la riflessione e per le attività immaginative. Questo sistema comprende anche un'altra area molto importante per i nostri scopi, il Default Mode

Network, che è il sistema che si attiva normalmente in stati di riposo e in compiti legati alla consapevolezza di sé e alla consapevolezza sociale, durante atti di immaginazione o di fantasticherie (Cozolino, 2020). Il Default Mode Network serve quindi a “*tessere esperienza cosciente del sé fisico con la memoria autobiografica e la capacità di immaginare il futuro*” (Cozolino, 2020, p.111); sembra quindi essere un circuito fondamentale per generare la sensazione di continuità temporale dell’esperienza che il soggetto fa di se stesso, che è un importante fattore di protezione contro l’insorgenza di stati dissociativi ed è utile per costruire solide capacità autoriflessive e uno stabile senso di identità. Si ritiene inoltre che l’attività del Default Mode Network sia connessa alle capacità di connessione con gli altri, con ciò che in generale è identificata come Theory of Mind (ToM). Nei prossimi paragrafi approfondiremo il concetto di ToM e vedremo le correlazioni tra abilità di mindfulness e attività del Default Mode Network.

Rispetto alla disregolazione emotiva, vediamo più nel dettaglio quello che succede a livello neurale. Abbiamo visto che il primo dei tre sistemi esecutivi è composto dal circuito limbico, il quale ha un ruolo fondamentale nella regolazione emotiva; per questo in letteratura è talvolta chiamato *cervello emotivo* (LeDoux, 2014). Il cervello emotivo è particolarmente prezioso quando si tratta di reagire velocemente, a seguito di una valutazione grossolana, a stimoli interni o esterni. Secondo alcuni modelli recenti delle emozioni, l’elaborazione degli stimoli da parte del sistema limbico è in gran parte automatica e non richiede necessariamente la consapevolezza conscia dello stimolo (LeDoux, 2015). In particolare, l’amigdala è in grado di elaborare le minacce e innescare risposte condizionate e fisiologiche anche in assenza di un sentimento consapevole di paura da parte del soggetto. Secondo questa teoria, i circuiti delle

emozioni (di cui l'amigdala è parte) sono distinti dai circuiti difensivi, che servono invece a generare comportamenti utili alla sopravvivenza (allerta, concentrazione su stimoli potenzialmente minacciosi, aumento dell'arousal) e sono associati ad una consapevole sensazione di paura (LeDoux, 2015).

Tendenzialmente, quando il cervello emotivo è molto attivato, i lobi frontali, cruciali per la pianificazione, la riflessione e il monitoraggio del comportamento, sono meno attivi. In soggetti che non presentano particolari patologie, questa alternanza nelle attivazioni cerebrali è funzionale alla sopravvivenza e al benessere, dal momento che garantisce una adeguata flessibilità di risposta agli stimoli e una funzionale modulazione dell'arousal fisiologico e delle emozioni. In alcune persone però può manifestarsi uno sbilanciamento verso l'iperattivazione dei circuiti del cervello emotivo, anche in assenza di corrispondenti stimoli. Come già accennato, si tratta di persone con un alto livello basale di attivazione fisiologica e una conseguente ipoattivazione del sistema esecutivo prefrontale. Si tratta quindi dei pazienti cui si riferiva Linehan nella descrizione degli stati di intensa disregolazione emotiva, causati proprio da un'alta reattività agli stimoli emotivamente rilevanti e da un lento ritorno alla linea di base. Questo stato di elevata attivazione fisiologica, associato ad una disattivazione delle regioni frontali, provoca una marcata difficoltà a divenire consapevoli delle proprie emozioni. La disregolazione emotiva è infatti spesso associata a livelli maggiori di alessitimia (Meaney et al., 2016,;Chen et al., 2011).

Per usare un'espressione di Van Der Kolk, si tratta di soggetti che tendono a registrare le emozioni come problemi fisici piuttosto che come segnali, a sostituire cioè il linguaggio dell'azione con quello dell'emozione (Van Der Kolk, 2014).

Un paradigma teorico utile per comprendere l'alternanza dell'attivazione dei vari circuiti cerebrali in relazione allo stato emotivo è fornito dalla teoria polivagale di Porges, che nella letteratura scientifica è stata spesso associata allo studio del trauma (Porges, 2014; 2011).

La teoria polivagale afferma che nei mammiferi vi sono tre sottosistemi parte del Sistema Nervoso Autonomo. In ordine di sviluppo evolutivo si tratta di:

- (i) vago dorsale non mielinizzato (che corrisponde al SNA parasimpatico): questo origina dal nucleo dorsale del vago e ha come funzione primaria il controllo dei visceri addominali, dell'intestino e dei processi digestivi; si attiva inoltre durante l'espiazione. È interessante notare il fatto che è proprio su questo principio che Linehan ha costruito le abilità TIPP del modulo di Tolleranza della Sofferenza⁴;
- (ii) sistema nervoso ortosimpatico: regola la motilità, le risposte di attacco e fuga, aumenta la frequenza e la portata cardiaca e inibisce il sistema digerente;
- (iii) vago ventrale mielinizzato, o sistema della comunicazione sociale: esiste solo nei mammiferi, ha influenza sulle funzionalità viscerali e comunica con nervi cranici che regolano le espressioni facciali e la fonazione; modula l'attivazione autonoma e l'espressione emotiva, con la finalità di promuovere la sintonia emotiva, l'accudimento e il contatto sociale, regolare le relazioni e le interazioni con gli altri (Cozolino, 2020; Porges, 2011).

La rapida inibizione e disinibizione del tono vagale può rapidamente mobilitare o rilassare l'organismo. A questo proposito, Van Der Kolk (2014) parla di *vagal brake*

⁴ Le TIPP sono abilità che servono a favorire l'attivazione del SNA parasimpatico, abbassando il livello di attivazione fisiologica del soggetto e favorendo di conseguenza le sue capacità di regolazione emotiva. Una TIPP particolarmente interessante è quella che insegna ad aumentare il tempo di espiazione rispetto a quello di ispirazione. In questo modo, si favorisce l'attività bradicardica (aritmia sinusale respiratoria) e favorendo così l'attività bradicardica (aritmia sinusale respiratoria) e dunque l'attivazione del SNA parasimpatico.

riferendosi ai casi in cui il vago è maggiormente attivato rispetto al sistema ortosimpatico.

Di fronte a una minaccia grave, l'organismo reagisce tendenzialmente in due modi: dapprima potrà attivare il sistema ortosimpatico, con la conseguente inibizione del sistema della comunicazione sociale. Se però la reazione di attacco/fuga non fosse sufficiente a disinnescare il pericolo, potrà attivare nuovamente il sistema parasimpatico, che provoca reazioni di congelamento (freezing) e un'accentuata bradicardia. Si tratta questa di una strategia estrema che permette all'organismo di conservare maggiore energia.

La posizione ora predominante in ambito neuroscientifico interpreta la prevalenza del tono vagale ventrale in associazione ad uno stato di benessere e sicurezza. In una condizione di salute, inoltre, la dominanza dei tre sistemi è fluttuante ed efficacemente integrata all'interno della finestra di tolleranza del soggetto verso le proprie emozioni. Tale finestra rappresenta infatti la situazione ottimale di attivazione emotiva e fisiologica, in cui gli stimoli esterni possono essere efficacemente processati ed integrati senza alterare in modo importante l'omeostasi dell'organismo. In condizioni di salute la dominanza dei tre sottosistemi è fluttuante ed efficacemente integrata all'interno di un range che Siegel definisce "finestra di tolleranza" (Siegel, 2007). In tale finestra le attivazioni emotive e fisiologiche agli stimoli esterni possono essere efficacemente integrate senza alterare l'omeostasi dell'organismo. L'ampiezza di tale range presenta una variabilità sia interindividuale che intraindividuale, ed è molto influenzata dalla storia di vita della persona. Come vedremo nel paragrafo successivo, le persone fortemente traumatizzate dispongono di un range di tolleranza molto limitato; questo le

rende quindi particolarmente soggette ad esplosioni comportamentali derivate da un'eccessiva attivazione fisiologica di fronte ad eventi emotivamente rilevanti.

2.2.3 Trauma e sintomi dissociativi

Sappiamo che uno stile di attaccamento insicuro nel bambino è correlato ad un maggiore rischio di sviluppare stress post-traumatico in età adulta; il bambino con scarsa autostima e ridotta fiducia nelle proprie capacità di entrare in relazioni non disfunzionali con gli altri è infatti dotato di meno fattori protettivi (resilienza, capacità di coping, capacità di costruire relazioni sane che gli diano benessere e sicurezza) contro lo sviluppo del PTSD (Ogle et al., 2015).

Alcune forme di attaccamento insicuro hanno alla base meccanismi di dissociazione, intesa come meccanismo di difesa che l'Io attiva al fine di regolare stati affettivi altrimenti intollerabili. La dissociazione priva quindi il soggetto della possibilità di fare esperienza del proprio mondo interno nel suo complesso e di poter accedere alle proprie emozioni. Privato della possibilità di venire a contatto profondo con i propri stati emotivi, però, il soggetto rimane vittima di essi e non riesce a sviluppare gli strumenti necessari a regolarli e ad adeguarli alle aspettative dell'ambiente. I meccanismi di dissociazione portano il soggetto a vivere in *“un mondo in cui il tempo sembra essersi fermato e con esso la possibilità di ricordare, pensare, in un eterno presente scandito dal procedere ritmico e ciclico del bisogno della ripetizione e della ripetizione del bisogno”* (Caretta, 2005, p.255). Vedremo in seguito l'influenza positiva delle abilità di mindfulness sugli stati dissociativi.

Dal punto di vista neurale, i soggetti fortemente traumatizzati e con PTSD presentano una alterazione marcata nell'equilibrio funzionale tra amigdala e lobi frontali. Molti

studi di neuroimaging hanno mostrato infatti che le persone che provano spesso emozioni molto intense, presentano una maggiore attività delle aree sottocorticali coinvolte nel processamento degli stimoli emotivi, e mostrano anche una riduzione della normale attività a livello della PFC (Van der Kolk, 2015).

Le persone traumatizzate hanno frequenti esperienze di ricordi intrusivi traumatici, di stati emotivi intensi, di forti ansie e angosce. In particolare, a seconda di quale dei tre sistemi sopra illustrati prevalga, possono manifestare:

- iperattivazione: reattività emozionale, ipervigilanza, immagini intrusive, sintomi ossessivi;
- congelamento: elevata attivazione associata ad immobilità agitata, risposte difensive di freezing;
- ipoattivazione: collasso, emozioni appiattite, ovattamento, risposte di sottomissione.

2.2.4 Theory of Mind e cervello sociale

La Theory of Mind (ToM) è la capacità di generare un'inferenza automatica su ciò che gli altri fanno e su quali potrebbero essere le loro intenzioni, creando connessioni causa-effetto ed usando le conoscenze già possedute sul mondo sociale e fisico (Cozolino, 2020). Per quanto riguarda la conoscenza degli altri, è naturalmente fondamentale anche il filone di ricerca basato sullo studio dei neuroni specchio e sul loro ruolo nell'apprendimento imitativo e nella coordinazione del comportamento in gruppo (Ammaniti, Gallese, 2014).

Lo stile di attaccamento, quindi, può influenzare la ToM, in particolare per quello che riguarda la variabilità, la frequenza e il livello di accuratezza nel processo di attribuzione di stati mentali ad altre persone (Hünefeldt et al., 2013).

Si pensa quindi che vi sia una correlazione tra uno stile di attaccamento insicuro ansioso e una difficoltà di mentalizzazione. Si è infatti visto che l'ansia può essere associata ad una mentalizzazione meno accurata, e questo era particolarmente evidente negli adolescenti più giovani. Si pensa che vi sia una causa comune che influenza sia lo stile di attaccamento che lo sviluppo della ToM, per esempio una inconsistenza della presenza materna (Hünefeldt et al., 2013). Un fattore di rischio particolarmente importante è una scarsa mindmindedness da parte degli adulti di riferimento, che può influenzare negativamente l'autostima del bambino e la formazione di una adeguata teoria della mente.

Lavorare con gli adulti sulla propria mindmindedness può costituire quindi, in ottica preventiva, un importante fattore di protezione ed aiutare i caregivers a costruire relazioni sicure con i propri figli.

Forme di attaccamento sicuro sono anche necessarie per lo sviluppo di quello che alcuni autori definiscono “cervello sociale” (Kandel, 2018, p.55), che si riferisce alla rete cerebrale connessa ai meccanismi di interazione sociale: ipotalamo, amigdala, corteccia temporale inferiore, giunzione temporo-parietale, lobo parietale inferiore e giro frontale inferiore. Oggi si hanno anche evidenze a favore del fatto che il cervello sociale, in particolare la mPFC, siano coinvolte nel processamento del mondo sociale e nella social cognition già dai primissimi anni di infanzia, suggerendo quindi che tale area svolga un ruolo molto importante fin dall'inizio della vita e che dunque il cervello umano si sia fondamentalmente adattato per svilupparsi in un contesto sociale (Grossman, 2013).

Queste scoperte sono state avallate anche da studi sui disturbi dello spettro autistico e sui relativi deficit cerebrali (Kandel, 2018).

Si hanno inoltre evidenze a favore del fatto che vi sia una riduzione significativa dell'ansia sociale in persone con stile di attaccamento sicuro; questo permette di inferire

che esperienze precoci di attaccamento insicuro possano generare forme di ansia sociale (Read et al., 2018), la quale aggrava e cronicizza le strategie di regolazione emotiva disfunzionali apprese durante l'infanzia.

2.2.3 Comportamenti di dipendenza e legami familiari

Secondo alcune posizioni teoriche attuali, uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti di dipendenza in età adolescenziale è l'incapacità di gestire l'ansia di separazione da genitori con i quali non si era sviluppato un tipo di attaccamento sicuro. Questo porta ad utilizzare in modo compulsivo quelli che Caretti definisce "oggetti-droga" (Caretti, 2005, p.250), cioè oggetti (inteso in senso ampio, quindi anche persone) verso i quali sono indirizzati i comportamenti di dipendenza, con la finalità di gestire nel modo migliore possibile le emozioni negative molto intense di cui queste persone fanno esperienza. In questa ottica, l'adolescenza è intesa anche come un periodo di lutto, che serve ad abbandonare le rappresentazioni infantili delle relazioni e del Sé, creandone di nuove che possano integrare gli aspetti del passato con quelli del presente e con le rappresentazioni che l'adolescente ha di sé e del mondo nel futuro (Caretti, 2005).

La ricerca attuale riconosce che vi siano dei meccanismi attraverso i quali le influenze familiari provocano il cambiamento del comportamento dei figli, aumentando l'esposizione alle situazioni rischiose o la vulnerabilità verso tali situazioni. In questo senso, l'incremento dei comportamenti impulsivi in adolescenza gioca un ruolo cruciale: come la ricerca di sensazioni, anche l'impulsività è un tratto di personalità che,

in certe condizioni, rende l'individuo più suscettibile allo sviluppo di una dipendenza patologica.

In generale, i comportamenti di dipendenza in età giovanile sono basati sulla ricerca di un piacere immediato e si muovono lungo una linea sottile e non sempre facilmente identificabile tra sano e patologico, tra funzionale e disfunzionale (Caretti, 2005, p.235).

A volte infatti si tratta di tentativi di esprimere difficoltà riguardo al raggiungimento di tappe evolutive importanti; altre volte rappresentano slanci vitali di fatto supportati dal tipo di società in cui viviamo oggi, la società del consumo, della velocità, del rischio (Begarani, 2022).

Da una ricerca svolta su un gruppo giovani che consumavano occasionalmente sostanze (Caretti, 2005) è emerso che i ragazzi non vivevano in contesti sociali particolarmente degradati o devianti, ma anzi si integravano senza apparente fatica negli ambienti quotidianamente frequentati; allo stesso tempo però manifestavano un'assenza di investimento affettivo verso le attività quotidiane, una scarsa partecipazione attiva alla vita, un senso di vuoto e di distacco percepito, che alimentava emozioni difficili da gestire, come per esempio la noia e l'indifferenza. In questa ottica, l'uso di sostanze e l'adozione più in generale di comportamenti a rischio può svolgere un importante ruolo (per quanto disfunzionale) di ridare un senso alla quotidianità, di sentirsi fisicamente ed emotivamente vitali. In questo senso, risulta particolarmente importante allenare una maggiore consapevolezza di sé stessi e lavorare sull'accrescimento della partecipazione alla propria vita e sull'incremento delle emozioni positive.

2.3 Il ruolo delle abilità nucleari di mindfulness sulla disregolazione emotiva

Come già evidenziato nel primo capitolo, per Linehan (2015) le abilità di mindfulness costituiscono la base necessaria del trattamento DBT. In questo paragrafo illustreremo

l'orientamento attuale della ricerca neuroscientifica riguardo il ruolo delle pratiche di mindfulness nella modulazione di alcuni circuiti cerebrali e nella regolazione emotiva.

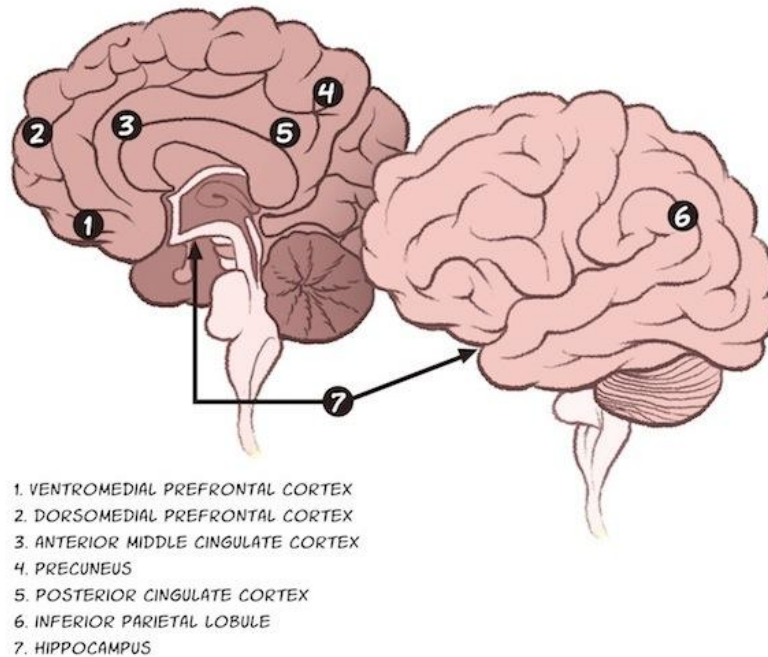
Allenare la abilità di mindfulness significa imparare a prestare attenzione al momento presente, in modo non giudicante, per comprendere i propri stati emotivi, pensieri e comportamenti; significa quindi imparare a contenere e non agire gli impulsi e ad evitare quindi di mettere in atto comportamenti disfunzionali. Infine, la mindfulness insegna a stare a contatto con la natura transitoria delle nostre emozioni e dei nostri pensieri (LeDoux, 2014). Linehan stessa ha sottolineato più volte l'importanza di lavorare, durante gli Skills Training, sulla capacità dei pazienti di accettare il continuo alternarsi degli stati emotivi per imparare a non sentirsi eccessivamente invischiati e controllati da essi.

Riprendendo il paradigma bio-sociale illustrato nel primo capitolo, ricordiamo che le persone che hanno un alto livello di sensibilità e reattività emozionali manifestano spesso una intensa disregolazione emotiva e comportamentale, associata a un lento ritorno alla linea di base di arousal fisiologico. Esercitare la mindfulness, in questo senso, aiuterebbe a rimanere padroni di sè stessi anche durante forti attivazioni emotive, a non innescare quello che Siegel definisce *il pilota automatico* (Siegel, 2007, p.23) e a potenziare, al contrario, la metacognizione, cioè la riflessione sulla natura dei propri pensieri e processi mentali.

Sono ormai numerose le evidenze riguardanti l'impatto positivo della mindfulness sui costrutti di: (i) disregolazione emotiva; (ii) controllo dell'attenzione; (iii) riduzione della reattività; (iv) aumento della resilienza come fattore protettivo.

Vediamo ora più nel dettaglio i cambiamenti che una costante pratica di mindfulness provoca al livello dell'attività neurale.

Uno dei più importanti circuiti coinvolti è il Default Mode Network (DMN), che comprende varie aree tra cui la corteccia cingolata posteriore (PCC), la corteccia prefrontale mediale (mPFC) e dorso-mediale (dmPFC), la giunzione temporo-parietale, il giro angolare e la corteccia temporale anteriore e laterale.



Source: Immordino-Yang, M.H., Christodoulou, J.A., & Singh, V. (2012). Rest is not idleness: Implications of the brain's default mode for human development and education. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 352-364. Adapted with permission.

Grazie agli studi di brain imaging, si è dimostrato che il DMN è attivo quando il soggetto è impegnato in attività cognitive interne quali l'immaginazione, la pianificazione del futuro, il fantasticare mind-wandering (Poerio et al., 2017), il recupero di ricordi autobiografici, la mentalizzazione (Buckner et al., 2008).

In assenza di alterazioni funzionali o anatomiche, l'attività del DMN si riduce quando il soggetto è impegnato in compiti di attenzione e di controllo volontario del comportamento e dei pensieri.

La mPFC, parte del DMN, svolge importanti funzioni quali la regolazione e l'inibizione delle risposte emozionali. Serve inoltre ad integrare segnali emotivi nel processo decisionale, in un meccanismo molto complesso e differenziato dal quale originano le nostre scelte anche profonde in ambito morale (Kandel, 2018).

In particolare, la mPFC è divisa in due parti: la parte dorsale è coinvolta nella valutazione e nell'espressione delle emozioni, mentre la parte ventrale ha un ruolo regolatore rispetto alle regioni limbiche coinvolte nel generare risposte emotive (Etkin et al., 2011). Ci sono evidenze secondo le quali la parte ventrale della mPFC codifica stimoli emotivi e regola l'ansia e l'estinzione della paura. Sembra che lo stress influenzi il livello di attivazione di vmPFC e quindi influenzi la regolazione emotiva, con una variabilità interindividuale che dipende dal livello di reattività delle persone (Suzuki, Saori, 2021).

La corteccia prefrontale dorso-laterale (dlPFC) invece non fa parte del DMN ed è particolarmente importante per funzioni esecutive di vario tipo in quanto permette di autoregolare e monitorare online il comportamento volontario e regola le funzioni della working memory.

Una funzionalità alterata del DMN può comportare nel soggetto una maggiore tendenza alla distrazione, una predisposizione a sviluppare l'ADHD (Siberstein et al., 2016) ed un mind-wandering più frequente che può impattare negativamente sulle attività quotidiane e sulla pianificazione del comportamento; a questo proposito sono state

svolte molte ricerche riguardanti la correlazione tra un'alterata attivazione del DMN e l'abuso di sostanze (Zhang, Volkow, 2019).

Si è dimostrato a questo proposito che i training di mindfulness, aumentando le capacità di focalizzazione dell'attenzione, riducono l'attività del DMN favorendo le capacità di monitoraggio e controllo del comportamento (Siegel, 2007; Brewer et al., 2011). Modulano inoltre l'attivazione della corteccia prefrontale aumentandone l'attività e favorendo il suo ruolo di integrazione di varie attività neurali. Sembra, infatti, che l'integrazione neurale abbia un ruolo importante per l'esperienza soggettiva di stati di benessere (Siegel, 2007, 32), per la sintonizzazione interpersonale (Siegel 2007, p.46) e per l'autoconsapevolezza (LeDoux, 2014).

L'ipotesi è che promuovere un senso di sé continuo ed integrato favorisca il benessere della persona dal momento che la capacità di fermare la mente e il corpo per un certo periodo di tempo permette di sperimentare un senso di coerenza nel momento presente e di accedere al proprio mondo immaginario interiore. In questo senso è importante, per rimanere nel presente fermando la mente, ciò che Cozolino chiama *free won't*, ovvero la capacità di riconoscere un impulso ad agire e di resistervi (Cozolino, 2020, p.171).

Rispetto alla disregolazione emotiva, allenare le abilità di mindfulness imparando a vivere nel momento presente sembra essere un potente disinnescò del potere delle memorie traumatiche e dell'ansia anticipatoria, così come sembrano particolarmente importanti sviluppare un senso di autoefficacia, di agency e di controllo sulla propria vita (Van der Kolk, 2014).

Queste abilità servono infatti a contrastare i meccanismi di difesa tipici delle persone traumatizzate, come per esempio la dissociazione. In modo particolarmente elegante, Caretti definisce la dissociazione come “*una distorsione, limitazione o perdita dei*

normali nessi associativi, con conseguente incongruenza tra idee, tra idee ed emozioni, e tra pensiero e comportamento, dove è leggibile una separazione e nel contempo un allacciamento arbitrario tra i diversi elementi della vita psichica (...). Si tratta di una spaccatura verticale tra diversi stati del sé, una frammentazione delle funzioni integrative fisiologiche e psicologiche. Si interrompe quel flusso di stati che normalmente viene definito coscienza (Caretta, 2005, p.260). La ricerca concorda nell'interpretare la dissociazione come una strategia adattiva inconsciamente utilizzata nel momento in cui si vive un'esperienza fortemente traumatica. Tuttavia, la dissociazione diviene una strategia profondamente disadattiva quando si cronicizza e inizia ad essere sperimentata dal soggetto anche in assenza di minacce reali.

Considerando tutte queste evidenze, sembra quindi che la capacità di raggiungere e conservare un moderato livello di arousal e di non polarizzare il cervello verso l'iperattivazione o l'ipoattivazione del circuito emotivo serva a portare entro un range di normalità l'attivazione dei tre sottosistemi autonomici e a far sperimentare al soggetto uno stato di equilibrato benessere e di connessione con gli altri.

In generale, i principi alla base della mindfulness sono utili quando ci interessa osservare una situazione da prospettive differenti, sospendendo il giudizio sulla stessa e separandoci temporaneamente dal nostro personale punto di vista (Siegel, 2007). Questo permette alla persona di non reagire in modo impulsivo a certe configurazioni ambientali o ad emozioni o pensieri particolarmente attivanti; al contrario, l'atteggiamento mindful permette di scegliere il modo migliore di comportarsi, valutando la situazione con una prospettiva più ampia rispetto agli abituali schemi cognitivi e comportamentali, appresi nel tempo e consolidati fino a diventare abituali. Le persone che manifestano intensa disregolazione emotiva e comportamentale quindi, allenando le abilità di mindfulness, potrebbero imparare a non dover necessariamente

reagire alla propria esperienza interna e esterna, disinnescando il pilota automatico ed accedendo ad un piano metacognitivo, cioè di consapevolezza sui propri pensieri e sulle proprie emozioni.

Capitolo 3

Il progetto: realizzazione di laboratori orientati al DBT Skills Training nelle scuole del Distretto di Fidenza

3.1 Introduzione

Come abbiamo visto nei capitoli precedenti, il benessere delle persone che frequentano la scuola a vario titolo (alunni, insegnanti, genitori) non dipende solo dalle competenze cognitive che si acquisiscono o che si insegnano, ma anche da un delicato equilibrio tra una serie di fattori, quali la consapevolezza di se stessi, la capacità di costruire buone relazioni, la capacità di mantenere i propri obiettivi, di coltivare le proprie passioni e di sviluppare strategie di coping e di problem solving adeguate al contesto. L'aumento di queste competenze permette alle persone di sentirsi maggiormente connesse a se stesse e agli altri e di coltivare il pensiero positivo e la gratitudine.

Inoltre, come rilevato dai report della Regione Emilia Romagna (HBSC, 2018), in ambito scolastico è rilevante la percentuale di pre-adolescenti e adolescenti che manifestano comportamenti problematici quali episodi di bullismo, di impulsività, di dipendenze in fase pre-adolescenziale e adolescenziale, di disturbi del comportamento alimentare, di abbandono scolastico e di ritiro sociale.

Negli ultimi anni, per rispondere a una sempre maggiore richiesta di supporto da parte degli istituti scolastici a professionisti della salute, si sono quindi messe in atto varie progettualità con diverse metodologie per offrire agli studenti e agli insegnanti la possibilità di sviluppare maggiore competenza emotiva e relazionale e di utilizzarle per migliorare la propria quotidianità in un'ottica di accrescimento del benessere individuale e collettivo.

Tenendo conto di questi aspetti e di quanto già esposto nei capitoli precedenti, ci focalizzeremo qui su una specifica proposta di intervento orientata alle DBT Skills Training nel contesto scolastico.

L'idea di questo lavoro è nata dalla collaborazione con l'Associazione Gruppo Amici Onlus di Fidenza, che da oltre trent'anni lavora nel settore delle dipendenze patologiche.

L'Associazione ha iniziato la propria attività negli anni Novanta iniziando a gestire una Comunità Terapeutica per persone con dipendenze da sostanze. Negli anni ha iniziato a coordinare altre strutture socio-sanitarie ed ha ampliato la propria area di intervento lavorando in sinergia con i Servizi locali (SerDp, CS, ASP, Centro per le Famiglie), inserendosi nei Piani di Zona distrettuali e collaborando con gli istituti scolastici del Distretto di Fidenza, offrendo alle classi incontri sulla prevenzione delle dipendenze comportamentali e laboratori di Skills Training ideati a partire dal metodo DBT.

La finalità dei laboratori svolti a scuola è quella di offrire strumenti per gestire la disregolazione emotiva e comportamentale degli adolescenti e sensibilizzare studenti e insegnanti sul tema.

Negli ultimi anni, la struttura dei laboratori di Skills Training si è perfezionata e stabilizzata e al momento l'Associazione li offre a tutte le principali scuole superiori di

primo e di secondo grado di Fidenza e dei territori limitrofi (San Secondo, Zibello, Fontevivo, Fontanellato, Salsomaggiore).

Fino ad ora questi interventi sono stati strutturati come segue: per ogni classe si svolgono tre incontri, a distanza di due o tre settimane l'uno dall'altro, in cui si introducono agli alunni i concetti di regolazione emotiva, di gestione degli impulsi e di discontrollo comportamentale.

In particolare, il primo incontro si apre con un gioco di presentazione in cui gli studenti sono invitati a dire il proprio nome, due aggettivi che li descrivono e una passione o hobby che coltivano. Si inizia poi a ragionare sul tipo di emozioni che hanno provato svolgendo questo esercizio e ci si sofferma in particolare sui vissuti di ansia, di imbarazzo, di vergogna, introducendo il tema della paura del giudizio degli altri e le dinamiche comportamentali che questa può attivare nel gruppo classe. Si prosegue poi approfondendo il ruolo delle emozioni e ci si sofferma sui vissuti emotivi più difficili da gestire. Si introduce quindi il concetto di impulso, inteso come una spinta ad agire con la finalità di scaricare una o più emozioni preponderanti in un dato momento. Per ragionare sul comportamento impulsivo, si introduce il tema dei tre stati della mente e si ragiona con gli alunni su vari esempi di mente emotiva, mente razionale e mente saggia. Durante il secondo incontro si lavora sull'aspetto cognitivo e metacognitivo, quindi sul pensiero e sulle interpretazioni, e ci si sofferma sul legame bidirezionale tra emozioni e pensieri e sul ruolo che certi meccanismi di pensiero (bias negativo, rimuginio) svolgono nel mantenere vive le emozioni negative.

Ci si addentra poi nella spiegazione del modello delle emozioni della DBT (Rathus, Miller, 2016) soffermandosi sul tema delle conseguenze delle azioni impulsive e sulla differenza tra impulso e azione.

Infine, si introduce il tema dei fattori di vulnerabilità, cercando di capire come questi possono influenzare l'intensità delle emozioni percepite.

Nel terzo e ultimo incontro e si affronta il tema delle relazioni interpersonali. Il ragionamento si basa su tre aspetti: come creare e mantenere buone relazioni, come raggiungere i propri obiettivi e saper dire di no, come rispettare sè stessi e i propri valori. Per questo incontro si utilizzano spunti tratti dal modulo Efficacia interpersonale del DBT Skills Training.

Dal momento che il format di questi laboratori ha ricevuto un buon riscontro sia da parte degli alunni che da parte degli insegnanti e dei Dirigenti scolastici, si ha ora l'intenzione di costruire un modello di intervento più complesso basato sul modello DBT che preveda lo svolgimento di tutti i moduli così come sono presentati nel Manuale (Rathus, Miller, 2016) e che abbia la durata di un intero anno scolastico, in modo da poter seguire le stesse classi da settembre fino a giugno.

Ecco, dunque, lo scopo di questo ultimo capitolo e in generale di questo lavoro di tesi: la progettazione dettagliata di tali laboratori destinati a tre target differenti (alunni, genitori e insegnanti), con la finalità di presentarli alle scuole come proposta concreta di intervento da realizzarsi a partire dal prossimo anno scolastico 2023-2024.

Il progetto prevederà una prima fase pilota, in cui verrà realizzato in due istituti, una scuola superiore di primo grado e una di secondo grado del Distretto. A partire dagli anni successivi, una volta valutato l'andamento ed eventuali modifiche necessarie da apportare, potrà essere offerto a un numero più elevato di istituti.

In aggiunta alla progettazione dei laboratori, saranno identificati anche indicatori specifici da monitorare nel corso degli interventi, per valutare l'impatto degli stessi sulle classi. Questa parte di ricerca e valutazione del progetto è stata ideata dall'Associazione in stretta collaborazione con il gruppo di ricerca dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, in particolare grazie alle competenze del dr. Marco Cavicchioli. Nei paragrafi seguenti, illustreremo nel dettaglio il progetto di ricerca.

3.2 Il progetto: scopo, destinatari e metodologia

Vediamo qui nel dettaglio la progettazione dei laboratori di DBT Skills Training.

Obiettivo generale del progetto

Contribuire allo sviluppo di competenze fondamentali per raggiungere e mantenere una condizione di benessere individuale e collettivo. In particolare, si lavorerà con i gruppi classe, con i genitori e con gli insegnanti sulle competenze di consapevolezza e regolazione emotiva, di coping in situazioni particolarmente stressanti e complesse, di gestione degli impulsi e di costruzione di relazioni interpersonali soddisfacenti. In questo modo si pensa di poter contribuire alla riduzione del disagio incrementando alcune Life Skills e competenze specifiche. La finalità è favorire il più possibile un ambiente educativo che potenzi i fattori di protezione e riduca i fattori di rischio, promuovendo un'acquisizione trasversale delle Skills, avviando così un processo di formazione empowering che promuova la circolarità del sapere.

Obiettivo specifico del progetto

Si offriranno cicli di laboratori di DBT Skills Training, costruiti a partire dal Manuale DBT (Rathus, Miller, 2016), con la finalità di percorrere la maggior parte delle abilità

contenute nei vari moduli manualizzati. Si lavorerà quindi con i gruppi classe, con i genitori e con gli insegnanti sulle abilità nucleari di mindfulness, sulle strategie di regolazione emotiva, di tolleranza della sofferenza, sulla dialettica e sulla validazione, sulle abilità di efficacia interpersonale.

Destinatari

Alunni, insegnanti e nuclei familiari delle scuole secondarie di primo e di secondo grado del Distretto di Fidenza.

Metodologia

Insegnamento delle DBT Skills Training, così come presentate sul Manuale DBT (Linehan, 2015). Il percorso prevede input teorici e allenamento pratico sia durante il laboratorio che individualmente negli intervalli temporali tra un incontro e quello successivo; saranno forniti materiali su cui lavorare (schede tratte da Rathus, Miller, 2016) e saranno incentivati momenti di confronto, discussione e scambio durante i laboratori.

Frequenza e durata degli incontri

a) *Classi*: incontri bisettimanali da metà settembre a fine maggio, della durata di due ore ciascuno. Numero complessivo incontri per classe: diciotto. Numero complessivo di classi coinvolte nella fase pilota del progetto: almeno due classi della scuola secondaria di primo grado e due classi della secondaria di secondo grado. Si valuterà in seguito, dopo aver analizzato l'andamento e i risultati della fase pilota, la possibilità di estendere il numero di classi coinvolte.

- b) *Nuclei familiari*: per ogni classe aderente al progetto, si cercherà di coinvolgere nella formazione almeno la metà dei nuclei familiari, chiedendo la partecipazione di almeno un membro del nucleo ai laboratori dedicati. Il percorso formativo per nuclei familiari sarà organizzato come segue: si terranno undici incontri di due ore ciascuno, che proseguiranno da ottobre fino a inizio giugno, a distanza di tre settimane l'uno dall'altro. La finalità è offrire ai genitori le basi teoriche, il linguaggio e le competenze cognitive sufficienti per poter condividere con i propri figli i risultati del percorso che essi svolgeranno a scuola. Si intende anche fornire ai genitori stessi alcune specifiche skills di regolazione emotiva e di mantenimento di relazioni soddisfacenti come supporto all'educazione dei figli, nonché uno spazio dove poter condividere le proprie difficoltà educative e dove trovare alcuni strumenti utili per risolverle.
- c) *Insegnanti*: si cercherà di coinvolgere almeno tre insegnanti per ogni classe aderente al progetto. La formazione sarà organizzata come segue: come per i nuclei familiari, sarà previsto un percorso di undici incontri complessivi, rivolti solo ad insegnanti, che si svolgeranno da settembre a inizio giugno. Inoltre, gli insegnanti aderenti al progetto potranno presenziare ai laboratori svolti dai formatori nelle classi, per poter osservare l'insegnamento effettivo delle abilità e la gestione del gruppo classe nel contesto di un laboratorio di DBT Skills Training. Gli insegnanti si alterneranno nella frequenza dei laboratori in classe, presenziando ciascun insegnante ad almeno cinque incontri.

Programma e svolgimento dei laboratori:

1) Gruppo classe

Il ciclo di Skills Training così come progettato da Linehan prevederebbe ventiquattro incontri, cioè cinque moduli (Orientamento e Abilità Nucleari di Mindfulness, Regolazione emotiva, Tolleranza della Sofferenza, Percorrere il Sentiero di Mezzo, Efficacia Interpersonale) di quattro incontri ciascuno, intervallati da due incontri in cui si riprende il modulo iniziale di Mindfulness.

In questo progetto prevediamo invece di svolgere diciotto incontri per classe, trattando tutti e cinque i moduli (con l'esclusione di alcune abilità, di seguito specificate), senza però riproporre i due incontri sulla Mindfulness tra la fine di un modulo e l'inizio del successivo.

Di seguito riportiamo lo schema dettagliato degli incontri con l'indicazione delle abilità che verranno trattate. La scelta di escludere alcune abilità è motivata dal fatto che un gruppo standard di DBT Skills Training, così come previsto da Linehan, prevede un numero limitato di partecipanti (10-12 circa). Un gruppo classe invece ha una media di circa venticinque alunni; per poter lasciare un giusto margine di tempo per una discussione collettiva delle abilità si è scelto dunque di insegnarne meno ma in modo più approfondito.

Modulo 1: Orientamento e abilità nucleari di Mindfulness (2 incontri)

1° incontro

Orientamento: obiettivi dello Skills training (scheda 2), Teoria biosociale (scheda 4)

I tre stati della mente (mente emotiva, mente razionale, mente saggia (scheda 3)

2° incontro

Abilità del “come” e del “cosa” (scheda 8)

Modulo 2: abilità di regolazione emotiva (4 incontri)

1° incontro

Un breve elenco di emozioni (scheda 3)

A che cosa servono le emozioni? (scheda 4)

Modello delle emozioni (scheda 7)

2° incontro

Abilità ABC PLEASE: Accumulare esperienze positive a breve termine e a lungo termine (scheda 14)

3° incontro

Diventa bravo nella mastery, gestisci in anticipo e abilità PLEASE (scheda 17)

4° incontro

Controlla i fatti e applica il problem solving (scheda 19)

Azione opposta per cambiare le emozioni (scheda 21)

Modulo 3: abilità di tolleranza della sofferenza (4 incontri)

1° incontro

Abilità di sopravvivenza alla crisi: distraiti con la mente saggia ACCETTA (scheda 4)

2° incontro

Abilità di sopravvivenza alla crisi: autoconsolati attraverso i sei sensi (scheda 6) e

MIGLIORA il momento presente (scheda 8)

3° incontro

Abilità di sopravvivenza alla crisi: Pro e Contro (scheda 10)

Abilità per superare la crisi: TIPP (scheda 12)

4° incontro

Accettazione della realtà: orientare la mente e disponibilità (scheda 18)

Modulo 4: percorrere il sentiero di mezzo (4 incontri)

1° incontro

Modalità di pensiero errate (scheda 3)

Dilemmi dialettici (scheda 7)

2° incontro

Validazione degli altri e di se stessi (scheda 11)

3° incontro

Cambiare il comportamento: rinforzo positivo e negativo (scheda 14)

4° incontro

Cambiare il comportamento: ridurre o interrompere un comportamento: estinzione e punizione (scheda 16)

Modulo 5: efficacia interpersonale (4 incontri)

1° incontro

Panoramica obiettivi: mantenere buone relazioni, raggiungere un obiettivo, far rispettare i propri valori (scheda 1)

Abilità GIVE (scheda 4)

2° incontro

Abilità DEAR MAN (scheda 6)

3° incontro

Abilità FAST (scheda 9)

4° incontro

Pensieri negativi e affermazioni della mente saggia (scheda 8)

Fattori da considerare quando chiedi qualcosa o dici “No” a una richiesta sgradita (scheda 11)

Come previsto dallo Skills Training standard, ogni incontro avrà una durata di due ore e sarà scandito come segue:

- a) Apertura (15-20 minuti): si eseguirà una pratica iniziale di mindfulness, di osservazione o di partecipazione, a seconda di ciò che si ritiene più opportuno considerando il gruppo classe nello specifico e il tipo di abilità che si insegnerà nella seconda parte del laboratorio. A seguito della pratica, seguirà un momento di discussione su ciò che gli alunni hanno potuto osservare di se stessi (stati emotivi, pensieri, attenzione, giudizi) durante la pratica e su eventuali difficoltà nello svolgerla;
- b) Correzione compiti (40-45 minuti): si riprendono le abilità insegnate la volta precedente e si discute con gli alunni su ciò che hanno esercitato a casa, lavorando sulle schede assegnate;
- c) Spiegazione nuova abilità (50 minuti): si discute insieme alla classe l'abilità o le abilità nuove previste dal Modulo e si assegneranno le schede su cui lavorare per la settimana successiva. In generale si privilegerà una modalità di svolgimento dei laboratori di tipo non frontale ma partecipata; gli studenti saranno spesso invitati a discutere delle abilità, a portare esempi di situazioni su cui vorrebbero lavorare o in

cui incontrano difficoltà e ad utilizzare il momento di confronto con il gruppo in modo costruttivo;

- d) Chiusura (5 minuti): si svolge una breve pratica di mindfulness di chiusura, chiedendo ad ogni studente di sintetizzare con una parola o una breve frase come hanno vissuto il laboratorio svolto

In generale, i laboratori si svolgeranno preferibilmente nelle ore di insegnamento dei docenti che hanno scelto di aderire al progetto. In questo modo, agli insegnanti sarà data la possibilità di osservare l'intero ciclo di Skills Training e di utilizzare queste ore come momento di formazione.

2) Nuclei familiari

Il ciclo di incontri rivolto ai familiari sarà organizzato come segue.

Incontro iniziale

Introduzione del progetto, per condividerne le finalità educative e le basi teoriche principali.

Questo incontro si svolgerà in presenza.

Seguiranno dieci incontri di DBT Skills Training, che si svolgeranno online per agevolare la partecipazione.

Modulo 1: Abilità nucleari di Mindfulness (2 incontri)

Primo incontro

Orientamento: obiettivi dello Skills training (scheda 2), Teoria biosociale (scheda 4)

I tre stati della mente (mente emotiva, mente razionale, mente saggia (scheda 3)

Secondo incontro

Abilità del “come” e del “cosa” (scheda 8)

Modulo 2: abilità di regolazione emotiva (2 incontri)

1° incontro

Modello delle emozioni (scheda 7)

Gestisci in anticipo (scheda 17)

2° incontro

Controlla i fatti e applica il problem solving (scheda 19)

Azione opposta per cambiare le emozioni (scheda 21)

Modulo 3: abilità di tolleranza della sofferenza (2 incontri)

1° incontro

Abilità di sopravvivenza alla crisi: distraiti con la mente saggia ACCETTA (scheda 4)

Abilità di sopravvivenza alla crisi: Pro e Contro (scheda 10)

2° incontro

Abilità per superare la crisi: TIPP (scheda 12)

Accettazione della realtà: orientare la mente e disponibilità (scheda 18)

Modulo 4: percorrere il sentiero di mezzo (2 incontri)

1° incontro

Cambiare il comportamento: rinforzo positivo e negativo (scheda 14)

2° incontro

Cambiare il comportamento: ridurre o interrompere un comportamento: estinzione e punizione (scheda 16)

Validazione degli altri e di se stessi (scheda 11)

Modulo 5: efficacia interpersonale (2 incontri)

1° incontro

Panoramica obiettivi: mantenere buone relazioni, raggiungere un obiettivo, far rispettare i propri valori (scheda 1)

Abilità GIVE (scheda 4)

2° incontro

Abilità DEAR MAN (scheda 6)

Abilità FAST (scheda 9)

3) Insegnanti

Il ciclo di laboratori offerti agli insegnanti segue la stessa scaletta di quello offerto ai nuclei familiari, con la differenza che tutti gli incontri si terranno in presenza.

Inoltre, come già esposto, agli insegnanti sarà data la possibilità di partecipare ai laboratori svolti nelle classi come ulteriore momento di formazione.

Peer education: durante il secondo quadrimestre, alcuni alunni della scuola superiore di secondo grado potranno essere scelti per partecipare agli incontri svolti nelle classi della scuola superiore di primo grado, come supporto all'insegnamento delle abilità e con lo scopo di utilizzare questi incontri per formare dei peer tutor che, a partire dall'anno successivo, potranno presenziare attivamente ai cicli di DBT Skills Training svolti in altre classi e costituire un supporto per il formatore e soprattutto per gli studenti più giovani.

3.3 La ricerca: indicatori, strumenti, metodologia

In collaborazione con l'Università Vita-Salute San Raffaele, abbiamo sviluppato questo progetto di intervento nelle scuole tenendo conto anche di una necessaria fase di valutazione dell'esito degli interventi.

Tra gli *obiettivi di esito* considerati ci sono: riduzione dei casi di frequenza irregolare da parte degli alunni; provvedimenti disciplinari (note al gruppo classe, note al singolo alunno, sospensioni); incremento delle abilità previste dal percorso laboratoriale (mindfulness, regolazione emotiva, controllo degli impulsi, miglioramento rapporti interpersonali), acquisizione da parte dei genitori e degli insegnanti delle conoscenze teoriche e degli strumenti ispirati alla DBT, in modo che possano utilizzarli nel proprio contesto educativo.

Gli *indicatori di esito* dunque saranno: quantità di assenze, quantità di provvedimenti disciplinari sul singolo o sul gruppo classe, risultati dei questionari autosomministrati che studenti, insegnanti e genitori compileranno secondo le modalità e i tempi che spiegheremo nei prossimi paragrafi.

La ricerca si svolgerà come segue: saranno coinvolte sia classi sperimentali (cioè classi che parteciperanno ai laboratori di DBT Skills Training) che classi di controllo (cioè classi che non aderiranno al progetto) della stessa scuola, in egual numero e con studenti dello stesso anno rispetto alle classi sperimentali. Sia gli alunni delle classi sperimentali che gli alunni delle classi di controllo (previa adesione alla ricerca tramite sottoscrizione del consenso informato) compileranno dei questionari autosomministrati prima dell'inizio del ciclo di laboratori (T0) che alla fine dello stesso (T1).

Si riportano di seguito i questionari che compileranno gli alunni:

1) *AFQ-Y Acceptance and Fusion Questionnaire for Youth* (Rossi et al., 2014) è una scala di valutazione volta a misurare il grado di accettazione, inteso come un processo attivo e multidimensionale che coinvolge dimensioni come: volontà di fare esperienze, azioni orientate ai propri valori, evitamento esperienziale, fusione cognitiva ed emozionale;

2) *Rumination-Reflection Questionnaire* (Trapnell, Campbell, 1999) serve per valutare le capacità riflessive ed il livello di ruminazione;

3) *FFMQ Five facet mindfulness questionnaire* (Baer et al., 2006) è una scala di valutazione volta a misurare le abilità di mindfulness, fornendo dunque punteggi relativi alle capacità di osservazione, descrizione, consapevolezza;

4) *DERS Difficulties in emotion regulation scale* (Gratz, Roemer, 2004) serve per valutare il deficit di regolazione delle emozioni, indagando i principali aspetti problematici attraverso i quali la disregolazione si manifesta (consapevolezza e comprensione delle proprie emozioni, accettazione delle proprie emozioni, capacità di indirizzare il comportamento verso un obiettivo e controllare gli impulsi, abilità di modulare le emozioni in base alle circostanze);

5) *PANAS Positive and negative Affect Schedule* (Watson et al., 1988) differenziato per fascia di età: 8-13 anni oppure dai 14 anni è uno strumento suddiviso in due scale, una che misura l'umore positivo e l'altra che misura l'umore negativo. Ogni scala è composta da dieci principali stati d'animo.

Per quanto riguarda i genitori e gli insegnanti che seguiranno i laboratori dedicati, si chiederà loro di compilare dei questionari autosomministrati al T0 e al T1. Si

coinvolgeranno anche genitori ed insegnanti delle classi di controllo, in egual numero, per la compilazione dei questionari.

In particolare, insegnanti e genitori dovranno compilare due scale autoriferite e tre sottoscale riferite ai propri alunni / figli:

- 1) DERS Difficulties in emotion regulation scale (autoriferita)
- 2) FFMQ Five facet mindfulness questionnaire (autoriferita)
- 3) Sottoscala di PANAS Positive and Negative Affect Schedule
- 4) Sottoscala di DERS Difficulties in emotion regulation scale
- 5) Sottoscala di FFMQ Five facet mindfulness questionnaire

Le tre sottoscale colgono infatti gli elementi osservabili dei costrutti considerati.

La finalità di avere gli stessi costrutti valutati dal punto di vista dell'alunno su se stesso e degli insegnanti e genitori sull'alunno è quella di confrontare le valutazioni per comprendere: (i) eventuali discordanze o correlazioni tra la valutazione che il genitore o l'insegnante hanno del proprio figlio/alunno e la valutazione dell'alunno di se stesso; (ii) confrontare i risultati dei questionari autoriferiti di insegnanti e genitori per valutare la presenza di eventuali correlazioni nei punteggi di disregolazione emotiva, capacità di mindfulness, affettività positiva o negativa.

Conclusione

In questo lavoro abbiamo voluto presentare una proposta progettuale per la realizzazione di laboratori orientati al DBT Skills Training nelle scuole secondarie di primo e secondi grado del Distretto di Fidenza. Come anticipato nell'introduzione e nel corso del lavoro, l'idea è nata dalla collaborazione con l'Associazione Gruppo Amici di Fidenza ed ha avuto la finalità di proporre un intervento educativo che possa andare incontro alla sempre più marcata esigenza di trovare strumenti in grado di rispondere al disagio manifesto dai pre-adolescenti e adolescenti nel contesto scolastico, disagio che spesso si esprime con una marcata difficoltà relazionale e con scarse capacità di regolazione emotiva e comportamentale. Si è voluto quindi pensare ad uno spazio in cui gli studenti possano lavorare su se stessi, imparando a limitare i propri agiti impulsivi, a orientare le proprie scelte mantenendo obiettivi a lungo termine ed apprendendo alcune strategie per gestire comportamenti e stili cognitivi disfunzionali.

Con questo lavoro abbiamo voluto mettere in relazione la domanda effettiva da parte delle scuole di implementare percorsi educativi alternativi alle materie curriculari, con l'orientamento sostenuto dalle amministrazioni locali (comuni, regioni), che cercando di rispondere ai bisogni e ai disagi dei vari gruppi sociali con strumenti che non penalizzino, ma che anzi sostengano, la capacità di individuazione e autodeterminazione delle persone; si vuole quindi evitare di rendere passivi i soggetti che usufruiscono dei Servizi e delle proposte delle istituzioni, e si intende al contrario favorire l'emergere di una agency a livello individuale e collettivo. L'idea dei laboratori rivolti non solo agli studenti ma anche ai familiari e ai docenti ha proprio questo scopo: non rendere le

istituzioni scolastiche eccessivamente legate alla figura dell'educatore esterno sul lungo periodo, ma fornire loro strumenti per poter attivamente e in prima persona portare avanti le istanze educative sviluppate e considerate utili e funzionali.

Si è inoltre ritenuto che il modello della DBT potesse essere particolarmente adatto in questo senso, dal momento che i suoi strumenti sono efficacemente spendibili in vari contesti e sono supportati sia da un'ampia ricerca scientifica alle spalle che dalla pubblicazione di vari manuali. Si è quindi trattato di selezionare le parti ritenute più importanti dei vari moduli, adattandoli allo specifico contesto scolastico locale. Abbiamo inoltre accennato nel capitolo secondo alla ricerca scientifica che valida l'impiego delle abilità di mindfulness per contrastare gli effetti negativi di una intensa disregolazione emotiva, legata a stili di attaccamento insicuri e a difficoltà nella Theory of Mind; inoltre, abbiamo fatto riferimento al paradigma biosociale, che è uno dei fondamenti del modello della DBT, quale cornice teorica che spiega l'emersione di comportamenti fortemente disfunzionali in adolescenza che, se non precocemente intercettati, possono cronicizzarsi con l'età adulta richiedendo interventi non più solo preventivi ma terapeutici.

BIBLIOGRAFIA

Ammaniti M., Ferrari P.F. (2020), *Il corpo non dimentica. l'Io motorio e lo sviluppo della relazionalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Ammaniti M., Gallese V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Beebe B., Lachmann F.M. (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.

Begarani M. (2022 II edizione). *Dialettica, Mindfulness, Compassion e Dipendenze. Vol. I: Un modello orientato alle DBT Skills*, Roma: NeP edizioni Srls.

Begarani M. (2022). *Dialettica, Mindfulness, Compassion e Dipendenze. Vol. II. Modelli di implementazione orientati alla DBT nella Comunità Terapeutica, nei SerDP e negli interventi di Prevenzione*, Roma: NeP edizioni Srls.

Belardinelli S. (2005), *Welfare community e sussidiarietà*, ed. Egea, Milano.

Buckner RL, Andrews-Hanna JR, Schacter DL. (2008), *The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease*, Annals of the New York Academy of

Science Journal, 1124: 1-38.

Caretti V., La Barbera D. (a cura di) (2005), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986).

Chen J., Xu T., Jing J., Chan R.C.K. (2011), *Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach*, BMC Psychiatry volume 11, Article number: 33.

Copeland W., Shanahan L., Costello E.J., Angold A. (2011), *Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountain Study*, in Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, mar, 50(3): 252-261 RCPsych

Cozolino L. (2020), *Neuroscienze per i clinici*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2021.

Brewer J. A., Worhunsky P.D., Gray J.R., Tang Y-Y-, Weber J., Kober H. (2011), *Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity*. PNAS 108, 20254–20259.

Etkin A., Egner T., Kalisch R. (2011), *Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex*, Trends in Cognitive Science, February, 15(2).

Fisher J. (2017), *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti del sé dissociate dal trauma psicologico*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017.

Fleming A.P., McMahon R.J., Moran L.R., Peterson A.P., Dreessen A. (2015), *Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students*, in *Journal of Attention Disorders*, Mar, 19(3): 260-71.

Flynn D., Kells M., Joyce M. (2021), *Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems*, *Current Opinion in Psychology*, 37: 152-157.

Folgheraiter F. (2006), *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di Zona)*, ed. Erikson, Trento.

Gilbert P., Choden (2019), *Mindful Compassion. Come la scienza della compassione può aiutarti a comprendere le emozioni, vivere nel presente e sentirti connesso agli altri*, Giovanni Fioriti Editore, 2019.

Gremer C.K., Neff K. (2021), *Insegnare il programma di autocompassione e mindfulness. Una guida per professionisti del benessere e della salute*, a cura di Commellato A. E Giommi F., ed. Edra (2021).

Grossmann T. (2013), *The role of medial prefrontal cortex in early social cognition*. In *Frontiers in Human Neuroscience*, vol.7, article 340.

Hünefeldt T., Laghi F., Ortu F., Belardinelli M.O. (2013), *The relationship between “theory of mind” and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents*. In *Journal of Adolescence*, 36: 613-621.

Immordino-Yang M.H. (2017), *Neuroscienze affettive ed educazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2017.

Kandel E.R. (2018), *La mente alterata. Cosa dicono di noi le anomalie del cervello*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.

Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T.E., Harrington H.L., Milne B.J., Pulton R. (2003), *Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort*, in *Archives of General Psychiatry*, 60(7):709-717

Krawitz R., Miga E.M. (2019), *Cost-effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for borderline personality disorder*, *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*, 497-515.

Lavelli M. (2007), *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

LeDoux J. (2015), *Ansia. Come il cervello ci aiuta a capirla*, Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2016.

LeDoux J. (2014), *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, ed. Baldini e Castoldi, Milano, 2014.

Lenzi D., Trentini C., Pantano P., Macaluso E., Lenzi G.L., Ammaniti M. (2013), *Attachment models affect brain responses in areas related to emotions and empathy in nulliparous women*. In *Human Brain Mapping*, 34: 1399-1414.

Linehan M.M. (2020), *Una vita degna di essere vissuta*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2021.

Linehan M.M. (2015), *DBT Skills Training Manuale*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.

Linehan M.M. (1993), *Introduzione alla DBT. Il trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017.

Maffei C. (2021), *Oltre la personalità. Dialettica sistemica e sviluppo borderline*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Maffezzoni M., Steinhausen H.C., (2017), *Dialectical-behavioral outpatient therapy for adolescents with impulsive and self-harming behavior*, in *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, Nov, 45(6): 453-462

Mazza J.L., Dexter-Mazza E.T., Miller A.L., Rathus J.H., Murphy H.E. (2016), *DBT Skills nelle scuole: Skills Training per la regolazione emotiva negli adolescenti (DBT STEPS-A)*. Trad. it. Edizioni Centro Studi Erikson Spa, Torino, 2019.

Meaney R., Hasking P., Reupert A. (2016), *Borderline Personality Disorder Symptoms in College Students: The Complex Interplay between Alexithymia, Emotional Dysregulation and Rumination*, PlosOne Journal, 11(6): e0157294.

Mehlum L. (2021), *Mechanisms of Change in Dialectical Behaviour Therapy for People with Borderline Personality Disorder*, Current Opinion in Psychology, 37: 89-93.

Mehlum L., Tormoen A., Ramberg M., Haga E., Diep L.M., Laberg S., Larsson B.S., Stanley B.H., Miller A.L., Sund A.M., Groholt B. (2014), *Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial*, in Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Oct, 53(10): 1082-91.

Mitchell R., Roberts R., Bartsch D., Sullivan T. (2019), *Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for borderline personality disorder*, Journal of clinical psychology, 75(6), 958-969.

National Collaborating Centre for Mental Health (2009), *Borderline Personality Disorder: treatment and management*, London, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Ogle C.M., Rubin D.C., Siegler I.C. (2015), *The relation between insecure attachment and posttraumatic stress: early life versus adulthood traumas*, *Psychological Trauma*, 7(4): 324-332.

Öztürk Y., Özyurt G., Turan S., Mutlu C., Tufan A.E., Pekcanlar Akay A. (2020), *Relationships between theory of mind (ToM) and attachment properties in adolescent with social anxiety disorder*. In *Arc Heuropsychiatry*, 57: 65-70.

Panksepp J., Biven L. (2012), *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

Pascual J.C., Elices M., Navarro H., Blanco M., Soler J. (2018), *Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder*, *Actas espanolas de psiquiatria*, 46(6): 226-233.

Perepletchikova F., Axelrod S.R., Kaufman J., Rounsaville B.J., Douglas-Palumberi H., Miller A.L. (2011), *Adapting dialectical behavior therapy for children: towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours*, *Child and Adolescent Mental Health Dec*, 80(6): 982-94

Pistorello J., Fruzzetti A.E., Maclane C., Gallop R., Iverson K.M. (2012), *Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: a randomized clinical trial*, *Journal of Consulting Psychology*, Dec, 80(6): 982-94.

Poerio G.L., Sormaz M., Wang H-T., Margulies D., Jefferies E., Smallwood J. (2017), *The role of the default mode network in component processes underlying the wandering mind*, Social Cognitive and Affective Neuroscience, 12(7): 1047-1062.

Porges S. (2014), *La teoria polivagale. Fondamenti neuropsicologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, Fioriti Editore Roma.

Porges S. (2011), *The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system*, Cleveland Clinic Journal of Medicine, Jun 5.

Rasmussen P.D., Storebo O.J. (2019), *Attachment as a core feature of resilience: a systematic review and meta-analysis*, Psychological Reports, 122(4): 1259-1296.

Rathus J.H., Miller A.L. (2015), *Manuale DBT per adolescenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2016.

Read D.L., Clark J.I., Rock A.J., Conventry W.L. (2018), *Adult attachment and social anxiety: the mediating role of emotion regulation strategies*, Plos One, 13(12): e0207514.

Ricard R.J., Lerma E., Heard C.C.C. (2013), *Piloting a Dialectical Behavioral Therapy (DBT) Infused Skills Group in a disciplinary alternative education program (DAEP)*, The Journal for Specialists in Group Work 38(7): 285-306.

Rizvi S.L., Hughes C.D., Thomas M.C. (2016), *The DBT Coach mobile application as an adjunct to treatment for suicidal and self-injuring individuals with borderline personality disorder: a preliminary evaluation and challenges to client utilization*, Psychological Services, 13(4): 380-388.

Regione Emilia Romagna (2021), *Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025*, Bologna.

Regione Emilia Romagna (2013), *Linee di indirizzo per il trattamento dei disturbi gravi di personalità*, Bologna.

Regione Emilia Romagna (2018), *HBSC - Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni*, Bologna.

Rossi, E., Melchiorri, E., Violini, P., Lijoi, E., Ristè, N., Panzera, A. (2014). *Validation study of the Italian Version of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y)*. Poster presented at ACBS World Conference 12 Poster Session - Minneapolis, Minnesota, USA - June 17-22, 2014.)

Safer D.L., Christy F. T., Eunice Y.C. (2009), *Binge eating e bulimia. Trattamento dialettico-comportamentale*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011.

Seow L.L., Page A.C., Hooke G.R. (2020), *Severity of borderline personality disorder symptoms as a moderator of the association between the use of dialectical behaviour therapy skills and treatment outcomes*, Psychotherapy Research, 30(7): 920-933.

Siegel D.J. (2007), *Mindfulness e cervello*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.

Silberstein R.B., Pipingas A., Farrow M., Levy F., Soutgh C.K. (2016), *Dopaminergic modulation of default mode network brain functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder*, *Brain and Behavior*, 6(12).

Suzuki Y, Saori C.T. (2021), *Functions of the ventromedial prefrontal cortex in emotion regulation under stress*. In *Nature, Scientific Reports*, 11:18225.

Tormoen A.J., Groholt E. B., Haga A., Brager-Larsen A., Miller A., Walby F., Stanley B., Mehlum L. (2014), *Feasibility of Dialectical Behavior Therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: training, adherence and retention*, *Archive of suicide research*, 18, 432-444.

Yang R., Zhang L., Wu X., Qianqian F., Qing B. (2022), *Caregivers' mind-mindedness and rural left-behind young children's insecure attachment: the moderated mediation model of theory of mind and family status*, *Child Abuse and Neglect*, 124, 105472.

Van der Kolk B. (2014). *The body keeps the score*, USA Penguin Group. Trad. it., *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015.

Watson D., Clark L.A., Tellegen A. (1988), *A development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales*, Journal of Personality and Social Psychology, 54: 1063-1070.

Zamagni S. (2016), *L'evoluzione dell'idea di welfare: verso il welfare civile*, Ubimino, pubblicazione periodica online Milano, Anno III n.5.

Zani B. (2012), *Psicologia di comunità: Prospettive, idee, metodi*, Carocci editore, Roma.

Zapolski T.C.B., Smith G.T. (2017), *Pilot study: implementing a brief DBT skills program in schools to reduce health risk behaviors among early adolescents*, Journal of School Nursing, 33(3): 198-204.

Zhang R., Volkow N.D. (2019), *Brain default-mode network dysfunction in addiction*, NeuroImage, 200(10): 313-331.

Zimmerman M.A. (2000), *Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis*, Handbook of Community Psychology, 43-63.