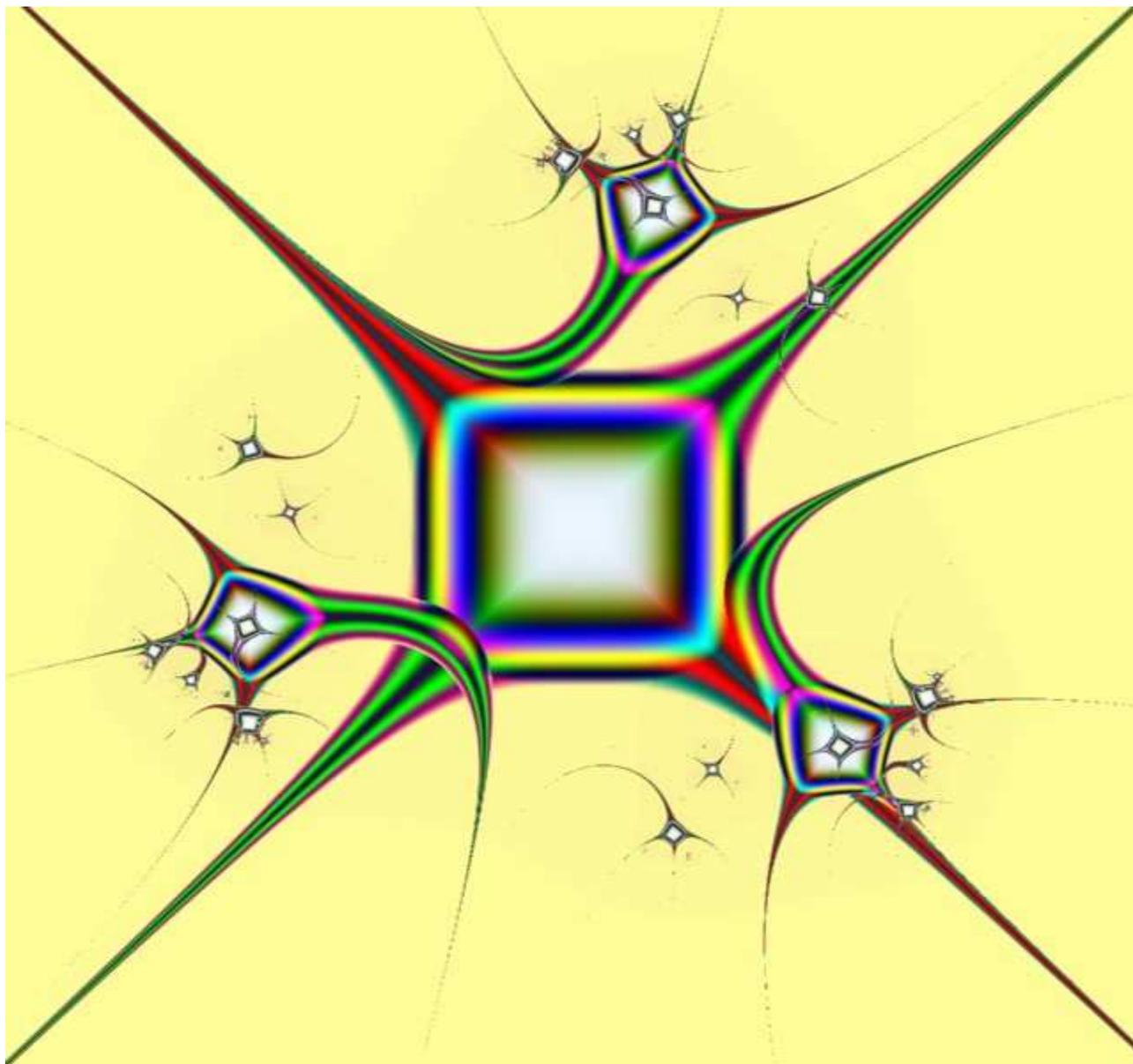


Psychomed

**Rivista quadrimestrale di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva**

ISSN: 1828-1516



**Direttore responsabile: Stefania Borgo
Condirettore: Lucio Sibia**

www.crpitalia.eu/psychomed.html

INDICE

<i>Presentazione</i>	<i>pag 3</i>
Nucleo tematico: L'intervento psicosociale	
<i>Mario Becciu</i>	
Fattori critici di successo dei programmi di prevenzione	<i>pag 4</i>
<i>Anna Rita Colasanti</i>	
La prevenzione dei comportamenti aggressivi: rassegna di alcuni programmi validati	<i>pag 9</i>
<i>Martino Rebonato</i>	
I servizi sociali e la professionalità dello psicologo	
<i>Intervista raccolta da M. Ambrosi e D. Kakaraki</i>	<i>pag 18</i>
<i>De Trucco Pietro</i>	
Il disturbo di personalità borderline e il trauma dell'abuso: il modello cognitivo-comportamentale della Linehan	<i>pag 23</i>
<i>Ebe Nardone</i>	
I comportamenti di salute genitoriali e la salute nei figli	<i>pag 29</i>
<i>Anna Rita Colasanti, Antonella Lo Presti</i>	
Alessitimia, disturbi psicosomatici e sostegno sociale: ricerca correlazionale	<i>pag 36</i>
<i>Belea Maria</i>	
Lo stress da acculturazione dell'immigrato. Il training interculturale nella prospettiva di prevenzione	<i>pag 42</i>
<i>Ilaria Muscella, Adriana Saba</i>	
I comportamenti problema degli alunni: l'analisi funzionale come strumento di osservazione e valutazione	<i>pag 48</i>
<i>Borgo Paola</i>	
L'ottica della promozione della salute psicologica in un progetto per la prevenzione dell'abbandono scolastico	<i>pag 54</i>
Appuntamenti	<i>pag 59</i>

Direttore responsabile: Stefania Borgo mail: borgo.stefania@uniroma1.it

Condirettore: Lucio Sibilìa mail: lucio.sibilìa@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

Mario Becciu, Paola Borgo, Stefania Borgo, Mauro Ceccanti, Silvana Cilia, Anna Rita Colasanti, Federico Colombo, Adele De Pascale, Carlo Di Berardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibilìa, Claudio Sica

Comitato Redazionale:

Massimo Ambrosi, Dimitra Kakaraki, Adriano Martello

Sito Internet: <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html> Email: psychomed@crpitalia.eu

Presentazione

Nucleo tematico: l'intervento psicosociale

Il presente numero di *Psychomed* è dedicato all'intervento psicosociale, intervento che - come suggerisce il termine stesso - ha per oggetto i fattori di natura psicosociale che, in qualità di predittori o moderatori, giocano un ruolo rilevante nelle vicende di salute-malattia. Tale intervento vede come destinatari gruppi, sistemi, organizzazioni, comunità; esso tende a privilegiare i *setting* naturali e si caratterizza per l'enfasi posta sulla prevenzione, sulla psicoeducazione, sul miglioramento della qualità della vita, sull'*empowerment*, quali valori centrali che orientano gli sforzi teorici ed applicativi per l'incremento della salute come bene comune relazionale.

Il numero attuale di *Psychomed* raccoglie contributi diversificati. Il primo esamina i fattori critici di successo degli interventi psicosociali, ossia quei fattori che necessitano di essere considerati per garantire la validità e favorire la riuscita degli interventi stessi.

I successivi tre articoli concernono l'età evolutiva. In particolare, il secondo offre una panoramica di alcuni programmi di prevenzione, universali, selettivi, indicati, indirizzati a ridurre l'incidenza e la prevalenza dei comportamenti aggressivi in soggetti in età scolare.

Sullo stesso tema, sebbene in prospettiva reattiva, segue un contributo focalizzato sulla lettura e la gestione dei comportamenti-problema in ambito scolastico; in questo, si fa particolare riferimento all'analisi funzionale quale strumento che consente di cogliere il significato sotteso ai comportamenti medesimi e quindi di intervenire efficacemente sugli stessi, prevenendo ulteriori forme di disadattamento. Il quarto contributo, invece, sintetizza i risultati di una ricerca compilativa relativa al tema dell'influenza dei comportamenti di salute genitoriali sulla salute dei figli.

Gli ultimi tre articoli riguardano, poi, alcuni specifici fattori psicosociali che rivestono un ruolo importante nel compromettere o nel favorire il benessere bio-psico-sociale: lo stress, l'alessitimia, il sostegno sociale, e la disregolazione emotiva.

In particolare, il quinto contributo affronta il tema dello stress da acculturazione e propone un possibile programma di prevenzione applicabile in diversi contesti culturali.

Il sesto mira a presentare i risultati emersi in una ricerca correlazionale indirizzata a rilevare la possibile influenza tra alessitimia, disturbi psicosomatici e sostegno sociale.

Il settimo, infine, affronta il rapporto tra la genesi del disturbo di personalità borderline e le esperienze traumatiche di abuso, individuando nella disregolazione emotiva il fattore maggiormente coinvolto nel favorire lo sviluppo di modalità disorganizzate e instabili di regolazione degli schemi comportamentali.

Nell'ultimo contributo, infine, viene delineato un programma di prevenzione della dispersione scolastica, centrato sia sullo stimolo agli alunni al coinvolgimento nell'apprendimento tramite metodiche cognitivo-comportamentali che sul sostegno agli insegnanti nell'interpretare e quindi meglio fronteggiare i comportamenti problematici. Il progetto è stato anche valutato con strumenti psicometrici.

Con tale numero, quindi, pensiamo di aver fornito un campione di ricerche-interventi di tipo psicosociale, correttamente condotti, che vanno ad integrare la più tradizionale impostazione diadica dello psicoterapeuta o dello psicologo clinico nell'affrontare i comportamenti problematici, il disadattamento e la patologia psicoaffettiva.

Mario Becciu
Anna Rita Colasanti
Lucio Sibilia

Fattori critici di successo dei programmi di prevenzione.

Mario Becciu, Psicologo, Psicoterapeuta, Docente al CRP¹, Presidente AIPRE²

L'analisi della letteratura scientifica riguardante i programmi di prevenzione in età scolare (Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2000; Nation et al., 2003; Ammaniti, 2006), focalizzati sul concetto di interdipendenza tra rischio e protezione (Rutter, 1982; 1985; Coie et al., 1993; Cicchetti - Cohen, 1995, Werner, 2000), e quelli specificatamente rivolti alla prevenzione dell'abuso di sostanze psicotrope in età adolescenziale (Jessor & Jessor, 1977; Bonino, Cattellino, Ciairano, 2003); ha evidenziato la necessità di fondare l'intervento preventivo su precisi criteri, su solide basi scientifiche, su metodologie e procedure empiricamente validate.

La critica ai programmi di prevenzione, soprattutto nel nostro paese, evidenzia due lacune storiche: la mancanza di adeguati riferimenti teorici e la non dovuta attenzione al momento valutativo indispensabile per dimostrare l'efficacia dei programmi medesimi nonché la loro estendibilità e generalizzabilità (Uhl, 2001; Baraldi, Coletti, 2001; Bonino, Cattellino, Ciairano, 2003; Nizzoli, Colli, 2004; Dallago, Santinello, Vieno, 2004; Becciu, Colasanti, 2005; Santinello, Vieno, 2006).

Scopo del presente articolo è l'individuazione dei cosiddetti *fattori critici* di successo dei programmi di prevenzione, dove per fattori critici si intendono quelle *variabili con capacità predittiva responsabili del successo/insuccesso dei programmi d'intervento*.

Coloro che si occupano di prevenzione, siano essi i finanziatori, i ricercatori e gli stessi operatori, sono particolarmente interessati a conoscere in anticipo in che misura il programma di prevenzione che si andrà a realizzare avrà probabilità di successo, ossia se inciderà effettivamente sull'incremento o sul decremento delle variabili correlate al disturbo che si intende prevenire.

I fattori critici sono riferibili a variabili di natura: formale, economica, teorica, tipologica, metodologica, professionale, valutativa.

Per quando riguarda i *fattori critici di natura formale*, annoveriamo: grado di completezza delle voci progettuali, massimo grado di coerenza interna, individuazione di uno specifico disturbo da prevenire, obiettivi operazionalmente definiti, obiettivi di cambiamento, programmi calibrati sulla popolazione bersaglio, programmi che promuovono competenze, determinazione della dimensione temporale, presentazione del programma, presenza di un'agenzia valutativa esterna

In riferimento alle voci progettuali, si richiede che in fase di ideazione si rediga una scheda progettuale completa con la specificazione delle seguenti voci: *finalità* (corrispondente all'obiettivo generale del programma ed alle intenzionalità dei soggetti promotori), *obiettivi* (esplicitazione operativa delle finalità formalmente espresse in riferimento a ciascun destinatario dell'intervento e riferibili a indicatori di cambiamento), *teoria di riferimento* (con indicazione degli autori che ne abbiano validato sperimentalmente l'efficacia), *disegno di analisi* (che per lo più, a motivo delle tante variabili in oggetto in un intervento preventivo, è di tipo quasi sperimentale), *contenuti* (derivati dalla teoria di riferimento prescelta e concernenti le variabili correlate alla salutogenesi), *metodologie* (tipiche dell'intervento psicosociale, quali: interventi formativi, educativi, partecipativi, esperienziali), *attività* (caratterizzanti un intervento preventivo e correlate alle metodologie partecipative), *tempi*

¹ , CRP Centro per la Ricerca in Psicoterapia
Piazza O. Marucchi, 5 00162 Roma. Tel 0686320838. Sito web: www.crpitalia.eu
Mail: info@crpitalia.eu

² , AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva.
Via Poggio Catino, 4 00199 Roma. Tel.: 0686219610. Sito Web: www.aipre.it
mail1: aiپرeroma@tin.it mail2: becciu.colasanti@tin.it

(esplicitazione chiara delle diverse fasi e, all'interno di ciascuna, dei tempi necessari per la realizzazione delle singole azioni progettuali), *breve descrizione dell'intervento* (dalla quale si evidenzino il disegno di analisi e l'ipotesi progettuale), presenza di agenzia valutativa esterna accreditata (che effettui una valutazione di progetto, di processo, di esiti, di impatto).

In riferimento ai *fattori critici di natura economica*, riteniamo che un primo fattore di successo sia costituito dalla congruità dell'investimento in rapporto sia al piano economico previsionale che ai risultati attesi; un secondo fattore concerne la somma destinata alla valutazione, cioè alla 'stima sistematica del processo dall'inizio del programma alla fine del periodo di *follow-up*' (Uhl, 2001); infine, un terzo fattore di successo sembra coincidere con il monitoraggio continuo diretto, da parte del committente, circa l'utilizzo delle risorse economiche destinate alla realizzazione del programma di prevenzione.

Relativamente ai *fattori critici di natura teorica*, un primo fattore di successo concerne la presenza di un chiaro riferimento ad una teoria consolidata e validata empiricamente (Nation et al., 2003; Borca, 2008); ad esempio., in ambito preventivo, assai promettente appare il ricorso alle ricerche in psicopatologia evolutiva sull'interdipendenza tra fattori rischio e fattori di protezione (Rutter, 1982; 1985; 2000; Coie et al., 1993; Cicchetti- Cohen, 1995), così come, in ambito di psicologia della salute, il ricorso alla teoria sociocognitiva di Bandura (1986, 1995). Il riferimento a programmi basati sulla ricerca è un ulteriore fattore critico di successo. La validazione dei programmi di prevenzione diventa, infatti, un importante elemento qualitativo predittivo del successo del programma che si intende attuare (Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2000; Nation et al., 2003; Ammaniti, 2006).

Un terzo fattore di successo può essere costituito dalla scelta di modelli teorici di cambiamento (Green, Kreuter, 1991), con particolare riferimento ai programmi di *life skills promotion* (Resnikow, Botvin, 1993; Botvin, 2000), rispetto ai modelli basati sul cosiddetto 'deficit dell'informazione' (Ajzen, Fishbein, 1980). Un ulteriore fattore critico concerne la scelta dei contenuti dei programmi di prevenzione. Coerentemente con i modelli teorici di cambiamento, i contenuti scelti dovrebbero sostanzialmente riferirsi ai determinanti dei comportamenti di salute (Zani, 2008). In tal modo, le scienze preventive valorizzano i contributi contenutistici provenienti da diversi ambiti disciplinari: *empowerment* e sostegno sociale (psicologia di comunità), *self-efficacy*, *self-regulation* e *life skills* (psicologia della salute), fattori di rischio e fattori di protezione (psicopatologia evolutiva). Il quinto fattore critico di successo, di natura teorica, concerne la possibilità che i programmi di prevenzione dimostrino, seppur in modo probabilistico, la generatività dell'intervento. La complessità dell'intervento preventivo e le difficoltà insite nei processi di valutazione all'interno di paradigmi di tipo probabilistico, rispetto a quelli di tipo deterministico, non facilitano il processo di attribuzione del cambiamento verificatosi a seguito di un intervento. E' per questo, come suggeriscono Leone e Prezza (2003), che negli interventi di prevenzione bisogna distinguere il risultato grezzo (cambiamento avvenuto) dal risultato netto (parte di cambiamento dovuto con alto grado di probabilità all'intervento medesimo). Sono tante e molteplici le variabili di cambiamento che avvengono in modo 'naturale' (età evolutiva, fattori esterni contingenti, ecc.) per non tenerne conto in sede di progettazione dell'intervento preventivo, prima di attribuire, erroneamente, al solo intervento la causa dei cambiamenti avvenuti.

In riferimento alla variabile *tipologica*, sono due i fattori critici di successo.

In primo luogo, riferendoci alla distinzione degli interventi preventivi in universali, selettivi, specifici o indicati (Mrazek e Haggerty, 1994), emerge come quelli di tipo selettivo risultino essere molto più efficaci rispetto a quelli universali (Botvin et al., 1995; NIDA, 2003). Ciò è probabilmente dovuto alla presenza di diverse variabili, quali: una maggior pianificazione dell'intervento, una precisa specificazione della popolazione bersaglio, l'individuazione

dell'ipotesi progettuale, il riferimento a teorie specifiche e a ricerche sperimentali, la generatività del programma medesimo.

In secondo luogo, risulta essere maggiormente correlata al successo la multicomponenzialità del programma. Infatti, i programmi di prevenzione, soprattutto quelli riferiti all'abuso di sostanze (Botvin et al., 1995; NIDA, 2003) e alle condotte aggressive (August et al., 2001) evidenziano come i programmi pluridimensionali (scuola, famiglia, gruppo dei pari) risultino essere più efficaci rispetto ai programmi monodimensionali (o sola famiglia o sola scuola).

Per quanto riguarda i fattori critici di successo di natura *metodologica*, le ricerche sull'efficacia dei programmi di prevenzione evidenziano come il ricorso a metodi partecipativi di tipo *bottom-up* che coinvolgano i destinatari sin dalla fase progettuale dell'intervento sia un primo fondamentale fattore critico di successo (Contessa, 1994; Leone, Prezza 2003; Bonino e Cattellino, 2008). Un secondo fattore critico coincide con l'adozione della metodologia di rete finalizzata a creare connessioni territoriali per l'ottimizzazione di risorse umane, economiche e strumentali e quindi a moltiplicare gli effetti benefici del programma d'intervento (Francescato, Girelli, 1988; Leone, Prezza 2003). Inoltre, i modelli teorici del cambiamento, rispetto a quelli basati sul deficit di informazione, individuano nei metodi di tipo formativo ed educativo le strategie più efficaci per facilitare, nei destinatari dell'intervento, i processi di autodecisionalità rispetto alla modifica dei comportamenti di rischio e/o all'adozione di stili di vita più salutari. Le variabili maggiormente correlate al successo degli interventi basati su metodologie di tipo formativo ed educativo sembrano essere: il sostegno sociale attivato all'interno dei gruppi, il ruolo attivo dei partecipanti, il focus sui contenuti relativi alla *self-regulation*, la motivazione personale al cambiamento e l'attivazione di percorsi di autoformazione (Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2000; Nation et al., 2003; Bonino e Cattellino, 2008).

Ulteriori variabili in grado di predire il successo dei programmi di prevenzione sono quelle di natura *professionale*. In primo luogo, il ricorso ad una multiprofessionalità risponde maggiormente alla complessità degli interventi preventivi, alla molteplicità delle variabili coinvolte a livello biopsicosociale, all'esigenza di realizzare 'una rete di cura' secondo la visione olistica della salute-malattia (Cigoli, Mariotti, 2002). Inoltre, l'inclusione nei programmi di prevenzione di figure non professionali, appartenenti ai contesti naturali dove vivono i destinatari, costituisce un ulteriore fattore critico di successo in quanto consente sia il superamento delle inevitabili barriere che vengono a crearsi tra operatori e utenti, sia il trasferimento di competenze che rimangono a disposizione anche a conclusione dell'intervento medesimo.

Un ultimo ordine di fattori che vogliamo evidenziare in questo contributo concerne variabili di natura *valutativa*. I programmi pianificati secondo criteri di valutabilità di progetto, di processo, di esiti, di impatto, presentando elementi di garanzia circa la verificabilità delle singole azioni progettuali, possono, in misura maggiore di altri, assicurare il successo dell'intervento preventivo.

In tali programmi, infatti, compaiono: l'individuazione chiara della situazione iniziale della realtà che si intende modificare; gli obiettivi specifici con relativi indicatori di cambiamento riferibili alla popolazione bersaglio; l'ipotesi progettuale fondata su riferimenti a teorie empiricamente validate; la descrizione del programma d'intervento con l'esplicitazione delle variabili oggetto di trattamento; il ricorso ad un piano quasi sperimentale per poter attribuire, con un discreto margine di probabilità, il cambiamento 'netto' riscontrato; il ricorso a strumenti di misurazione validati; la verifica dell'efficacia dell'intervento sia in termini di raggiungimento degli obiettivi stabiliti, sia in riferimento alla qualità percepita, così come rispetto alla qualità erogata e alla valutazione di impatto del programma realizzato. Infine, la previsione di rimisurare a distanza gli esiti conseguiti e la eventuale

stabilizzazione dei risultati raggiunti aggiunge ulteriori garanzie alla validità del programma che si intende realizzare.

In sintesi, siamo convinti che l'esame di un programma di prevenzione secondo l'analisi dei fattori critici di successo, permetta di predire con una certa probabilità l'efficacia dell'intervento che si intende realizzare suggerendo o una modifica in tempi utili dell'intera impalcatura progettuale o la decisione di meglio investire le poche risorse economiche destinate alla prevenzione.

Bibliografia

- Ammaniti M.(2006), *Quale prevenzione*, Psicologia Clinica dello Sviluppo, X, 2, 313-355,
- Ajzen I., Fishbein M.(1980), *Understanding attitudes and predicting social behaviour*, Englewood Cliffs, NY, Prentice-Hall
- August G.J., Realmuto G.M., Hektner J.M., Bloomquist M.L.(2001), *An integrated components preventive interventions for aggressive elementary school children: The Early Risers Program*, Journal of Consulting and clinical Psychology, 69, 4, 614-626.
- Bandura A.(1986), *Social Foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall
- Bandura A.(1995), *Self-efficacy in changing societies*, N.Y., Cambridge University Press, trad. it. *Il senso di autoefficacia* (1996), Trento, Erikson,
- Baraldi C., Coletti M (2001), *Linee guida per la prevenzione delle tossicodipendenze*, Milano, F. Angeli
- Becciu M., Colasanti A.R.(2005), *Valutazione di progetto, di processo, di esiti*, in Balleri V., Zanni R.,*Progetto sperimentale triennale di prevenzione. 'Tessitura' di reti territoriali permanenti*,197-232, Modena, Golinelli Industrie Grafiche
- Bonino S., Cattellino E., Ciairano S.(2003), *Adolescenti e rischio*, Firenze, Giunti
- Bonino S., Cattellino E. (a cura di)(2008), *La prevenzione in adolescenza*, Trento, Erikson
- Borca G. (2008); *La valutazione dei progetti di prevenzione del rischio: un'impresa possibile*, in Bonino S., Cattellino E. (a cura di)(2008), *La prevenzione in adolescenza*, Trento, Erikson,111-146
- Coie J.D. et al.(1993), *The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program*, American Psychologist, 48, 1013-1022
- Botvin G.J.et al.(1995), *Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population*, Journal of American Medical Association, 273, 1106-1112
- Botvin G.J. (2000), *Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual levels etiological factors*, Addictive Behaviours, 25, 887-897
- Cicchetti D., Cohen D.J. (1995), *Developmental Psychopathology: vol. 2. Risk, disorders and adaptation*, N.Y., Wiley
- Cigoli V., Mariotti M.(a cura di) (2002), *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, Milano, Franco Angeli.
- Contessa G.(1994), *La prevenzione*. Milano, Città Studi..
- Dallago L., Santinello M.,Vieno A. (2004), *Valutare gli interventi psicosociali*, Roma, Carocci Ed.

- Francescato D., Ghirelli G.(1988), *Fondamenti di psicologia di comunità*, Roma, NIS
- Green L.W., Kreuter M.V. (1991), *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*, Mountain View (CA), Mayfield
- Greenberg M.T., Domitrovich C., Bumbarger B.(2000), *Preventing Mental Disorders in school-age children: A Review of the Effectiveness of Prevention programs*, The Pennsylvania State University
- Leone L., Prezza M. (2003), *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Milano, Franco Angeli
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.
- Nation M. et al.(2003;), *Whats works in prevention: Principles of effective prevention programs*, American Psychologist, 58, 449-456
- National Institute of Drug Abuse (2003), *National Conference on Drug Abuse Prevention research. Presentations, Papers and Recommendations*, Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse
- Resnikow K., Botvin G. (1993), *On the effects of school health education programs: why do they decay?*, Preventive Medicine, 22, 484-490
- Rutter M. (1982), *Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance*, Pediatrics, 70, 883-894
- Rutter M. (1985), *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, British Journal of Psychiatry, 147, 598-611
- Rutter M. (2000), *Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings and policy implications*, in Shonkoff J.P., Meisels S.J. (ed.), *Handbook of early childhood intervention*, N.Y., Cambridge University Press, 651-682
- Santinello M,Vieno A. (2006), *La sfida della prevenzione nel nuovo millennio: tradurre la conoscenza in azione*, Psicologia clinica dello Sviluppo, 2, 321-324
- Werner E.E.(2000), *Protective factors and individual resilience*, in Meisels J.P. (Ed.), *Handbook of early childhood intervention*, N.Y., Cambridge University Press, 115-132
- Uhl A.(2001), *Uno studio internazionale sulla valutazione della prevenzione primaria nel campo delle droghe illegali: definizioni, concetti, problemi*, in Baraldi C., Coletti M (2001), *Linee guida per la prevenzione delle tossicodipendenze*, Milano, F. Angeli
- Zani B. (2007), *La salute come 'bene relazionale': significati e strumenti per una psicologia della salute di comunità*, Psicologia di Comunità, vol. III, 2, 13-28
- Zizzoli U., Colli C. (2004), *Giovani che rischiano la vita*, Milano, McGraw-Hill

La prevenzione dei comportamenti aggressivi: rassegna di alcuni programmi validati.

Anna Rita Colasanti, AIPRE³ - CRP⁴

Psicologa, Psicoterapeuta; Docente di Psicologia di comunità, Psicologia della salute, Psicologia preventiva - Università Pontificia Salesiana - Roma

Introduzione

Scopo del presente contributo è offrire una panoramica di alcuni programmi di prevenzione indirizzati a ridurre l'incidenza e la prevalenza di comportamenti aggressivi in soggetti in età scolare.

I programmi in oggetto sono tratti dalla rassegna effettuata dal Centro di Ricerca Preventiva per la Promozione dello Sviluppo Umano dell'Università di Pennsylvania, rassegna che include al suo interno i principali programmi che, sottoposti a verifica empirica, sono risultati efficaci nella riduzione dei disturbi esternalizzati ed internalizzati (Greenberg-Domitrovich-Bumbarger, 2000).

I programmi hanno come riferimento la *teoria ecologica dello sviluppo* (Bronfenbrenner, 1979), che sottolinea l'influsso che i diversi sistemi (micro, meso, eso, macro) esercitano sull'evoluzione individuale, e la *psicopatologia evolutiva* (Cicchetti, 1984; Rutter, 1985) che ribadisce l'importanza nella determinazione di un esito adattivo o psicopatologico dell'interdipendenza dinamica tra rischio e protezione. Più specificatamente, per quanto concerne i comportamenti aggressivi, alcuni fattori di rischio di natura:

- *biologica* [temperamento difficile (Patterson et al., 1998), sistema di autoregolazione comportamentale scompensato (Quay, 1997), funzioni esecutive deficitarie (Barkley, 1998)],
- *personale* [deficit nelle abilità sociali, tendenza ad un'interpretazione ostile delle intenzioni altrui, scarsa empatia e pro socialità (Lochman et al., 1987)];
- *familiare* [madri depresse (Nigg, Hinshaw, 1998); stile genitoriale coercitivo (Patterson et al., 1998; alto livello di conflittualità ed esposizione a modelli aggressivi (Grych et al, 2000)];
- *interpersonale* [rifiuto dei pari, isolamento, esclusione (Dodge et al. 1990)];
- *scolastica* [demoralizzazione e insuccesso scolastico (Quinton, Rutter, 1988)];
- *ambientale* [basso livello socio-economico, estrema povertà, ingiustizia sociale (Kellam, 1990; Bolger et al , 1994; Lahey et al. 1999)];

possono essere contrastati, sino a perdere la loro carica negativa, qualora interagiscano con alcuni fattori di protezione a livello individuale e sistemico-ambientale.

Pertanto, i programmi che andremo a considerare partono dal presupposto che nella misura in cui si vanno a promuovere le abilità personali carenti (individuo) e si va ad agire sulla qualità delle relazioni nell'ambiente prossimo (microsistema) e sull'accordo intersistemico famiglia-scuola-pari (meso ed eso sistema), è possibile sia prevenire l'insorgenza dei fattori di rischio sia ridurre le disfunzioni e moderare l'impatto di circostanze sfavorevoli, riorientando positivamente traiettorie evolutive ad alta probabilità di esito disadattivo (Coe et al. 1993).

³ , AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva.
Via Poggio Catino, 4 00199 Roma. Tel.: 0686219610. Sito Web: www.aipre.it
Mail1: aipreroma@tin.it mail2: becciu.colasanti@tin.it

⁴ , CRP Centro per la Ricerca in Psicoterapia
Piazza O. Marucchi, 5 00162 Roma. Tel 0686320838. Sito web: www.crpitalia.eu
Mail: info@crpitalia.eu

Nel presentare i diversi programmi, seguiremo la distinzione operata da Mrazek e Haggerty (1994) i quali distinguono gli interventi preventivi in universali, selettivi, specifici. Gli interventi *universali* che, di fatto, coincidono con la promozione della salute mentale si caratterizzano per essere rivolti all'intera popolazione indipendentemente da situazioni di rischio, per essere proattivi, positivi, economici, esenti da rischi di stigmatizzazione. Gli interventi *selettivi*, sono diretti a soggetti che, pur non presentando segni oggettivi e soggettivi di disagio, hanno comunque una probabilità significativamente maggiore, rispetto alla popolazione generale, di sviluppare disturbi psichici. Infine, gli interventi *specifici* sono indirizzati a coloro che presentano già segni prodromici di un disturbo e che hanno un elevato rischio di cronicizzare il loro coinvolgimento in condotte problematiche; pertanto, sono sempre indicati anche se costosi e non esenti da rischi (Rowling-Martin-Walker, 2004).

Programmi universali.

La campagna contro le vittime del bullismo (Olweus, 1993)

Il programma, che vede come destinatari gli alunni delle scuole elementari e medie con i rispettivi insegnanti e genitori, mira a decrementare il livello di aggressività e di conflittualità nella scuola.

Più specificatamente esso intende promuovere nell'intera comunità scolastica la consapevolezza del problema e sviluppare in coloro che vi sono coinvolti capacità e attitudini cognitive.

Il programma agisce a livello di sistema scolastico, di gruppo classe, di singolo individuo. Le attività, a livello di sistema scolastico, concernono: la rilevazione del problema tramite un questionario; una giornata di sensibilizzazione con insegnanti, genitori, alunni; incontri periodici tra insegnanti e genitori e contatti telefonici; la riorganizzazione degli spazi dedicati al gioco libero e alla ricreazione al fine di favorire occasioni positive di interazione tra ragazzi; una maggiore sorveglianza durante i momenti liberi. Le iniziative a livello di gruppo classe consistono nell'elaborazione di un sistema di regole contro le prepotenze, in momenti di dibattito e confronto in classe per discutere difficoltà o problemi personali vissuti, in attività di *cooperative learning*, in incontri tra insegnanti, genitori e alunni.

Infine, a livello individuale sono previsti colloqui approfonditi con i bulli e con le vittime e con i rispettivi genitori nonché occasioni di incontro tra i genitori degli uni e degli altri per favorire una conoscenza e un confronto reciproci.

Child Development Project (Solomon, Watson et al. 1988).

Il programma, che vede come destinatari gli alunni delle scuole elementari, mira trasformare la scuola in una comunità di persone che impara e che si prende cura degli altri.

Più specificatamente esso intende creare un ambiente scolastico cooperativo e di sostegno in cui i ragazzi possano fare esperienza di rapporti supportivi e di cura reciproci con i loro insegnanti e gli altri adulti nella scuola, di contribuire significativamente alla vita sociale e intellettuale della classe, di lavorare in collaborazione con gli altri.

Il programma agisce sulle componenti classe, scuola e famiglia. Il programma di classe prevede tre aspetti principali: *disciplina dello sviluppo*, che mira a favorire la corresponsabilità attraverso il coinvolgimento degli allievi nella formulazione delle norme e nei processi decisionali, la valorizzazione di ciascun bambino, la ricerca di soluzioni cooperative ai problemi che si presentano; *apprendimento cooperativo*, che mira a sviluppare nei bambini l'attitudine a lavorare insieme; *istruzioni di lettura basata*

sulla letteratura, in cui si leggono storie umane avvincenti tratte dalla letteratura che possono aiutare i bambini ad approfondire la conoscenza di se stessi e degli altri e di alcuni valori umani fondamentali.

Il programma che agisce sulla componente scolastica include iniziative ideate per costruire una comunità che si preoccupa degli altri durante la scuola e per favorire l'apprezzamento di valori democratici fondamentali (es. l'accoglienza da parte dei bambini più grandi dei più piccoli, la giornata dei nonni, ecc.). Infine, relativamente alla componente famiglia, sono previste attività orientate a rafforzare il legame famiglia-scuola tramite l'assegnazione di compiti interattivi tra bambini e genitori (es. discutere un film insieme, collaborare nella realizzazione di un progetto scolastico, raccontare la storia della famiglia, ecc.).

Good behavior game (Dolan-Kellam et al, 1993).

Il programma, che vede come destinatari gli alunni delle scuole elementari mira a migliorare l'adattamento sociale al contesto scolastico particolarmente in riferimento alle regole e all'autorità. Più specificatamente esso intende ridurre i comportamenti aggressivi e di timidezza in classe e promuovere comportamenti cooperativi. Componenti basilari del programma sono il *Gioco del buon comportamento* e il *Mastery learning*.

Il *Gioco del buon comportamento* consiste in una gara a squadre per l'ottenimento di premi, privilegi e speciali attività. Per ogni squadra, si registrano su una lavagna punti in presenza di un cattivo comportamento da parte di un qualsiasi membro della squadra. Se entro la fine del gioco i punteggi della squadra restano al di sotto di un numero prestabilito, la squadra vince. Tutte le squadre possono vincere se i loro punteggi non superano il numero prestabilito. Si parte da 10 minuti per tre volte a settimana per arrivare a tre ore complessive. Il programma di *Mastery learning* consiste in un approccio di gruppo per arrivare a leggere con padronanza tramite un processo di mutua correzione. Gli allievi non passano al successivo livello di lettura finché l'80% della classe non ha raggiunto per quel livello l'85% degli obiettivi richiesti.

Second Step: un programma per la prevenzione della violenza (Grossman et al. 1997).

Il programma, che vede come destinatari gli alunni delle scuole elementari, mira promuovere competenze sociali nell'interazione tra pari, nelle amicizie, nella risoluzione dei conflitti interpersonali. Più specificatamente, esso intende insegnare la gestione della rabbia, l'empatia, il controllo degli impulsi. Il programma utilizza immagini fotografiche accompagnate da uno scenario che offre lo spunto per la discussione e per i giochi di ruolo; prevede, inoltre, per i genitori, un video - guida che aiuti loro a familiarizzarsi con il programma e a favorire il rinforzo, in casa, delle abilità oggetto di promozione.

PATHS: Promozione di Strategie di Pensiero Alternativo (Greenberg-Kusche, 1996).

Il programma, che vede come destinatari gli alunni delle scuole elementari, mira a promuovere competenze emozionali e sociali e a ridurre i comportamenti aggressivi. Esso prevede una previa formazione degli insegnanti ai quali sono trasferite le competenze per insegnare agli allievi l'alfabeto delle emozioni, l'autocontrollo, la competenza sociale, il problem solving interpersonale nonché alcune modalità positive per approcciarsi e relazionarsi ai propri pari.

Più specificatamente, le abilità in oggetto concernono: identificare e nominare le emozioni, esprimere, gestire i sentimenti e valutarne l'intensità, differenziare sentimenti e comportamenti, dilazionare la gratificazione, controllare gli impulsi, ridurre lo stress, parlare a se stessi, leggere e interpretare gli stimoli sociali, comprendere la prospettiva degli altri, usare i passi per il *problem solving* e per il *decision making*, avere una attitudine positiva verso la vita, autoconsapevolezza, abilità verbali e non verbali.

Programmi selettivi.

Il primo passo verso il successo (Walker et al. 1998).

Il programma, che vede come destinatari bambini di scuola materna con iniziali segni di pattern comportamentali antisociali, mira a favorire lo sviluppo di pattern comportamentali più adattivi. Esso prevede uno *screening iniziale*, un intervento a scuola di circa due mesi, un intervento a casa di sei settimane.

L'intervento a scuola mira ad insegnare al bambino un comportamento maggiormente adattivo che promuova i successi sociali e accademici. I criteri sono stabiliti quotidianamente e al bambino è dato un feedback sul proprio comportamento. Riceve una ricompensa se realizza l'80% dei comportamenti richiesti. Il programma è implementato prima da un consulente e poi portato avanti, con supervisione, dall'insegnante.

L'intervento a casa prevede visite domiciliari da parte di un consulente una volta a settimana per 40-50 minuti. Ai genitori spetta: controllare il comportamento scolastico dei figli, provvedere ricompense e rinforzi per i successi scolastici, favorire nei figli la costruzione di competenze concernenti: la comunicazione e la condivisione, la cooperazione, il darsi dei limiti, il *problem solving*, il fare amicizia, lo sviluppo della fiducia. Il consulente introduce l'attività e fornisce ai genitori un manuale con relative attività.

Il consulente ha in carico tre bambini alla volta e provvede all'implementazione del programma, alla supervisione di insegnanti e genitori e al coordinamento famiglia-scuola.

Programma di relazioni sociali (Lochman - Coie et al, 1993).

Il programma vede come destinatari bambini di scuola elementare, rifiutati dai pari, che presentano o meno un comportamento aggressivo. Esso mira all'incremento di capacità relazionali che facilitino l'adattamento socio-comportamentale. Il programma prevede una previa formazione di due settimane del personale chiamato a realizzare gli incontri con i bambini. Per questi ultimi sono previsti 26 incontri individuali di 30 min. (2 volte a settimana) e 8 incontri di gruppo. Gli incontri vertono su: *soluzione di problemi sociali* (7 sessioni): identificare il problema e gli scopi di una situazione, inibire un comportamento impulsivo, generare soluzioni possibili); *addestramento al gioco positivo* (9 sessioni) acquisire capacità necessarie per giocare con i coetanei: comunicazione, negoziazione, cooperazione; *addestramento per l'inserimento in gruppo* (14 sessioni) imparare ad unirsi ad un gruppo di coetanei, identificare il leader del gruppo, misurare i propri comportamenti; *controllo della rabbia* (4 sessioni) imparare a ridurre i comportamenti impulsivi attraverso l'identificazione, l'uso di autoaffermazioni positive e discussioni circa la competizione nelle situazioni interpersonali.

Interventi specifici o indicati.

Studio sperimentale longitudinale di Montreal (Tremblay et al 1992).

Il programma che vede come destinatari bambini maschi aggressivi dai 7 ai 9 anni di famiglie a basso reddito, mira a ridurre i comportamenti aggressivi attraverso il miglioramento del comportamento genitoriale e l'incremento di abilità sociali nei bambini. Il programma prevede, con i genitori, un incontro ogni 2-3 settimane per due anni; con i bambini, 10 incontri annuali a scuola all'ora di pranzo. Il programma destinato ai genitori si focalizza su abilità concernenti: il monitoraggio del comportamento dei figli e i rinforzi positivi, la disciplina efficace, ma non punitiva, il fronteggiamento di situazioni critiche; il programma destinato ai bambini ha per oggetto lo sviluppo delle abilità pro sociali (entrare nel gruppo, chiedere aiuto, ecc.) e di autocontrollo (seguire regole, gestire situazioni di rabbia, ecc.). Quest'ultimo prevede che il gruppo sia composto da un bambino aggressivo e quattro bambini con capacità pro sociali e utilizza tecniche diversificate, quali: istruzioni, modellamento, giochi di ruolo, rinforzi.

Programma di gestione dell'aggressività (Lochman et al, 1999).

Il programma che vede come destinatari bambini e preadolescenti con comportamenti aggressivi e distruttivi (9-12 anni) mira ad incrementare le abilità socio-cognitive e ridurre i comportamenti problema. Organizzato in incontri settimanali a piccoli gruppi (4-6 ragazzi) il programma è indirizzato ad aiutare i ragazzi a gestire la rabbia, correggere distorsioni e deficit cognitivi, assumere la prospettiva altrui, riconoscere le emozioni, esercitare l'autocontrollo, utilizzare il problem solving sociale, potenziare le abilità sociali in situazioni di conflitto.

Sono utilizzati giochi di ruolo, attività che portano i ragazzi a reagire emotivamente, rinforzi e feedback.

Intervento attribuzionale (Hudley-Graham, 1995).

Il programma che vede come destinatari ragazzi di 10-12 anni mira ad insegnare loro a non inferire intenzionalità ostile in situazioni di interazione ambigua con i pari e a sviluppare abilità di pensiero. Il programma si compone di due parti. La prima, della durata di 12 incontri, è indirizzata ad aiutare i ragazzi ad individuare accuratamente l'intenzionalità nelle situazioni sociali; ad incrementare l'uso di attribuzioni non ostili; a rispondere appropriatamente a eventi negativi. La seconda, della durata di 24 incontri, è orientata a sviluppare abilità di problem solving cognitivo e a potenziare abilità attentive e di pensiero (*Building Thinking Skills Program*). I gruppi, che sono composti da 4 ragazzi non aggressivi e 2 aggressivi, si incontrano a scuola, ma in un contesto diverso dall'aula scolastica.

Programma di gruppo sulle abilità sociali (Pepler et al. 1991).

Il programma che vede come destinatari alunni di scuola elementare, moderatamente aggressivi e carenti di abilità sociali e sociocognitive, mira ad incrementare queste ultime. Esso prevede il coinvolgimento di bambini, genitori ed insegnanti. L' *intervento con i bambini*, organizzato in incontri bisettimanali condotti da assistenti sociali, si focalizza su abilità quali: risolvere problemi, identificarsi, seguire le istruzioni, partecipare, autocontrollarsi, gestire le prese in giro, resistere alle provocazioni e alle risse. Ha una durata di 12-15 settimane e si realizza con piccoli gruppi (7 bambini). L' *intervento con i genitori*, effettuato tramite moduli formativi di durata variabile, ha per oggetto le abilità relative alla gestione del comportamento dei figli e al supporto nell'incremento delle abilità sociali. L' *intervento relativo all'ambiente di classe*, anch'esso realizzato tramite moduli formativi con gli insegnanti, di durata variabile,

concerne la scelta di particolari compiti a casa e il potenziamento di abilità consone all'ambiente di classe.

Programma per la transizione adolescenziale (Dishion et al , 1996).

Il programma, che vede come destinatari adolescenti ad alto rischio di condotte antisociali e le loro rispettive famiglie, mira a sviluppare nei ragazzi capacità di autoregolazione e nei genitori abilità educative. L'*intervento con gli adolescenti*, organizzato in incontri settimanali a piccoli gruppi (8 ragazzi) è indirizzato a trasferire competenze quali: pianificare obiettivi, stabilire passi per raggiungerli, sviluppare sostegno tra pari, fissare limiti personali, impegnarsi nella soluzione di problemi. L'*intervento con i genitori*, è invece orientato a potenziare competenze educative riguardanti l'incoraggiare e il rinforzare i comportamenti prosociali dei figli, lo stabilire adeguati limiti, l'impegnarsi nella soluzione comune di problemi. Tale intervento è articolato sia in incontri di gruppo settimanali di circa due ore per 12 settimane (8 famiglie per gruppo); sia in consultazioni specifiche per ciascuna famiglia per adattare le competenze e discutere questioni particolari (in media 3 incontri per famiglia). Sono, infine previsti alcuni interventi con i genitori e i figli per favorire la discussione e il confronto reciproci.

Programma sulle abilità di coping tra pari (Prinz- Blechman et al. 1994).

Il programma, che vede come destinatari alunni di scuole elementari a rischio di problemi di condotta per aggressività, mira a promuovere abilità di *coping* prosociali facendo leva sulla modifica dei pensieri, sul controllo del comportamento e sul *problem solving* proattivo. Esso prevede 22 incontri settimanali articolati in 5 fasi: accordo sulle regole, resoconto personale della settimana e eventuali problemi incontrati nella messa in atto delle abilità, giochi di ruolo attraverso i quali valutare le abilità di fronteggiamento acquisite e la loro padronanza, attività di gruppo, rinforzo (gettoni) per il rispetto delle regole. Nei gruppi sono coinvolti bambini di classi diverse; per ciascuna classe sono scelti 4 bambini di cui 2 aggressivi, 2 non aggressivi. Ciascun bambino deve raggiungere un certo livello di padronanza nell'obiettivo concordato e si può passare oltre solo quando tutti hanno raggiunto lo standard stabilito (basso-medio-alto).

Interventi universali, selettivi, indicati.

Fast Track (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992).

Il programma che vede come destinatari alunni delle scuole elementari a rischio di problemi di condotta, mira a ridurre la portata dei fattori di rischio connessi ai medesimi. Il programma a livello *universale* si sostanzia nel PATH il quale viene indirizzato a tutti i bambini della scuola elementare (5 anni).

I livelli selettivo (grado 1) e indicato (grado 2) contengono alcune componenti aggiuntive.

Grado 1

- § Parent training indirizzato a promuovere relazioni positive scuola-famiglia, e a insegnare ai genitori alcune abilità: uso di lodi, time-out, autocontenimento
- § Visite a casa per aiutare i genitori a risolvere problemi, a crescere nell'autoefficacia, a gestire la vita
- § Training sulle abilità sociali indirizzato ai bambini
- § Sostegno ai bambini nella lettura
- § Attività a coppie durante la scuola per favorire la socializzazione tra bambini

Grado 2

- § Incontri di gruppo per genitori e figli due volte al mese e un programma concordato per gli anni a seguire
- § Visite a casa
- § Sostegno
- § Monitoraggio sulle attività per la gestione dei figli.

Conclusioni

La rassegna dei programmi sin qui considerati ci permette di fare alcune considerazioni:

I *programmi universali* si sostanziano nella promozione di alcuni fattori protettivi di natura personale e ambientale ritenuti incompatibili con la comparsa del comportamento aggressivo quali: abilità sociali e pro sociali, autocontrollo, competenza emozionale, problem solving, clima scolastico cooperativo e supportivo.

I *programmi selettivi e indicati* sono piuttosto indirizzati a colmare, nei bambini, le carenze sociali, cognitive e di regolazione delle emozioni e a correggere le loro distorsioni nella rappresentazione degli eventi e nell'attribuzione delle intenzioni. Essi, inoltre, mirano a sviluppare l'autoefficacia genitoriale particolarmente per quanto concerne la possibilità di esercitare un controllo non coercitivo sul comportamento dei figli e l'incoraggiamento di abilità pro sociali. Tali programmi, a differenza di quelli universali, contemplano un coinvolgimento più diretto degli agenti educativi, visite domiciliari, forme di consulenza modulate sui problemi e le esigenze delle singole famiglie, accompagnamento e monitoraggio nel tempo. Da notare, ancora, un criterio ricorrente nella composizione dei gruppi di ragazzi destinatari degli interventi, consistente nel prevedere la presenza, per ciascun componente con comportamento aggressivo, di uno o più componenti con comportamenti a valenza prosociale.

Ci preme ricordare, infine, che i programmi presentati sono stati sottoposti a verifica empirica ed hanno fornito consistenti prove di efficacia; pertanto costituiscono una buona base generativa dalla quale muovere per progettare nuovi interventi indirizzati a prevenire forme di disadattamento e di antisocialità in età scolare.

Bibliografia

- Barkley R.A. (1998), *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*, Guilford Press, New York.
- Battistich V., Schaps E., Watson M., Solomon D. (1996) *Prevention effects of the Child Development Project: Early findings from an ongoing multisite demonstration trial* in *Journal of Adolescent Research*. 11, 12-35.
- Bolger K.E., Patterson C.J., Thompson W.W., Kupersmidt J.B. (1995), *Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship*, in *Child Development*, 66, 1107-1129.
- Bronfenbrenner U. (1979), *The ecology of human development. Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge (trad. it.. Ecologia dello sviluppo, Il Mulino, Bologna, 1986).
- Cicchetti, D. (1984). *The emergence of developmental psychopathology in Child Development*, 55, 1-7.

- Coie, I.D., Watt N.F., West. S.G, Hawkins, I.D., Asarnow I.R., Markman H.I., Ramey S.L., Shure M.B., Long, B. (1993) *The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program* in *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1999a), *Initial impact of the Fast Track Prevention trial for conduct problems: I The high-risk sample* in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Dishion, T. J., Andrews, D. W., Kavanagh, K., Soberman, L. H. (1996). *Preventive interventions for high-risk youth: The adolescent transitions program* in R. De V. Peters- R. J. McMahon (Eds.). *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*, 184-214, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dodge K.A., Coie J.D., Pettit G.S., Price J.M. (1990), *Peer status and aggression in boys' groups: Developmental and contextual analyses* in *Child Development*, 61, 1289-1309.
- Dolan L.J., Kellam, S.G, Brown, C.H. Werthamer-Larson L., Rebok G.W., Mayer L.S., Laudoff, J., Turkkan, J., Ford C., Wheeler L. (1993). *The short-term impact of two classroom-based preventive interventions on aggressive and shy behaviors and poor achievement* in *Journal of Applied Developmental Psychology*. 14, 317-345.
- Greenberg, M. T., Kusche C.A. (1996). *The PATHS Project: Preventive intervention for children. Final Report to the National Institute of Mental Health*, Grant number ROIMH42131.
- Greenberg M.T., Domitrovich C., Bumbarger B. (2000), *Preventing Mental Disorders in school-age children: A Review of the Effectiveness of Prevention programs*, The Pennsylvania State University
- Grossman D. C., Neckerman H. J., Koepsell T. D., Liu P., Asher K. N., Beland K., Frey K., Rivera F. P. (1997). *Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school* in *Journal of the American Medical Association*. 277, 1605-1611.
- Grych J.H., Jouriles E.N., Swank P.R., McDonald R., Norwood W.D. (2000), *Patterns of adjustment among children of battered women*, in *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 68, 84-94.
- Hudley C. Graham S.. (1993). *An attributional intervention to reduce peer-directed aggression among African-American boys*, in *Child Development*. 64, 124-138.
- Lahey B.B., Miller T.L., Gordon R.A., Riley A.W. (1999), *Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders*, in Quay H.C., Hogan A.E. (eds.), in *Handbook of disruptive behavior disorders*, Kluwer Academic Plenum Press, New York.
- Lochman J.E. (1987), *Self and peer perceptions and attributional biases of aggressive and non aggressive boys in dyadic interaction*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 404- 410.
- Lochman J.E., Coie I.D., Underwood M., Terry R. (1993), *Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and non aggressive rejected children*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1053-1058.
- Lochman J.E., FitzGerald D.O., Whidby J.M. (1999), *Anger management with aggressive children*, in Schaefer C. (ed), *Short-term psychotherapy group for children*, Aronson, Northvale, NJ.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.

- Nigg J. T., Hinshaw S.P. (1998), *Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder*, in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, pp. 145-159.
- Patterson G.R., Forgatch M.S., Yoerger K.L., Stoolmiller M. (1998), *Variables that initiate and maintain early-onset trajectories of juvenile offending*, in *Development and Psychopathology*, 10, 531-547.
- Pepler D.J., Rubin K.H. (eds.) (1991), *The development and treatment of childhood aggression*, Erlbaum, New York.
- Prinz R.J., Blechman E.A., Dumas J.E. (1994), *An evaluation of peer coping-skills training for childhood aggression*, in *Journal of Clinical Child Psychology*, 23,193-203.
- Quay H.C. (1997), *Inhibition and attention deficit hyperactivity disorders*, in *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 7-13.
- Quinton D., Rutter M. (1988), *Parenting breakdown: The making and breaking of inter-generational links*, Avebury, Aldershot.
- Rowling L., Martin G., Walker L. (2004) *La promozione della salute mentale e i giovani*, Milano, Mc Graw Hill
- Rutter M. (1985), *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, in *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611
- Solomon D., Watson M., Battistich V., Schaps E., Delucchi K. (1996). *Creating Classrooms That Students Experience as Communities*, in *American Journal of Community Psychology*. 24, 719-748.
- Tremblay R. E., Vitaro F., Bertrand L., LeBlanc M., Beauchesne H., Boileau H., David L. (1992) *Parent and child training to prevent early onset of delinquency: The montreal longitudinal-experimental study*, in J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence* , 117-138, New York: Guilford.
- Walker H., Stiller B., Severson H. H., Feil E. G., Golly A. (1998) *First step to success: Intervening at the point of school entry to prevent antisocial behavior patterns*, in *Psychology in the Schools*,35, 259-269.

I servizi sociali e la professionalità dello psicologo secondo Martino Rebonato

Intervista raccolta da Massimo Ambrosi, Psicologo redattore di Psychomed, e Dimitra Kakaraki, Psicologa redattrice di Psychomed, CRP⁵

La legge 328/2000 ridefinisce i servizi sociali in ambito sia nazionale che locale e pone all'attenzione degli amministratori locali nuove modalità e strumenti di intervento e la possibilità di avvalersi delle professioni emergenti quali l'educatore e lo psicologo. Martino Rebonato, formatore, esperto di politiche educative e sociali è consulente del Comune di Roma e, in tale ambito, ha contribuito alla costruzione del Piano Regolatore Sociale della città. Recentemente ha pubblicato con Francesco Alvaro il volume *Farsi carico. Prendersi cura. Conversazioni sul welfare e sui servizi sociali*. Data la sua esperienza nel settore, lo abbiamo interpellato per chiarire alcuni aspetti di carattere giuridico, politico e sociale al fine di comprendere meglio come si esplicano i servizi sociali al cittadino con uno sguardo alle implicazioni che questi aspetti hanno, in particolare, per la professionalità dello psicologo.

La Legge 328/2000 si è posta l'obiettivo di realizzare un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Può descriverne gli intenti?

La Legge quadro 328 è la prima che si pone l'obiettivo di creare un sistema integrato nei servizi sociali. In precedenza non si è mai avuta, da parte del legislatore, una normativa che definisse i servizi sociali come un "sistema". Per rendersi conto della portata nel cambio di prospettiva, si pensi al sistema previdenziale o al sistema sanitario che, al di là delle problematiche di funzionamento che possono avere, sono organizzati in sistemi, cioè hanno una loro strutturazione organica per il perseguimento dei fini che si pongono. Il termine "sistema" implica principi, regole, responsabilità istituzionali ben definite (chi deve fare cosa), significa finanziamenti, soprattutto racchiude in sé un metodo, quello della pianificazione e della programmazione. Infatti i primi articoli della legge stabiliscono le regole del gioco: sostanzialmente, dice chi se ne deve occupare e cioè gli Enti locali, le Regioni e lo Stato e ne spiega i rispettivi compiti. Lo Stato è chiamato a redigere un piano nazionale, quindi ci sono dei piani regionali, e vengono stilati dei piani locali (piani di zona) che tengono conto delle esigenze del contesto territoriale. La legge prevede che la programmazione coinvolga e valorizzi le associazioni, le cooperative, in una parola tutto il mondo del privato sociale. Più avanti si fa riferimento alle prestazioni che devono essere erogate. Le prestazioni di base, cioè il livello essenziale delle prestazioni, devono essere erogate in tutta Italia, tutti i cittadini devono avere la garanzia di ottenere alcune prestazioni fondamentali in tutto il territorio nazionale. Poi ci possono essere le specificità locali. Ecco, questa è l'idea, forse un po' utopica, di un sistema integrato paragonabile agli altri sistemi di welfare, appunto il sistema pensionistico, sanitario, dell'istruzione.

Può spiegare meglio le difficoltà di attuazione della legge in questi anni?

Alla legge 328 ha fatto seguito la riforma costituzionale nel 2001 che ha, in parte, modificato il quadro della 328, affidando la competenza esclusiva alle Regioni nel settore dei servizi sociali. In questo modo il governo centrale, lo Stato, si è trovato con minori poteri, se vogliamo con le mani legate, in quanto, le sue competenze sono passate alle Regioni senza però che siano stati fissati i servizi da garantire sull'intero territorio

⁵ , CRP Centro per la Ricerca in Psicoterapia
Piazza O. Marucchi, 5 00162 Roma. Tel 0686320838. Sito web: www.crpitalia.eu
Mail: info@crpitalia.eu

nazionale, e senza la possibilità di controllare le modalità con cui le Regioni gestiscono le risorse finanziarie in questo campo.

Ciò ha comportato una progressiva decentralizzazione rispetto al passato: che differenze possiamo intravedere tra il welfare state da cui muoviamo e la welfare society verso cui la legge ci indirizza?

Il welfare state è quello che possiamo trovare nei paesi del Nord Europa, che si è affermato sostanzialmente agli inizi del secolo scorso e che si è diffuso dopo la seconda guerra mondiale con l'idea che, attraverso le tasse, il lavoro ed altre forme di contribuzione pubblica, le istituzioni dovessero provvedere ai bisogni sociali di tutti i cittadini durante tutto l'arco della vita. Di qui una serie di servizi forniti dalle istituzioni pubbliche.

Nel welfare society (o comunitario, che sarebbe il termine a mio parere più adatto per tradurre society in italiano) significa che ciò non è compito solo delle istituzioni (che mantengono un ruolo importante, quello di assicurare le regole, il funzionamento e quindi il benessere complessivo dei cittadini), ma anche di altri attori, visti non più come marginali. Tali attori sono le associazioni, le cooperative, le fondazioni, gli enti, le aziende, il volontariato, e quindi l'insieme dei corpi sociali intermedi; le famiglie stesse sono altrettanti attori. Il ruolo delle istituzioni è di armonizzare le risorse per rispondere ai bisogni dei cittadini. Si passa da una prospettiva del "faccio io" ad una del "facciamo insieme".

Quindi nel parlare di politica sociale, la legge 328 introduce questo concetto di welfare society che pone come parole chiave la corresponsabilità e la sussidiarietà. Quali sono i punti di forza della normativa e quali le debolezze insite in essa?

Punti di forza: l'idea stessa che ci sia un sistema, l'idea che ci siano diritti riconosciuti e validi in tutto il Paese, l'idea che tutti gli attori sociali partecipano e abbiano responsabilità, il che comporta un nuovo e più corretto rapporto tra lo Stato e i cittadini. Tutto ciò prefigura un metodo e una programmazione, per cui si definiscono i piani, i processi, così come i finanziamenti. La Legge 328 prevede dei finanziamenti, il rafforzamento del fondo nazionale per le politiche sociali che va ad aiutare le scarse risorse degli Enti locali. Queste caratteristiche ne fanno una legge non solo valida ma che segna una tappa di portata storica nella (ri)definizione dei servizi sociali.

Ai punti di debolezza, si è già accennato in precedenza, con il mutato quadro istituzionale che priva il governo della facoltà di avere un ruolo definito e di controllo. Ciò ha comportato in questi anni l'accentuazione delle differenze tra le Regioni in quanto abbiamo alcune Regioni che migliorano e altre che non hanno colto le possibilità che la legge offre. In alcuni casi è addirittura aumentata la differenza tra le Regioni nell'efficienza dei servizi, cosa contraria allo spirito che ha animato il legislatore.

A cosa si devono queste differenze tra le Regioni? Alle possibilità che ogni singola Regione ha di definire piani e obiettivi oppure alla differente applicazione della legge, dato che con la riforma costituzionale i poteri che la 328 dava allo Stato centrale sono passati alle Regioni?

La legge è stata interpretata e attuata dalla maggior parte delle Regioni, ma le differenze sono dovute a entrambi i motivi citati. La 328 concede di per sé un ruolo importante alle Regioni. Ogni Regione è chiamata a stilare un piano di intervento: alcune lo hanno fatto altre, per esempio il Lazio, no. La nostra Regione non ha fatto un piano, si è limitata a distribuire risorse, ma non ha fatto tutto quello che la legge prevedeva.

Allo Stato è rimasto un compito fondamentale: stabilire i livelli essenziali da garantire ed intervenire se le Regioni non li erogano. Purtroppo, lo Stato non ha ancora stabilito quali siano questi livelli essenziali e quindi cosa le Regioni debbano fare.

Questa legge nel suo intento ha voluto favorire la creazione di una rete tra privato sociale e Stato: tra le difficoltà applicative possono essere importanti i molteplici fattori culturali che differenzino il territorio?

Certo, sono molto importanti. Ad esempio la famiglia: il suo ruolo è molto diverso nel welfare del Sud e del Nord. Ma sono molti i fattori culturali che intervengono e che condizionano il sistema del welfare locale. Non credo sia possibile parlarne compiutamente qui. Possiamo però citare l'influenza che può avere l'incidenza della criminalità organizzata, ad esempio, sull'impresa sociale, soggetta a pressioni e condizionamenti maggiori rispetto a contesti dove la criminalità non è così radicata. E poi l'invasività della politica, che se assume modalità patologiche, crea molti problemi. Questo è un aspetto. Ma poi c'è anche una certa debolezza intrinseca della 328, che è stata forse troppo ottimista nel pensare che le stesse regole fossero facilmente applicabili in territori molto diversi. I sistemi forti vanno dall'alto verso il basso, sono nati come sistemi centralizzati, che in seguito si sono decentrati, come è successo con la riforma sanitaria e la riforma scolastica. Dal centro alla periferia. Nel nostro caso, invece, non essendoci un modello centrale, si vuole partire dal basso, attraverso un processo "bottom up", ma questi processi sono complessi e hanno bisogno di una guida forte, di tempo e di una prospettiva capace di guidare questo tipo di soluzione. Ciò è stato fatto ad esempio con l'Unione Europea: il livello di integrazione non si è avuto se non attraverso decenni e una forte volontà politica. Tornando al nostro tema, in questo processo c'è stato a mio avviso un ottimismo eccessivo, che ha comportato una sottovalutazione dei problemi culturali e della profonda diversità dei sistemi esistenti.

Può fare degli esempi concreti delle diverse modalità in cui le Regioni hanno utilizzato la 328 e stilare una classifica di merito?

Diciamo subito che la riforma a livello di Regioni non è una questione di meglio o di peggio, ma di diversità. Vorrei comunque segnalare il caso della Puglia. Forse i servizi sociali funzionano meglio in altre Regioni, ma il sistema pugliese è molto migliorato negli ultimi anni. Ecco, è un esempio di come con la legge 328 si può innescare un processo di profondo rinnovamento del sistema dei servizi sociali a livello regionale.

Può definire il concetto di cittadinanza sociale?

La cittadinanza sociale è partecipazione ai processi decisionali. La legge 328 dà la possibilità di farlo, anche se bisogna vedere quanto le istituzioni locali poi attuino le indicazioni della legge e anche quanto la popolazione voglia e possa partecipare. La partecipazione è un processo libero e condizionato, allo stesso tempo. D'altra parte la partecipazione significa anche avere il diritto di usufruire di determinate prestazioni e questo diritto abbiamo visto che non è pienamente attuato. Certo si sono tanti servizi, che probabilmente sono anche cresciuti negli ultimi anni, ma in termini di diritti i cittadini non mostrano ancora la consapevolezza di ciò di cui hanno diritto e la capacità di richiederlo.

Qual è il ruolo dell'approccio preventivo promozionale all'interno della pianificazione sociale o in altri termini in che modo la promozione del benessere si inserisce in questo sistema integrato?

A livello normativo è chiarissimo. La prevenzione e la promozione del benessere rientra a pieno titolo nella filosofia della normativa attuale. La realizzazione pratica di questo principio è lasciata però alla buona volontà del singolo Ente locale. Continua a prevalere un approccio emergenziale. Il sistema disegnato dalla 328 va in direzione contraria, perché parla di pianificazione, programmazione, promozione del benessere.

Questo approccio è però poco praticato, anche perché gli amministratori politici devono tener conto di un'opinione pubblica fortemente condizionata dai mass media e dal loro sensazionalismo. Un approccio preventivo e una pianificazione con il coinvolgimento delle risorse del territorio comporta inoltre l'abbandono di un certo atteggiamento paternalistico delle istituzioni in favore di un orientamento di corresponsabilità della comunità locale (a cui devono però essere dati strumenti e poteri veri). Questo atteggiamento richiede un maggiore coinvolgimento degli interessati. Tra l'altro, le persone che hanno partecipato al processo decisionale sono maggiormente collaborativi, dal momento che condividono obiettivi e metodi.

Quindi sostanzialmente una prospettiva democratica, nel senso di coinvolgimento e di partecipazione...

Infatti: non democratica in senso numerico, di mera maggioranza quantitativa. E' importante però che la partecipazione sia continua, anche se necessariamente graduale. Più la comunità cresce e assume conoscenze e competenze, più sarà in grado di partecipare a livelli decisionali più alti. Bisogna avviare processi di crescita democratica, con convinzione e non in modo occasionale.

Può definire, dal suo punto di vista il ruolo dello psicologo all'interno di questo quadro?

Non ho le necessarie conoscenze per definire il ruolo dello psicologo. Mi sembra però importante l'approccio della psicologia di comunità. La conoscenza delle dinamiche psicologiche, oltre che quelle sociologiche, può favorire l'integrazione nei gruppi, l'elaborazione delle problematiche e delle soluzioni. Scandagliare e lavorare su questo aspetto per aiutare a predisporre servizi meglio tarati e quindi più efficaci rispetto a quello che oggi avviene, è un compito che la psicologia può ritagliarsi. Lo psicologo ha gli strumenti per svolgere questo compito.

Cos'è il Piano Regolatore Sociale messo appunto dal Comune di Roma e come possono inserirsi in tale ambito le competenze dello psicologo?

In questo momento i Municipi di Roma sono impegnati a rifare il Piano, che a Roma, non si chiama più "Piano di zona", ma "Piano Regolatore Sociale del Municipio". Stiamo affiancando i Municipi in questo lavoro. Abbiamo anche preparato un manuale operativo. In ogni municipio c'è un ufficio che organizza degli incontri, dei "tavoli". L'idea è che questi tavoli diventino permanenti.

Il compito dello psicologo in questo contesto potrebbe essere quello di contribuire a superare l'ottica assistenzialistica, contribuendo a far crescere la cultura della valutazione. Lo psicologo quindi poi dare un valido apporto al lavoro di gruppo interprofessionale.

In sintesi, possiamo dire che lo psicologo oltre che lavorare con i destinatari dei servizi lavora anche all'interno dei servizi. Quindi i suoi "utenti" sono anche il personale e gli operatori degli enti.

Il dott. Martino Rebonato è stato sentito al seminario "Quando il sociale educa. Dal welfare sociale al welfare educativo" tenutesi il 20 ottobre 2007 per la chiusura del master proposto dal Università Pontificia Salesiana "Master Organizzazione e gestione dei servizi socio-educativi".

Ringraziamenti speciali vanno a Vito Orlando (Direttore del Master) e Dott. Giancarlo Cursi (coordinatore del master).

Il dott. Martino Rebonato è membro del comitato scientifico del master universitario di I livello promosso da Lumsa, Facoltà di Scienze della Formazione e dell'Organizzazione per l'Assistenza ai Servizi e agli interventi Sociali OASI: "Costruzione e Gestione dei Progetti nel Sociale".

Per informazioni: Prof. Andrea De Dominicis 347.8160582, email: dedominicis@transizioni.it.

Il dott. Martino Rebonato può essere contattato via email: rebonato@oasisociale.it
Sito: www.oasisociale.it

Per ulteriori approfondimenti:

- F. Alvaro, M. Rebonato, *Farsi carico. Prendersi cura. Conversazioni sul welfare e sui Servizi Sociali*, Armando editore (2007)
- Testo della Legge 328/2000 <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm>

Il disturbo di personalità borderline e il trauma dell'abuso: il modello cognitivo-comportamentale della Linehan.

De Trucco Pietro, Psicologo; Operatore di prevenzione, AIPRE⁶

Introduzione

Il presente contributo affronta il rapporto tra la genesi del disturbo di personalità borderline e le esperienze traumatiche di abuso. La prospettiva che si è adottata per la lettura del fenomeno è quella della psicopatologia evolutiva e della psicotraumatologia. L'ipotesi che funge da perno di ancoraggio di quanto diremo è quella della disregolazione emotiva che, nel modello eziologico della Linehan (2001, 23), ricopre il ruolo di fattore personale, con basi biologiche, maggiormente coinvolto nell'accelerare e favorire lo sviluppo di modalità disorganizzate e instabili di regolazione dei pattern comportamentali. Questo fattore, inoltre, favorisce la comparsa di un senso d'identità e di continuità instabile e precario. L'ipotesi eziologica è inserita all'interno di un modello di tipo transazionale che prende anche in considerazione il ruolo dell'ambiente nello sviluppo di traiettorie evolutive segnate dalla psicopatologia. Nel caso del disturbo di personalità borderline si deve tenere presente che gli ambienti cosiddetti invalidanti giocano un ruolo centrale nell'incrementare la già presente vulnerabilità emotiva su base biologica attraverso forme di abuso, trascuratezza, e invalidazione dei vissuti emotivi dell'individuo (Cf. Linehan, 2001, 33-38). I meccanismi eziopatogenetici considerati chiamano in causa non solo meccanismi psicologici individuali (fallimento delle strategie metacognitive e disregolazione emotiva), ma anche contesti relazionali che fanno da catalizzatori al processo di invalidazione del senso di Sé e del senso d'identità. Il disturbo borderline è considerato, infatti, anche in relazione ad eventi stressanti in età precoce e a forme di abuso. Per tale motivo si è analizzata l'evoluzione a lungo termine del funzionamento psicologico a fronte di esperienze traumatiche o stressanti. Si è sottolineata anche la relazione tra eventi stressanti, PTSD e sviluppo di BPD, cercando di analizzare le risposte neurobiologiche e psicologiche agli eventi altamente stressanti e la loro ricaduta sulla costruzione di modelli di rappresentazioni interne e sulla funzione integratrice svolta dal sistema di elaborazione dei significati emotivi (Golier et al. 2003, 2108). Al termine del lavoro si è inteso dare enfasi ad un approccio preventivo suggerendo possibili interventi di prevenzione primaria e linee di azione anche nella prevenzione secondaria per potenziare la competenza emotiva e la funzione di regolazione delle emozioni attraverso tecniche per il potenziamento del pensiero meta cognitivo, rivolte alla famiglia.

L'eziologia del borderline

Il disturbo borderline è un disturbo di personalità e come tale si manifesta con alterazioni in almeno due aree del funzionamento (affettiva, relazionale, cognitiva e interpersonale). L'ipotesi della Linehan è che l'eziologia del disturbo borderline va colta all'interno di una prospettiva di analisi di tipo multifattoriale. La genesi del funzionamento borderline è correlata con l'effetto interattivo e cumulativo di diversi fattori di rischio (fattori biologici, psicologici e sociali). Questo dimostra come il suo modello si rifà all'approccio bio-psico-sociale di Paris (1994, 88) e ai modelli transazionali per spiegare gli effetti delle interazioni individuo ambiente e i processi di condizionamento classico e operante che favoriscono l'apprendimento e il mantenimento di risposte disfunzionali. Secondo la Linehan la genesi della personalità borderline è da attribuire ad un'interazione tra la disfunzione nel processo di regolazione emotiva e la presenza di ambienti invalidanti che hanno impedito alla

⁶ , AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva.
Via Poggio Catino, 4 00199 Roma. Tel.: 0686219610. Sito Web: www.aipre.it
mail1: aipreroma@tin.it mail2: becciu.colasanti@tin.it

persona di acquisire la capacità di validare i propri vissuti emotivi e di acquisire la competenza di riconoscere e regolare le risposte emotive. In altre parole i soggetti che presentano disfunzioni a carico del processo di regolazione emotiva presentano difficoltà nel decifrare i segnali corporei conseguenti ad un evento, difficoltà nell'attribuire un nome (etichettare l'attivazione fisiologica), difficoltà nel risalire all'evento che ha suscitato l'attivazione fisiologica, difficoltà a tollerare il disagio correlato all'emozione negativa e difficoltà a pensare l'emozione come processo o esperienza transitoria (Salvatore, 2006, 97). Partendo dal presupposto che le emozioni sono un sistema di integrazione dei vari pattern di risposte dell'organismo, e considerando che gli stati di disregolazione emotiva comportano un'assenza di equilibrio nell'organizzare pattern di risposte flessibili e adattive verso il mondo interno ed esterno (Siegel, 2001, 217), è possibile ipotizzare che i soggetti borderline vivono, per tali motivi, la difficoltà di produrre una valutazione su quando e come mettere in atto la modulazione del flusso emotivo negativo (Wells, 2002, 29). Da questa difficoltà scaturirebbero tutti i cosiddetti dilemmi dialettici che la Linehan riscontrava nei suoi pazienti (Cf. 2001, 63-92), ossia, la difficoltà a raggiungere un equilibrio omeodinamico tra stati della mente opposti, attraverso la funzione di sintesi, integrazione e mentalizzazione che è influenzata notevolmente dai processi emozionali.

Se consideriamo i parametri biologici della regolazione emotiva notiamo che il sistema biologico che regola le risposte emotive nei soggetti con disturbo borderline presenta una notevole vulnerabilità che consiste nell'alterazione di alcuni parametri come l'intensità, la sensibilità, la specificità, le finestre di tolleranza, i processi di ritorno entro i margini di tolleranza, l'accesso alla coscienza e le espressioni esteriori (Siegel, 2001, 241, 243).

L'autrice nell'ipotizzare questa sua linea interpretativa ha chiarito che la comparsa di disfunzioni a carico del sistema di regolazione emotiva, fino alla strutturazione di una personalità con caratteristiche borderline non può essere giustificata dalla sola vulnerabilità emotiva su base biologica, ma necessita della copresenza e dell'interazione di un contesto ambientale invalidante (famiglie multiproblematiche) che sono spesso lo spazio vitale in cui i soggetti attraversano anche esperienze di trascuratezza, abbandono, abusi e in definitiva di traumi. L'interazione tra questi fattori porterebbe alla comparsa di un'organizzazione di personalità instabile poichè il soggetto assorbirebbe dalle interazioni con questi ambienti dei modelli rappresentazionali di Sé, degli altri e delle relazioni, poco coerenti, disorganizzati, multipli e contraddittori, con la conseguente strutturazione di un'identità instabile e con stati dell'io decisamente disorganizzati e in alcuni casi con caratteristiche che si avvicinano a stati dell'io dissociati (Liotti, 2001, 142-143); (Linehan, 2001, 19). Secondo una prospettiva costruttivista si potrebbe prevedere come già dai primi anni un'interazione individuo-ambiente caratterizzata dalla predisposizione dell'individuo a risposte disadattive e impulsive e quella dell'ambiente caratterizzata dall'invalidazione emotiva come stile relazionale, impediscono all'individuo di costruire delle strutture di significato logiche, coerenti che permettano un'elaborazione più complessa delle emozioni primarie (Damasio, in Liotti, 2001, 143). Questo facilita quindi la comparsa di pattern impulsivi e quindi di azioni disadattive che producono vissuti di sofferenza e di conflittualità nella persona. Se prendiamo in considerazione il modello della funzione autoregolatoria di Wells (2002, 27) si può notare che il processo di autoregolazione e le strategie ad esso correlate sono utilizzate dai soggetti soprattutto in presenza di emozioni negative. Queste strategie rappresentano una particolare modalità di funzionamento dei processi cognitivi. Questi processi riescono a modulare le emozioni, i loro parametri biologici, gli stati di attivazione psicofisiologica, le convinzioni che la persona ha su di sé, ancora, regolano le informazioni sullo stato corporeo e le azioni attraverso dei processi di monitoraggio e di valutazione (Bradley, 2000,28). In altre parole esistono diversi livelli di elaborazione delle informazioni e secondo il modello di Wells e Mathews (in Wells, 2002, 27-28) c'è un primo

livello di elaborazione dello stimolo che avviene al di fuori della coscienza, ed è quello che si presenta nelle risposte impulsive e nei pattern tipici dei soggetti con disturbi esternalizzanti, mentre un secondo livello detto di elaborazione controllata perché regola il controllo dell'azione, del pensiero, e la valutazione emotiva degli eventi e per finire un livello metacognitivo che include informazioni su di sé immagazzinate in memoria a lungo termine e che gestisce la funzione autoregolatoria. Secondo questo modello la funzione autoregolatoria nei soggetti borderline non sarebbe in grado di intervenire come dovrebbe sulle convinzioni e sugli schemi disfunzionali del soggetto di fronte a situazioni nuove o traumatiche al fine di produrre una rivalutazione cognitiva e una revisione di modelli operativi interni. Questo significa che il soggetto avrà difficoltà nel produrre risposte flessibili e adattive alla situazione, perché non riuscirà a modellare i propri schemi in funzione della situazione e non riuscirà, quindi, a controllare e a gestire in modo adattivo i pattern di risposta, continuando a riproporre piani d'azione inadeguati che rinforzano il suo senso di sofferenza emotiva.

Dal momento che le ricerche retrospettive (McLean-Gallop, 2003, 370 ; Zanarini et al., 1997, 1102-1105) rivelano l'esistenza del legame tra varie forme di abuso e la comparsa in età adulta di BPD, si è ritenuto utile predisporre alcune linee guida per la promozione di fattori protettivi come la competenza emotiva e la funzione di regolazione degli stati emotivi.

L'elaborazione di questo intervento preventivo è in linea con il programma della Linehan che prevede 4 fasi di intervento e che tra i suoi obiettivi include la promozione delle abilità di regolazione emozionale, l'incremento della capacità di tollerare la sofferenza mentale e la riduzione dello stress post-traumatico (Linehan, 2001, 149).

Un programma di prevenzione

Il programma è orientato a sviluppare una serie di competenze che permettano all'individuo di gestire in modo adattivo ed efficace le situazioni traumatiche o altamente stressanti. Questo programma prevede un'attività di training secondo una prospettiva di prevenzione universale, rivolto ai genitori e presenta alcune linee guida per il processo di prevenzione secondaria rivolto ad individuare le situazioni familiari a rischio. La filosofia sottesa a questi programmi è quella cui si ispirano i Child Protective Services. Si tratta di programmi che prevedono attività di monitoraggio del fenomeno dell'abuso in famiglia, interventi di potenziamento familiare, secondo una prospettiva multidisciplinare. In altre parole questi servizi offrono supporto alla famiglia, lavorano per aumentare le risorse facilitanti la cura dei bambini, incrementando le competenze genitoriali (DePanfilis – Salus, 2003, 7).

Il programma di prevenzione primaria rientra tra i programmi di potenziamento familiare e offre un contesto che facilita l'implementazione di strategie preventive. Questo programma permette ai genitori di usufruire di un periodo di formazione rivolto a potenziare alcune competenze e la capacità di resilienza (Center for the Study of Social Policy, 2004, 9-11).

Il programma ideato prende il nome di "DIFENDI IL FUTURO" e intende promuovere alcune abilità e competenze genitoriali per accrescere i livelli di benessere percepito della famiglia, avendo come destinatari indiretti i bambini compresi tra i 2 e i 5 anni di età. Dal momento che le ricerche hanno dimostrato come le competenze di regolazione emotiva e alcune abilità metacognitive sono fondamentali per la promozione di una sana regolazione emotiva ci si è posti l'obiettivo di facilitare la trasmissione dai genitori ai bambini di modalità adeguate per la regolazione dei propri stati emotivi e più in generale di facilitare il sano sviluppo delle competenze di regolazione emotiva. Il motivo per cui si è scelto di promuovere una sana regolazione emotiva è che è risultato un fattore protettivo trasversale per la prevenzione di diverse forme di psicopatologia. Nel nostro caso la scelta

è anche motivata dalla correlazione sostenuta dall'ipotesi della Linhean tra ambienti invalidanti, vulnerabilità emotiva (disregolazione emotiva) e disturbo di personalità borderline.

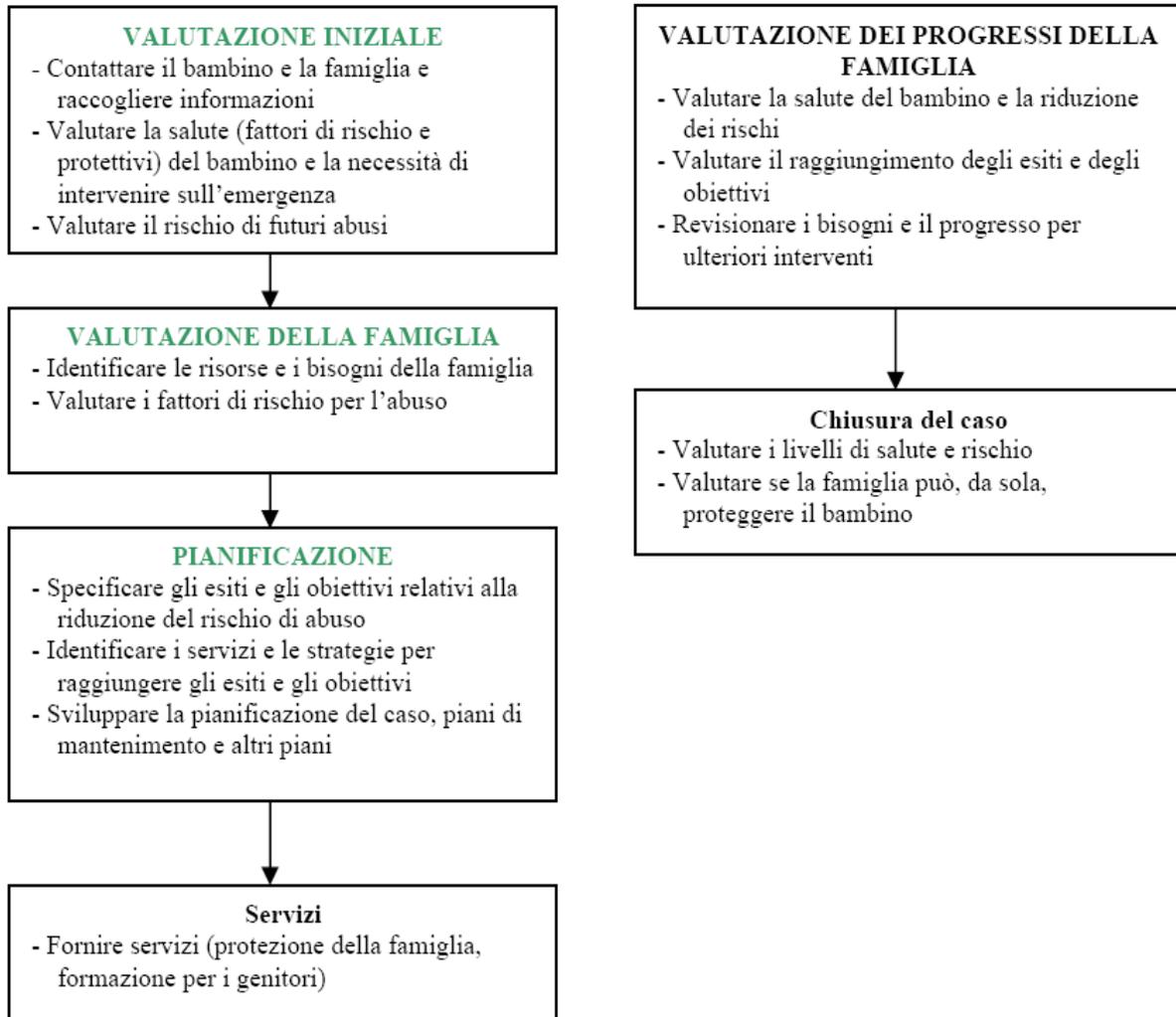
L'intervento di prevenzione primaria è stato sviluppato in linea con il metodo dell'intervento progettuale, che intende rivolgersi ai genitori con bambini dai 2 ai 5 anni di età. Lo scopo del progetto è promuovere le abilità di competenza emozionale nei genitori, in modo che si possa facilitare il passaggio dall'etero all'auto regolazione nei bambini. La promozione riguarderà diversi fattori protettivi genitoriali (resilienza emotiva, abilità di metacognizione e abilità di controllo dell'impulso) e fattori di rischio (disagio emotivo, deficit metacognitivi e comportamenti esternalizzanti).

Il progetto prevede di raggiungere, attraverso degli interventi organizzati sottoforma di training esperienziali, un incremento dei livelli di benessere emozionale con riduzione dei livelli di impulsività e di sofferenza emotiva. Il progetto prevede un disegno di analisi per la valutazione dell'efficacia dei risultati. Si è predisposta a tal proposito una metodologia pre-test post-test con gruppo di controllo. Il campione sperimentale consta di 10 famiglie con bambini compresi tra i 2 e i 5 anni di età, mentre il campione di controllo di 5 famiglie con le medesime caratteristiche. Come attività sono previsti degli incontri di training rivolti al potenziamento delle varie abilità che compongono la più globale competenza emotiva e si cerca di promuovere alcune abilità metacognitive per potenziare la cosiddetta intelligenza emotiva focalizzata internamente (CF. Schulze – Richard, 2005, 76-81). La metodologia che si intende seguire include il metodo della simulazione di situazioni reali, esercitazioni e simulazioni attraverso il role-play, i processi che favoriscono la consapevolezza delle proprie e altrui emozioni, la visione di filmati ed esercitazioni per il riconoscimento per la valutazione e per l'espressione delle emozioni.

Attraverso queste metodologie si intendono promuovere diverse abilità: saper riconoscere le proprie emozioni positive e negative; saper valutare l'intensità delle emozioni; saper controllare gli impulsi; saper riconoscere le emozioni del bambino; saper riflettere sulle cause e le conseguenze delle emozioni in termini di comportamenti; saper monitorare i processi di valutazione cognitiva dell'arousal; saper modificare i processi di valutazione (Cf. Goleman, 1996, 346).

Il programma vuole essere un'opportunità per tutte le famiglie, e viene integrato con un processo di valutazione e monitoraggio per l'individuazione di famiglie con livelli di vulnerabilità e di rischio elevati, al fine di rivolgere prioritariamente su queste l'intervento (Goldman et al. 2003, 60), come si può osservare nello schema seguente questo processo prevede anche delle attività di monitoraggio della famiglia e del bambino, che si attuano durante e dopo qualsiasi programma di potenziamento familiare.

Tab. 4. Il processo di protezione del bambino



Adattata da: Goldman et al., (2003). *A coordinate response to child abuse and neglect: the foundation for practice*. US Department of Health and Human Services, p. 60.

Bibliografia

- Bradley S. J. (2000), *Affect regulation and the development of psychopathology*, Guilford Press, New York.
- Center for the study of social policy (2005), *Protective factors literature review: early care and education programs and the prevention on child abuse and neglect*, www.cssp.org
- DePanfilis D., M. K. Salus (2003), *Child protective services: a guide for caseworkers*, <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/cps/cpsg.cfm>
- Goldman J. et al. (2003), *A coordinated response to child abuse and neglect: the foundation for practice*, <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/foundation/foundatione.cfm>

- Goleman D. (1995), *Emotional intelligence* (trad. it. Intelligenza emotiva), Bur, Milano, (1996).
- Golier J. A. et al. (2003), *The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events*, in *America Journal of Psychiatry*, vol. 160, n. 11, 2018-2024.
- Linehan M. M. (1993), *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford Press, New York (trad. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline: il modello dialettico*, Raffaello Cortina, Milano, 2001).
- Liotti G. (2001), *Le opere della coscienza: psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Raffaello Cortina Milano.
- McLean L. M., R. Gallop (2003), *Implication of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder*, in *American Journal of Psychiatry*», vol. 160, pp. 369-371.
- Paris J. (1994), *Borderline Personality Disorder, a multidimensional Approach*, American Psychiatric Press, Washington.
- Salvatore G. (2006), *Il tao della psicoterapia: la via della non azione nella regolazione della sofferenza emotiva*, LAS, Roma.
- Schulze R., Richard D. R. (2005) (a cura di), *Emotional Intelligence, an international handbook*, Hogrefe and Huber, Gottingen.
- Siegel D. (1999), *The developing mind*, Guilford Press, New York (trad. it. *La mente relazionale, neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001).
- Wells A. (2000), *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*, Wiley, Chichester (trad. it. *Disturbi emozionali e metacognizione, nuove strategie di psicoterapia cognitiva*, Erickson, Trento, 2002).
- Zanarini C. M. et al. (1997), *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline peronality disorder*, in *America Journal of Psychiatry*, vol. 154, pp. 1101-1106.

I comportamenti di salute genitoriali e la salute nei figli.

Ebe Nardone, AIPRE⁷

Psicologa; Operatore di prevenzione

Il presente articolo si propone di sintetizzare i risultati di una ricerca compilativa relativa al tema dell'influenza dei comportamenti di salute familiari, e specificamente quelli genitoriali, sulla salute dei figli. Oggi si parla spesso di responsabilità genitoriale rispetto al comportamento dei figli, individuando spesso in tale relazione uno dei principali fattori causativi di traiettorie evolutive disfunzionali. In questa sede, adottando una prospettiva ecologico-sistemica ed un approccio multicausale e multidimensionale alla comprensione dello sviluppo, s'intende approfondire il ruolo delle variabili familiari nell'adozione dei comportamenti di salute nei figli.

Il contributo più completo ed interessante, in tal senso, viene fornito da Pratt (1976), che elabora un proprio modello di analisi della salute familiare. In particolare, l'autrice si sofferma sulle caratteristiche della famiglia "energizzata", promotrice di salute. Tale prototipo di famiglia presenta un ambiente in cui «tutti i membri interagiscono regolarmente l'uno con l'altro in svariate situazioni – nei compiti, nei momenti di distensione, nella conversazione e nelle varie attività, sia dentro che fuori casa. Le famiglie stimolate mantengono attivamente vari contatti con altri gruppi e organizzazioni – con tutta la gamma di risorse mediche, educative, politiche, ricreative ed economiche, che possano essere utilizzate per coltivare gli interessi dei membri della famiglia. Queste famiglie tentano attivamente di affrontare e gestire le loro vite [...]. I membri hanno un alto grado di autonomia nella famiglia» (Pratt, 1976, 3-4). Ciò significa che questi sono i tratti fondamentali di una famiglia che sia intrinsecamente portatrice e promotrice di salute.

1. Le funzioni familiari rispetto alla salute

Il nucleo familiare svolge delle funzioni specifiche rispetto ai singoli membri. Il coinvolgimento della famiglia nelle cure primarie dei vari componenti, nella salute e nella malattia è sancito anche legalmente. La legge ritiene la famiglia responsabile dello stato di salute dei membri che la compongono. Innanzitutto, essa è tenuta a fornire un supporto e provvedere per le necessità fisiche e materiali di tutti gli individui, a partire dal cibo, i vestiti, la casa e le cure mediche. In particolare, è il padre la figura di riferimento legale; se la famiglia fosse priva di un padre/marito, in quel caso le responsabilità per questo genere di cure è affidata alla madre (Pratt, 1976, 11-12). In secondo luogo, i genitori sono i responsabili del mantenimento e dell'educazione alla salute. Ciò si traduce in tempo e sforzi dedicati alle pratiche salutari di vario genere. A riguardo, sono molto importanti le loro credenze su cosa voglia dire promuovere e mantenere la salute (Pratt, 1976, 21). Un altro importante compito familiare è quello di fornire ai componenti le informazioni corrette circa la salute. Queste informazioni possono essere cercate attraverso l'utilizzo dei media, dalla televisione, ai giornali, alle riviste sulla salute. È molto importante che i genitori sappiano parlare con i propri figli delle pratiche di salute. I principali comportamenti di salute spiegati in famiglia sono: 1) il corretto utilizzo dello spazzolino; 2) i cibi appropriati da mangiare; 3) gli effetti del fumo sulla salute; 4) le modalità e i tempi dell'esercizio fisico; 5) come lavarsi; 6) l'importanza di andare di corpo regolarmente; 7) gli effetti dell'irregolarità o della mancanza di sonno; 8) come le persone si riproducono. Quest'ultimo comportamento ha ottenuto un minor punteggio, per cui emerge che i genitori abbiano difficoltà a spiegarlo a bambini (Pratt, 1976, 22). Pratt (1976) teorizza che per

⁷

, AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva.
Via Poggio Catino, 4 00199 Roma. Tel.: 0686219610. Sito Web: www.aipre.it
mail1: aipreroma@tin.it mail2: becciu.colasanti@tin.it

ogni famiglia ci sia un *gatekeeper*, un custode della salute, una persona che s'incarica e si rende "responsabile" della salute degli altri membri. In genere, questa funzione viene assunta dalla madre, che ha un più facile accesso alla cucina e al mantenimento della casa (Pratt, 1976, 23; Sallis-Nader, 1988, 115). Un'ulteriore funzione svolta dalla famiglia viene espletata nella negoziazione delle decisioni da prendere circa la situazione di un membro che comincia ad avvertire i primi segni di qualche disturbo o malattia (Pratt, 1976, 24). Allo stesso modo, quando un componente ha bisogno di cure domiciliari è la famiglia stessa che se ne incarica. Infine, è sempre la famiglia che si occupa dell'utilizzo dei servizi medici professionali, selezionando il tipo, mantenendo i contatti e provvedendo agli spostamenti per far sì che i singoli membri possano essere assistiti (Pratt, 1976, 29-30).

2. La famiglia come agente di promozione della salute

Oltre che direttamente, il nucleo familiare può rendersi promotore della salute anche indirettamente, adottando uno stile di vita familiare sano e costruttivo ed uno stile educativo che Pratt (1973, 61) definisce "*developmental*", orientato allo sviluppo, piuttosto che uno stile "*disciplinary*", orientato alla disciplina.

Uno stile educativo improntato alla crescita e alla maturazione dell'individuo è caratterizzato dall'incoraggiamento all'autonomia e alla responsabilità, dal fornire ragioni e informazioni, dalla ricompensa dei comportamenti positivi in misura maggiore rispetto alla punizione dei comportamenti indesiderati. I metodi di questo modo di relazionarsi si basano sulla promozione della crescita e dello sviluppo dell'unicità e delle capacità del singolo, valorizzando tali aspetti nelle dinamiche familiari; sulla preparazione dell'individuo a saper contare su se stesso; sulla guida unita alla spiegazione delle ragioni; sulla concezione del ruolo del figlio come flessibile, caratteristica importante per un buon adattamento del sistema familiare alle varie contingenze, come si vedrà nel paragrafo successivo (Pratt, 1973, 61). Gli effetti di questo metodo educativo sono a lungo termine e coinvolgono non solo la sfera della salute e delle sue pratiche, ma anche altre dimensioni della personalità. Tra queste vi sono l'autostima, le competenze e la percezione di competenza, l'autosufficienza, l'autocontrollo, il comportamento in contesti sociali, la crescita mentale, l'abilità di formare relazioni e il benessere generale (Pratt, 1973, 61; Bell-Bell, 2005, 198).

Gli studi di Pratt (1973) rilevano che le tre variabili fondamentali correlate alla promozione delle pratiche di salute sono l'uso di ragioni e informazioni, l'autonomia-controllo e la ricompensa-punizione. Maggiore è il livello di spiegazioni fornite, di autonomia e di ricompensa e maggiore è la probabilità che si sviluppino tendenze ad attuare comportamenti autoprotettivi. Tra queste variabili, quella che riporta una correlazione più significativa con la salute, ed in particolare con la cura dentale, il sonno, l'esercizio fisico e il fumo, è l'autonomia (Pratt, 1973, 64-65). La punizione e il controllo da parte dei genitori sembrano, invece, provocare aggressività e ribellione o inibizione dei comportamenti, a seconda dell'età in cui vengono sofferti (Pratt, 1973, 67).

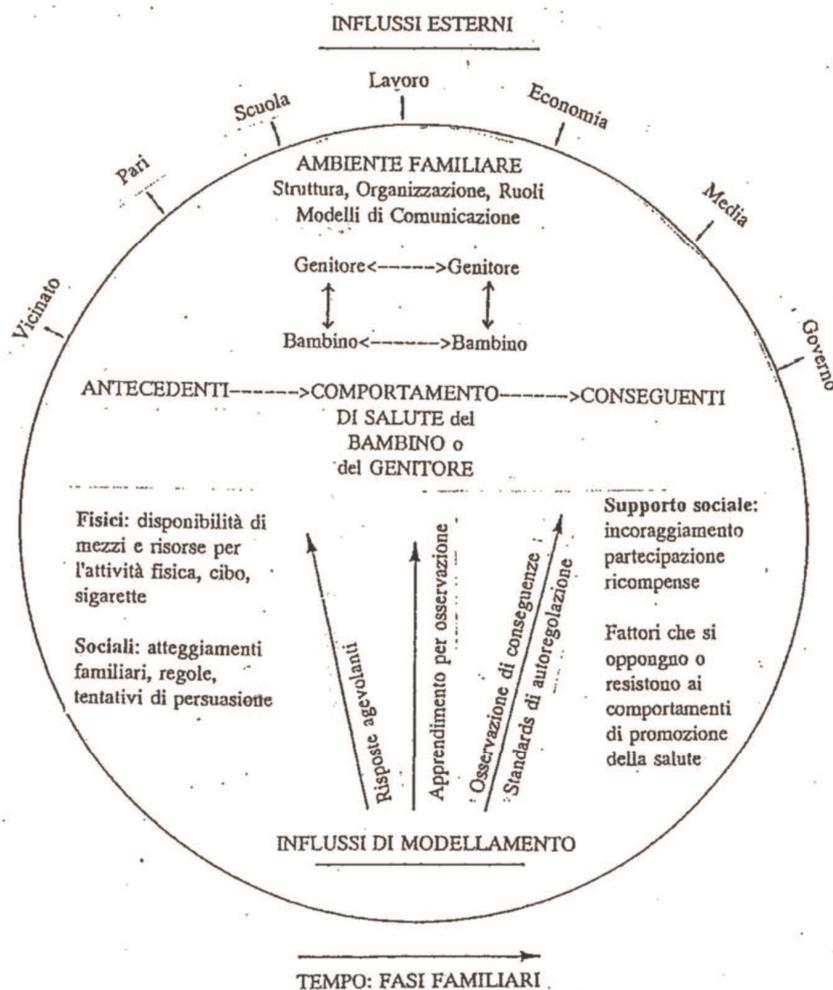
3. L'influenza dell'ambiente familiare sulla salute dei figli

Le pratiche personali di salute si basano sul grado di competenza che l'individuo si attribuisce. Rimanendo nel modello di Pratt (1976), la "famiglia energizzata", attraverso i metodi educativi improntati alla crescita e alla maturazione dell'individuo dovrebbe favorire nei suoi componenti un buon livello di competenza e di autoefficacia. L'efficacia di tale *pattern* familiare è stata individuata principalmente in cinque dimensioni: estensione e molteplicità delle interazioni tra i membri della famiglia, estensione dei rapporti con altri sistemi sociali, sforzi attivi di *coping*, libertà e responsività verso i singoli membri della famiglia e flessibilità-rigidità delle relazioni tra i vari ruoli familiari (Pratt, 1976, 78). Le

variabili che agiscono a questi livelli sono molteplici e difficilmente possono essere prese tutte in considerazione. Per analizzare il sistema familiare, dunque, si è scelto di adottare una duplice prospettiva, che guardi all'influenza sia diretta che indiretta che i genitori hanno sui figli rispetto alla salute.

Nell'approccio diretto si è adottato come modello di lettura quello di Sallis e Nader (1988, 112), che hanno elaborato un modello che tiene conto di tutte le fonti d'influenza che agiscono sul e nel sistema familiare. Esso utilizza i principi comportamentisti della teoria dell'apprendimento sociale di Bandura (1963, 1-32) e del condizionamento operante di Skinner (1976, 16-26). Il modello si centra sui meccanismi d'influenza all'interno della famiglia, sebbene tenga conto che esistono anche le influenze extrafamiliari.

Figura 1: Il modello delle influenze familiari sul comportamento di salute



I processi di *modeling* sono un elemento chiave in questo modello, poiché assolvono quattro funzioni fondamentali: 1) l'apprendimento attraverso l'osservazione: l'effetto dell'apprendimento osservativo dimostra che le persone possono imparare comportamenti guardando gli altri, e questo è particolarmente vero in famiglia, passando molto tempo

insieme; 2) osservazione delle conseguenze: osservare le conseguenze positive o negative delle azioni di un modello è utile a promuovere o inibire l'attuazione di un comportamento simile; 3) facilitazione per il cambiamento comportamentale: l'effetto di facilitazione di una risposta indica che il *modeling* può fungere da evento antecedente; 4) assimilazione di standard cognitivi: il *modeling* imposta standard cognitivi per l'autoregolazione. La condizione necessaria perché avvengano processi di modellamento è che il modello a cui si fa riferimento sia significativo ed affidabile. In genere, i genitori vengono visti dai figli come modelli di profonda credibilità e significatività, pertanto è molto probabile che i comportamenti di salute dei figli siano influenzati fortemente dai loro attraverso il *modeling*. Nella figura riportata di seguito viene rappresentato il modello in tutte le sue componenti (Sallis-Nader, 1988, 114). La significatività delle relazioni familiari, secondo questi autori (Sallis-Nader, 1988, 113), è data dall'intensità e dalla qualità dei rapporti. I familiari passano molto tempo insieme, probabilmente tutto il corso di vita, per cui si creano diverse opportunità di condizionamento reciproco. Queste influenze sono multidirezionali, e variano da sistema a sistema. Ciascun componente della famiglia può fungere da modello e fornire antecedenti e conseguenti che condizionino il comportamento degli altri membri (Sallis-Nader, 1988, 113).

Nell'analisi dell'influenza indiretta del sistema familiare sulla salute dei figli si propone di adottare due modelli di lettura principali, quali il modello circonflesso di Olson (1979) e il modello ABCX dello stress di Burr (1973). Il primo, attraverso la strutturazione sugli assi Coesione e Adattabilità, fornisce importanti spunti sulle ripercussioni della struttura del nucleo familiare sulla salute. Come già accennato precedentemente, Pratt (1973) riscontra come l'autonomia e la responsabilità siano le variabili maggiormente correlate alla salute, mentre sembra che il conflitto ostruzionista sia quella più correlata a problemi di salute (Olson-Stewart, 1991, 38). «Il livello di salute sarà maggiore nelle famiglie che supportano le necessità e gli interessi personali dei loro membri, favoriscono i loro sforzi di fronteggiamento e tollerano e incoraggiano i loro passi verso l'autorealizzazione» (Pratt, 1976, 125). Attraverso il modello di Olson (1979) si giunge dunque a comprendere che il contesto ottimale per un sano sviluppo, e di conseguenza per uno stile comportamentale protettivo, dovrebbe essere caratterizzato dall'equilibrio tra lo spazio personale e il sistema familiare, e, nella sua valutazione funzionale, dovrebbe situarsi nella parte centrale del circonflesso (Olson-Sprenkle-Russell, 1979, 6). Il modello ABCX invece concettualizza l'effetto dello stress sul benessere familiare ed individua le risorse principali tramite cui la famiglia può far fronte agli eventi stressanti. Esso si struttura in quattro componenti: A, B, C e X, dove A rappresenta l'antecedente, B le risorse, C la percezione dell'evento critico e X l'esito dei processi di fronteggiamento. I risultati delle ricerche condotte alla luce di questo modello evidenziano come goda di un miglior benessere la famiglia «che riformula i problemi in modo tale che sembrino risolvibili» e che abbia una buona percezione di controllo ed un buon livello di autoefficacia (Lavee-McCubbin-Olson, 1987, 870). La forza dell'unione coniugale, inoltre, sembra essere la variabile/risorsa maggiormente correlata al benessere familiare (Lavee-McCubbin-Olson, 1987, 870).

4. Gli atteggiamenti e i comportamenti familiari correlati alla salute dei figli

Le abitudini di salute si apprendono durante il percorso di crescita e sviluppo attraverso i processi di *modeling* sui genitori e sui pari, le informazioni acquisite attraverso i mass-media e i cambiamenti della vita. Bruhn afferma che «la socializzazione – l'effetto combinato di tutti questi fattori – è più potente di qualsiasi altro tentativo d'insegnare nuovi comportamenti» (U.S. Department of Health and Human Services, 1979, in Bruhn, 1988, 74). In virtù di questo si può concludere che un comportamento di salute è il frutto dell'interazione tra fattori ambientali, culturali familiari e personali. In questo contesto, il

passo importante da fare è quello di individuare in che modo credenze sulla salute e comportamenti genitoriali influenzino quelli dei figli.

Per quanto riguarda le cognizioni sulla salute, dagli studi di Gochman (1992, 30-32) emergono relazioni interessanti tra comportamenti genitoriali e credenze dei figli, tra credenze genitoriali e comportamenti dei figli e tra credenze genitoriali e credenze dei figli. Sembra che le cognizioni genitoriali abbiano uno scarso effetto sulle credenze e sui comportamenti dei figli. Dielman et al. (1982, 75) spiegano tale fenomeno dicendo che le credenze genitoriali sulla salute hanno un'influenza remota, poiché è più probabile che esse operino sul comportamento genitoriale, che non sulle cognizioni dei figli, a meno che esse vengano esplicitate e comunicate apertamente. In tal caso, sicuramente sortirebbero un effetto maggiore, soprattutto in quei sistemi familiari in cui vigono più regole esplicite che implicite. Il comportamento influenza più facilmente poiché è visibile. Al riguardo, vi sono alcune eccezioni. Per il comportamento di fumo, l'abitudine di un genitore non influisce sulle credenze del figlio, mentre ne influenza il comportamento (Gochman, 1992, 30). Il fatto che il genitore fumi non condiziona la convinzione che il fumo faccia male, sebbene la maggior parte degli studi epidemiologici riscontra che i figli di genitori fumatori abbiano una probabilità di iniziare a fumare di quasi due volte superiore rispetto a chi ha genitori non fumatori. Il ragazzo con genitori non fumatori, che non si pronunciano sul fumo, ha la stessa probabilità di incorrere in questo comportamento del ragazzo i cui genitori fumano ma disapprovano il comportamento. In questo caso, dunque, le cognizioni genitoriali sono più influenti sul comportamento del giovane dello stesso comportamento genitoriale (ISTAT, 2004, 102). Inoltre, le credenze materne sono particolarmente importanti per lo sviluppo del comportamento di salute dei figli. Uno studio (Gochman, 1992, 31) ha rilevato che, laddove la madre percepiva come particolarmente serie le malattie dentali, si potevano predire i comportamenti dei figli di pulizia con il filo interdentale.

Per quanto riguarda i comportamenti alimentari, sono state trovate correlazioni piuttosto importanti tra le preferenze dei genitori e le preferenze dei figli. Ancora maggiore risulta essere la correlazione tra le avversioni genitoriali e quelle filiali. La familiarità con il cibo è largamente controllata dai genitori, e questa si è rivelata essere una delle determinanti dell'alimentazione dei figli (Sallis-Nader, 1988, 110). Un ulteriore meccanismo familiare che condiziona l'alimentazione dei giovani è quello della ricompensa. I genitori che premiano i loro comportamenti con cibi ricchi di grassi e calorie favoriscono un processo di familiarizzazione con questi, per cui le abitudini alimentari filiali rischiano di divenire poco salutari (Sallis-Nader, 1988, 115; Baranowsky-Nader, 1985, 56). Baranowsky e Nader (1985, 58) individuano quattro processi che condizionano le preferenze alimentari dei figli: l'esposizione, il *modeling*, il rinforzo positivo e la disciplina. Si aggiunge, dunque, che lo stile alimentare in famiglia è comune. Ciò si correla anche all'incidenza familiare delle malattie cardiovascolari, del cancro e dell'obesità. Le cause primarie di tali malattie sono rintracciabili nel tipo di alimentazione, pertanto in una stessa famiglia è probabile che si rilevino disturbi comuni.

Nel comportamento di attività fisica sono importanti non solo le abitudini dei familiari, ma anche la loro condizione fisica. Alcuni studi hanno evidenziato che i figli di genitori obesi sono meno attivi dei figli di genitori non obesi, e precisamente il 74% del tempo dei bambini obesi è speso in attività sedentarie, contro il 49% osservato nei bambini non obesi (Sallis-Nader, 1988, 111; Baranowsky-Nader, 1985, 60). L'obesità porta con sé un circolo vizioso che riguarda l'esercizio fisico. Chi è appesantito difficilmente farà movimento, e questa decisione è condizionata da diversi fattori, per cui non muovendosi non perde peso. E, di nuovo, non perdendo peso non si sente motivato a fare attività fisica. I genitori sono particolarmente influenti rispetto alla pratica sportiva dei propri ragazzi. Il loro

incoraggiamento a fare attività si rivela predittivo di una buona predisposizione dei figli a muoversi. Infatti, i giovani adolescenti che si esercitano sono più propensi a pensare che i loro genitori li vogliano attivi, rispetto ai loro coetanei sedentari. Il supporto familiare si rivela maggiore di quello dei propri pari (Sallis-Nader, 1988, 111; Baranowsky-Nader, 1985, 60). Inoltre, è stato dimostrato che «i *patterns* di attività fisica dei genitori, e particolarmente quelli della madre, sono correlati con i *patterns* di attività dei figli» (Baranowsky-Nader, 1985, 59). I genitori sono importanti promotori dell'attività, poiché spesso, quando essi fanno pratica fisica, coinvolgono anche i figli in attività sportive organizzate. A questo, proposito si evidenzia come «la socializzazione da parte della madre e del padre costituisca il primo termine di correlazione dell'attività comunitaria organizzata» (Baranowsky-Nader, 1985, 59).

Infine, si sono esaminate le influenze familiari sui comportamenti di fumo. Secondo gli studi esaminati da Sallis e Nader (1988, 109) l'influenza della famiglia si colloca al secondo posto, mentre al primo vi sono i pari. A quanto pare, la compagnia dei pari funge da stimolo decisivo per l'iniziazione al comportamento di fumo. Tuttavia, Dielman et al. (1982, 74) pongono la questione se i ragazzi si lascino effettivamente condizionare dai loro coetanei o se siano loro stessi a scegliersi una compagnia che asseconi i propri comportamenti. Ad ogni modo, la famiglia esercita un forte ascendente sui comportamenti dei figli. Gli autori (Dielman et al., 1982, 73) rilevano, inoltre, quali siano le componenti familiari maggiormente correlate al fumo dei giovani: l'età dei genitori e il grado d'istruzione. Altre ricerche riportano che la presenza di due genitori fumatori in casa raddoppi la probabilità che anche i figli adottino comportamenti di fumo (Baranowsky-Nader, 1985, 63). Infine, dagli studi emerge anche che la stessa percezione che i genitori hanno del fumo influenzi il comportamento dei figli. In particolare, se entrambi i genitori si dimostrano turbati dalla possibilità che il figlio fumi, la probabilità che questo accada diminuisce. Se invece nessuno dei genitori si mostra turbato, il figlio ha una probabilità cinque volte superiore di intraprendere la via del fumo. Anche il comportamento e l'attitudine al fumo dei fratelli maggiori influenza notevolmente i figli più piccoli. Anzi, sembra che la relazione tra i comportamenti dei fratelli maggiori e quelli dei minori, rispetto al fumo, sia più forte di quella tra comportamenti genitoriali e filiali (Baranowsky-Nader, 1985, 64).

5. Conclusioni

Questa ricerca pone le basi per ulteriori approfondimenti nel campo della salute in famiglia. Tale argomento è poco trattato, per cui si potrebbero ipotizzare alcune linee di ricerca da sviluppare in futuro. Si potrebbe approfondire, ad esempio, lo studio dei comportamenti genitoriali correlati alle pratiche di salute dei figli, esaminando più specificamente anche quelle che in questo lavoro non sono state trattate in profondità. Si potrebbero integrare, inoltre, le ricerche sperimentali effettuate da vari autori circa il coinvolgimento dei genitori in programmi di prevenzione rivolti ai bambini e agli adolescenti. In particolare, potrebbe essere sviscerata la tematica dell'influenza dei genitori sulle pratiche salutotrope dei figli a seconda delle diverse età, partendo dall'infanzia e dalla fanciullezza, passando per l'età adolescenziale, fino ad arrivare alla giovinezza.

Bibliografia

- Baranowsky T., P.R. Nader (1985), *Family health behaviour*, in Turk D.C., R.D. Kerns (1985), *Health, illness, and families: a life-span Perspective*, New York, Wiley, 51-80.
- Bell L.G., D.C. Bell (2005), *Family dynamics in adolescence affect midlife well-being*, in *Journal of Family Psychology* 19 (2005) 2, 198-207.
- Bruhn J.G. (1988), *Life-Style and health behavior*, in Gochman D.S. (1988), *Health behaviour: emerging research perspectives*, New York, Plenum Press, 71-86.
- Dielman T.E. et al. (1982), *Parental and child health beliefs and behavior*, in *Health Education Quarterly* 9 (1982) 2-3, 156-173.
- Gochman D.S. (1992), *Health cognitions in families*, in Akamatsu T.J., M.A. Parris Stephens, S.E. Hobfoll, J.H. Crowther (1992), *Family health psychology*, Washington, Philadelphia, London, Hemisphere Publishing Corporation, 23-43.
- ISTAT (2004), *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del convegno Roma 10-11-12 settembre 2002*, Roma, ISTAT.
- Lavee Y., H.I. McCubbin, D.H. Olson (1987), *The effect of stressful life events and transitions on family functioning and well-being*, in *Journal of Marriage and the Family* 49 (1987), 857-873.
- Olson D.H., D.H. Sprenkle, C.S. Russell (1979), *Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications*, in *Family Process* 18 (1979) 1, 3-27.
- Olson D.H., K.L. Stewart (1991), *Family systems and health behaviours*, in Schroeder H.E. (1991), *New directions in health psychology assessment*, New York, Hemisphere Publishing Corporation, 27-64.
- Pratt L. (1973), *Child rearing methods and children's health behaviour*, in *Journal of Health and Social Behavior* 14 (1973), 61-69.
- Pratt L. (1976), *Family structure and effective health behaviour: The energized family*, Boston, Houghton Mifflin.
- Sallis J.F., P.R. Nader (1988), *Family determinants of health behavior*, in Gochman D.S. (1988), *Health behaviour: emerging research perspectives*, New York, Plenum Press, 107-122.

Alessitimia, disturbi psicosomatici e sostegno sociale: ricerca correlazionale.

Anna Rita Colasanti, AIPRE⁸ - CRP⁹, *Psicologa, Psicoterapeuta; Docente di Psicologia di comunità, Psicologia della salute, Psicologia preventiva - Università Pontificia Salesiana - Roma*

Antonella Lo Presti, AIPRE, *Psicologa; Operatore di prevenzione.*

Introduzione e descrizione della ricerca

Il concetto di alessitimia, relativamente recente, è stato introdotto per la prima volta in letteratura da Sifneos e Nemiah (1976, cit. in Taylor – Bagby, 2000, 41) che nel 1976 utilizzarono questo termine per indicare una difficoltà nel riconoscere ed esprimere le emozioni. Tale difficoltà è stata ricondotta prevalentemente ad un pensiero prettamente “operativo”, e quindi incapace di astrazione e di simbolizzazione (Marty e de M’Uzan, cit. in Marty, 2004, 26). Questo fa sì che coloro che presentano stati di alessitimia non siano in grado di avvertire segnali di stress emozionali e, ipereccitando l’organismo, siano maggiormente predisposti a sviluppare malattie somatiche.

Da un punto di vista affettivo e cognitivo, l’alessitimia viene ricondotta ad un’incapacità di riconoscere e comunicare le proprie emozioni (Delle Chiaie, 1993, 66). In questo senso, l’alessitimia si sviluppa in quanto alla manifestazione di un’emozione non corrisponde un’adeguata percezione e codifica della stessa. La persona appare, dunque, incapace di giustificare sensazioni corporee e stati interni e di usufruire delle relazioni sociali per apprendere a regolare la propria affettività.

In riferimento alle relazioni sociali, negli anni settanta alcuni studiosi sono giunti a correlare gli effetti dello stress sulla salute individuale con il sostegno sociale, con il quale si intende “*l’insieme di interazioni o relazioni sociali che forniscono all’individuo assistenza e determinano lo sviluppo di sentimenti di attaccamento a una persona o a un gruppo che è percepito come fornente cura o amore*” (Hobfoll – Stokes, 1988, cit. in Nota – Soresi, 1997, 331). Gli esiti di tali ricerche correlazionali hanno permesso di concludere che lo stato di salute individuale influisce sulla rete sociale del soggetto e viceversa, e che il supporto sociale costituisce un’importante protezione contro lo stress (Nota – Soresi, 1997, 329).

Il presente articolo mira a presentare i risultati emersi in una ricerca correlazionale svolta nel 2007, che ha avuto come obiettivo quello di constatare la presunta influenza tra alessitimia, disturbi psicosomatici e sostegno sociale.

In letteratura non sono stati riscontrati molti studi tendenti a correlare questi costrutti ed è per questo che si parla di presunta correlazione, ma tale influenza può essere dedotta in maniera secondaria ed indiretta se si fa riferimento agli studi tra sostegno sociale e stress ed alessitimia ed eventi stressanti. In questo senso, se nell’eziologia dell’alessitimia hanno un notevole peso gli eventi stressanti e se il supporto sociale modera l’impatto dello stress sulla salute individuale, è possibile supporre che allo stesso modo il sostegno sociale si dimostri una risorsa fondamentale per prevenire disturbi psicofisici e di natura emozionale come l’alessitimia.

⁸ , AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva.
Via Poggio Catino, 4 00199 Roma. Tel.: 0686219610. Sito Web: www.aipre.it
Mail1: aipreroma@tin.it mail2: becciu.colasanti@tin.it

⁹ , CRP Centro per la Ricerca in Psicoterapia
Piazza O. Marucchi, 5 00162 Roma. Tel 0686320838. Sito web: www.crpitalia.eu
Mail: info@crpitalia.eu

Sulla correlazione tra sostegno sociale ed Alessitimia, in riferimento a disturbi psicosomatici, è stato riscontrato un unico studio che si è interessato di correlare il concetto di sostegno sociale con quello dello stress e dell'alessitimia, in riferimento ad una patologia dell'epidermide, ossia la vitiligo. Questo studio è stato affrontato da medici, psichiatri e psicologi e riguardava la correlazione tra eventi di vita stressanti, sostegno sociale, attaccamento insicuro ed Alessitimia nei soggetti affetti da vitiligo ed è stato pubblicato da Massimo Biondi (2003), del dipartimento di scienze psichiatriche e medicina psicologica dell'università "La Sapienza" di Roma, e collaboratori.

Per quanto concerne la ricerca che si intende presentare, alla base di essa risiede l'ipotesi che lo stress, il sostegno sociale, le competenze emozionali, i disturbi psicosomatici e l'alessitimia siano in interazione tra loro. Più specificatamente si presume che, a parità di condizioni oggettive, la presenza o l'assenza di alcuni fattori moderatori, quali il sostegno sociale, abbia un effetto sull'espressione delle emozioni e, indirettamente, sulla eventuale manifestazione di disturbi psicosomatici che potrebbero scaturire da un *deficit* nella simbolizzazione e nella verbalizzazione dei propri stati interiori.

Metodologia e campione di riferimento

Come premesso la ricerca svolta mira a rilevare informazioni sulla correlazione tra sostegno sociale e competenze emozionali al fine di confermare l'ipotesi di una loro interdipendenza. La formazione del campione è di tipo accidentale per quanto riguarda il sesso e per quote per quanto concerne l'età. Infatti, sono state coinvolte persone di una fascia di età tra i 25 e i 40 anni circa. Il problema concernente il campione è riferito al fatto che questo costituisce solo un ventaglio rappresentativo dell'intera popolazione e quindi i risultati saranno difficilmente generalizzabili.

I soggetti che hanno partecipato sono stati in totale 94, rispettivamente 31 uomini e 63 donne. L'età media del campione per entrambi i sessi è stata valutata di 30 anni circa. Questi soggetti sono stati coinvolti facendo riferimento a diversi ambiti sociali come università, uffici di lavoro, ambienti ospedalieri e ambienti ricreativi del territorio di Roma.

Tab. 1. Campione di riferimento per sesso ed età

	25-26 anni	27-30 anni	31-35 anni	36-49 anni	Tot.
Maschi	11	10	2	8	31
Femmine	21	16	13	13	63
Tot.	32	26	15	21	94

Strumenti di lavoro

In assenza di un questionario in grado di rilevare al contempo sostegno sociale e abilità emozionali, importanti per valutare la presenza o meno dell'alessitimia, è stato elaborato uno strumento ad hoc.

Esso trae spunto dal *Social Support Questionnaire* (Sarason et al.; cit. in Stroebe – Stroebe, 1997, 218); e dalla *Toronto Alexithymia Scale* (Taylor, Bagby e Parker; cit. in Caretti – La Barbera, 2005, 201).

Si compone di 30 domande delle quali 2 indirizzate a rilevare il sesso e l'età del soggetto e 2 a sondare la presenza o meno di problemi psicosomatici specie in riferimento a situazioni di stress. Queste sono:

- *“Nei momenti di stress e di fatica non mi sento molto bene fisicamente”;*
- *“Ho avuto dei problemi di salute che i medici non hanno saputo attribuire ad una condizione medica”.*

Risultati della ricerca e analisi dei dati

I dati ottenuti sono stati inizialmente analizzati per categoria "sesso" e successivamente messi a confronto per ottenere un punteggio sul campione totale.

Per quanto concerne il campione maschile (cfr. tab 2), sembrerebbe che non vi sia un'effettiva correlazione tra il sostegno sociale e le competenze emozionali o lo stress. Appare invece significativa la relazione tra emozione e stress, in quanto si registra un punteggio pari a 0.001.

Tab. 2. Punteggio probabilità campione maschile

MASCHI	Var. X	Var. Y	N	Media X	Sigma X	Media Y	Sigma Y	R	P
	SS	EM	31	41.484	5.656	40.645	8.969	.1927	.311
	SS	STR	31	41.484	5.656	8.419	3.170	-.2869	.130
	EM	STR	31	40.645	8.969	8.419	3.170	-.7929	.001

Per quanto concerne il campione femminile (cfr. tab. 3), si osserva, oltre ad un'effettiva correlazione tra emozioni e stress (0.001), una buona correlazione tra sostegno sociale e competenze emozionali con un valore di 0.023.

Tab. 3. Punteggio probabilità campione femminile

FEMMINE	Var. X	Var. Y	N	Media X	Sigma X	Media Y	Sigma Y	R	P
	SS	EM	63	44.508	3.654	41.365	7.889	.2928	.023
	SS	STR	63	44.508	3.654	8.302	3.150	-.1733	.180
	EM	STR	63	41.365	7.889	8.302	3.150	-.4692	.001

Si potrebbe supporre che tale predisposizione nel gruppo femminile sia dovuta ad una tendenza, da parte delle donne, a riconoscersi maggiormente abili nella sfera emotiva e sociale, esprimendo forse con meno inibizioni i propri vissuti. Ovviamente questa è una spiegazione che fa riferimento ad uno stereotipo comune e che, in quanto tale, non riflette necessariamente la realtà. È più probabile, invece, che questa maggiore correlazione risulti dal fatto che le donne che hanno aderito alla ricerca sono in numero maggiore rispetto agli uomini.

La correlazione tra sostegno sociale e competenze emozionali appare comunque ulteriormente convalidata dai risultati ottenuti sul campione totale (cfr. tab 4).

Tab. 4¹⁰. Punteggio probabilità campione totale

TOTALE	Var. X	Var. Y	N	Media X	Sigma X	Media Y	Sigma Y	R	P
	SS	EM	94	43.511	4.611	41.128	8.219	.2445	.019
	SS	STR	94	43.511	4.611	8.340	3.140	-.2119	.043
	EM	STR	94	41.128	8.219	8.340	3.140	-.5837	.001

Osservando i punteggi registrati a partire dall'intero campione si nota una correlazione significativa tra competenze emozionali e sostegno sociale con un valore di 0.019. Questo dato induce a supporre l'effettiva incidenza del sostegno sociale sulla capacità dell'individuo di esprimere i propri stati emotivi, riducendo di conseguenza la probabilità di

¹⁰ Per SS si intende sostegno sociale; con EM ci si riferisce alle competenze emozionali e STR indica il termine stress

sviluppare tratti alessitimici e disturbi psicosomatici. Il sostegno sociale, allora, appare idoneo per preservare la salute psico-fisica dell'individuo. Allo stesso modo, è possibile supporre che le stesse competenze emozionali rendano il soggetto più incline ad instaurare legami interpersonali e a rinforzare la propria rete di sostegno sociale.

Un'ulteriore ipotesi che viene supportata dall'indagine svolta, e che è stata ampiamente discussa nella letteratura scientifica, riguarda la correlazione tra competenze emozionali e stress: questi due costrutti sono apparsi significativamente correlati con un punteggio di 0.001 sul campione totale mettendo in evidenza come la presenza di adeguate competenze emozionali aiuti l'individuo ad affrontare in modo efficace eventi di vita stressanti.

Dai dati ottenuti invece emerge una minore, benché presente, correlazione tra il sostegno sociale e la capacità di fronteggiare gli eventi stressanti con un valore di 0.043. Questo dato, tuttavia, appare coerente con alcuni dati della letteratura i quali suggeriscono che il sostegno sociale abbia una valenza protettiva nei confronti dello stress in situazioni specifiche e contestualizzate, ma che possa in taluni casi, a seconda delle caratteristiche individuali, non risultare proficuo. Ad esempio certe persone in situazioni di stress preferiscono isolarsi dal gruppo sociale piuttosto che ricercarne il supporto. Per potere affermare questo però, sarebbe necessario un ulteriore approfondimento empirico.

Complessivamente, mettendo a confronto i costrutti presi in considerazione all'inizio dell'indagine i risultati ottenuti appaiono positivi facendo registrare una buona correlazione tra gli indici (cfr. tab 5).

Tab. 5. Correlazione tra i costrutti.

Costrutti a confronto	Correlazione	p
Supporto sociale v/s stress e disturbi psicosomatici	Bassa	0.043
Supporto sociale v/s emozioni, disturbi psicosomatici ed alessitimia	Alta	0.019
Emozioni v/s alessitimia e salute psico-fisica	Alta	0.019
Emozioni v/s legami affettivi e rete sociale	Alta	0.019
Emozioni v/s stress	Alta	0.001

Occorre evidenziare come la maggiore correlazione tra sostegno sociale e competenze emozionali si rilevi nel gruppo appartenente alla fascia di età compresa tra i 27 e i 30 anni, con un punteggio pari al 0.006, mentre non appare rilevante negli altri gruppi (cfr. tab 6). Anche in questo caso, però, si registra una maggiore adesione di persone tra i 26 e i 30 anni, pertanto sarebbe opportuno approfondire la variabile età in un'ulteriore ricerca.

Tab. 6. Punteggio P tra sostegno sociale e competenze emozionali all'interno dei gruppi con diverse fasce di età

	Significatività P	
25-26 anni	No	0.559
27-30 anni	Sì	0.006
31-35 anni	No	0.353
> 36 anni	No	0.478

Infine, per quanto concerne l'appartenenza ad una rete sociale e la percezione di sostegno è emerso che per la maggior parte del campione di riferimento esiste una buona rete supportiva.

Infatti alla domanda che sonda la presenza di relazioni significative sulle quali contare nei momenti di difficoltà, alla opzione “*Quanti amici ho in questo senso (al di fuori dei miei parenti)*” si ottengono i punteggi seguenti:

- Non risposto: 1.1%
- Nessuno: 5.3%
- Uno: 9.6%
- Due – tre: 47.9%
- Quattro – cinque: 18.1%
- Oltre cinque: 18.1%

Questi dati indicano che più del 50% del campione di riferimento percepisce una rete supportiva soddisfacente al di fuori del proprio contesto familiare.

Alla opzione “*Con quanti parenti ho rapporti di questo tipo*” i dati ottenuti sono:

- Non risposto: 2.1%
- Nessuno: 13.8%
- Uno: 16%
- Due – tre: 52.1%
- Quattro – cinque: 10.6%
- Oltre cinque: 5.3%

Anche in questo caso i dati rivelano la percezione, su oltre il 50% del campione, di una buona rete supportiva all’interno del proprio contesto familiare, benché il 13.8% asserisca di non avere nessun parente a cui rivolgersi in situazioni difficili. Confrontando questa percentuale con quella registrata con l’opzione precedente (Nessuno: 5.3%) si deduce che almeno l’8% di queste persone preferiscono ricercare sostegno al di fuori della cerchia familiare.

Infine, per quanto concerne il senso di appartenenza ad una comunità sociale, alla domanda “*Partecipo regolarmente ad attività di gruppi o associazioni (parrocchia, volontariato)*”, il 21.2% risponde “*Saltuariamente*” e un ulteriore 21.2% risponde “*Regolarmente*” mentre il 56.3% risponde di non partecipare mai. Contemporaneamente, alla domanda “*Mi sento parte di una comunità in cui mi riconosco e questo è importante nella mia vita*”, il 50% risponde di “sì”, il 47.8% risponde di “no”, mentre il 2.2% non risponde.

Confrontando le percentuali ottenute si potrebbe supporre che per alcune persone il senso di comunità può essere avvertito a prescindere da un’effettiva adesione a gruppi sociali, in quanto il 50% si sente parte di una comunità e contemporaneamente il 56.3% asserisce di non prendere mai parte ad attività di gruppi o associazioni; tuttavia anche questo dato per essere affermato necessiterebbe di un’ulteriore indagine.

Conclusioni

La ricerca svolta ha permesso di mettere in evidenza la correlazione tra salute individuale e alcune variabili socio-relazionali. In particolare è emerso come il sostegno sociale risulti, ancora una volta, un’irrinunciabile risorsa da promuovere per prevenire forme di disagio psicosociale e favorire il benessere individuale e collettivo. La ricerca ha inoltre consentito di dare un contributo allo studio correlazionale tra emozioni, disturbi psicosomatici e sostegno sociale che appare ancora scarsamente approfondito.

Bibliografia

- Biondi M. et al., *Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo*, in «Psychotherapy & Psychosomatics», 72 (2003) 3, 150-158.
- Delle Chiaie R., *Alexitimia, ansia, somatizzazione: la sintomatologia somatica funzionale nell'approccio dimensionale*, in Delle Chiaie R. (Ed.), *Alexitimia e patologia somatica funzionale. Dal disagio psicologico alla sintomatologia fisica*, Napoli, Padova, Liviana Medicina, 1993, 45-92.
- Marty P., *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF, ⁶2004, (orig. 1990).
- Nota L., S. Soresi, *I comportamenti sociali: dall'analisi all'intervento*, Pordenone, ERIP, 1997.
- Taylor G.J. – R.M. Bagby, *An overview of the alexithymia construct*, in Reuven B.O., J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence*, San Francisco, Jossey Bass Inc., 2000, 40-67.

Lo stress da acculturazione dell'immigrato. Il training interculturale nella prospettiva di prevenzione.

Maria Belea, AIPRE¹¹; Psicologa; Dottorato di Ricerca - Università Pontificia Salesiana - Roma

Lo scopo del presente articolo è quello di offrire una breve descrizione circa una delle possibili conseguenze dell'immigrazione, e cioè lo stress da acculturazione, derivato dal contatto con una cultura diversa, non familiare; inoltre, vuole proporre un possibile percorso di prevenzione dello stress da acculturazione applicabile in qualunque ambito culturale e quindi dare un modesto apporto personale circa la realtà dell'immigrato e del suo benessere.

Tra due culture: lo stress dell'immigrato verso l'adattamento

Nel passaggio da una cultura ad un'altra, l'immigrato può non trovare una corrispondenza tra i propri modelli culturali e quelli, sociali e istituzionali, della nuova cultura. La mancata corrispondenza, non solo pone in discussione identità e riconoscimento di sé nei nuovi contesti culturali di riferimento, ma può stare alla base del peggioramento dello stato di salute mentale dell'immigrato, se le esigenze del nuovo ambiente culturale superano le capacità di gestione del soggetto. Nel contatto con un nuovo contesto culturale, l'immigrato sperimenta un cambiamento di abitudini, e spesso gli diventa difficile mantenere le proprie tradizioni soprattutto quando, nel paese ospitante, non trova un gruppo di connazionali. Le differenze di clima, di lingua, di abitudini lavorative, di religione, di modi di vestire, ecc., sono esempi di sfide che l'immigrante deve affrontare, sfide alle quali è necessario che egli risponda. Tali differenze possono essere accettate o negate, e la persona può governarle o esserne travolta. Non poche volte la nuova cultura, soprattutto quando molto diversa dalla propria, esige da parte dell'immigrato uno sforzo cosciente per capire cose, che probabilmente nella sua cultura egli trattava in maniera inconsapevole, automatica, e che richiedono un impegno aggiuntivo di risorse mentali per far fronte alla situazione e per conseguire un soddisfacente grado di adattamento. L'immigrato può trovarsi a disagio di fronte a questi cambiamenti, e a livello individuale possono subentrare ostilità, incertezza, isolamento e confusione di identità. Il non poter prevedere gli eventi, la mancanza di certezze e in generale la difficoltà di controllo rappresentano fattori veramente stressanti per la vita della persona immigrata. (Anolli, 2004; Berry, 1997; Berry et al., 1987; Berry et al., 1994; Shuval, ²1993; Williams – Berry, 1991).

Gli studi sullo stress da acculturazione si pongono in una prospettiva complessa e dinamica e tengono conto del fatto che gli *stressors* possono produrre differenti risposte emozionali in persone diverse, e che l'intervento dei processi psicosociali hanno un ruolo importante nella risposta dell'organismo allo stress. Va ribadito che, per essere qualificati come stress da acculturazione, i cambiamenti fisiologici e psicologici devono essere connessi in modo sistematico con le caratteristiche del processo di acculturazione che l'immigrato sta sperimentando, e inoltre, devono essere di lunga durata, pervasivi ed intensi (Brislin-Yoshida, 1994; Cross, 1995; Liebkind, 1996).

I risultati degli studi sullo stress da acculturazione sono molto cambiati per quanto riguarda il livello delle difficoltà riscontrate nei gruppi in fase di acculturazione. Le vecchie tesi supponevano che i contatti tra culture e i cambiamenti portassero inevitabilmente ad una situazione di stress; tuttavia, i punti di vista attuali evidenziano che il livello di stress

¹¹ , AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva.
Via Poggio Catino, 4 00199 Roma. Tel.: 0686219610. Sito Web: www.aipre.it
mail1: aipreroma@tin.it mail2: becciu.colasanti@tin.it

sperimentato è legato non solo alle esperienze di acculturazione, ma anche a fattori personali. Tali fattori dimostrano come gli stessi mutamenti acculturativi possono essere vissuti da alcuni individui come stressanti, mentre da altri possono essere vissuti come fattori positivi e opportunità.

Rispetto agli aspetti macrosociali e alla loro incidenza sul processo di acculturazione degli immigrati, occorre ricordare che il livello di stress sperimentato dal soggetto dipende da una molteplicità di fattori, quali:

- § la *distanza culturale* tra il paese di origine e quello di assestamento: più grande è la differenza culturale, maggiore è il livello di stress sperimentato (Berry, 1997; La Framboise – Coleman – Gerton, 1993);
- § la *situazione socio-economica* che ha motivato le persone ad immigrare: persone motivate da fattori di espulsione – *push factors* – sono più inclini allo stress rispetto alle persone motivate da fattori di attrazione (Kosic, 2002);
- § la *politica della società ospitante* nei confronti degli immigrati: lo stress delle persone che fanno la loro esperienza di acculturazione nelle società pluralistiche è minore di coloro che fanno la stessa esperienza in società monoculturali (Berry et al., 1994; Williams – Berry, 1991).

Altri fattori moderatori che possono intervenire nel rapporto tra l'esperienza di acculturazione e lo stress, e che regolano il livello di stress percepito dal soggetto, sono rappresentati da alcune caratteristiche individuali, quali:

- § le *caratteristiche socio-demografiche*: il genere (le donne sono più a rischio di incorrere nello stress rispetto agli uomini) (D'Ignazi, 2004); l'età (quando l'acculturazione avviene nell'età adulta aumenta il rischio di diventare più stressati) (Berry, 1997); il livello di istruzione (un alto livello di istruzione prevede un basso livello di stress) (Berry, 1997); lo *status* socio-economico (la perdita di status porta a stress) (Berry et al., 1994);
- § le *motivazioni e le aspettative*: le persone reattive, motivate da fattori di espulsione, presentano maggiori problemi di adattamento psicologico, ma anche quelle proattive con aspettative troppo elevate rispetto alla loro vita nella nuova società possono essere soggette a disadattamento (Berry, 1997);
- § le *caratteristiche di personalità*: i tratti di personalità (l'atteggiamento positivo degli estroversi svolge una funzione di "cuscinetto" rispetto allo stress, inoltre coloro che presentano punteggi bassi nel neuroticismo e i soggetti aperti alle esperienze sono capaci di ricorrere effettivamente a strategie di *coping* e riescono a gestire meglio lo stress) (McMartin, 1999; Sarafino, 1990); i tipi di personalità (le persone con lo schema comportamentale di tipo B sono meno propense a sentire come stressanti certi eventi) (Scott – Scott, 1989); la flessibilità cognitiva (le persone molto elastiche nel modo di pensare sanno variare il proprio livello di controllo secondo la situazione) (Berry et al., 1987); il *locus of control* (le persone con un *locus of control* interno presentano maggiori probabilità di controllo del proprio ambiente, additano più frequentemente azioni di promozione della salute e quindi anche della prevenzione dello stress) (Berry, 1997; Zani-Cicognani, 2000); le capacità di *coping* (il processo di *coping* con una nuova cultura basato sull'adattamento a nuove risposte e abilità nonché sull'acquisizione di nuove informazioni è un fattore protettivo contro lo stress) (Taft, 1977); l'*hardiness* (difende la persona dagli effetti negativi dello stress attraverso la rilettura in termini positivi delle esperienze stressanti e la messa in atto di meccanismi di coping adattivi) (Cross, 1995); l'ottimismo (consente al soggetto di fronteggiare al meglio gli eventi negativi e utilizzare strategie di *coping* centrate sul problema) (Carver e Scheier, 1994); il sentirsi all'altezza (i soggetti che riescono a sentirsi all'altezza in modo adeguato si adatteranno bene) (Taft, 1986).

Oltre alle risorse personali, un ruolo importante hanno le relazioni sociali come fattori protettivi nell'esperienza dello stress (Zani – Cicognani, 1999; D'Ignazi, 2004).

Il periodo di crisi con cui si confronta l'immigrato sarebbe temporaneo se egli riuscisse a provare nuovi modi per trattare i problemi tramite l'uso di risorse personali e sociali. La crisi, una volta gestita, offre l'opportunità di rafforzare le strategie di *coping* e il potenziale cambiamento adattivo. Lo stress, quindi, è responsabile non solo della sofferenza, della frustrazione, ma fornisce anche un impulso all'adattamento e alla crescita, verso l'apprendimento di risposte creative (Kim, 1988).

Partendo dal presupposto che la non familiarità con gli aspetti della nuova cultura, sia una delle fonti più importanti dell'ignoranza e della conseguente incapacità dello straniero di adattarsi, saranno tracciate alcune linee generali di un training interculturale con lo scopo di preparare all'incontro culturale le persone che intendono immigrare, prima della loro partenza. Si ritiene, infatti, che il training interculturale possa rendere il soggetto informato rispetto a quanto dovrà incontrare nel nuovo paese, ed equipaggiato dal punto di vista cognitivo, affettivo, comportamentale per fronteggiare le difficoltà interpersonali e personali dovute alle differenze culturali (Landis – Bhagat, ²1996).

Prepararsi al cambiamento: una proposta di training interculturale

Il training si propone di aiutare gli immigrati, ancora prima del loro arrivo in un nuovo paese, ad acquisire conoscenze e abilità di *coping* con una cultura non-familiare, e quindi di facilitare il processo di adattamento. In altre parole, il training deve essere progettato per aiutare i destinatari del training, cioè i *trainee*, a diventare competenti interculturalmente, quindi a essere equipaggiati dal punto di vista linguistico, comportamentale, attitudinale, e psicologico per vivere e lavorare in modo efficiente dentro un secondo ambiente culturale (Landis – Bhagat, ²1996). Il training formativo proposto qui rappresenta un intervento di prevenzione primaria, reattiva, ed è strutturato in 12 unità, che verranno descritte secondo gli obiettivi, ogni incontro avendo una durata di circa due ore. Nella progettazione si è tenuto conto del modello di apprendimento esperienziale di Kolb e Fry (1975) e come quadro concettuale di riferimento del testo di Becciu – Colasanti, ²2004.

Il training interculturale ha alcune particolarità: esso non può essere prolungato nel tempo e presuppone la possibilità di far intervenire, come trainer o collaboratori, persone che abbiano avuto esperienze personali di immigrazione; inoltre, diventa necessario seguire i *trainee*, una volta finita la preparazione, anche nei paesi ospiti dove andrebbero costituiti centri per offrire informazioni e supporto psicologico, centri che, possibilmente, dovrebbero essere in relazione con i promotori del training.

Il training inizia con un'unità introduttiva dove i partecipanti potranno conoscere i contenuti e gli scopi del programma, le modalità di svolgimento e gli altri membri del gruppo.

1) Prima unità: Essere informati sul soggiorno nell'altro paese

Obiettivi: 1) conoscere cosa è importante avere sempre con sé; 2) essere informati sulle pratiche da realizzare all'ingresso nel paese ospite; 3) conoscere le opportunità offerte dalle istituzioni competenti e le altre realtà verso cui rivolgersi in caso di bisogno.

2) Seconda unità: Conoscere le caratteristiche della nuova cultura e valorizzare le differenze

Obiettivi: 1) riflettere sul concetto di cultura; 2) conoscere gli aspetti comuni e le differenze tra abitudini, comportamenti e valori della propria cultura e quelli del paese dove si intende immigrare; 3) valorizzare le differenze quale realtà che arricchisce la propria identità.

3) Terza unità: Conoscere i principali modi di rapportarsi alla nuova cultura verso un'integrazione efficace

Obiettivi: 1) analizzare i tipi di acculturazione; 2) riconoscere le proprie modalità di approccio alle strategie di acculturazione; 3) riconoscere l'importanza dell'integrazione.

4) Quarta unità: Conoscere i problemi e le opportunità dell'inserimento nel nuovo paese

Obiettivi: 1) individuare le possibili opportunità offerte dal paese in cui si intende immigrare e acquisire la capacità di saperne fare uso; 2) conoscere le difficoltà che possono incontrare; 3) discutere sulle ragioni delle difficoltà e individuare le conoscenze necessarie affinché tali difficoltà non si verifichino.

5) Quinta unità: Gestire i conflitti e saper convivere costruttivamente con i membri del paese ospite.

Primo incontro

Obiettivi: 1) riconoscere le situazioni nelle quali possono sperimentare conflitti con i membri del paese ospite; 2) conoscere le ragioni che stanno alla base dei conflitti; 3) prendere coscienza delle proprie modalità di approccio al conflitto.

Secondo incontro

Obiettivi: 1) conoscere le possibili soluzioni a situazioni conflittuali e le loro conseguenze; 2) trovare soluzioni che tengano conto dei bisogni e degli scopi reciproci; 3) conoscere i passi della negoziazione e saper utilizzarli in situazioni di contrasto.

6) Sesta unità: Comunicare con efficacia con i membri del nuovo paese.

Primo incontro

Obiettivi: 1) conoscere i comportamenti comunicativi che possono ostacolare o promuovere il dialogo; 2) individuare le caratteristiche e le funzioni di una efficace comunicazione verbale e non verbale.

Secondo incontro

Obiettivi: 1) conoscere le proprie abilità o mancanze nell'uso della comunicazione verbale e non verbale; 2) sperimentare e acquisire regole base per instaurare una comunicazione efficace.

7) Settima unità: Conoscere ed esprimere le proprie emozioni

Obiettivi: 1) definire le emozioni fondamentali; 2) essere consapevoli delle proprie predisposizioni emotive; 3) scoprire le correlazioni esistenti tra il pensiero sottostante un'emozione, l'emozione stessa e il comportamento conseguente; 4) valutare l'adeguatezza delle proprie emozioni.

8) Ottava unità: Fronteggiare lo stress

Obiettivi: 1) riconoscere i sintomi e le manifestazioni comportamentali proprie dello stress; 2) conoscere le capacità personali utili per fronteggiare lo stress; 3) conoscere l'importanza del supporto sociale nel gestire lo stress.

9) Nona unità: Conoscere il proprio stile comportamentale e saper adoperare comportamenti appropriati

Obiettivi: 1) conoscere le diverse modalità di comportamento; 2) riflettere sul proprio comportamento relazionale; 3) assumere comportamenti assertivi e prosociali; 4) conoscere ed esercitarsi sui comportamenti appropriati da adoperare in varie interazioni nel nuovo ambiente culturale.

10) Decima unità: Saper affrontare i problemi e prendere decisioni

Obiettivi: 1) saper definire le caratteristiche di un problema; 2) conoscere le fasi del *problem solving*; 3) saper applicare tali fasi a una situazione concreta.

11) Undicesima unità: Fare nuove amicizie

Obiettivi: 1) conoscere le possibilità di incontro con connazionali ma anche con gruppi del paese ospite; 2) avere chiari i vantaggi di tali incontri; 3) essere consapevoli del proprio apporto durante questi incontri.

12) Dodicesima unità: Individuare le proprie qualità e i propri limiti

Obiettivi: 1) evidenziare gli aspetti che rappresentano una risorsa; 2) riconoscere i propri limiti e le loro cause; 3) individuare le possibilità di superare i limiti.

Certamente la prevenzione richiede un approccio interdisciplinare a livelli di comunità locale, a livello nazionale e internazionale, anche se ciò non è facile da realizzare. E questo comporta sfide speciali anche per lo psicologo che, attraverso il suo intervento, può contribuire alla riduzione dei problemi attraversati dagli immigrati; egli può e dovrebbe studiare e far conoscere gli effetti della diversità culturale sulla salute psichica, mettere a disposizione centri di controllo della salute mentale, e sensibilizzare i responsabili di gestione della salute circa l'importanza di istituire programmi di prevenzione dello stress.

Bibliografia

- Anolli L., *Psicologia della cultura*, Bologna, Il Mulino, 2004.
- Becciu M., Colasanti A. R., *La promozione delle capacità personali. Teoria e prassi*, Milano, FrancoAngeli, 2004.
- Berry J.W., *Immigration, acculturation and adaptation*, in *Applied Psychology. An International Review*, 46 (1997), 5-34.
- Berry J.W. et al., *Comparative studies of acculturative stress*, in *International Migration Review*, 21 (1987)79, 491-511.
- Berry J.W. et al., *Psicologia transculturale. Teoria, ricerca, applicazioni*, Milano, Guerini Studio, 1994.
- Brislin R.W., Yoshida T., *Intercultural communication training: an introduction*, Thousand Oaks/London /New Delhi, Sage Publications, 1994.
- Carver C.S., Scheier M.F., *Situational coping and coping disposition in a stressful transaction*, in *Journal of personality and social psychology*, 66 (1994), 184-195.
- Cross S.E., *Self-construals, coping, and stress in cross-cultural adaptation*, in *Journal of cross-cultural psychology*, 26 (1995), 673-697.
- D'Ignazi P., *Multiculturalismo, paesaggi globali e migrazioni*, in D'Ignazi P., Persi R. (Eds.), *Migrazione femminile. Discriminazione e integrazione tra teoria e indagine sul campo*, Milano, FrancoAngeli, 2004, 21-32.
- Kim Y.Y., *Communication and cross-cultural adaptation*, Clevedon/Philadelphia, Multilingual Matters LTD, 1988.
- Kolb D.A., Fry R., *Toward an applied theory of experiential learning*, in Cooper C.L. (Ed.), *Theory of group processes*, New York, Wiley, 1975.
- Kosic A., *Le Strategie di acculturazione degli immigrati in funzione degli stili di automonitoraggio e delle caratteristiche socio-demografiche*, in *Giornale Italiano di Psicologia*, 29 (2002) 4, 757-775.
- La Fromboise T., Coleman H.L.K., Gerton J., *Psychological impact of biculturalism: evidence and theory*, in *Psychological Bulletin*, 114 (1993) 3, 395-412.
- Landis D., Bhagat R.S., *A model of intercultural behaviour and training*, in Landis D., Bhagat R.S. (Eds), *Handbook of intercultural training*, Thousand Oaks/ London /New Delhi, Sage Publications, 1996, 1-13.
- Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer Publishing Company, 1984.
- Liebkin K., *Acculturation and stress*, in *Journal of cross-cultural psychology*, 27 (1996), 161-181.
- McMartin J., *Psicologia della personalità. Un approccio centrato sullo studente*, Milano, Guerini Studio, 1999.

- Sarafino E.P., *Health psychology: biopsychosocial interactions*, New York/Chichester/Brisbane/Toronto/Singapore, John Wiley & Sons, 1990.
- Scott A. W., Scott R, *Adaptation of immigrants: individual differences and determinants*, Oxford/New York/Beijing/Frankfurt/São Paulo/Sydney/Tokyo/Toronto, Pergamon Press, 1989.
- Shuval J.T., *Migration and stress*, in Goldberger L., Breznitz S., *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*, New York/Toronto/Oxford/Singapore/Sydney, The Free Press/Maxwell Macmillan Canada/Maxwell Macmillan International, ²1993, 641-656.
- Taft R., *Coping with unfamiliar cultures*, in Waren N., *Studies in cross-cultural psychology*, vol. I, London, Academic Press, 1977, 121-151.
- Williams C. L., Berry J. W., *Primary prevention of acculturative stress among refugees. Application of psychological theory and practice*, in *American Psychologist*, 46 (1991) 6, 632-641.
- Zani B., Cicognani E. (Eds), *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*, Roma, Carocci, 1999.
- Zani B., Cicognani E. *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino, 2000.

I comportamenti problema degli alunni: l'analisi funzionale come strumento di osservazione e valutazione.

Ilaria Muscella Psicologa AIPRE¹² – CRP¹³.

Adriana Saba, Psicologa AIPRE – CRP.

Introduzione

L'articolo in oggetto riguarda la comprensione dei comportamenti problema degli alunni all'interno del contesto classe, allo scopo di trovare strategie adeguate di gestione degli stessi.

Nello specifico, si descriverà l'analisi funzionale come strumento utile ad offrire una lettura fenomenologica e teleologica dei comportamenti problema che consenta di cogliere questi ultimi nel loro significato personale e situazionale.

1. Definizione e rilevanza

Si definisce come *comportamento problema* un comportamento abnorme per eccesso, deficit e/o inadeguatezza situazionale (Colasanti, 2000).

Si tratta pertanto di un comportamento che, pur facendo parte del normale repertorio comportamentale, è espresso troppo frequentemente e/o intensamente, troppo raramente o al momento inopportuno.

I comportamenti problema rappresentano, spesso, modalità caratteristiche che alcuni ragazzi utilizzano per rispondere all'ambiente verso cui cercano di esercitare il proprio controllo (Bilello e Lo Coco, 1995). Si manifestano attraverso azioni dirette verso uno scopo in relazione al contesto classe (Bonino e Cattelino, 2000).

A partire dalla elaborazione di Brophy (1999) possiamo distinguere quattro gruppi di comportamenti problema: problemi legati al raggiungimento del successo scolastico, problemi di ostilità, problemi di adattamento al ruolo e problemi legati alle relazioni sociali. Al primo gruppo appartengono: studenti che, per paura di fallire, spesso evitano di cominciare o rinunciano con facilità di fronte alle prime difficoltà; studenti perfezionisti che non si dimostrano mai soddisfatti del proprio lavoro; studenti che fanno il minimo indispensabile in quanto poco motivati e/o poco stimolati; studenti che, nonostante siano disposti ad impegnarsi, presentano scarse capacità o una mancanza di prontezza sia rispetto all'andamento generale del gruppo classe che rispetto alle richieste dell'insegnante. Gli alunni che presentano problemi di ostilità possono esprimere opposizione e resistenza all'insegnante attraverso comportamenti diretti e forti o in maniera indiretta. Altri studenti manifestano l'ostilità portando avanti una lotta di potere con l'insegnante, per questo sono spesso definiti "ribelli" e "provocatori". Gli alunni con problemi di adattamento al ruolo si distraggono facilmente, dimostrando scarsa concentrazione e attenzione rispetto al compito. Tra questi studenti rientrano anche quelli che possiedono scarsa capacità di autocontrollo, bassa stabilità emotiva e abilità sociali insufficienti. Infine, gli alunni con problemi legati alle relazioni sociali sono studenti che ricercano l'interazione dei compagni ma sono rifiutati, ignorati ed esclusi o studenti che evitano l'interazione personale e diretta.

Pertanto ci si trova, generalmente, di fronte a ragazzi che: non si adattano alla routine della classe, manifestando un comportamento sgarbato, scontroso o poco comunicativo; richiedono all'insegnante molto più tempo, energia e pazienza della maggior parte dei com-

¹² , AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva.
Via Poggio Catino, 4 00199 Roma. Tel.: 0686219610. Sito Web: www.aipre.it
mail1: aipreroma@tin.it mail2: becciu.colasanti@tin.it

¹³ , CRP Centro per la Ricerca in Psicoterapia
Piazza O. Marucchi, 5 00162 Roma. Tel 0686320838. Sito web: www.crpitalia.eu
Mail: info@crpitalia.eu

pagni di classe e sembrano resistenti e irrispettosi per qualunque aiuto si offra loro (Colasanti, 2000).

Data questa prima chiarificazione è facile comprendere quanto tali condotte rappresentino, oltre che un notevole ostacolo al raggiungimento del successo scolastico da parte dei ragazzi, anche un' importante fonte di stress e di frustrazione per l'insegnante (Larson e Maag, 1999) il quale, di fronte ad essi, sperimenta come il ricorso alla propria preparazione accademica, al proprio buon senso e alla propria stabilità emotiva si riveli a volte insufficiente (Colasanti, 2000).

2. Comprensione dei comportamenti problema

Conoscere gli assunti teorici esplicativi dei comportamenti problema ed apprendere a identificare e descrivere ciò che si osserva tramite l'analisi funzionale permette di comprendere la natura di tali comportamenti al fine di ipotizzare, strutturare e adottare strategie educative appropriate alle singole situazioni.

Nella parte che segue, pertanto, dopo aver brevemente presentato i presupposti in oggetto si passa a descrivere l'analisi funzionale come strumento di lettura e valutazione utile alla comprensione e alla gestione dei comportamenti problema.

2.1. Presupposti

Esistono due importanti assunti, tra loro interconnessi, che si rivelano fondamentali per la comprensione dei comportamenti problema:

- (a) il comportamento è finalizzato e (b) il comportamento ha un significato che varia in funzione del contesto.

Secondo il *primo assunto* il comportamento mira ad uno scopo e svolge una determinata funzione. Neel e Cessna (1993) indicano la relazione esistente fra il comportamento esibito e il risultato desiderato dall'alunno utilizzando l'espressione *scopo del comportamento*. Anche quando un alunno agisce in modo inappropriato lo fa per ottenere un risultato; quest'ultimo costituisce la funzione del comportamento. Lo scopo, a sua volta, influirà sulla forma del comportamento adottato per raggiungere l'esito desiderato. Può accadere che la funzione assolta da un comportamento sia appropriata mentre la sua forma no: ad esempio, gli atti aggressivi di un ragazzo possono essere in realtà un suo tentativo di stabilire una relazione con i compagni. Benché la forma del comportamento (aggressione) risulti essere inadeguata, il suo fine o scopo (affiliazione) rappresenta un obiettivo sociale accettabile. Gli interventi focalizzati sulla forma di un comportamento, che non tengono conto del suo scopo, sono spesso inefficaci; nella misura in cui il comportamento inappropriato è correlato ad uno scopo importante per l'alunno, egli continuerà ad utilizzarlo.

Il *secondo assunto* è che ogni comportamento è definito in base al contesto in cui si verifica. Gli psicologi dell'apprendimento e dell'educazione ritengono che un comportamento non si verifichi nell'isolamento, bensì in relazione a specifici stimoli ambientali. È il contesto che definisce il modo in cui un comportamento viene percepito, non la forma particolare che esso presenta: ad esempio, correre può servire ad attirare l'attenzione dei compagni durante una lezione di matematica in classe, ma non durante una partita di calcio, dove correre è un comportamento tipico. Così, in questo caso, per richiamare l'attenzione sarà necessario o un comportamento esemplare, come segnare un gol, o un comportamento inconsueto per la situazione, come leggere un libro (Larson e Maag, 1999).

Conoscendo la funzione del comportamento problematico si possono identificare quei fattori ambientali che modificati permettono di ridurre, incrementarne o renderne appropriata l'emissione, inoltre è possibile individuare comportamenti alternativi positivi da insegnare all'alunno affinché questi possa raggiungere lo stesso scopo in modo socialmente più adeguato.

2.2. Uno strumento d'indagine dei comportamenti problema: l'analisi funzionale

In base a queste considerazioni è descritta l'analisi funzionale come strumento indirizzato ad identificare, raccogliere e sistematizzare dati e informazioni necessarie a costruire una prima ipotesi sulla natura del comportamento presentato, a partire dalla quale strutturare e sviluppare un piano d'intervento. Tale strumento rappresenta una misura da adottare in presenza di uno specifico comportamento problema.

L'analisi funzionale rappresenta un'operazione di valutazione con finalità esplicative finalizzata a comprendere in che cosa consista e come si mantenga un determinato comportamento; inoltre consente all'insegnante di identificare le funzioni del comportamento problema e di intervenire opportunamente sui fattori che lo innescano e lo mantengono.

L'apprendimento operante costituisce la teoria alla base di tale metodo in quanto spiega le modificazioni di frequenza dei comportamenti enfatizzando in particolare due elementi: la situazione antecedente e la situazione conseguente. Pertanto ogni comportamento è in relazione a ciò che immediatamente lo precede e a ciò che immediatamente lo segue. In sintesi gli antecedenti influenzano l'emissione di un comportamento il quale determina una conseguenza che, a sua volta, retroagisce con un effetto a *feedback* informando il soggetto rispetto all'efficacia o meno dell'effetto ottenuto. Ciò può comportare una modificazione del suo comportamento futuro nella medesima circostanza (Folgheraiter, 1992).

2.2.1. Passi per condurre l'analisi funzionale

1) Individuare e definire il comportamento

È necessario che le persone coinvolte nel processo di valutazione definiscano il comportamento in modo preciso e operativo affinché sia possibile distinguere esattamente quando il comportamento viene emesso e quando no. La definizione operativa di un comportamento comprende la sua forma (Come si presenta il comportamento problema? Cosa concretamente accade nella situazione? Se si stesse filmando la scena quali azioni o dialoghi si riprenderebbero? Come viene eseguito il comportamento?), la frequenza (Ogni quanto si verifica?), la durata (Quanto dura?), l'intensità (Quanto è dannoso o distruttivo il comportamento? Per chi?) e l'ambiente in cui viene emesso (Dove si verifica il comportamento e chi coinvolge in genere?). Spesso si descrive un comportamento in termini vaghi e generici facendo uso di espressioni come: insicurezza, aggressività, isolamento. Compito dell'insegnante è definire il comportamento in termini oggettivi. Per esempio, è preferibile dire «Una volta al giorno, 10 minuti prima del suono della campanella della ricreazione Roberto si alza dalla sedia senza il permesso dell'insegnante e gira per la classe, guarda fuori dalla finestra e gioca con il cellulare» piuttosto che «Roberto si alza sempre senza il permesso dell'insegnante causando disturbo per la classe». Quando le persone coinvolte nell'analisi funzionale sono più di una, il fatto di definire con esattezza il comportamento dà a tutti un criterio stabilito per giudicarne l'importanza e garantisce che tutti osservino gli stessi parametri (Larson e Maag, 1999).

2) Identificare gli antecedenti.

Il passo successivo riguarda l'identificazione degli eventi stimolo che precedono il comportamento e che sembrano innescarlo. Tali eventi risultano direttamente relazionati con il comportamento problematico. Rispetto agli antecedenti l'insegnante è interessato ad individuare le situazioni che precedono il comportamento problema e aumentano la probabilità che questo si verifichi, ossia le condizioni che sembrano avviarlo (Colasanti, 1996). Gli antecedenti possono essere esterni e/o interni. I primi fanno riferimento al comportamento dell'insegnante (per esempio la presentazione della lezione o un rimprovero), al comportamento degli altri alunni (es: non considerazione, isolamento) e a fattori ambientali (es.: livelli elevati di rumore, conclusione dell'attività). Quelli interni riguardano il

comportamento o la sensazione interna dell'alunno che emette il comportamento problema (es.: stati d'animo negativi, pensieri, bisogni come fame, malesseri).

3) *Identificare i conseguenti.*

A questo punto si tratta di identificare gli eventi stimolo che seguono il comportamento e che sembrano mantenerlo. Si cerca di individuare cosa accade dopo e come ciò migliora o peggiora il problema e in quali situazioni e/o di fronte a quali persone il comportamento problema aumenta o si estingue (Colasanti, 1996). Così come per gli antecedenti anche i conseguenti possono essere eventi esterni e/o interni. I primi comprendono il comportamento dell'insegnante (es.: incoraggiare, ignorare), il comportamento degli altri alunni (es.: approvare, isolare) e i fattori ambientali (es.: spostamento dell'alunno in ambiente diverso, accesso ad una attività piacevole). Quelli interni possono riguardare il comportamento o la sensazione interna dell'alunno che emette il comportamento problema (es.: stati d'animo positivi, soddisfazione di un bisogno). I conseguenti influenzano il comportamento problematico mantenendolo, rafforzandolo, aumentandolo, indebolendolo o decrementandolo.

4) *Individuare lo scopo.*

Ultimata la raccolta dei dati che permettono di descrivere operativamente il comportamento problema è importante ipotizzare le possibili funzioni o obiettivi che ne motivano la messa in atto. Alcuni degli scopi possono fare riferimento ad avere accesso ad attività, sottrarsi ad un compito, attirare l'attenzione ecc.

5) *Ridefinire il comportamento alla luce dei dati raccolti: formulare un'ipotesi.*

Utilizzando le informazioni raccolte precedentemente (antecedenti, comportamento, conseguenti e scopo) si tenta di costruire un'ipotesi relativa alla messa in atto del comportamento problema. In questa fase si tratta di sistematizzare i dati raccolti, al fine di ottenere un quadro chiaro e completo della situazione e di descrivere operativamente il comportamento desiderato. Grazie alla formulazione dell'ipotesi è possibile elaborare interventi puntuali ed efficaci.

La scheda riportata in allegato (All.1) rappresenta un modello da utilizzare al fine di registrare in modo operativo e sistematico i comportamenti utilizzando i passi dell'analisi funzionale. A titolo esemplificativo verrà riportato il "caso di Roberto".

3. Costruire un piano di intervento

Quando l'insegnante ha individuato e successivamente esaminato, tramite l'analisi funzionale, un comportamento problema dovrà scegliere e applicare una o più tecniche per sviluppare comportamenti più adeguati.

Questo non significa che per risolvere determinati problemi si debbano applicare esclusivamente tecniche specifiche. Un rinforzo, infatti, può risultare efficace nei confronti di un soggetto, ma non di un altro; allo stesso modo, una strategia specifica per la gestione di un certo comportamento potrebbe funzionare con un soggetto piuttosto che con un altro.

Accenneremo qui ad una serie di strategie di controllo di comportamenti problema tenendo presente che è necessario individualizzare l'uso di qualsiasi metodo. Tali strategie non possono sostituirsi ad una buona didattica che risulta fondamentale per l'instaurarsi di condizioni funzionali all'apprendimento da parte degli alunni (Folgheraiter, 1992).

Per affrontare ordinari comportamenti problematici possono essere utili tecniche di modificazione del comportamento. Tali tecniche includono metodi per rispondere a deficit comportamentali attraverso la promozione ed il mantenimento di un comportamento desiderato e metodi di risposta ad eccessi comportamentali grazie all'utilizzo di strategie indirizzate a ridurre la frequenza del comportamento problema. I primi comprendono i suggerimenti ed i rinforzi mentre i secondi includono la sazietà, l'estinzione e la punizione.

I metodi di modificazione del comportamento risultano utili quando gli studenti già sanno che cosa fare, ma al momento non lo fanno con coerenza. Quando, invece, creano proble-

mi perché non sanno come affrontare efficacemente una determinata situazione è preferibile insegnare loro strategie alternative basate su una modificazione non solo comportamentale, ma anche cognitiva. Si tratta per esempio di: promuovere l'autoregolazione piuttosto che imporre controlli esterni, dirigere l'attenzione sul riflettere e sull'esperienza soggettiva più che sul comportamento esplicito, insegnare a definire i propri scopi, pianificare attività piuttosto che rinforzare.

Un'altra modalità indirizzata a promuovere l'apprendimento di strategie alternative fa riferimento all'utilizzo di *training* di abilità sociali grazie ai quali i ragazzi possono acquisire competenze utili a fronteggiare una gamma molto ampia di situazioni di vita.

Altri interventi utilizzabili in situazioni di crisi derivano dall'adattamento di alcune tecniche di *counselling* individuale. Tali strumenti si propongono di risocializzare le credenze o gli atteggiamenti degli studenti, non proprio di modificare il loro comportamento (*problem solving*, modello a 8 passi di Glasser) (Brophy, 1999; Franta e Colasanti, 1999).

In conclusione ne deriva che, per trovare strategie adeguate di gestione dei comportamenti problema, è necessario identificarli e valutarli in modo operativo e specifico. A tale scopo l'analisi funzionale rappresenta un valido strumento di osservazione e raccolta di informazioni sulla base delle quali è possibile costruire interventi di risoluzione mirati ed efficaci.

In appendice è riportata una scheda esempio di analisi funzionale:

Bibliografia

- Bilello M., Lo Coco A., *Il rischio come concetto multidimensionale: dalla prospettiva lineare a quella interazionista*, in Lavanco G. (a cura di), *L'isola e il cambiamento. Valori giovanili e prevenzione della mentalità mafiosa*, Milano, Franco Angeli, 1995, pp. 49 – 57.
- Bonino S., Cattelino E., *L'adolescenza tra opportunità e rischio: l'uso di sostanze psicoattive*, in Caprara G. V., Fonzi A., *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale*, Firenze, Giunti, 2000, pp. 121 – 154.
- Brophy J., *Insegnare a studenti con problemi*, Roma, LAS, 1999.
- Colasanti A.R., *Il processo di assessment*, in Arto A., Antonietti D. (a cura di), *La formazione in psicologia clinica. Aspetti introduttivi e competenze terapeutiche di base*, Roma, Ifrep, 1996, pp. 129 – 172.
- Colasanti A. R., *Lo scontro tra chi non si adatta e chi esige: atteggiamenti e competenze relazionali del docente efficace*, in Atti del Convegno «Promuovere la relazione: necessità e risorsa per il docente» Milano CDI, Bracco Editore, 10 – 11 Novembre 2000, pp. 129 – 140.
- Folgheraiter F., *Problemi di comportamento e relazione di aiuto nella scuola*, Trento, Erikson, 1992.
- Franta H., Colasanti A.R., *L'arte dell'incoraggiamento*, Roma, Carocci, 1999.
- Larson P.J., Maag J. W., *L'assessment funzionale dei comportamenti problema in classe*, in «Difficoltà di apprendimento» 4 (1999) 4, pp. 539 – 556.
- Neel R.S., Cessan K.K., *Behavior intent: Instructional content for students with behavior disorders*, in Cessan K.K. (a cura di), *Instructionally differentiated programming: A needs – based approach for student with behavior disorders*, Denver, Colorado Department of Education, 1993, pp. 31 – 39.

APPENDICE

AII. 1
SCHEDA DI ANALISI FUNZIONALE

Nome: Roberto
Cognome: _____

1) INDIVIDUAZIONE DEL COMPORTAMENTO

Forma: Roberto si alza dalla sedia senza permesso, gira per la classe, guarda fuori dalla finestra, gioca con il cellulare

Frequenza: una volta al giorno

Durata: 10 minuti prima del suono della campanella della ricreazione

Intensità: media (dura 10 minuti, non per tutta la lezione; non coinvolge direttamente gli altri)

Ambiente: classe

Sintesi

Una volta al giorno, 10 minuti prima del suono della campanella della ricreazione Roberto si alza dalla sedia senza il permesso dell'insegnante e gira per la classe, guarda fuori dalla finestra e gioca con il cellulare

2) IDENTIFICAZIONE DEGLI ANTECEDENTI

Comportamento dell'insegnante: l'insegnante sta spiegando la lezione

Comportamento degli altri alunni: ascoltano l'insegnante mentre parla

Fattori ambientali: accesso al cellulare

Comportamento o sensazione interna dell'alunno che emette il comportamento: consapevolezza della prossimità del suono della campanella

3) IDENTIFICAZIONE DEI CONSEGUENTI

Comportamento dell'insegnante: urla dicendogli di sedersi ricordandogli che non può fare come vuole

Comportamento degli altri alunni: i compagni ridono e si distraggono rispetto al compito

Fattori ambientali

Comportamento o sensazione interna dell'alunno che emette il comportamento: Roberto si arrabbia dicendo che è lui che decide quando alzarsi e che si sente stufo che l'insegnante se la prenda sempre con lui

4) INDIVIDUAZIONE DELLO SCOPO

essere riconosciuto come *leader*/affermare il proprio potere
richiamare l'attenzione dell'insegnante e dei compagni

5) FORMULAZIONE DI UN'IPOTESI

Ipotesi: ogni giorno Roberto, consapevole della prossimità del suono della campanella della ricreazione, mentre l'insegnante parla ed i compagni ascoltano la spiegazione, si alza dalla sedia senza permesso, gira per la classe, guarda fuori dalla finestra e gioca con il cellulare. Sembra che questi comportamenti siano mossi dalla necessità di richiamare l'attenzione del docente e dei compagni e dal desiderio di essere confermato come *leader*. I compagni ridono e si distraggono rispetto al compito. L'insegnante urla dicendogli di sedersi ricordandogli che non può fare come vuole. Roberto si arrabbia dicendo che è lui che decide quando alzarsi e che si sente stufo che l'insegnante se la prenda sempre con lui

Comportamento desiderato: ogni giorno Roberto, consapevole della prossimità del suono della campanella della ricreazione, mentre l'insegnante parla ed i compagni ascoltano la spiegazione, rimane seduto e attende che l'insegnante dia il permesso per alzarsi.

L'ottica della promozione della salute psicologica in un progetto per la prevenzione dell'abbandono scolastico.

Paola Borgo, Psicologa Psicoterapeuta, Docente CRP¹⁴

Il progetto è stato realizzato nelle prime classi di alcune scuole medie di secondo grado per attuare un intervento di valutazione e prevenzione rispetto al tasso preoccupante di mortalità scolastica nel passaggio alla scuola superiore. Abbiamo analizzato alcuni fattori di rischio presenti in questo momento dello sviluppo psico-fisico: in primo piano l'ingresso alla fase adolescenziale che rappresenta un periodo di vita critico, in cui il ragazzo è alla ricerca di un personale modo di essere oscillando tra mantenimento quasi rituale delle vecchie abitudini e ricerca esasperata di nuove, bisogno di dipendenza e di indipendenza, atteggiamento collaborativo e opposizione intransigente, ricerca della regola e trasgressione...

Inoltre la concorrenza di altre agenzie formative (gruppo dei pari, bombardamento mediatico...) comporta che i valori che la scuola propone non sempre sono importanti. In aggiunta il rapporto di collaborazione tra famiglia e scuola si dirada, sostituito da un atteggiamento di delega nei confronti dei docenti. Ma gli stessi docenti sono disorientati! Il rapporto con l'alunno, ormai cresciuto e portatore di richieste, aspettative difficili da gestire e con competenze (es. nell'informatica) talora superiori a quelle dell'insegnante, oscilla tra cameratismo e atteggiamento molto formale.

In questo primo momento di scelta dopo il curriculum della scuola dell'obbligo gioca un importante ruolo l'ambiente socio-culturale di provenienza che spinge i ragazzi verso scuole superiori che rappresentano una continuità con l'alto livello sociale dei genitori o all'opposto per riscattare il basso grado di istruzione dei genitori. Questo può portare ad una scelta errata di indirizzo di studio insieme alla preclusione di alcuni genitori verso scuole che preparano professionalmente ma non sono ritenute "formative". Spesso la preparazione scolastica è insufficiente e si evidenzia una carenza nelle strategie cognitive, motivazionali e affettive.

Obiettivo del progetto

- Fornire ai ragazzi indicazioni per comprendere le proprie strategie di apprendimento
- Affrontare le problematiche individuali all'interno di un lavoro di classe
- Offrire un supporto individuale
- Stimolare il coinvolgimento dei ragazzi sollecitando il self-empowerment
- Offrire agli insegnanti nuovi elementi di lettura del rendimento scolastico
- Migliorare l'atmosfera emotiva dei ragazzi nei confronti dell'apprendimento, nei rapporti tra loro e con gli insegnanti
- Sperimentare una forma sistematica di collaborazione tra psicologo e scuola
- Prevenire la dispersione, ripetizione, frequenza frammentaria della scuola

Processo

Il progetto è stato presentato al collegio dei docenti per motivare gli insegnanti alla collaborazione ed individuare le classi che avrebbero partecipato all'iniziativa. Nel mese di ottobre è stato effettuato un incontro con i ragazzi che avrebbero partecipato all'intervento per presentare il progetto e stimolare la loro collaborazione e, a seguire, lo svolgimento di un tema sul proprio vissuto rispetto all'inizio della scuola

¹⁴ , CRP Centro per la Ricerca in Psicoterapia
Piazza O. Marucchi, 5 00162 Roma. Tel 0686320838. Sito web: www.crpitalia.eu
Mail: info@crpitalia.eu

secondaria. A novembre è stato somministrato il questionario QSA e in un successivo incontro si è discusso con i ragazzi i risultati evidenziati.

Nel corso dell'anno si sono svolti:

- Incontri quindicinali con la classe per elaborare e monitorare esperienze di buon approccio allo studio
- Sportello quindicinale con gli insegnanti
- Sportello quindicinale individuale con i ragazzi

Nel mese di maggio si è nuovamente somministrato il QSA e riportati i risultati ai ragazzi. In seguito si è fatta una riunione con i docenti e i ragazzi per valutare l'esperienza.

Strumenti

Il QSA è stato progettato, validato e standardizzato dall'Istituto di Didattica dell'UPS. E' un questionario di

autopercezione basato su un'autovalutazione dei propri modi di agire e reagire nel contesto scolastico ed è costituito da cento frasi che descrivono un modo di fare, un giudizio, una credenza, uno stato d'animo. La risposta può variare da 1 a 4, punteggi corrispondenti a mai, qualche volta, spesso, sempre. La valutazione del questionario consente di ottenere un punteggio in quattordici fattori, sette di natura cognitiva e sette a carattere affettivo o motivazionale.

I fattori cognitivi sono:

C1 Strategie elaborative, C2 Autoregolazione, C3 Disorientamento, C4 Disponibilità alla collaborazione, C5 Uso di organizzatori semantici, C6 Difficoltà di concentrazione, C7 Autointerrogazione.

I fattori affettivi e motivazionali sono:

A1 Ansietà di base, A2 Volizione, A3 Attribuzione a cause controllabili, A4 Attribuzione a cause incontrollabili, A5 Mancanza di perseveranza, A6 Percezione di competenza, A7 Interferenze emotive.

In particolare attraverso il profilo che si ottiene con il QSA si può valutare nell'area cognitiva:

Focalizzazione dell'attenzione: attenzione selettiva nelle dimensioni di intensità e durata

- Elaborazione delle conoscenze: processi per la costruzione di nuove relazioni e collegamenti partendo da schemi concettuali già posseduti
- Consapevolezza delle conoscenze possedute
- Capacità di autoregolazione e di controllo dei processi e delle strategie cognitive
- Deficit metacognitivo: "parziale o totale inattivazione di una o più funzioni metacognitive". E' particolarmente presente in soggetti con sindrome borderline

Nell'area affettiva e motivazionale si valuta:

- Ansietà di base: in quantità modesta o eccessiva inibisce l'apprendimento, con valori soggettivamente variabili
- Interferenze emotive: inibizione dell'apprendimento
- Volizione e strategie necessarie per portare a termine i compiti
- Attribuzioni causali del successo e dell'insuccesso scolastico (locus of control)
- Percezione della propria competenza in relazione ai compiti da svolgere. Le aspettative di successo, correlate con la percezione delle nostre capacità, sono stime soggettive sulla possibilità di portare a termine positivamente un dato compito

Intervento in un liceo classico

Ho attuato il progetto in quattro classi di quarto ginnasio, su nove, di un liceo classico situato in una zona centrale di Roma. Nell'incontro con i ragazzi ho presentato il progetto

come un percorso che, in aggiunta alle finalità precedentemente illustrate, aveva anche una valenza di riorientamento.

Nel tema svolto all'inizio dell'esperienza circa il 40% dei ragazzi ha espresso la sua preoccupazione per il corso di studi appena intrapresi e circa il 65% ha ammesso di aver scelto la scuola per varie motivazioni poco razionali (perché è stata frequentata in precedenza da un parente, è vicina a casa, è vicina alla scuola media....)

Nello stesso territorio di Roma il QSA era stato precedente somministrato nelle prime classi di un Liceo artistico e in un Istituto professionali. Il profilo che ne emergeva era preoccupante:

- Scarsa motivazione
- Bassa volizione
- Indifferenza e apatia rivelate dalla bassissima ansietà di base
- Difficoltà a padroneggiare i processi di apprendimento e di organizzazione delle conoscenze
- Insufficiente capacità di autoregolazione

I risultati del primo QSA del mio intervento mostrano un quadro differente. In particolare nell'area cognitiva troviamo valori nel range della media, eccettuato il fattore C6 (difficoltà di concentrazione) che mostra valori significativamente più alti della media. Nell'area affettivo-relazionale ho rilevato valori significativamente più alti della media nei fattori A1 (Ansietà di base), A4 (Attribuzione a cause incontrollabili) e A7 (Interferenze emotive)

QSA 1 prova

Scale QSA	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
media	24.3	31.6	16.3	19.6	16.7	10.9	7.6	24.8	26.6	21.9	16	9	14.5	11.3
Dev. std	4.94	4.66	3.52	4.06	3.61	2.40	2.01	6.05	4.07	3.26	3.56	2.40	2.90	2.28
Min-max	10-40	11-44	9-36	7-28	6-26	5-20	3-12	10-40	9-36	7-28	8-32	5-20	6-24	4-16
media	25.1	32.2	15.8	18.5	17	15.1	8.3	31	27.4	20.5	21.2	10	15.1	15.7
Dev. std	5.12	4.87	3.74	4.15	4.75	2.51	2.23	6.01	4.02	3.28	3.48	2.51	2.87	2.38
Min-max	10-40	11-44	9-36	7-28	6-26	5-20	3-12	10-40	9-36	7-28	8-32	5-20	6-24	4-16

Nel lavoro svolto durante l'anno scolastico ho avuto ampia collaborazione da parte degli insegnanti e degli studenti. Allo sportello individuale si sono rivolti venticinque studenti, di cui otto sono stati inviati all'ambulatorio del Dipartimento materno infantile del territorio di

competenza. Nel QSA di fine anno si sono evidenziati ancora valori alti nell'ansietà di base e nell'attribuzione a cause incontrollabili.

QSA 2 prova

Scale QSA	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
media	24.3	31.6	16.3	19.6	16.7	10.9	7.6	24.8	26.6	21.9	16	9	14.5	11.3
Dev. std	4.94	4.66	3.52	4.06	3.61	2.40	2.01	6.05	4.07	3.26	3.56	2.40	2.90	2.28
Min-max	10-40	11-44	9-36	7-28	6-26	5-20	3-12	10-40	9-36	7-28	8-32	5-20	6-24	4-16
media	25.3	32.6	15.2	18.9	17.6	11.3	8.1	29.8	26.7	20.2	20.6	10.8	15.4	12.6
Dev. std	5.23	4.78	3.76	4.15	4.81	2.54	2.28	6.21	4.11	3.31	3.49	2.58	2.81	2.33
Min-max	10-40	11-44	9-36	7-28	6-26	5-20	3-12	10-40	9-36	7-28	8-32	5-20	6-24	4-16

Il bilancio con insegnanti e ragazzi è stato molto positivo con la richiesta dei docenti di ripetere l'esperienza con le prime classi dell'anno scolastico successivo.

Secondo intervento

L'anno scolastico successivo ho deciso di ripetere l'intervento con alcune modifiche: il focus dell'esperienza sarebbe stato su un miglioramento delle competenze cognitive e sociali attraverso uno skill training. Nel processo al posto degli incontri quindicinali ho previsto dei laboratori settimanali. In particolare lo skill training prevedeva cinque moduli:

- Training di assertività: discriminazione tra comportamenti passivi, aggressivi e assertivi; individuazione e pratica di comportamenti assertivi; capacità di accettare le critiche
- Training di abilità sociali: pertinenza negli interventi; comportamenti adeguati alle situazioni di gruppo
- Training di problem solving: individuazione del problema, valutazione delle alternative a disposizione, decisione e verifica dei risultati raggiunti
- Training di autoistruzione: progettare risposte adeguate agli stressor futuri, controllare pensieri e sentimenti autosvalutanti o disfunzionali, riflettere sulla propria esecuzione e rinforzarsi
- Training di autoregolazione : verbalizzare gli stati interni, analizzare i collegamenti tra emozioni e antecedenti, tollerare la frustrazione, confrontare in modo critico idee opposte, immaginare le conseguenze delle proprie azioni

Il QSA di inizio anno ha dato risultati analoghi a quelli del precedente intervento. Il QSA di fine anno ha mostrato un incremento dei valori dei fattori C1 e C2 (Strategie elaborative e Autoregolazione) in due sezioni su quattro in modo statisticamente significativo ed una significativa diminuzione dei fattori A1 e A4 (Ansietà di base e Attribuzione a cause incontrollabili).

QSA 2 prova(secondo intervento)

Scale QSA	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
media	24.3	31.6	16.3	19.6	16.7	10.9	7.6	24.8	26.6	21.9	16	9	14.5	11.3
Dev. std	4.94	4.66	3.52	4.06	3.61	2.40	2.01	6.05	4.07	3.26	3.56	2.40	2.90	2.28
Min-max	10-40	11-44	9-36	7-28	6-26	5-20	3-12	10-40	9-36	7-28	8-32	5-20	6-24	4-16
media	30.2	35.2	15.9	18.8	17.3	15.7	8.1	27.1	27.6	20.3	19.2	10.8	15.5	16.3
Dev. std	5.16	4.56	3.81	4.23	4.67	2.68	2.25	6.07	4.15	3.28	3.50	2.48	2.82	2.34
Min-max	10-40	11-44	9-36	7-28	6-26	5-20	3-12	10-40	9-36	7-28	8-32	5-20	6-24	4-16

A fine anno solo due ragazzi hanno deciso di cambiare scuola (che rappresenta circa il 70% in meno rispetto alle altre prime classi) ed il 50% in meno dei ragazzi ha avuto debiti formativi.

Bibliografia

- Fonagy, P., Target, M.; (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina Editore.
- Meichenbaum, D.; (1990). *Al termine dello stress. Prevenzione e gestione secondo l'approccio cognitivo-comportamentale*, Edizione Centro Studi Erickson
- Bandura, A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Edizioni Centro Studi Erickson
- Pelleray, M., Orio, F. (1996). *Questionario sulle strategie di apprendimento(QSA)*. LAS Editrice
- Cornoldi, C. (1995) *Metacognizione e apprendimento*, Il Mulino
- Anchisi R., Gambotto, Dessy M. (1995). *Non solo comunicare. Teoria e pratica del comportamento assertivo*, Edizioni Libreria Cortina

Appuntamenti:**CONVEGNO CLINICO GIORNATE DI STUDIO SULLA DEPRESSIONE
VITORCHIANO (VT) 4-5-6 LUGLIO 2008**

Organizzato da CRP Centro per la Ricerca in Psicoterapia e AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva. In collaborazione con [ASIPSE](#) - [ALETEIA](#) e [CPC](#). Patrocinato dalla SIMPS Società Italiana di Medicina Psicosociale.

Presso: Campus universitario Progetto Uomo - Via Ortana 19 - 01030 Vitorchiano (VT).
Il programma è in corso di preparazione. Per le iscrizioni contattare la [Segreteria](#) Tel. 0686320838

19 – 22 Giugno 2008: **6th ICCP International Congress of Cognitive Psychotherapy** of [International Association for Cognitive Psychotherapy \(IACP\)](#). Roma
<http://www.iccp2008.com/>

16 – 19 Luglio 2008: **36th Annual Conference and Workshops BABCP**, Edinburgh
<http://www.babcpconference.com/index.htm>

27 – 30 Agosto 2008 **10th International Congress of Behavioral Medicine**, Tokyo.
<http://www.icbm2008.jp/index.html>

24 – 26 Ottobre 2008: **XIV Congresso Nazionale SITCC**
La terapia cognitiva nelle fasi di vita: sviluppo, relazioni, contesti Baia di Chia Cagliari.
<http://www.sitcc2008.it/presentazione.htm>