

Psychomed

Periodico quadrimestrale
Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva
Numero 1-2-3 Anno X dicembre 2015

PROGRAMMI DI INTERVENTO PSICOSOCIALE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE

NUMERO MONOGRAFICO

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibia

www.crpitalia.eu/psychomed.html

Direttore responsabile: Stefania Borgo - Email: borgo.stefania@uniroma1.it

Condirettore: Lucio Sibilìa - Email: 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:

Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio

psychomed@crpitalia.eu

INDICE

Editoriale	5
1. LE SCHEDE PROGETTUALI.....	9
Programmi in età evolutiva	10
Programmi in età adulta.....	19
2. I PROGETTI	28
2.1. VALUTAZIONE QUALIQUANTITATIVA DI 33 PROGETTI DI INTERVENTO PSICOSOCIALE ELABORATI DAGLI SPECIALIZZANDI DELLA SCUOLA DEL CRP NEGLI ANNI 2004-2013 di <i>Alessandra Mannarelli, Antonella Pescini e Oleksandra Yakymets</i>	29
Programmi in età evolutiva	37
2.2.1. PROGETTO "IMPARIAMO L'AUTOCONTROLLO" di Adriana Saba <i>Programma di prevenzione dei problemi di aggressività e di condotta nei bambini attraverso la promozione dell'autocontrollo</i>	38
2.2.2. PROGETTO "GENITORI ALLA RISCOSSA" di Roberta Collalti <i>Programma di prevenzione dei disturbi di condotta in età evolutiva tramite Parent Training</i>	48
2.2.3. PROGETTO "B.L.U.G.IN.S." di Laura Roselli e Federica Dominici <i>La prevenzione ed il contrasto del fenomeno del Bullismo tramite azioni sinergiche Genitori, Insegnanti, Studenti</i>	61
2.2.4. PROGETTO "SYNERGOS" di Raffaella Salomone <i>Progetto di prevenzione/individuazione precoce dei disturbi specifici di apprendimento</i>	71
2.2.5. PROGETTO "LA PALESTRA DELLA FELICITÀ" di Jlenia Sassi <i>Programma di prevenzione rivolto ai ragazzi iscritti al primo superiore per diventare esperti nel riconoscere le emozioni, far fronte ai compiti di sviluppo e affrontare positivamente le esperienze della vita tipiche di questa età.</i>	82
2.2.6. PROGETTO "HAPPY HOURS" di Monica Vanzella e Elisa Scian <i>Programma di prevenzione dell'abuso di alcol in adolescenza nel territorio pordenonese</i>	102
2.2.7. PROGETTO "INDEPENDENT YOUTH" di Dimitra Kakaraki <i>Programma di ricerca-intervento per la prevenzione della sindrome della dipendenza, con particolare riferimento a: gioco d'azzardo e internet addiction disorder</i>	114
2.2.8 PROGETTO "SPECCHIO DELLE MIE BRAME..." di Raffaele Riccardis e Vito Cirillo <i>Programma di intervento per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare</i>	126
Programmi in età adulta.....	138
2.3.1. PROGETTO PER PAZIENTI CON DOPPIA DIAGNOSI di <i>Augusta D'Ottavio</i> <i>Un programma di intervento psicosociale</i>	139
2.3.2. PROGETTO "MA PERCHÉ HO SEMPRE PAURA?" di Marco Santozzi <i>Programma di trattamento TCC di per il disturbo di panico</i>	146

2.3.3. PROGETTO “RITORNIAMO A CASA” di Francesca Di Lauro	
<i>Programma psicoeducazionale per pazienti con esiti di stroke e per i loro caregiver nel processo di rientro a casa.....</i>	154
2.3.4. PROGETTO “ARRIVA IL BEBÈ...” di Maria Angela Giovannone	
<i>Programma di prevenzione della depressione post-partum.</i>	164
2.3.5. PROGETTO "STR.A.D.I.VA.RI." di Paola Antonini	
<i>STress in Agenzia: Definire l’Intervento attraverso la VALutazione del Rischio. Progetto di ricerca intervento per la valutazione, la prevenzione e la gestione dello stress lavoro correlato nel centro Casaccia dell’Agenzia ENEA</i>	171
2.3.6. PROGETTO “S...DRAMMATIZZO LA VIOLENZA” di Barbara Andrisani e Paola Cornali	
<i>PROGRAMMA DI Intervento di informazione e formazione per il contrasto alla violenza di genere.</i>	181
2.3.7. PROGETTO “VE.N.E.R.E” di Marisa Micucci, Magda Cesi, Iva Scotto	
<i>Verso Nuove Emozioni Rafforzando l’Empowerment. Programma psicoeducazionale di gruppo per donne vittime di violenza.</i>	190
CONGRESSI INTERNAZIONALI	199
INIZIATIVE TERRITORIALI	201
NEWS	204
CONTRIBUTING TO PSYCHOMED	207

EDITORIALE

L'INTERVENTO PSICOSOCIALE NELLA SALUTE MENTALE

Breve exursus storico

L'intervento psicosociale nella salute mentale comincia a farsi strada intorno agli anni '60 quando alcune urgenti necessità sociali cominciavano ad evidenziare la limitatezza dell'intervento clinico tradizionale e spingevano verso nuovi modi di concepire i servizi di salute mentale. In particolare, in quegli anni una serie di fattori, quali: la sfiducia verso la teoria e le prassi tradizionali, l'insoddisfazione diffusa nei confronti di una concezione medica dei problemi mentali, un deficit di manodopera professionale, la consapevolezza di una maggiore diffusione dei disturbi psichici nella cultura della povertà, il deterioramento degli ospedali psichiatrici e la conseguente ricerca di soluzioni alternative, nonché, il sorgere, a livello sociale, di un nuovo umanesimo (Korchin, 1977), avevano fatto maturare l'esigenza di trovare nuove risposte ai problemi di salute mentale.

Ci si iniziava a rendere conto, a partire da prospettive diverse, che concepire i disordini della sfera emotiva come l'analogo esatto di una malattia fisica limitava fortemente la comprensione dei problemi umani, nonché la capacità di intervenire per alleviarli. Il disturbo psichico secondo il modello medico, era da ricercare nell'individuo, per cui era la persona singola che andava curata per eliminare o modificare i processi patologici che si erano verificati al suo interno. Si avvertiva l'importanza di staccarsi da una visione individuale, biologica e intrapsichica del disagio per considerare anche le variabili sociali e istituzionali, e di ampliare la prospettiva da una eccessiva e limitante focalizzazione sui problemi della cura della malattia mentale verso un nuovo orientamento che cercasse di comprendere e migliorare la qualità dei rapporti uomo-ambiente.

Da allora si sono verificati importanti cambiamenti sia in ambito psicologico che medico che hanno dato grande impulso all'intervento psicosociale. Ripercorriamo alcune tappe fondamentali.

Negli anni compresi tra il 1965 e il 1979, nell'ambito della psicologia assistiamo a significativi eventi. Nel 1965 viene fondata ufficialmente la psicologia di comunità. Nel convegno che si tiene a Swampscott (Massachusetts) un gruppo ristretto di psicologi e operatori di igiene mentale analizzano *La formazione degli psicologi per i servizi di igiene mentale di comunità*. Nel convegno viene sottolineata la necessità di un intervento preventivo a livello di comunità, di una demedicalizzazione dei servizi psichiatrici, di un ampio approccio interdisciplinare.

Nel 1966 viene fondata la divisione di Psicologia di Comunità all'interno dell' *American Psychological Association (APA)*. Si fa strada l'esigenza di mettere a punto strategie innovative, preventive e di elaborare strumenti di intervento alternativi alle modalità cliniche tradizionali.

Nel 1976, si forma il primo gruppo di lavoro all'interno dell'APA sui temi della salute che sfocerà tre anni dopo nella creazione della Divisione di *Health Psychology*. Lo scopo della Divisione è quello di considerare *"l'insieme degli specifici contributi educazionali, scientifici e professionali [destinati] alla promozione e al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all'identificazione dei correlati eziologici e diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni a essa connesse occupandosi altresì dell'analisi e del miglioramento del sistema assistenziale e della formazione in campo di politica sanitaria"* (Matarazzo, 1980, 815).

Parallelamente, nell'ambito della *medicina* si verificano importanti processi. Innanzitutto, la psiconeuroimmunologia acquisisce una propria individualità nell'ambito delle neuroscienze e questo

agevola lo studio sistematico delle correlazioni tra stress, sistema neuroendocrino e immunità. I lavori in questo ambito mettono in luce una stretta correlazione tra eventi stressanti e sistema immunitario. Intorno agli anni '70 si colgono chiari segnali di rinnovamento culturale sui temi della salute: si ribadisce il fatto che essa è un bene collettivo e non solo individuale; si sottolinea l'importanza dell'impegno partecipato e diretto dei soggetti non solo in fase curativa, ma anche preventiva; si insiste sulla necessità di nuovi rapporti tra individui, gruppi e sistema sanitario.

Verso la fine degli anni '70, con la diffusione del paradigma ecologico-sistemico maturano i tempi per accogliere, nel campo della salute, un cambiamento epistemologico di portata rivoluzionaria: la sostituzione del modello biomedico con il modello biopsicosociale; cambiamento che porterà l'OMS a definire la salute come "*stato di benessere fisico, psicologico e sociale*".

Questa definizione di salute, generale, astratta ed utopica, ha però di positivo il fatto di mirare al raggiungimento di una condizione positiva e non semplicemente alla eliminazione di uno stato negativo e di segnare l'affrancamento definitivo dalla dimensione biologica-organismica.

Inoltre, i termini equilibrio e benessere denotano come la salute non sia soltanto uno stato fisico, ma un complesso di più fattori tra loro interagenti. Solo quando questi fattori sono in equilibrio si può parlare di salute. Inoltre, il *benessere* è uno stato soggettivo che va oltre la semplice assenza di disturbi fisici.

In tale definizione è presente una visione bidimensionale dove benessere e malattia sono da considerarsi come variabili relativamente indipendenti fra di loro. L'assenza di malattia non coincide necessariamente con la presenza di benessere, così come la presenza di malattia non significa necessariamente malessere. Un individuo ad es. potrebbe trarre, da un suo modo particolare di vivere la malattia anche dei motivi di sviluppo personale e quindi di benessere complessivo.

La salute non va più vista e misurata lungo i parametri dell'assenza di malattia o del prolungamento dell'aspettative di vita; in altri termini non può essere valutata semplicemente sulla base di criteri fisici. Ma allora, se la salute non può essere valutata semplicemente sulla base di criteri fisici, diviene essenziale l'identificazione di indicatori psicosociali e comportamentali di salute i quali dovranno essere oggetto di analisi e di promozione.

Sempre in quegli anni nasce la medicina psicosociale (Schwartz, Weiss, 1978) che viene individuata come il campo *interdisciplinare* che riguarda lo sviluppo e l'integrazione di conoscenze e tecniche biomediche e comportamentali applicabili alla salute e alla malattia e la loro utilizzazione nel campo di "prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione", dove per scienze comportamentali si intendono discipline come la psicologia, la sociologia medica, l'educazione sanitaria, ecc.

Negli anni compresi tra il 1980 e il 1990 per quanto concerne *l'ambito psicologico* sono da segnalare nel 1986 la Prima Conferenza Europea di Psicologia della Salute a Tilburg e verso la fine degli anni '80 l'affermarsi di concetti importanti quali quelli di: *empowerment*, sostegno sociale, auto aiuto.

Per quanto concerne *l'ambito medico* aumenta la consapevolezza del ruolo dei fattori psicosociali nelle vicende di salute/malattia e l'incremento di disturbi cronici pone il problema di migliorare la qualità della vita nella malattia.

Attualmente, le principali ragioni di morte sono rappresentate, anziché dalle malattie infettive, perlopiù acute, da quelle ad andamento cronico, quali cancro, diabete, malattie cardiovascolari ed infortunistica, specialmente stradale.

Le trasformazioni avvenute in campo medico e psicologico hanno come comune denominatore l'assunzione dell'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia che consente di superare il dualismo culturale e d'ambito tra scienze psicologiche e mediche e porta a concepire la salute come "bene comune relazionale" alla quale l'individuo e la più ampia comunità sono chiamati a contribuire.

L'approccio biopsicosociale

Si rifà all'approccio sistemico della complessità e propone una visione sistemica di salute che vede quest'ultima correlata ad una moltitudine di determinanti afferenti alle dimensioni biologica, psicologica e sociale.

Come sappiamo il modello in questione aspira a guardare alla persona nel suo "insieme", in quanto erede genetico (bio), soggetto di riflessione e decisione (psico), nonché soggetto storico, culturale e familiare (sociale).

In tal senso, gli assiomi del modello sono inclusivi e non esclusivi, e le sue risposte sono complessive e globali, qualsiasi sia il punto di entrata nel sistema (ora biologico, ora psicologico, ora sociale).

Ben esplicita tutto ciò il contributo di Sibilìa (2015, 51-53) che nello spiegare le caratteristiche peculiari dell'approccio biopsicosociale ne evidenzia i principi salienti: *"...Ritengo che i fondamenti della visione biopsicosociale dell'uomo, e quindi anche dello studio di salute e malattia, siano esprimibili in sintesi in un limitato numero di principi, che di seguito definisco in negativo per maggiore chiarezza.*

- **Non può esistere un individuo senza la sua mente.** *Se per mente si intende l'insieme delle funzioni cognitive e soprattutto la capacità di fare piani in base alla memoria delle proprie esperienze e delle conoscenze, allora la mente è alla base della vita di relazione; una conseguenza importante di questo principio, apparentemente intuitivo, è che l'individuo muore solo quando la mente si estingue.*

- **Non può esistere una mente senza il suo organismo.** *Qui si afferma che la mente dell'uomo è "incorporata" nella sua biologia e pertanto non è rappresentabile da un qualunque sistema simbolico astratto, né si colloca in uno spazio metafisico, bensì in un organismo vivente.*

- **Non può esistere un organismo senza il suo contesto ambientale (fisico e biosociale).** *Da questo principio discende che non si può avere una comprensione sufficiente delle caratteristiche individuali se si prescindono dal contesto in cui gli individui esplicano le loro attività e di cui fanno esperienza. Ciò distingue il modello bio-psico-sociale da altri approcci intrapsichici, che invece collocano l'origine ultima del comportamento individuale nei recessi della soggettività (e al riparo da verifiche).*

- **Non può esistere un organismo e il suo contesto senza interazione tra i due.** *Tale interazione produce proprio ciò che chiamiamo il "comportamento", quell'attività osservabile dell'organismo nell'ambiente, che dovrà essere studiata in relazione ai suoi determinati non solo di tipo biologico, ma anche contestuale.*

- **Non può esistere una mente senza memoria delle interazioni.** *Questo principio ci ricorda che la coscienza individuale si fonda sulla memoria delle proprie esperienze e delle attività che le hanno accompagnate, cioè sulla memoria delle suddette interazioni con l'ambiente esterno ed interno.*

- **Non può esistere un contesto sociale senza gli individui.** *Questo principio ci ricorda semplicemente che il contesto sociale è fatto dagli individui; per quanto apparentemente intuitivo, è importante ricordare che il principio è applicabile a qualsiasi livello delle relazioni sociali: dalle relazioni interpersonali più prossimali ai sistemi simbolici complessi quali le ideologie o le credenze religiose.*

Il modello bio-psico-sociale, già anticipato negli anni '40 da Adolf Meyer con la sua "psicobiologia" (1948), fu enunciato per la prima volta da Roy Grinker nel 1964 (Ghaemi, 2010), ma ebbe una grande popolarità solo quando George Engel (1977), un internista, pubblicò su Science un articolo cui si fa risalire il

manifesto del modello bio-psico-sociale”.

Assumendo le istanze della psicologia di comunità, la prospettiva ecologico-sistemica e il paradigma bio-psicosociale il CRP, in collaborazione con l’AIPRE, che da anni opera nell’ambito della prevenzione e della promozione della salute, ha scelto di inserire l’intervento psicosociale nel programma di formazione dei futuri psicoterapeuti della Scuola di Specializzazione Cognitivo Comportamentale.

I contributi raccolti in questo numero ne sono una testimonianza.

Il lavoro è diviso in due parti. Nella prima parte vengono presentate le schede progettuali di 15 diversi interventi realizzati dagli allievi della scuola e destinati sia a soggetti in età evolutiva sia a soggetti adulti.

Nella seconda parte vengono presentati gli stessi in modo più analitico. Tale presentazione è preceduta da un interessante contributo riguardante la valutazione quali-quantitativa di 33 programmi d’intervento realizzati in questi ultimi anni dagli specializzandi della *Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale e Intervento Psicosociale* del CRP.

Siamo convinti che la pubblicazione dei lavori dei nostri allievi, oltre a testimoniare il grado di preparazione teorico-pratica da essi raggiunto, possa essere utile a diffondere sempre più tra i professionisti della salute mentale il desiderio di realizzare interventi progettuali nei *setting* naturali come supporto e integrazione del lavoro svolto nei *setting* clinici.

Anna Rita Colasanti
Mario Becciu

BIBLIOGRAFIA

- Korchin S. J. (1977), *Psicologia clinica moderna*, Borla Ed., Roma.
- Matarazzo J. D. (1980), Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new healthpsychology, *American Psychologist*, 35, 802-815.
- Schwartz G. E., Weiss S. M. (1978), Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals, *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.
- Sibilia L. (2015), Le pratiche meditative nella prospettiva biopsicosociale. In Becciu, Borgo, Colasanti, Sibilia (a cura di), *Spiritualità, benessere e pratiche meditative*, 47-58, Franco Angeli, Roma.

1. LE SCHEDE PROGETTUALI

INTRODUZIONE

Presentiamo, inizialmente, le singole schede progettuali dei programmi presenti in questo numero monografico di *Psychomed* in modo tale da avere una prima conoscenza sintetica dei contenuti e delle metodologie utilizzate per ciascuno di essi.

Come possiamo notare tali schede seguono tutte la stessa impostazione relativa alle singole voci progettuali. In tal modo, il lettore può realizzare una lettura sincronica sia in sinossi per le singole voci sia in modo analitico per meglio indirizzare il proprio interesse d'indagine. Così, il *sottotitolo* ci informa del taglio scientifico del programma.

La voce *livello d'intervento*, in sintonia con la suddivisione divenuta ormai la più comune in ambito di scienze preventive e riferita ai lavori di Mrazek P.J., Haggerty R.¹, distingue i vari lavori in *universale*, *selettivo*, *indicato* a seconda della tipologia del destinatario cui sono indirizzati i programmi d'intervento.

La voce *teorie di riferimento* inquadra il programma all'interno di teorie validate sperimentalmente e che sono risultate particolarmente indicate per dare sostegno scientifico al programma d'intervento in oggetto.

Vieni altresì specificato il *target* del progetto con la specifica della tipologia, del numero e delle caratteristiche distintive dei destinatari cui sono rivolte le principali azioni progettuali del programma.

Tramite la voce *disegno di analisi*, ciascun progetto viene pensato nella sua veste sperimentale al fine di facilitarne la valutazione degli esiti e misurarne gli effettivi risultati ottenuti con le diverse attività proposte.

Segue una breve *presentazione del programma d'intervento* per indicare gli aspetti generativi del programma includendo *le metodologie* e *le attività* da realizzare nelle diverse fasi progettuali.

La voce *valutazione* specifica il triplice livello valutativo: di progetto, di processo, degli esiti e indica gli strumenti di valutazione che vengono utilizzati per misurare la generatività del programma d'intervento psicosociale.

¹ Mrazek P.j., Haggerty R (1994) *Reducing risk for mental disorders* Institute of Medicine. National Academy Press. Washington.

PROGRAMMI IN ETÀ EVOLUTIVA

1. PROGETTO “IMPARIAMO L’AUTOCONTROLLO” di Adriana Saba*

Programma di prevenzione dei problemi di aggressività e di condotta nei bambini attraverso la promozione dell’autocontrollo.

Livello di intervento

Universale

Teorie di riferimento

Terapia cognitivo-comportamentale; Terapia Razionale Emotiva di Ellis (1989; 1993); Teoria dell’autocontrollo di Kendall (1980; 1992; 1993).

Target

I destinatari del progetto sono i bambini di una terza elementare di un Istituto Comprensivo di Roma.

Disegno di analisi

Si utilizza un disegno di analisi con *pre-test e post-test* e gruppo di controllo così come viene di seguito illustrato:

GS O1 T O2

GC O1 O2

Presentazione del programma d’intervento

Il lavoro elaborato è la proposta di un percorso psicoeducativo per bambini che ha la finalità di prevenire l’insorgere dei problemi di aggressività e di condotta attraverso l’incremento e la promozione di quei fattori protettivi che sembrano essere incompatibili con i fattori di rischio che predispongono ai problemi di aggressività e di condotta.

Si ipotizza che, al termine del percorso, i destinatari saranno in grado di riconoscere ed esercitare la competenza dell’autocontrollo attraverso: la gestione delle proprie emozioni, il monitoraggio e la correzione dei propri pensieri disfunzionali, l’acquisizione della capacità di *problem solving*.

I contenuti del programma riguarderanno l’autocontrollo e le abilità richieste per esercitare l’autocontrollo tra cui: la gestione delle emozioni e dei pensieri disfunzionali, la gerarchizzazione degli stimoli appetibili fonte di comportamenti disadattivi, la gestione della rabbia ed il *problem solving* personale ed interpersonale.

I destinatari del *training* saranno invitati ad esercitarsi sia individualmente che in gruppo, a confrontarsi tra di loro e ad ascoltare lineamenti teorici inerenti i contenuti su cui verterà l’intervento.

Il programma elaborato utilizza il *training* formativo come strumento per la promozione delle capacità in oggetto.

Valutazione

Il progetto prevede una valutazione del processo e una degli esiti.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, AIPRE, Roma, Email: adriana.saba30@gmail.com

2. PROGETTO “GENITORI ALLA RISCOSSA” di Roberta Collalti*

Programma di prevenzione dei disturbi di condotta in età evolutiva tramite Parent Training.

Livello di intervento

Selettivo

Teorie di riferimento

Modello socio-cognitivo dell'elaborazione dell'informazione (Crick e Dodge, 1994; Lochman *et al.*, 2000); Condizionamento operante di Skinner elaborato negli anni '30; Teoria dell'apprendimento sociale (Bandura, 1963); Teoria del *locus of control* (Rotter, 1966); Principi della Terapia Comportamentale Razionale Emotiva (REBT) (Ellis A., 1989); *Parent Training* (Miller, 1975).

Target

Destinatari diretti: Genitori di bambini fra i 3 e i 5 anni che manifestano comportamenti aggressivi ma che non abbiano ancora sviluppato un disturbo della condotta conclamato. *Destinatari indiretti:* bambini fra i 3 e i 5 anni che manifestano comportamenti aggressivi ma che non abbiano ancora sviluppato un disturbo della condotta conclamato.

Disegno di analisi

GS O1-T-O2-O3

Presentazione del programma d'intervento

In questo intervento si decide di lavorare per promuovere uno stile educativo efficace e migliorare le competenze emozionali dei genitori, in modo tale da agire indirettamente anche sui bambini. Inoltre, si lavorerà anche sulla capacità di risoluzione dei conflitti attraverso la comunicazione efficace ed il *problem solving*. Verranno svolti degli incontri preliminari con i genitori e con i bambini, al fine di valutare l'idoneità alla partecipazione al *training*. Verranno eseguiti dei colloqui e delle valutazioni attraverso specifici test per stabilire il livello di aggressività presente nei comportamenti dei bambini (CBCL). Gli argomenti trattati nel *Parent Training* permetteranno di aumentare le conoscenze riguardo il disturbo di condotta, i comportamenti aggressivi, come gestirli e come modificarli. Verranno svolte delle attività al fine di migliorare le competenze emotive dei genitori e conoscere i propri meccanismi di pensiero attraverso l'uso della scheda di osservazione A-B-C e il *role playing*.

Valutazione

Il progetto prevede sia una valutazione di processo che una valutazione degli esiti. Per quanto riguarda la valutazione di processo sarà compilato un diario di bordo per verificare che le attività previste vengano rispettate. La valutazione degli esiti prevede la valutazione dell'efficacia attraverso il monitoraggio dei comportamenti aggressivi dei bambini in termini di frequenza e intensità; verrà utilizzato il questionario CBCL 1,5-5 (Child Behavior Checklist per età compresa 1,5-5) somministrato ai genitori prima e dopo l'intervento (30 giorni dopo), con particolare attenzione alla scala dei disturbi esternalizzanti. Inoltre si eseguirà un'osservazione delle interazioni casalinghe fra genitori e bambino prima e dopo la partecipazione al progetto, da svolgersi tramite videoregistrazioni. La visione di queste interazioni permetterà di valutare tramite osservazione anche l'incremento delle competenze emotive nei genitori.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, CRP, sezione clinica, Roma, Email: roberta.collalti@hotmail.com

3. PROGETTO “B.L.U.G.IN.S.” di Laura Roselli* e Federica Dominici**

La prevenzione ed il contrasto del fenomeno del Bullismo tramite azioni sinergiche Genitori, Insegnanti, Studenti.

Livello d'intervento

Il progetto B.L.U. G.IN.S si configura come una proposta di Intervento preventivo-promozionale di tipo universale, multidimensionale e pluriennale relativo al fenomeno del bullismo.

Teorie di riferimento

Il modello bio-psico-sociale (Engel, 1977); Il modello di *Developmental Psychopathology* che evidenzia l'interdipendenza rischio-protezione (Cicchetti, 1984; Sroufe & Rutter, 1984; Sameroff & Emde, 1989).

Target

Si tratta di un intervento rivolto a studenti delle scuole medie inferiori del Distretto VT/4 e relativi genitori e insegnanti.

Presentazione del programma d'intervento

Il progetto prevede una durata biennale e consiste in una prima annualità dedicata alla ricerca per la rilevazione dell'entità e delle caratteristiche del fenomeno nel territorio del Distretto VT/4, attraverso la somministrazione di un questionario anonimo sul bullismo in classi campione delle scuole medie inferiori, e una seconda annualità destinata all'intervento nelle suddette scuole attraverso attività rivolte a:

- *Docenti*: incontri di sensibilizzazione sul fenomeno con particolare riferimento ai fattori scolastici ad esso correlati, gruppi di studio per lo sviluppo di un buon clima scolastico, incontri per la promozione di un atteggiamento condiviso verso il bullismo e per la promozione di strategie educative anti bullismo;
- *Genitori*: incontri di sensibilizzazione sulle variabili familiari correlate al fenomeno e di potenziamento delle abilità e delle competenze genitoriali necessarie al contrasto di tale fenomeno;
- *Gruppi classe*: percorso finalizzato a: sensibilizzazione al fenomeno; incremento delle competenze di autoconoscenza; incremento delle competenze emotive; incremento delle abilità di *problem solving* interpersonale; incremento delle abilità di gestione dei conflitti; promozione di uno stile comportamentale assertivo; promozione di un atteggiamento pro sociale.

Valutazione

Il progetto prevede: una valutazione di processo, attraverso il monitoraggio continuo da parte del coordinatore del progetto circa il corretto svolgimento delle azioni progettuali, in particolar modo rispetto ai contenuti, ai metodi ed ai processi relazionali; una valutazione di risultato articolata in una valutazione di qualità percepita, attraverso la somministrazione di un questionario finale sulla soddisfazione rispetto all'intervento e sulla percezione di incremento di competenza rispetto al fenomeno e una valutazione di efficacia, attraverso la somministrazione di un *pre-test* ed un *post-test* che rilevino il grado di raggiungimento effettivo degli obiettivi previsti.

* *Psicologa, Psicoterapeuta CC, Viterbo, Email: laros02@yahoo.it*

** *Psicologa, Psicoterapeuta CC, Viterbo, Email: federicadominici@libero.it*

4. PROGETTO “SYNERGOS” di Raffaella Salomone*

Progetto di prevenzione/individuazione precoce dei disturbi specifici di apprendimento.

Livello di intervento

Intervento di tipo selettivo multidimensionale, pluriennale

Teorie di riferimento

L'identificazione precoce di rischio di Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) e l'intervento preventivo (Ehri, Nunes, Willows, Schuster, Yaghoub-Zadeh & Shanahan, 2001) (Consensus Conference, 2011: quesito b2); Dsa e psicopatologia evolutiva (Stone & LaGreca, 1990; Vogel, 1990; Masi, Brovedani, Poli, 1998; Stringer, Morton, Bonikowski, 1999; Bocchini & Zanon, 2001); Dsa e Metodo di studio (Cornoldi *et al.*, 2010; Paiano *et al.* 2010).

Disegno di analisi

Intervento su 17 classi con rilevazione iniziale e valutazione finale senza follow-up.

O1 T O2

Target

Allievi, docenti e genitori di due istituti scolastici paritari di Roma.

Presentazione del programma d'intervento

Il progetto si propone di promuovere il benessere scolastico agendo su variabili di natura cognitiva/apprenditiva.

Intende realizzare azioni di:

- *collaborazione* tra docenti, tra docenti-genitori, tra genitori dei soggetti maggiormente a rischio di Dsa; di rilevazione dei prerequisiti di tipo cognitivo/apprenditivo, dello stato degli apprendimenti, delle abilità di studio;
- *formazione* destinata ai docenti e ai genitori sul fenomeno Dsa;
- *promozione* negli allievi dei prerequisiti cognitivi/apprenditivi carenti, dei processi apprenditivi deficitari, delle abilità di studio;
- *consulenza* didattica e metodologica.

Per favorire il raggiungimento degli obiettivi previsti, il progetto è stato articolato in nove fasi: la prima fase finalizzata alla presentazione del progetto ad insegnanti e genitori; la seconda fase di formazione degli insegnanti; la terza e la quarta fase dedicate alla realizzazione degli *screening*; la quinta fase di condivisione dei risultati emersi; la sesta fase di attivazione di laboratori didattici per soggetti a rischio; la settima fase dedicata alla formazione dei genitori tramite un *parent training*; l'ottava fase di supervisione dell'intervento di docenti e genitori tramite sportelli di ascolto individuali e/o di sottogruppi; infine, la nona fase per la valutazione dei risultati emersi dopo l'intervento.

Valutazione

Si prevede la verifica iniziale tramite *pre-test*, una verifica intermedia e la verifica finale tramite *post-test*.

* *Psicologa, Psicoterapeuta CC, AIPRE, Roma, Email: raffaella.salomone@libero.it*

5. PROGETTO “LA PALESTRA DELLA FELICITÀ” di Jlenia Sassi*

Programma di prevenzione rivolto ai ragazzi iscritti al primo superiore per diventare esperti nel riconoscere le emozioni, far fronte ai compiti di sviluppo e affrontare positivamente le esperienze della vita tipiche di questa età.

Livello di intervento

Universale

Teorie di riferimento

Modello cognitivo della depressione (Beck, 1967); Teoria dell'impotenza appresa (M.Seligman, 1975); Teoria dell'attribuzione (Rotter, 1966); Modello sociocognitivo (Rainone, Mancini, 2004).

Disegno di analisi

Il modello sperimentale adottato è di tipo lineare, semplice con Gruppo di controllo.

GS: O₁ – T₁ – O₂ – O₃ (follow up)

GC: O₁ O₂ – O₃ (follow up)

Target

Ragazzi che frequentano la prima superiore; Insegnanti.

Presentazione del programma d'intervento

Attraverso laboratori informativo-esperenziali, si promuovono nei ragazzi che frequentano il primo superiore, le abilità sociali, la propensione all'ottimismo e una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e del proprio dialogo interno.

Parallelamente si organizzeranno incontri informativi con gli insegnanti per favorire una maggiore conoscenza del fenomeno della depressione giovanile.

Con i ragazzi si utilizzeranno principalmente procedure cognitive, di autocontrollo e comportamentali. Si lavorerà sulla ristrutturazione cognitiva, sull'analisi del dialogo interno, sul *problem solving* e sulle procedure di autocontrollo.

Con gli insegnanti si procederà attraverso un percorso formativo di sensibilizzazione e conoscenza del fenomeno e dei sintomi legati alla depressione.

Valutazione

Il progetto prevede sia la valutazione di processo che degli esiti. Per quanto riguarda la valutazione di processo realizzata in itinere, verranno utilizzate schede di monitoraggio delle attività quali: diari, interviste ed osservazioni dirette. La valutazione degli esiti, sarà registrata attraverso l'uso di questionari somministrati più volte durante il percorso (*Kessler Psychological Distress Scale - K10; Scala di soddisfazione della vita; Happiness Measures*).

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, CRP, Sezione clinica, Roma, Email: psicojlenia@yahoo.it

6. PROGETTO “HAPPY HOURS” di Monica Vanzella* e Elisa Scian**

Programma di prevenzione dell’abuso di alcol in adolescenza nel territorio pordenonese.

Livello d’intervento

Universale; pluriennale; multidimensionale e multiprofessionale

Teorie di riferimento

Modello biopsicosociale (Engel, 1977); Teoria dello sviluppo come azione nel contesto (Bronfenbrenner, 1979); Psicopatologia evolutiva (Rutter, 1982; 1985; Cicchetti, 1984; Coie *et al.*, 1993; Cicchetti – Cohen, 1995; Werner, 2000); Modelli teorici di cambiamento (Green, Kreuter, 1991); Programmi pluridimensionali di *life skills promotion* (Resnikow, Botvin, 1993; Botvin, 2000); Promozione della cultura del bere responsabile (Stewart *et al.*, 2005).

Target

Adolescenti del territorio pordenonese.

Presentazione del programma di intervento

L’obiettivo generale del progetto “Happy Hours” è prevenire l’abuso di alcol tra gli adolescenti della provincia di Pordenone favorendo lo sviluppo di risorse individuali e collettive che consentano di compiere scelte consapevoli e di aumentare così le capacità di controllo e di protezione della propria salute. A tal fine il lavoro è stato articolato in due parti distinte che perseguono due sotto-obiettivi differenti. La prima parte si prefigge di sostenere il compito educativo della scuola attraverso un percorso formativo che aiuti i ragazzi a sviluppare e riconoscere le proprie capacità (*life skills*) e gli adulti di riferimento (insegnanti e genitori) a scoprire e valorizzare le proprie potenzialità educative. La seconda parte si prefigge di intervenire nel territorio per favorire la crescita del protagonismo attivo e propositivo degli adolescenti e promuovere una cultura del bere responsabile, attraverso attività strutturate di aggregazione tra giovani che permettano l’assunzione di responsabilità personali, sperimentazione e realizzazione di sé e dove l’alcol non rappresenta un valore. E’ previsto un corso di formazione finalizzato alla promozione della cultura del bere responsabile e moderato attraverso l’educazione al gusto e al piacere rivolto a gestori e a baristi ed un corso di degustazione di alcolici rivolto alla cittadinanza che promuova atteggiamenti consapevoli, responsabili e moderati circa il consumo di alcol. Entrambe le parti prevedono una metodologia di tipo attivo-esperenziale e progettazione partecipata.

Valutazione

Il progetto è stato pianificato secondo criteri di valutabilità di progetto, di processo e di risultato. Nel progetto sono presenti, infatti, un’analisi della situazione iniziale, obiettivi specifici con indicatori di cambiamento, un’ipotesi progettuale fondata su teorie validate, la descrizione dei programmi di intervento con l’esplicitazione delle variabili oggetto di trattamento, la pianificazione della verifica dell’efficacia degli interventi sia in termini di raggiungimento degli obiettivi stabiliti, sia in riferimento alla qualità percepita ed erogata, che alla valutazione di impatto dei programmi realizzati, attraverso appositi strumenti di misurazione validati, come questionari, scale, *test*, ma anche interviste, osservazioni sul campo, *reports*, diari. È inoltre prevista la rimisurazione a distanza degli esiti conseguiti.

* Monica Vanzella, Psicologa, Psicoterapeuta CC, Pordenone, Email: monicavanzella@libero.it

** Elisa Scian, Psicologa, Psicoterapeuta CC, Pordenone, Email: elisascian@virgilio.it

7. PROGETTO “INDEPENDENT YOUTH” di Dimitra Kakaraki*

Programma di ricerca/intervento per la prevenzione della sindrome della dipendenza, con particolare riferimento al gioco d'azzardo e al IAD (Internet Addiction Disorder).

Livello d'intervento

Universale

Teorie di riferimento

Le principali teorie di riferimento sono: la psicopatologia evolutiva con enfasi su interdipendenza processuale rischio-protezione (Rutter, 1982; 1985; Cicchetti, 1984; Coie *et al.*, 1993; Cicchetti - Cohen, 1995; Werner, 2000); Il modello stress-diatesi – vulnerabilità e resilienza.

Target

Il progetto vede come destinatari gli adolescenti frequentanti la scuola superiore di secondo grado e appartenenti alla fascia d'età compresa tra 14 e 15 anni.

Disegno di analisi

Pre test e post test con gruppo di controllo:

Gs O1 T O2

Gc O1 O2

Ipotesi: il potenziamento a scuola delle *life skills* degli adolescenti può prevenire in essi, in maniera significativa, lo sviluppo di comportamenti di dipendenza connessi al gioco d'azzardo e la dipendenza da Internet.

Presentazione del programma di intervento

Questo progetto punta a prevenire lo sviluppo di comportamenti di dipendenza negli adolescenti, in particolare la dipendenza da gioco d'azzardo e da internet, mediante il potenziamento a scuola delle loro *life skills*. Il potenziamento delle *life skills*, così come identificate dall'OMS, costituisce l'obiettivo generale del presente progetto. Le principali fasi del progetto prevedono: la presentazione del progetto e la richiesta di autorizzazione per la sua attuazione; la scelta secondo procedure *random* del gruppo sperimentale e del gruppo di controllo; il *pre-test* attraverso la somministrazione di una batteria di *test*; l'intervento nei gruppi; il *post-test* e la comunicazione dei risultati. La metodologia prevede l'utilizzo del *training* sulle *life skills*.

Valutazione

Si prevede sia la valutazione di progetto, sia di processo, sia degli esiti tramite strumenti di rilevazione iniziale, finale e di *follow-up*.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, CRP, Sezione Clinica, Roma, Email: dimitra.kakaraki@gmail.com

8. PROGETTO “SPECCHIO DELLE MIE BRAME...” di Raffaele Riccardis* e Vito Cirillo**
Programma di intervento per la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

Livello d'intervento

Intervento psicoeducativo *Universale* a carattere esperienziale

Teorie di riferimento

Il presupposto teorico su cui si basa l'intervento preventivo dei DCA è relativo agli studi di ricerca nel panorama internazionale scientifico di Mc Vey sui programmi preventivi che utilizzano il gruppo dei pari come fattore di sostegno e protezione. Pertanto il presente intervento si rivolge al “gruppo classe”, mediante il “*cooperative learning*”, che può favorire rielaborazione delle rappresentazioni, condivisione di pensieri e riflessioni sull'emotività e i comportamenti dei ragazzi.

Target

Insegnanti e studenti di scuola media inferiore.

Disegno di analisi

O1 T O2

Il disegno di analisi ipotizzato è quasi sperimentale, vale a dire che i questionari somministrati ad inizio e fine intervento possono dare delle indicazioni sul tipo di effetto a breve termine ottenuto con l'intervento, mentre più a lungo termine gli sportelli d'ascolto indicheranno in misura maggiore l'efficacia delle competenze acquisite dai ragazzi e dagli insegnanti.

Breve presentazione del programma di intervento

L'obiettivo primario del programma consiste nell'identificazione e riduzione dei principali comportamenti di rischio che espongono gli adolescenti all'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare. Sarà utilizzato il metodo esperienziale che mira a promuovere l'elaborazione e la comprensione attraverso giochi e discussioni di gruppo.

Valutazione

Questionario di valutazione e Sportello di supporto per insegnanti e ragazzi.

* Psicologo, Psicoterapeuta CC, Ipnoterapeuta ALM CRP, Roma, Email: raffaelericcardis@fastwebnet.it

** Psicologo, Psicoterapeuta CC, Roma, Email: lvcirillo@tin.it

PROGRAMMI IN ETÀ ADULTA

9. PROGETTO PER PAZIENTI CON DOPPIA DIAGNOSI di *Augusta D'Ottavio**
Un programma di intervento psicosociale.

Livello d'intervento

Il progetto è indirizzato ad una popolazione specifica: pazienti con doppia diagnosi ricoverati in struttura ospedaliera.

Teorie di riferimento

Modello transteoretico di Prochaska e Di Clemente (Prochaska, Di Clemente, 1994); Colloquio motivazionale di Miller e Rollnick (Miller, Rollnick, 2002); *Training* cognitivo-comportamentale.

Target

Pazienti con doppia diagnosi in fase di primo o ripetuto ricovero in struttura ospedaliera psichiatrica.

Disegno di analisi

Pre test, post test senza gruppo di controllo.

Presentazione del programma di intervento

Il progetto è finalizzato all'inserimento dei pazienti in una comunità terapeutica o laddove sia possibile ad un reinserimento nel contesto familiare avvalendosi della collaborazione con i servizi specialistici esterni. Il trattamento prevede quindi di incrementare e favorire la presa di coscienza della dipendenza e lo sviluppo della motivazione necessaria ad intraprendere un progetto di recupero.

L'inserimento in un gruppo terapeutico rappresenta un valido strumento in quanto favorisce la condivisione del problema, la possibilità di confronto tra i partecipanti, e permette di ricevere degli stimoli alla modificazione del comportamento.

L'intervento si rivolge ad un gruppo di 12-15 partecipanti, ed ha una durata complessiva di 2 mesi.

Valutazione

Al fine di valutare il livello di consapevolezza raggiunto e la misura della disponibilità al cambiamento sono stati utilizzati i seguenti strumenti di misurazione:

Regolo con gradazione da 0 a 10 di importanza e fiducia

Tabella di disponibilità al cambiamento

URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale)

BABS (Brown Assessment Belief Scale)

* *Psicologa, Psicoterapeuta CC, Email: augustadottavio@gmail.com*

10. PROGETTO “MA PERCHÉ HO SEMPRE PAURA?” di Marco Santozzi*

Programma di trattamento TCC per il disturbo di panico.

Livello d'intervento

Trattamento *indicato*: intervento rivolto a soggetti ad alto rischio di sviluppare un disturbo psicopatologico con segni e sintomi soggettivi e oggettivi di disagio

Teorie di riferimento

Teoria dell'apprendimento “paura della paura” (Clark, 1986); Modello disturbo di panico (Beck, 1985); Teoria cognitiva generale dell'ansia (Wells, 1990); Modello modificato disturbo di panico (Tull & Roemer, 2007); Teoria della modulazione delle emozioni (Graggani & Mancini, 2004, 2008); Modello unitario dell'agorafobia.

Target

Caratteristiche del gruppo: 6-10 soggetti ambosessi che soddisfano i criteri DSM-IV per DAP con o senza agorafobia; i soggetti vengono inclusi seguendo la lista d'attesa del Centro di Salute Mentale di Pescara.

Disegno di analisi

Disegno quasi sperimentale

O1 T O2

Presentazione del programma di intervento

Il programma d'intervento presenta finalità che agiscono su tre contesti importanti per il soggetto: familiare, lavorativo e sociale. Attraverso il trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo per il disturbo di panico è possibile perseguire diversi obiettivi che permetteranno al soggetto di apprendere strategie utili a fronteggiare situazioni temute e aumentare il senso di efficacia personale, attraverso una maggiore autonomia, stima di sé e una migliore qualità di vita, nel fronteggiare i diversi contesti di vita senza dover ricorrere a comportamenti protettivi.

Il trattamento è manualizzato al fine di assicurare l'aderenza da parte del terapeuta e ottimizzare gli effetti rispetto ai pazienti. Il modello d'intervento è articolato in 7 moduli, in cui il terapeuta ha precisi compiti e obiettivi da raggiungere in ogni singolo incontro, applicando strategie idonee alle situazioni contingenti.

Valutazione

L'efficacia del progetto di raggiungere gli obiettivi prefissati, sarà valutato tramite la somministrazione dei test in entrata e di un questionario del sostegno percepito in entrata ed in uscita.

* Psicologo, Psicoterapeuta CC, Assistente educativo presso A.F.I.A. (Associazione Famiglie Ipoacusici Abruzzesi), Email: marcosantozzi@libero.it

11. PROGETTO “RITORNIAMO A CASA” di Francesca Di Lauro*

Programma psico-educazionale per pazienti con esiti di stroke e per i loro caregivers nel processo di rientro a casa.

Livello d'intervento

Indicato. Il programma è rivolto ad un gruppo di pazienti con esiti da cerebrolesione acquisita e con rischio o segni di depressione (DPS).

Teorie di riferimento

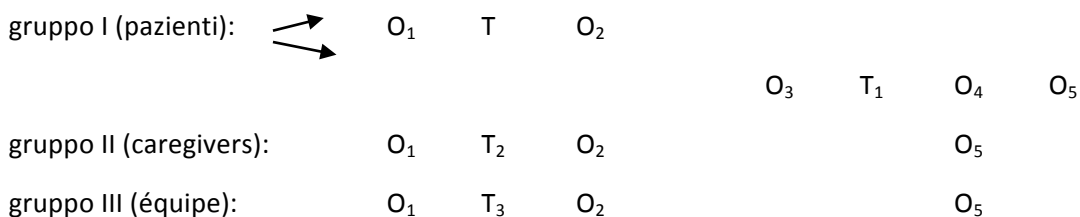
Dalla letteratura scientifica sullo *stroke*, emerge che c'è un'alta probabilità di sviluppare un disturbo dell'umore entro un anno dall'evento (Hackett, 2005) la quale aumenta nei cinque successivi (Wade, 1987; House, 1991; Astrom, 1993; Farner, 2010; Ayerbe, 2011). Questo compromette in modo sostanziale la riabilitazione stessa e di conseguenza la qualità della vita del soggetto e della sua famiglia (Wulsin, 2008; Kwok, 2006; Ayerbe, 2011; Sarti, 2000). Inoltre, dall'analisi dei fattori protettivi e di rischio (King, 2002; Backhaus, 2010; Choi-Kwon, 2012) è emerso che chi ha una buona rete sociale con una percezione positiva della qualità di assistenza da parte del proprio *caregiver* e le funzioni emozionali con una percezione della *self efficacy* buona, ha una minore probabilità di ammalarsi di un disturbo dell'umore (Morris, Robinson, 1985b; Robinson, 1999; Leach, 1994).

Target

Il primo (I) gruppo (principale a cui è diretto l'intervento) – pazienti con cerebrolesione acquisita; Il secondo (II) gruppo (indiretto) – caregivers; Il terzo (III) gruppo (indiretto) – équipe multi professionale.

Disegno di analisi

Disegno con pre (O₁) e post test (O₂) effettuato su tre gruppi non equivalenti ed un *follow up* ad un anno (O₅). Il gruppo principale I effettuerà il trattamento T (di gruppo in clinica), il trattamento T₁ (individuale a domicilio) e più osservazioni nel tempo. Il gruppo II effettuerà il trattamento di gruppo T₂. Il gruppo III effettuerà il trattamento T₃.



Presentazione del programma di intervento

La finalità è sollecitare cognizioni, emozioni, stati fisiologici e comportamenti in grado di generare risposte più adattive, aumentare le capacità del paziente, la sua autoefficacia e la sua autostima. Gli obiettivi mirano affinché i pazienti imparino ad affrontare i problemi (identificazione delle situazioni problematiche), ad incrementare le competenze ed imparare a sedare i propri stati fisiologici. Il programma verrà strutturato in due fasi, un intervento di gruppo nel contesto clinico ed un secondo individuale a domicilio. Una parte del programma vedrà il gruppo dei familiari coinvolti in un percorso di psicoeducazione. Si utilizzeranno strategie di *problem solving*, di *coping*, di gestione delle emozioni e dello stress. In fine, verrà coinvolta l'intera équipe di operatori che ruota intorno al paziente, in una formazione sul lavoro di gruppo, il *team building* e sull'applicazione di metodologie efficaci e condivise.

Valutazione

È previsto un monitoraggio a più tempi del campione ed in fine, si effettuerà una valutazione pre e post intervento per ogni singolo gruppo ed un *follow up* di verifica dei risultati, ad un anno. Gli strumenti di valutazione dei gruppi saranno questionari e test riconosciuti e validati.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, CRP Sezione Clinica, Roma, Email: fradilauro@hotmail.com

12. PROGETTO “ARRIVA IL BEBÈ...” di Maria Angela Giovannone*
Programma di prevenzione della depressione post-partum.

Livello di intervento

Universale

Teorie di riferimento

Teoria della Triade cognitiva depressiva di Beck; Teoria dell'autoefficacia di Bandura.

Target

N.8 coppie di neo mamme e neo papà, le future mamme si trovano al V mese di gravidanza che si rivolgono al consultorio.

Disegno di analisi

Il disegno di analisi applicato è semi sperimentale: O1 T O2 O3 T1 O4

Presentazione del programma di intervento

Il progetto ha come finalità principale la riduzione/ prevenzione dello sviluppo di una depressione nel post-partum. L'obiettivo è far conoscere la depressione *post partum*, conoscere i sintomi, gli effetti della DPP e le strategie di intervento adeguate, incrementare la capacità di chiedere aiuto anche in riferimento alla gestione del bimbo, incrementare le abilità sociali, incrementare il senso di competenza materna nella gestione dei bisogni primari del bambino (*home visiting*).

I contenuti proposti nel percorso sono la depressione *post partum*: sintomi, eziologia, decorso, prognosi, sentimenti depressivi e comportamento, attività piacevoli e umore, abilità sociali, nello specifico l'assertività, autostima, *home visiting*.

La metodologia utilizzata prevede: psicoeducazione sulla DPP rivolta alla coppia di partner; *training* abilità sociali per le future mamme; gruppi di confronto; interventi di *home visiting*.

Valutazione

Rispetto alla valutazione di processo, verrà effettuato un monitoraggio delle azioni progettuali attraverso la somministrazione di schede di monitoraggio per verificare se c'è un gradimento di quanto viene proposto e se le attività progettuali vanno nella direzione indicata; rispetto alla valutazione di esito, si effettuerà una valutazione sui risultati del progetto attraverso la somministrazione di test utilizzati durante la realizzazione del progetto: EDPS; PSSS; PSCS.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, Email: m.angela_G@libero.it

13. PROGETTO STR.A.D.I.VA.RI. di Paola Antonini *

STress in Agenzia: Definire l'Intervento attraverso la VALutazione del Rischio

Progetto di ricerca intervento per la valutazione, la prevenzione e la gestione dello stress lavoro correlato nel centro Casaccia dell'Agenzia ENEA.

Livello di intervento

Selettivo

Teorie di riferimento

Modello bio-psico-sociale; Teoria di Lazarus e Folkman; Psicologia del lavoro (modello definito dalla Commissione europea – 1999); Teoria della psicopatologia evolutiva basata sull'interdipendenza tra fattori di rischio e fattori di protezione.

Target

100 dipendenti e 10 responsabili di struttura del centro Casaccia dell'Agenzia ENEA come progetto pilota, per essere esteso, in caso di successo ed in previsione di acquisizione di ulteriori risorse umane, al restante personale.

Disegno di analisi

O₁, T, O₂

Presentazione del programma di intervento

L'intervento mira a evidenziare eventuali carenze nel contenuto e nel contesto del lavoro al fine di predisporre azioni correttive; mira, inoltre, a promuovere nei dipendenti alcune abilità personali riferibili alle variabili in gioco (Io, Altri, Compito, Contesto). Si alterneranno momenti teorici e pratici sulla base del modello esperienziale di Kolb e Fry (1975); i partecipanti, oltre ad assistere a lezioni frontali ed alla proiezione di lucidi e di *slides*, compileranno schede di autosservazione, parteciperanno a laboratori, sperimentando attivamente le situazioni che più frequentemente si presentano in ambito lavorativo attraverso *role playing* e simulazioni.

In relazione a quanto indicato da Becciu e Colasanti (2004), nel programma di Promozione delle Capacità Personali, i contenuti del presente progetto riguarderanno l'acquisizione di: *locus of control* interno; autostima; auto-efficacia; competenza emozionale; abilità di *coping*; *empowerment*; senso di appartenenza; capacità di condividere le risorse della comunità di appartenenza.

Valutazione

La valutazione del progetto è effettuata secondo il modello qualiquantitativo (Becciu, Colasanti, 2005) che prevede il rispetto di criteri di valutazione di progetto, di processo e di esiti.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, Roma, Email: paola_antonini@hotmail.it

14. PROGETTO “S...DRAMMATIZZO LA VIOLENZA” di Barbara Andrisani* e Paola Cornali**

Programma di intervento di informazione e formazione per il contrasto alla violenza di genere.

Livello d' intervento

Universale

Teorie di riferimento

L'intervento si baserà sui presupposti teorico metodologici della RET di Ellis, dell'educazione socio-affettiva secondo il metodo integrato di Putton-Francescato, del programma *Life Skills Education* dell'OMS, della *Survivor Therapy* di Lenore Walker, dell'analisi femminista e dell'immenso lavoro di conoscenza sul tema della violenza di genere elaborato negli anni grazie all'accoglienza delle donne maltrattate dai centri antiviolenza. L'intervento si colloca nell'ambito dell'approccio bio-psico-sociale centrato sulla promozione della salute intesa come sviluppo delle potenzialità umane.

Target

Allievi/e, loro famiglie, docenti e personale non docente di scuole superiori. Età compresa tra i 13 e i 65 anni circa.

Disegno di analisi

O1 T O2. Quasi sperimentale, semplice, senza gruppo di controllo.

Presentazione del programma di intervento

L'intervento si propone di migliorare il benessere e la salute psico-sociale degli/le allievi/e tramite l'apprendimento di abilità e competenze utili per la gestione delle relazioni sociali, dell'emotività, ad affrontare i problemi, gli stress e le pressioni sociali. Si pone come obiettivi: lo sviluppo di una buona immagine di sé ed una buona autostima; l'incremento della capacità di stabilire relazioni efficaci; l'attivazione di capacità personali e di fronteggiamento; l'aumento delle conoscenze dei/le ragazzi/e sul fenomeno della violenza e delle discriminazioni di genere nelle sue diverse espressioni; l'emersione di situazioni di violenza di genere, a livello personale, familiare e scolastico. Le attività previste sono tre:

- laboratorio di drammatizzazione denominato “Drammatizzo la violenza” col quale mettere in scena alcune o tutte le 7 scene tratte dal libro di Dacia Maraini “Passi Affrettati”
- laboratorio denominato “Sdrammatizzo la violenza” che prevede la realizzazione di 8 incontri per ciascuna classe di 3 ore ciascuno a cadenza quindicinale
- sportello di ascolto rivolto agli/alle allievi/e, alle loro famiglie, a tutto il personale docente e non docente dell'istituto. Lo sportello è attivo 3 ore con cadenza quindicinale e sarà condotto da psicoghe/i esperti di violenza di genere

Valutazione

Azioni valutative, relative alle attività dei laboratori e dello sportello di ascolto, sono previste durante tutte le fasi del progetto al fine di misurare Processo e Risultato (efficacia, efficienza, qualità percepita) attraverso: strumenti di *self-report*; griglie di osservazione; TMA. Si prevede di utilizzare schede per la presenze, schede d'ingresso, schede di contatto e di invio ad altri servizi.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, Napoli, Email: barbara.andrisani@inwind.it

** Psicologa, Psicoterapeuta CC, Napoli, Email: celihaicieliblu@inwind.it

15. PROGETTO “VE.N.E.R.E.” Verso Nuove Emozioni Rafforzando l’Empowerment di Marisa Micucci *, Magda Cesi**, Iva Scotto***

Programma psicoeducazionale di gruppo per donne vittime di violenza.

Livello di intervento

Selettivo

Teorie di riferimento

Teoria dello stress (Lazarus); Teoria delle emozioni di base (Ekman, 1992); Teoria della Espressione Emozionale Scritta (Pennebaker, 1993).

Target

Gruppo di donne vittime di violenza

Disegno di analisi

Tipo quasi sperimentale, con pre e post-test, senza gruppo di controllo

O1 T O2

Presentazione del programma di intervento

Il progetto “VE.N.E.R.E.” consiste in un intervento psicoeducazionale di gruppo per donne vittime di violenza che ha la finalità di incrementare in loro il livello di *empowerment*, il senso di autoefficacia e lo stato di benessere mirando al raggiungimento di un nuovo equilibrio bio-psico-sociale. Gli obiettivi che persegue sono: incrementare il senso di autoefficacia, aumentare le abilità di *coping*, aumentare il sostegno sociale reale e percepito, favorire il riconoscimento e le espressioni delle proprie emozioni, favorire processi di pensiero più flessibili e neutrali. L' intervento si articola in tre moduli: la prima parte è di tipo informativo sulle diverse tipologie di violenza, sulle reazioni ad essa a livello personale, sociale ed istituzionale; la seconda prevede una parte informativa sul riconoscimento delle emozioni basandosi sulla teoria di Ekman, ed una parte applicativa basata sull’esecuzione di protocolli auto-osservativi delle emozioni e sull’uso della tecnica dell’ “Espressione Emozionale Scritta” (E.E.S.); la terza parte dell’intervento si occupa della Ristrutturazione Cognitiva. Le attività svolte in gruppo sono: compilazione *test*, lezioni frontali, discussioni di gruppo sulle varie tematiche proposte, esecuzione di protocolli autosservativi sulle emozioni, *role-playing*.

Valutazione

Si prevede di valutare gli esiti del programma tramite somministrazione di strumenti di misurazione, quali: *Scala di Valutazione del Self-Empowerment*, *Toronto Alextimia scale (Tas-20)*, *Brief Cope test (Cope)*, *Scala di valutazione dell’autoefficacia*, *Impact of Event scale (IES-R)*.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, Email: marisa.mic@libero.it

** Psicologa, Psicoterapeuta CC, Email: magda30l@hotmail.com

*** Psicologa-specializzanda CC, Email: ivascotto@hotmail.com

2. I PROGETTI

INTRODUZIONE

In questa seconda parte presentiamo i singoli progetti.

Il primo contributo a cura di *Alessandra Mannarelli, Antonella Pescini, Oleksandra Yakymets* presenta una valutazione qualiquantitativa di un numero significativo di progetti realizzati dagli specializzandi del CRP, specificatamente 33 programmi d'intervento psicosociale.

Le autrici, utilizzando il metodo qualiquantitativo elaborato da Becciu M. e Colasanti A.R. (2005) per la valutazione dei programmi di prevenzione, sottopongono ad analisi valutativa tramite *raiters* addestrati ciascun progetto per evidenziarne la significatività da un punto di vista della valutazione di progetto tramite l'utilizzo di 10 indicatori di qualità sui 24 totali previsti dallo strumento.

Una prima sezione è dedicata alla presentazione di progetti realizzati e/o da realizzare in età evolutiva.

Tra questi, i temi affrontati per la realizzazione degli interventi di promozione della salute mentale e di prevenzione della sofferenza psichica sono i seguenti:

- *prevenzione dei problemi di aggressività e di condotta nei bambini attraverso la promozione dell'autocontrollo (a cura di Muscella I.)*
- *prevenzione dei disturbi di condotta in età evolutiva tramite Parent Training (a cura di Collalti R.)*
- *prevenzione e contrasto del fenomeno del Bullismo tramite azioni sinergiche Genitori, Insegnanti, Studenti (a cura di Roselli L. e Dominici F.)*
- *prevenzione/individuazione precoce dei disturbi specifici di apprendimento (a cura di Salomone R.)*
- *prevenzione dell'abuso di alcol in adolescenza nel territorio pordenonese (a cura di Vanzella M. e Scian E.)*
- *prevenzione della sindrome della dipendenza, con particolare riferimento al gioco d'azzardo e al IAD (internet addiction disorder) (a cura di Kakaraki D.)*
- *prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (a cura di Riccardis R. e Cirillo V.)*

La seconda sezione presenta alcuni programmi destinati a utenti in età adulta.

Tra questi:

- *Programma di trattamento TCC per il disturbo di panico (a cura di Santozzi M)*
- *Programma psico-educazionale per pazienti con esiti di stroke e per i loro caregiver nel processo di rientro a casa (a cura di Di Lauro F.)*
- *Programma di prevenzione della depressione post-partum (a cura di Giovannone M.A.)*
- *Programma di ricerca-intervento per la valutazione, la prevenzione e la gestione dello stress lavoro correlato (a cura di Antonini P.)*
- *Programma di intervento di informazione e formazione per il contrasto alla violenza di genere (a cura di Andrisani B. e Cornali P.)*
- *Programma psicoeducazionale di gruppo per donne vittime di violenza (a cura di Micucci M., Cesi M. e Scotto I.)*

2.1. VALUTAZIONE QUALIQUANTITATIVA DI 33 PROGETTI DI INTERVENTO PSICOSOCIALE ELABORATI DAGLI SPECIALIZZANDI DELLA SCUOLA DEL CRP NEGLI ANNI 2004-2013 di Alessandra Mannarelli*, Antonella Pescini** e Oleksandra Yakymets***

Sommario

Scopo della presente rassegna è l'analisi critica di alcuni programmi d'intervento psicosociale predisposti dagli studenti specializzandi della scuola del CRP di Roma per l'esame finale del corso quadriennale di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale e Intervento Psicosociale. Ne sono stati scelti 33, rappresentativi per tematica, destinatari e per tipologia d'intervento. L'analisi critica è stata realizzata tramite l'utilizzo del metodo qualiquantitativo elaborato da Becciu-Colasanti (2005) per la valutazione dei programmi di prevenzione nel campo della salute mentale.

Metodo

La valutazione dei programmi presenti in questa rassegna è stata realizzata tramite il ricorso a otto *raiters*, formati all'utilizzo dello strumento valutativo che verrà di seguito presentato. La formazione è stata finalizzata sia alla conoscenza dello strumento di valutazione sia al raggiungimento di un grado di accordo soddisfacente tra *raiters*. Per questo, il gruppo di *raiters* si è formato nella valutazione di progetto tramite l'utilizzo di 10 dei 24 indicatori previsti dal metodo qualiquantitativo analizzando i programmi e valutando i medesimi su una scala da 0 (assenza del criterio) a 5 (completa saturazione del criterio). La fase formativa si è considerata conclusa nel momento in cui il gruppo dei *raiters* ha raggiunto un disaccordo per ciascun criterio scelto con grado di variabilità massimo pari a 1.

Risultati

Dall'analisi dei progetti d'intervento sembra emergere, in generale, una risposta soddisfacente soprattutto in riferimento alla *Valutazione di Progetto* relativamente ai criteri di *coerenza, fondatezza, significatività, specificità e rilevanza* presenti nei programmi esaminati. Parzialmente sufficienti appaiono i risultati relativi ai criteri di *verificabilità e fattibilità*. Mentre, in generale, non risultano soddisfacenti i punteggi ottenuti in relazione agli indicatori *contestualizzazione, opportunità e incidenza* della *Valutazione di Progetto* dei programmi esaminati.

Conclusioni

In sintesi, la *Valutazione di Progetto* utilizzata dal gruppo dei *raiters* ha fatto emergere punti di forza e alcune criticità nella elaborazione dei programmi di intervento psicosociale ideati dagli allievi specializzandi. In particolare, gli autori dei programmi hanno maggiormente curato l'impalcatura teorica di riferimento dei programmi d'intervento evidenziando delle teorie scientificamente fondate e dei dati di ricerca empirica per impostare le diverse ipotesi progettuali. Inoltre, sembrano eccellere nella organizzazione logico-formale dei programmi avendo dato coerenza all'intera impalcatura progettuale. Gli aspetti critici che sembrano emergere e che meriterebbero una maggior cura nella elaborazione di futuri programmi d'intervento psicosociale sono relativi alla analisi scientifica del territorio e dei destinatari dell'intervento tramite attenta valutazione *ex ante*, elaborazione del profilo di comunità e mappatura del territorio dove si intende realizzare il programma sperimentale.

* Psicologa, psicoterapeuta CC, Email: alessandra.mannarell@libero.it

** Psicologa, specializzanda in TCC, Email: antopescini@hotmail.it

*** Psicologa, specializzanda in TCC, Email: o.yakym@yahoo.com

Introduzione

Le scienze preventive in ambito psicologico si occupano di incidere sul cambiamento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti che aumentano l'incidenza di condotte salutari nella popolazione.

I programmi preventivi realizzati nel nostro paese, a detta di molti autori (Uhl, 2001; Baraldi, Coletti, 2001; Bonino, Cattellino, Ciairano, 2003; Dallago, Santinello, Vieno, 2004; Becciu, Colasanti, 2005; Santinello, Vieno, 2006), presentano due grandi lacune: riferimenti teorici deboli e scarsa propensione a realizzare apparati valutativi soddisfacenti per dimostrare l'efficacia delle diverse azioni realizzate e per giustificare la generalizzabilità dei risultati.

In questo senso si sottolinea come la valutazione risulti essere strettamente collegata alle procedure, ai metodi e agli strumenti utilizzati, che ne possono condizionare significativamente l'attendibilità. La dimensione valutativa nei progetti di prevenzione diventa centrale perché si rende necessaria una ottimizzazione degli investimenti sia economici che di risorse su interventi mirati. Inoltre i *feedback* derivanti dagli esiti dei programmi di prevenzione darebbero un contributo notevole alla comunità scientifica fornendo indicazioni specifiche sui programmi da considerare come *buone prassi*. La valutazione dei programmi di prevenzione risulta però difficile a motivo delle caratteristiche peculiari delle scienze psicosociali che non consentono, a differenza di quelle biologiche, di identificare con esattezza le relazioni di causalità tra il problema e i suoi antecedenti. Questo rende difficile isolare i risultati attribuibili al solo intervento preventivo. Un'ulteriore difficoltà deriva dalla definizione che si dà al concetto di prevenzione. Nell'ambito della valutazione dei programmi di prevenzione dell'abuso di sostanze, il gruppo internazionale (EMCDDA, Osservatorio Europeo per le droghe e le tossicodipendenze) costituitosi per stabilire le linee guida sulla prevenzione delle tossicodipendenze si è differenziato sulla base dell'approccio teorico scelto nel definire il concetto di prevenzione. Il gruppo dell'Osservatorio Europeo di Lisbona ha assunto come definizione che *"la prevenzione è un'azione mirante ad impedire che accada qualcosa di dannoso"* e gli indicatori di prevenzione nell'abuso di sostanze risulterebbero quindi legati unicamente al problema da contrastare. All'interno dello stesso gruppo internazionale, il gruppo italiano (Cost A6) (Sorio-Tassinari, 2001) considera come concetto centrale della prevenzione la promozione delle abilità e competenze personali, specie di natura sociale; in questo caso l'indicatore da valutare sarà la misurazione dell'incremento di tali competenze. Una tale differenza di visione impone la necessità di trovare un approccio globale di valutazione che integri le due prospettive. Il metodo di riferimento da noi adottato sceglie tale prospettiva (Becciu, Colasanti, 2005).

Il Modello di Valutazione Qualiquantitativo

Tale modello valutativo cerca di individuare quali sono i fattori critici responsabili del successo di alcuni programmi di prevenzione, evidenziando le *variabili con capacità predittiva responsabili del successo/insuccesso dei programmi d'intervento*. Tali variabili, descritte operazionalmente tramite specifici indicatori, vengono valutate tramite scala e attribuendo ad ognuno di essi un valore numerico da 0 a 5, dove 0 indica assenza del criterio e 5 sta a significare che il criterio è soddisfatto pienamente. Il modello prevede tre tipologie di valutazione: *valutazione di progetto, di processo e di esito*, ciascuna delle quali è suddivisa in specifici indicatori di qualità. Di seguito verrà illustrata l'applicazione della sola valutazione di progetto poiché nei progetti considerati non è stato possibile applicare anche le valutazioni di processo e di esito. La *Valutazione di Progetto* avviene tramite l'utilizzo di 10 specifici indicatori di qualità.

1. *Specificità*: si valuta in che misura il progetto abbia esplicitato in maniera chiara *il problema* che si intende affrontare attraverso il programma d'intervento, *i destinatari diretti ed indiretti* delle diverse azioni progettuali, *gli obiettivi*, operazionalizzati con esplicitazione degli indicatori di misurazione, che il programma intende perseguire.

2. *Rilevanza*: si valuta in che misura il progetto abbia inciso su *un fenomeno* che ha una sua consistenza, all'interno di uno *specifico territorio* e se sia stato avvertito come tale dai diversi attori e dagli *stakeholder* locali.
3. *Incidenza*: si valuta in che misura il progetto abbia *inciso su un crescente numero di nuovi casi* coinvolti nel problema, *focus* dell'intervento preventivo.
4. *Opportunità*: si valuta in che misura il progetto abbia tenuto conto *dell'impatto* che esso può aver avuto e degli eventuali *effetti indesiderati*.
5. *Fondatezza*: si valuta in che misura il progetto abbia fatto riferimento, nell'impostazione dell'intera pianificazione progettuale a *specifici modelli teorici*, a *risultati di ricerche validate*, a *concetti fondativi* della prevenzione.
6. *Significatività*: si valuta in che misura il progetto nell'identificare l'ipotesi progettuale, il *focus* del problema, gli obiettivi da raggiungere, i contenuti da proporre e i metodi da utilizzare abbia risposto ad *un reale bisogno della popolazione target* in quel determinato territorio.
7. *Contestualizzazione*: si valuta in che misura il progetto abbia tenuto previamente conto delle *reali condizioni del contesto di riferimento*, nel programmare le diverse azioni progettuali, attraverso la mappatura del territorio ed il profilo di comunità in termini di rischi ed opportunità.
8. *Coerenza*: si valuta in che misura il progetto *abbia contemplato le diverse voci progettuali* e in che modo abbia realizzato un *alto grado di coerenza al loro interno* (teorie di riferimento, destinatari, obiettivi, contenuti, metodi, attività) e quanto tutto ciò possa essere risultato realmente funzionale alla realizzazione del progetto.
9. *Fattibilità*: si valuta in che misura il progetto includa *una previsione di fattibilità* in riferimento agli obiettivi stabiliti, ai destinatari da coinvolgere, alle risorse umane ed economiche da investire, alle metodologie da utilizzare.
10. *Verificabilità*: si valuta in che misura il progetto abbia, sin dall'inizio, pianificato *la valutazione delle diverse azioni progettuali*, se sia stata ben definita l'ipotesi progettuale, se abbia utilizzato un disegno di ricerca sperimentale o quasi-sperimentale, se siano stati individuati gli strumenti di rilevazione *pre-test* e *ri-test*, se siano stati concordati i valutatori, le procedure, le modalità, i tempi e le tipologie valutative (di progetto, di processo, di risultato).

Il metodo adottato prevede la collocazione di ciascuno dei diversi programmi di prevenzione all'interno di una delle quattro seguenti fasce:

1. *Progetti di qualità*: soddisfano i criteri di qualità in una percentuale che va dal *85 al 100%*;
2. *Progetti 'buona prassi'*: soddisfano i criteri di qualità in una percentuale che va dal *60 al 84%*;
3. *Progetti non di qualità*: soddisfano i criteri di qualità in una percentuale che va dal *50 al 59%*;
4. *Progetti inadeguati*: non soddisfano i criteri di qualità ponendosi in una percentuale che va *al di sotto del 49%*.

Analisi dei risultati

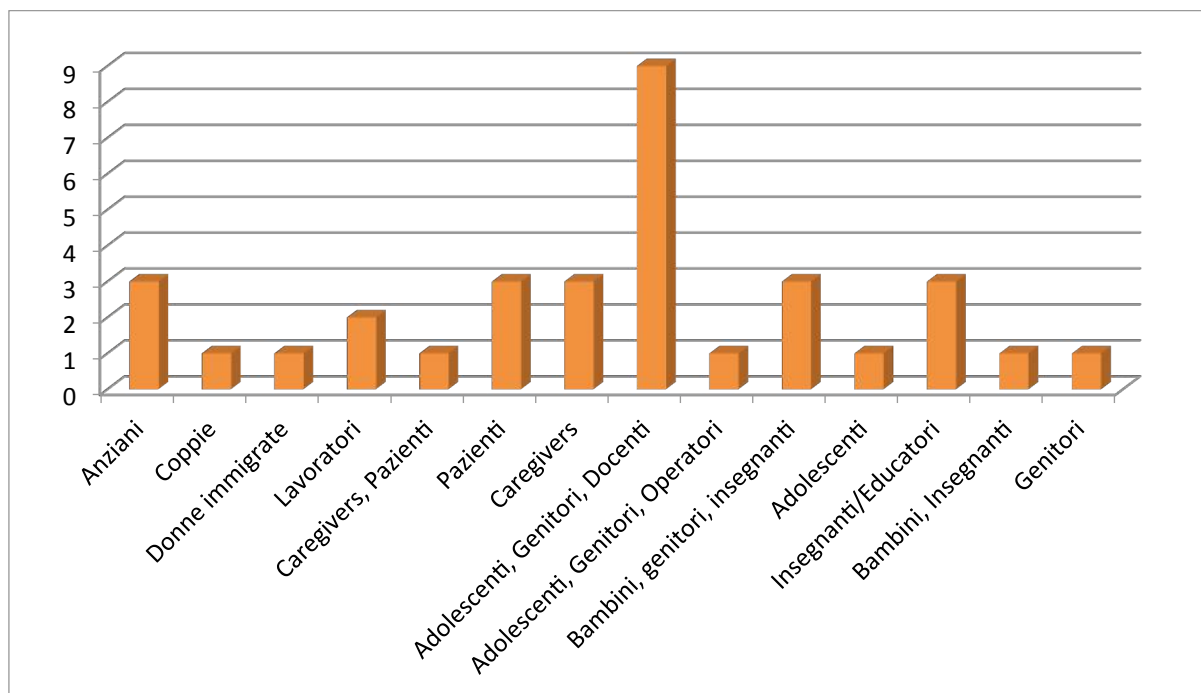
Riportiamo ora i risultati ottenuti evidenziando in che misura i programmi esaminati abbiano utilizzato le seguenti voci progettuali.

Livello Intervento. I livelli di prevenzione indicati nei progetti sono quelli proposti da Mrazek & Haggerty (1994), distinti in: interventi diretti al grande pubblico o a un intero gruppo di una popolazione che non è stato identificato sulla base del rischio individuale (*interventi universali*); interventi diretti agli individui o a un sottogruppo della popolazione il cui rischio di sviluppare un disturbo mentale è significativamente al di sopra della media, come evidenziato da fattori di rischio biologici, psicologici o sociali (*interventi selettivi*); interventi diretti a individui ad alto rischio che sono identificati per avere sintomi o segni premonitori minimi ma rilevabili di un disturbo mentale, o marcatori biologici che indicano la predisposizione a un disturbo mentale, ma che non soddisfano i criteri DSM (*interventi indicati*). Questa classificazione supera quella generalmente utilizzata in ambito medico-psichiatrico da Caplan (1964), che definisce la salute mentale come assenza di malattia distinguendo i diversi livelli secondo un criterio temporale di insorgenza del disturbo, non distinguendo chiaramente tra interventi di prevenzione secondaria e terziaria e forme di trattamento.

Teorie di riferimento. Tutti i progetti fanno riferimento al modello di intervento bio-psico-sociale. Le teorie maggiormente citate sono: Modello dell'Apprendimento Esperienziale di Kolb e Fry (1975); Teoria dell'apprendimento sociale di Bandura (1977); Modello del processo di stress di Lazarus e Folkman, Cannon (1984); Terapia Razionale Emotiva di Ellis (2002).

Metodologie. Dall'analisi dei programmi esaminati, emerge un comune riferimento alle metodologie informative e formative. Nello specifico, gli autori dei progetti fanno riferimento a: incontri di informazione, a discussioni guidate, a incontri di gruppo, a metodologie di *circle time*, a strategie di *problem solving*, all'utilizzo del *brainstorming*, all'utilizzo di *training*, a tavole rotonde, a lezioni frontali, a incontri di psicoeducazione, a colloqui individuali, all'insegnamento di pratiche di rilassamento, di tecniche di gestione dello stress.

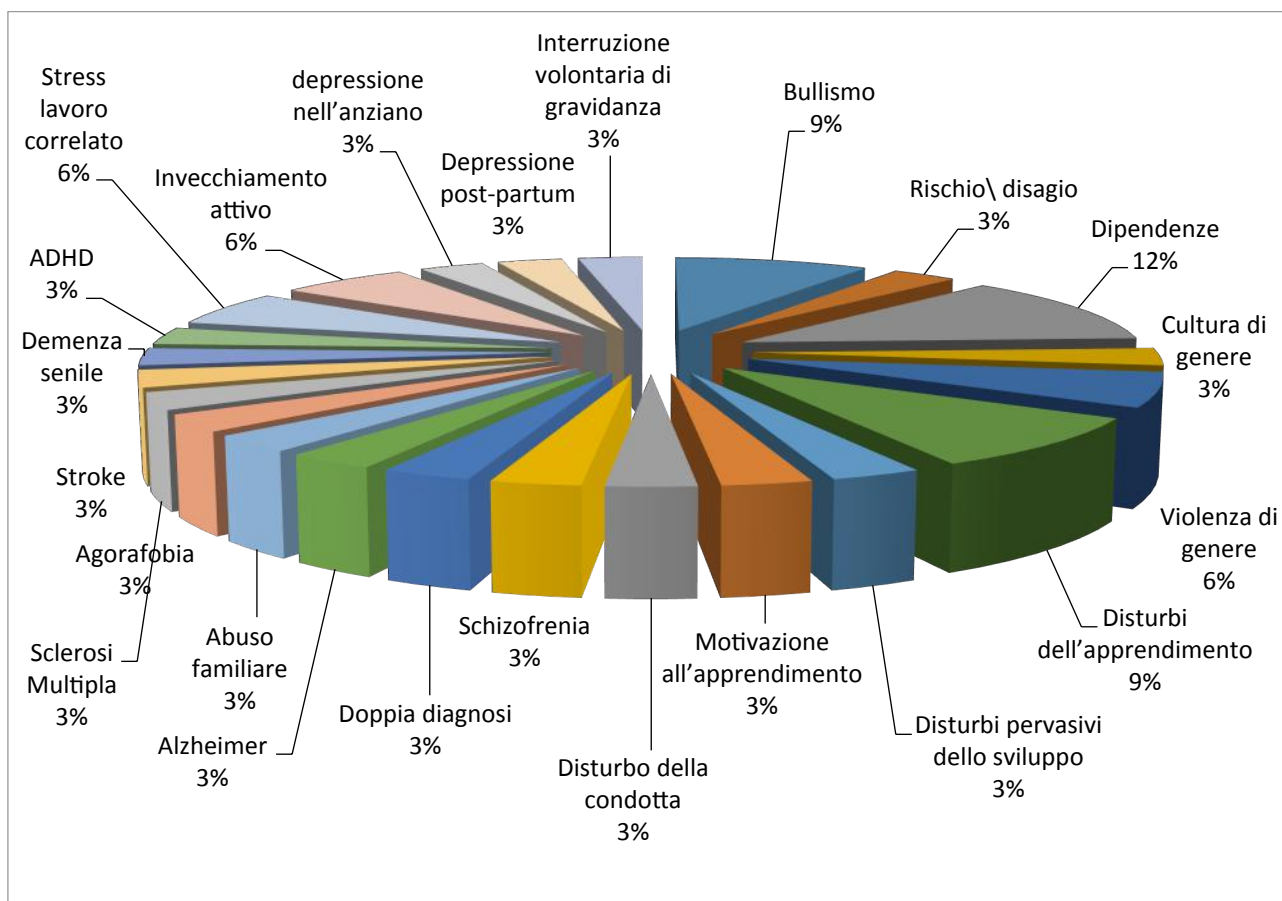
Destinatari. Il grafico riporta i destinatari *diretti*, ovvero coloro che partecipano direttamente alle diverse azioni progettuali e quelli *indiretti*, coloro i quali pur non partecipando direttamente alle attività previste usufruiscono degli effetti per l'azione dei destinatari diretti.



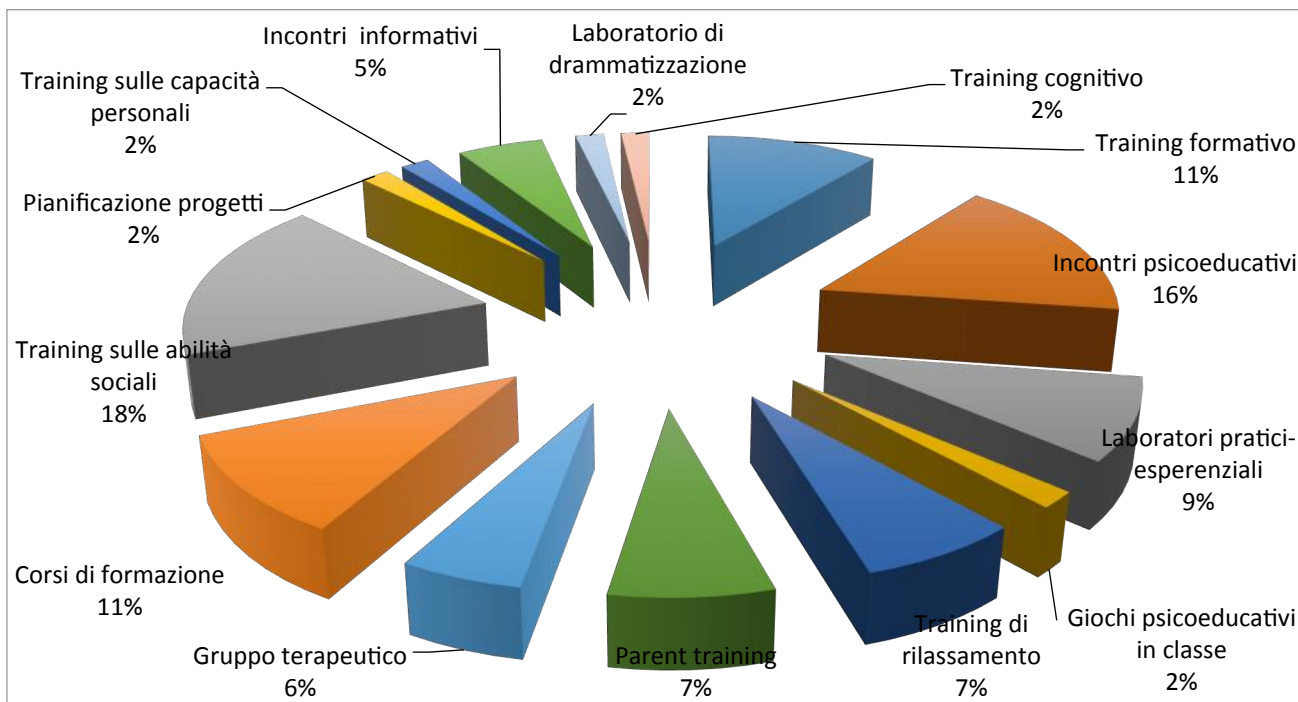
Appare chiaro come la maggior parte dei progetti (33%) si sia focalizzata su un intervento plurimo che contempla azioni sinergiche rivolte contemporaneamente a: adolescenti/bambini, genitori, docenti/operatori. Un altro *target* privilegiato (21% dei progetti) sembra essere quello rappresentato da: genitori, *caregivers*, insegnanti/educatori. Nel 12% degli elaborati, l'intervento è invece rivolto a un *target* di pazienti/adolescenti considerati a rischio di imbattersi in una qualche forma di disagio conclamato. In 7 progetti compaiono nuove topologie di destinatari, quali: anziani (9%), coppie (3%) e lavoratori (6%).

Occorre sottolineare come la scelta dei destinatari abbia ricoperto un ruolo fondamentale anche per quanto riguarda la valutazione del progetto stesso. In questo senso infatti, i *raiters* si sono confrontati in merito alla opportunità dell'intervento, che talvolta non prendeva in esame la possibile insorgenza di eventuali effetti iatrogeni, dovuti alla scelta di operare con un *target* univoco.

Focus intervento. I progetti valutati prendono in esame ambiti diversi; nello specifico, prevalgono progetti preventivo-promozionali nel campo delle dipendenze (il 12%), dei disturbi dell'apprendimento e del fenomeno del bullismo (9% dei progetti).

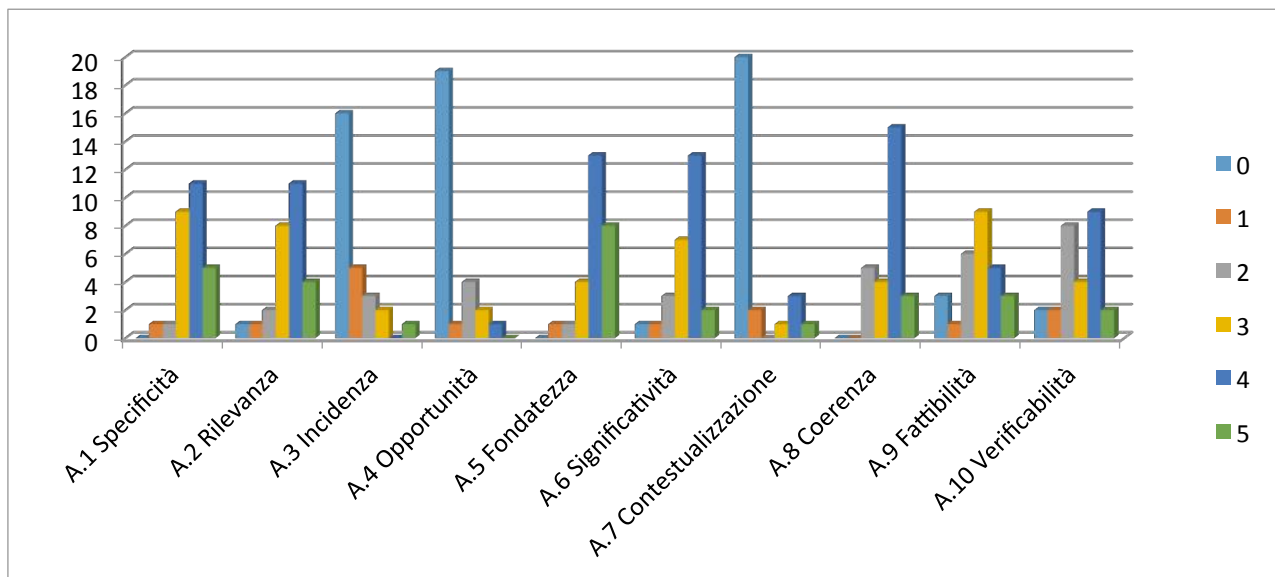


Attività proposte. Le attività proposte nei progetti fanno riferimento soprattutto a *training* formativi di tipo cognitivo-comportamentale e a interventi di psicoeducazione. Di seguito si riporta la distribuzione delle attività selezionate osservata nei 33 progetti.



Rispondenza ai criteri di valutazione del progetto secondo il metodo quali-quantitativo

Sulla base dei risultati delle analisi statistiche effettuate sui punteggi riportati dalle valutazioni dei *raiter*, su una scala da 0 a 5, abbiamo elaborato il seguente istogramma.



I risultati ottenuti mostrano come e in che modo i progetti valutati si diversificano tra di loro, secondo i 10 criteri del metodo quali-quantitativo. Tra i 33 progetti valutati, i criteri che hanno ottenuto i punteggi più alti sono i seguenti: *Fondatezza*, *Specificità*, *Rilevanza*, *Significatività* e *Coerenza*. Ad esempio, i criteri *Fondatezza*, *Specificità* e *Coerenza* hanno ottenuto un punteggio alto nella maggior parte dei progetti

valutati: *Fondatezza*, punteggio 4 in 13 progetti (39%) e punteggio 5 in 8 progetti (24 %); *Specificità*, punteggio 4 in 11 progetti (33%) e punteggio 5 in 5 progetti (15 %); *Rilevanza*, punteggio 4 in 11 elaborati (33%) e punteggio 5 in 4 lavori (12%); *Significatività*, punteggio 4 in 11 progetti (33%) e punteggio 5 in 2 progetti (6%); *Coerenza*, punteggio 4 in 15 lavori (45 %) e punteggio 5 in 3 progetti (9%).

I criteri che hanno ricevuto i punteggi più bassi nella valutazione, risultano essere *Contestualizzazione*, *Opportunità*, *Incidenza*. È stata registrata una bassa saturazione del criterio *Contestualizzazione* (per nulla presente in 20 progetti, circa il 60%); sembra altresì evidenziarsi una scarsa attenzione per gli effetti futuri prodotti dal progetto stesso (criterio *Opportunità* per nulla saturato in 19 progetti, ossia nel 57% degli elaborati) e per l'impatto che avrà il progetto sullo svilupparsi di nuovi casi (criterio *Incidenza* per nulla saturato in 16 progetti, circa il 48 %).

I dati riportati dalla valutazione e dall'analisi statistica mostrano in primo luogo che gli autori dei progetti hanno prestato un'attenzione specifica ai primari aspetti teorici, basandosi sulla letteratura scientifica di settore, dove un grande numero dei lavori ha usato come esempio i progetti di buona prassi. I dati mettono in evidenza che praticamente tutti i progetti sono stati elaborati partendo da fondamenti teorici solidi ed aggiornati (come mostrato dai punteggi pari a 4 e 5 assegnati ai seguenti indicatori: *Fondatezza*, 63%; *Specificità*, 48%; *Rilevanza*, 45%; *Significatività*, 39%; *Coerenza*, 54%). Mentre, l'area con valutazione più bassa corrisponde a una minor attenzione riposta al territorio e alla specifica situazione dei destinatari dei programmi d'intervento. Questo è confermato dai punteggi ottenuti nelle scale relative ai criteri: *Contestualizzazione* (è completamente assente nel 60 % dei progetti), *Opportunità* (il criterio risulta essere pressoché assente nel 57%), *Incidenza* (assente nel 48% dei progetti).

Conclusioni

I dati emersi evidenziano alti punteggi nella scale degli indicatori relativi alla impostazione teorica e formale dei programmi di prevenzione. Al contrario, emergono come insufficienti i dati relativi alle scale concernenti i criteri di riferimento sia all'analisi del territorio dove i programmi vengono realizzati, sia all'analisi dei destinatari e dei loro bisogni specifici in termini di azioni preventive, sia all'analisi dell'impatto che il programma potrebbe avere sul territorio e sui destinatari.

Riteniamo che tali dati siano facilmente spiegabili e con gli attuali interessi degli autori che afferiscono maggiormente alla sfera accademico professionale, e con la natura stessa dei programmi finalizzati più all'approfondimento di tematiche di interesse scientifico e all'apprendimento della metodologia della ideazione e stesura dei programmi di prevenzione che alla effettiva implementazione dei programmi elaborati in specifici ambiti territoriali.

Riteniamo, d'altra parte, che tale rassegna critica possa essere un utile strumento per coloro che si preparano ad elaborare nuovi programmi di prevenzione per meglio integrare quegli aspetti che appaiono attualmente trascurati dagli specializzandi della nostra scuola.

Bibliografia

- Baraldi C., Coletti M. (2001), *Linee guida per la prevenzione delle tossicodipendenze*, F. Angeli, Milano.
- Bandura A. (1977), *Social Learning Theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- 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, Golinelli Industrie Grafiche, Modena.
- Becciu M. (2008), Fattori critici di successo dei programmi di prevenzione, *Psychomed Anno III n. 1 Maggio 2008*, ISSN: 1828-1516.
- Bonino S., Cattellino E., Ciairano S. (2003), *Adolescenti e rischio*, Giunti, Firenze.
- Bonino S., Cattellino E. (a cura di), (2008), *La prevenzione in adolescenza*, Centro Studi Erikson, Trento.

- Caplan G. (1964), *Principles of preventive psychiatry*, Tavistock Publication.
- Ellis A. (2002), *L' autoterapia razionale-emotiva. Come pensare in modo psicologicamente efficace*, (a cura di), Di Pietro M., Mazzeo R. (traduttore), Belli M. (traduttore), Centro Studi Erickson, Trento.
- Dallago L., Santinello M., Vieno A. (2004), *Valutare gli interventi psicosociali*, Roma, Carocci Ed. Kolb. D. A. & Fry, R. (1975): *Toward an applied theory of experiential learning*. In C. Cooper (ed.) *Theories of Group Process*, John Wiley, London.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington.
- National Institute of Drug Abuse (2003), *National Conference on Drug Abuse Prevention research. Presentations, Papers and Recommendations*, Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Santinello M, Vieno A. (2006), La sfida della prevenzione nel nuovo millennio: tradurre la conoscenza in azione, *Psicologia clinica dello Sviluppo*, 2, 321-324.
- 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*, F. Angeli, Milano.

PROGRAMMI
IN
ETÀ EVOLUTIVA

2.2.1. PROGETTO “IMPARIAMO L’AUTOCONTROLLO” di Adriana Saba*

Programma di prevenzione dei problemi di aggressività e di condotta nei bambini attraverso la promozione dell’autocontrollo.

1. PRESENTAZIONE PROBLEMA

1.1. Descrizione e classificazione

La diversità dei bambini che presentano problemi di condotta e di aggressività ha posto con evidenza la questione su quale terminologia usare. L’impiego di diagnosi categoriali non sempre è sufficiente per risolvere questo problema; per esempio, diversi soggetti con diagnosi di disturbo della condotta possono differenziarsi enormemente l’uno dall’altro rispetto al tipo e alla gravità delle manifestazioni aggressive. Pertanto, tali bambini sebbene siano accomunati da una caratteristica centrale – che consiste in qualche forma di aggressività e di problemi comportamentali – mostrano anche una grande varietà di variabili distintive, che caratterizzano un bambino di questo gruppo da un altro.

Nel presente lavoro verrà, quindi, utilizzato il termine generale di problemi di aggressività e di condotta nel riferimento a quei bambini che manifestano forme di comportamento aggressivo e condotte antisociali mascherate (Capo, 2007). Dal momento che una diagnosi esclusivamente categoriale potrebbe risultare insufficiente per discriminare le differenze nella manifestazione dell’aggressività e dei problemi di comportamento, si farà riferimento al contributo di Price (1996) che ha elaborato un’utile distinzione tra livelli diversi di rabbia, aggressività e violenza, attraverso un sistema di classificazione clinicamente utile. Secondo l’autore esistono sei livelli, corrispondenti a sei modalità differenti, di manifestare l’aggressività nei bambini e negli adolescenti.

Livello 1: il bambino insofferente/fastidioso/irritante

I soggetti in età evolutiva che si situano a questo livello si lamentano, frignano e si irritano appena gli viene detto “no”.

Livello 2: il bambino testardo/drammatico

I bambini e gli adolescenti che si collocano a questo livello rifiutano testardamente di seguire le indicazioni o di compiacere le richieste, irritandosi e diventando verbalmente aggressivi.

Livello 3: il bambino minacciante e l’inizio della dannosità

A questo livello i bambini diventano maggiormente arrabbiati (nei termini di frequenza e/o intensità) e l’ampiezza delle loro aggressioni verbali include minacce di aggredire o uccidere i genitori, i fratelli, i coetanei e/o gli animali.

Livello 4: il bambino “che sta imboccando il sentiero”

Questi bambini si comportano dirigendo la loro rabbia contro gli oggetti inanimati, producendo seri danni. Si possono irritare così tanto da manifestare condotte aggressive intense. Possono minacciare di picchiare qualcuno. L’aspetto rilevante da sottolineare è che non c’è alcun contatto fisico o danno effettivo verso le persone fisiche.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, AIPRE, Roma, Email: adriana.saba30@gmail.com

Livello 5: il bambino che aggredisce

A questo livello i bambini hanno superato la precedente soglia fino ad esibire aggressioni fisiche verso le persone. Le aggressioni manifestate non riguardano ancora atti violenti o danni fisici gravi. Le aggressioni fisiche non sono significativamente serie e in genere sono più incidentali che intenzionali.

Livello 6: il bambino violento

Gli adolescenti e i bambini giunti a questo livello mettono in atto comportamenti violenti che causano seri danni e sono pericolosi per le altre persone. L'aspetto fondamentale di questo stadio è che i danni fisici si sono verificati e sono intenzionali.

1.2. Dati epidemiologici: incidenza e prevalenza

Un documento del Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti (*U.S. Department of Health and Human Services*, 2001) ha sottolineato l'aumento di problemi di condotta e di aggressività in età evolutiva. Nonostante nel contesto italiano non si raggiunge la stessa gravità epidemiologica, il fenomeno dei problemi di condotta e di aggressività è in evidente aumento. Oggi si riscontra una prevalenza dei Disturbi della Condotta tra i maschi sotto i 18 anni tra il 6 e il 16 %, mentre tra le femmine tra il 2 e il 9 %.

Questa tematica è di particolare rilevanza, in quanto i bambini che presentano queste difficoltà sono a rischio per lo sviluppo futuro di comportamenti violenti, problemi di salute mentale, *drop-out* scolastico, abuso di sostanze, difficoltà occupazionali, problemi familiari e di coppia nonché di mettere in atto azioni criminali in età adolescenziale e adulta (Aguilar, Srouf, Egeland e Carlos, 2000). Risultano notevoli le sue ricadute sociali, sia dirette che indirette, dato il costo finanziario richiesto dal trattamento e dalla riabilitazione in questo ambito, nel contesto degli interventi della salute mentale, educativi, correttivi, medici e di assistenza sociale.

Non sono riscontrabili significative differenze di genere nelle manifestazioni aggressive in una fase precoce (dalla nascita ai due anni) del problema.

1.3 Eziopatogenesi: fattori causativi e di mantenimento

La prima infanzia sembra il periodo di esordio più frequente per i problemi di condotta e aggressività (dalla nascita ai 2 anni). Si tratta di bambini che inizialmente possono manifestare un temperamento difficile e mostrarsi irritabili, non collaborativi, arrabbiati e facilmente frustrati; presentano generalmente precoci sintomi di oppositività e accessi d'ira.

Il periodo prescolare (3-5 anni) rappresenta un momento di accelerazione e i problemi diventano visibilmente più manifesti: la rabbia, l'oppositività e la provocatorietà persistono, ma spesso si accompagnano a comportamenti aggressivi più espliciti.

Nei primi anni di scuola (6-8 anni) la problematica sembra stabilizzarsi. Rimangono l'aggressività aperta e l'oppositività. I bambini che manifestano comportamenti aggressivi ad esordio precoce sono a rischio di sviluppo di comportamenti antisociali *covert* come mentire, rubare, raggirare. Si presentano interazioni coercitive tra il bambino e gli adulti di riferimento. In tale periodo, i bambini con aggressività ad esordio precoce, possono fare esperienza del rifiuto sociale da parte dei compagni e iniziare ad affiliarsi a gruppi antisociali e aggressivi; possono anche presentarsi esperienze di insuccesso scolastico e conseguente demotivazione all'impegno nelle attività di studio.

L'età tra i 9 e i 14 anni rappresenta un periodo nel quale tali problemi sono in continua evoluzione. Di solito le manifestazioni di aggressività aperta diminuiscono durante questa fase, nonostante rimangano

comunque alte rispetto alla norma. I comportamenti aggressivi coperti tendono invece ad aumentare e si manifestano attraverso: assenze frequenti da scuola, innesco di incendi, uso e abuso di sostanze, ecc. I ragazzi che appartengono a gruppi devianti tendono a rinforzarsi a vicenda, rispetto all'utilizzo di condotte aggressive aperte e *covert*, specialmente durante l'età adolescenziale. Possono continuare a verificarsi le interazioni coercitive con i genitori e gli insegnanti. A volte i genitori di questi ragazzi sembrano carenti nel compito di supervisionarli che risulta essere molto importante. Il persistere del problema aggrava i conflitti all'interno del contesto familiare.

Durante il periodo adolescenziale (dai 15 anni in poi) di sovente i problemi di condotta e aggressività tendono a cristallizzarsi. Spesso questi soggetti possono fare uso di armi durante gli atti violenti. I comportamenti manifestati possono assumere la forma di crimini veri e propri e non sono infrequenti anche atti aggressivi di natura sessuale, come lo stupro. Solitamente questi ragazzi sono coinvolti in relazioni sessuali in notevole anticipo e molto più spesso rispetto ai loro coetanei ed è particolarmente elevato, tra questi soggetti, il numero delle gravidanze indesiderate. È stato considerato che circa un terzo dei soggetti ad esordio precoce di problemi di aggressività e condotta sviluppano un disturbo di personalità antisociale in età adulta. La restante percentuale mantiene gravi problemi nel funzionamento sociale e lavorativo, quali difficoltà di coppia, violenza, psicopatologia, criminalità e disoccupazione (Capo, 2007).

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

L'intero lavoro poggia le sue basi teoriche sui principi della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) che, attraverso gli strumenti che offre, riconosce il modo in cui le persone pensano e agiscono al fine di aiutarle ad affrontare difficoltà emotive e comportamentali.

La TCC si avvale del contributo della Terapia Razionale di Ellis (1989; 1993) che sostiene che è il significato dato ad una situazione ad influenzare la risposta emotiva a quella situazione. Secondo questa visione è possibile che il significato attribuito ad alcuni eventi negativi non sia completamente corretto, realistico o utile. A volte un certo modo di pensare può portare ad attribuire un significato esagerato a una determinata situazione generando così risposte emotive che non sono utili e che possono causare notevole disagio.

Il lavoro si ispira alla teoria di Kendall (1980; 1992; 1993) sull'autocontrollo. L'autore considera lo sviluppo di un fiducioso senso di padronanza, di un appropriato comportamento sociale e di un'abilità ad impegnarsi nell'autocontrollo come compiti di sviluppo centrali nell'infanzia. In particolare, l'inizio della scuola rappresenta un momento in cui tali aspetti rivestono un'importanza cruciale e costituiscono una sfida che impegna il bambino in uno sforzo tra l'aderire alle regole dei genitori e l'affermare la propria crescente e indipendente competenza.

3. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO

Un intervento preventivo efficace prevede la conoscenza dei fattori di rischio, che richiedono un intervento di riduzione, probabilmente coinvolti nella genesi e nel mantenimento di questo problema e dei fattori protettivi che risulta necessario incrementare.

3.1. Fattori di rischio

3.1.1 Fattori di rischio individuali

- Anomalie del SNC: BIS (*Behavioral Inhibition System*) poco attivo e BAS (*Behavioral Activation System*) iperattivo
- Basso livello o bassa recettività neuronale della serotonina
- Possibile implicazione dell'ormone testosterone

- Scarsa attivazione
- Bassi livelli di cortisolo
- Ostilità verso l'ambiente
- Scarsa empatia
- Scarso rispetto delle regole
- Incompetenza emozionale
- Distorsioni interpretative
- Scarso autocontrollo (Capo, 2007)

3.1.2 Fattori di rischio familiari

- Alti livelli di depressione nelle madri
- Comportamenti antisociali e di abuso di sostanze nei genitori, specialmente i padri
- Presenza di cognizioni disfunzionali nelle madri
- Credenze disfunzionali su sé stessi e i propri figli
- *Locus of control* esterno relativo ai comportamenti problematici dei figli e rispetto alle proprie disattenzioni nei confronti dei comportamenti di questi ultimi
- Attaccamenti insicuri in età pre-scolare e scolare
- Interazioni coercitive
- Abuso fisico esercitato dai genitori
- Problemi della coppia genitoriale (liti, disaccordi, ecc.)
- Alti livelli di disaccordo circa l'educazione dei figli
- Genitori senza partner
- Numero di spostamenti che la famiglia compie da un posto all'altro
- Numero di relazioni sentimentali che la figura di riferimento più importante per il bambino ha instaurato nel corso del tempo
- Numero di individui che fanno ingresso o che abbandonano la famiglia e la casa
- Divorzi e separazioni (Lovejoy *et al.*, 2000; Capo, 2007)

3.1.3 Fattori di rischio ambientali

- Basso livello socioeconomico
- Esposizione a modelli aggressivi adulti
- Valori genitoriali che accettano l'aggressività
- Instabilità del gruppo dei pari
- Mancanza di stimoli cognitivi (Capo, 2007)

3.2. Fattori di protezione

3.2.1 Fattori di protezione individuali

- Buona predisposizione verso l'ambiente
- Buona empatia
- Rispetto delle regole
- Competenza emozionale
- Competenza cognitiva
- Capacità di autocontrollo

- Presenza di abilità sociali e pro sociali
- Capacità di *problem solving*

3.2.2 Fattori di protezione familiari

- Equilibrio psichico nelle madri
- Competenza cognitiva dei genitori
- Attaccamenti sicuri
- Genitori autorevoli, incoraggianti ed efficaci
- Armonia e accordo nella coppia genitoriale
- Presenza di entrambi i genitori

3.2.3 Fattori di protezione ambientali

- Buon livello socioeconomico
- Esposizione a modelli adulti positivi
- Stabilità del gruppo dei pari
- Clima scolastico cooperativo e supportivo
- Stili educativi incoraggianti ed efficaci (Colasanti, 2008)

5. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA D'INTERVENTO

A partire dai precedenti presupposti teorici si può affermare che per prevenire e limitare l'insorgenza di problemi di aggressività e di condotta è possibile attuare un programma di promozione dell'autocontrollo. Nello specifico i destinatari scelti per l'intervento sono alunni di una classe di terza elementare.

L'autocontrollo è considerato, in questo senso, una delle condizioni che sotto forma di competenza personale, può svolgere un ruolo di protezione della salute e di prevenzione del disagio.

L'intervento pensato vuole porre l'attenzione sia sulle variabili biologiche (es. alterazione fisiologica nello stato emozionale, abitudini di vita), sia sulle variabili psicologiche (rapporto pensieri-emozioni, dialogo interno, controllo mentale degli stati emozionali ecc.), sia sulle variabili sociali (relazioni interpersonali, gestione dell'aggressività). Queste variabili, oltre ad essere strettamente connesse con la prevenzione dei problemi di condotta e di aggressività, sono riconosciute come le componenti fondamentali della salute, definita come equilibrio bio-psico-sociale in riferimento ad uno specifico contesto, la quale permette alla persona di perseguire e realizzare i propri obiettivi.

Il programma elaborato utilizza il *training* formativo come strumento per la promozione delle capacità in oggetto. Esso costituisce un metodo d'intervento utilizzato in ambito psicosociale caratterizzato da una serie di attività mirate e strutturate, volte al potenziamento delle capacità personali. Tale metodologia costituisce una forma privilegiata di apprendimento in situazione di gruppo, graduale e progressiva che offre ai destinatari la possibilità di una conoscenza non solo cognitiva, ma anche esperienziale delle singole capacità (Becciu, Colasanti, 2010). I destinatari avranno, pertanto, un ruolo attivo nel partecipare alle attività proposte.

4.1. Finalità

La finalità del percorso è quella di promuovere nei destinatari l'autocontrollo incrementando capacità, risorse e fattori protettivi che permettano loro di gestire gli impulsi, le emozioni e di regolare il comportamento salvaguardando il proprio benessere, la salute personale e l'ambiente circostante al fine di evitare o limitare l'insorgenza dei problemi di aggressività e di condotta.

4.2. Obiettivi

- Riconoscere l'autocontrollo come competenza complessa: discriminare le tre componenti dell'autocontrollo, ossia la capacità di inibire i propri impulsi, la capacità di programmare le proprie azioni e la capacità di resistere allo sforzo e alla fatica.
- Riconoscere in quali situazioni è stata esercitata la capacità di autocontrollarsi: saper indicare un'esperienza di vita personale in cui i destinatari si sono sperimentati nell'esercizio dell'autocontrollo.
- Comprendere l'importanza dell'autocontrollo come competenza personale: riconoscere situazioni e contesti di vita in cui l'esercizio dell'autocontrollo, consentendo di inibire i propri impulsi, di gestire le proprie emozioni e le proprie attività, ha permesso di sperimentare un maggior senso di autoefficacia.
- Comprendere l'importanza dell'autocontrollo come competenza sociale: riconoscere situazioni e contesti di vita in cui l'esercizio dell'autocontrollo, consentendo di regolare il proprio comportamento, rendendolo adeguato e appropriato al contesto, ha aumentato la probabilità di ricevere approvazione e considerazione positiva dagli altri.
- Comprendere l'importanza di gestire le proprie emozioni per esercitare l'autocontrollo: riconoscere che il proprio vissuto emotivo influenza i comportamenti attuati.
- Comprendere l'importanza di monitorare, ed eventualmente correggere, i propri pensieri per esercitare l'autocontrollo: riconoscere che per esercitare l'autocontrollo è necessario osservare intenzionalmente e, se è opportuno, correggere i propri pensieri.
- Acquisire consapevolezza delle proprie emozioni: identificare situazioni concrete in cui i destinatari hanno sperimentato un vissuto emozionale.
- Riconoscere le proprie e altrui emozioni: riconoscere i segnali di un'attivazione emozionale a livello fisico.
- Imparare a denominare le principali emozioni.
- Imparare a gestire la rabbia tramite la sostituzione dei pensieri "roventi" in pensieri "freddi".
- Acquisire consapevolezza dei propri pensieri: identificare i pensieri intervenuti in una situazione concreta della vita quotidiana.
- Riconoscere i pensieri funzionali e quelli disfunzionali: riconoscere che un comportamento efficace è mediato da un pensiero funzionale.
- Riconoscere e identificare, nella propria vita quotidiana, la presenza di stimoli negativi, fonte di comportamenti disadattivi.
- Acquisire la competenza del *problem solving* personale: definire il problema, elencare diverse possibili soluzioni, valutare le alternative, scegliere la soluzione che si ritiene migliore e verificarla.
- Acquisire la competenza del *problem solving* interpersonale: riconoscere e identificare un problema interpersonale, discriminare i sentimenti delle persone coinvolte nel problema, assumere il punto di vista di tutte le persone coinvolte nel problema, stabilire l'obiettivo adeguato per risolvere il problema, individuare soluzioni alternative per la soluzione del problema, valutare le conseguenze di ogni possibile soluzione, scegliere la soluzione migliore ed elaborare un piano di azione per attuarla e verificare il risultato ottenuto.

4.3. Target

I destinatari del progetto sono i bambini di una terza elementare di un Istituto Comprensivo di Roma.

4.4. Disegno di analisi

Partendo dall'ipotesi generale che i bambini destinatari dell'intervento risultino, in confronto ad altri bambini non coinvolti, più abili nell'utilizzare le strategie inerenti l'autocontrollo, si intende utilizzare un disegno di analisi con *pre-test* e *post-test* e gruppo di controllo così come viene di seguito illustrato:

GS	O1	T	O2
GC	O1		O2

L'ipotesi è che si registrino differenze tra GS (gruppo sperimentale sottoposto all'intervento) e GC (gruppo di controllo non sottoposto ad alcun intervento). Verrà quindi scelta una classe destinataria dell'intervento e una di controllo non coinvolta nell'intervento. Ad entrambe verrà somministrata una rilevazione iniziale e una finale.

I questionari da somministrare all'inizio e alla fine del trattamento sono: il questionario emotivo-comportamentale di Knaus (cit. in Di Pietro, 1992) e la scala di valutazione dell'autocontrollo per bambini e ragazzi di Kendal – Wilcox (1980).

4.5. Contenuti

- L'autocontrollo: definizione e rilevanza
- Le componenti dell'autocontrollo
- L'autocontrollo come competenza personale: capacità di inibire i propri impulsi, capacità di gestire le proprie emozioni
- L'autocontrollo come competenza sociale: capacità di gestire il proprio comportamento
- Le abilità richieste per esercitare l'autocontrollo
- La competenza emozionale
- La disputa
- Gli stimoli appetibili fonte di comportamenti disadattivi
- La gestione della rabbia
- Il *problem solving* personale
- Il *problem solving* interpersonale

4.6. Metodologie

Il programma di intervento sulla promozione dell'autocontrollo è pensato come un *training* formativo suddiviso in nove unità. Ogni unità è strutturata in fasi secondo il modello dell'apprendimento esperienziale di Kolb e Fry (1975). Gli autori presentano un modello di apprendimento esperienziale in base al quale il possesso di nuove acquisizioni, il cambiamento o la crescita, da parte di un soggetto, avvengono attraverso un processo integrato e circolare che inizia con l'esperienza concreta, si arricchisce con l'osservazione riflessiva, giunge alla concettualizzazione astratta per poi dar luogo alla sperimentazione attiva. Ne deriva che per agire sull'acquisizione e sul potenziamento delle abilità non basta semplicemente informare, occorre sollecitare il coinvolgimento del soggetto che apprende a diversi livelli. Il modello proposto da Kolb e Fry (1975) è risultato molto utile nello strutturare sequenzialmente le unità del *training*. Quest'ultimo è stato articolato in unità di lavoro a cadenza settimanale, della durata di circa due ore, ognuna delle quali ha per oggetto una capacità personale specifica o una sotto – componente di essa. Le fasi salienti che caratterizzano ogni unità del *training* sono: la motivazione, l'esperienza concreta, la riflessione guidata, l'informazione, le situazioni semistrutturate, il *feedback* e il compito a casa.

4.7. Attività

Le attività previste all'interno del percorso sono:

- Esercitazioni individuali e di gruppo
- Confronti di gruppo
- Ascolto dei lineamenti teorici
- Compilazione di schede e questionari

4.7.1. Esempio di una attività

I *trainers* propongono ai bambini di suddividersi in gruppi da tre, in seguito presentano ad ogni gruppo una situazione – stimolo (All.1) in cui devono identificare pensieri funzionali e disfunzionali. Si invitano i singoli gruppi a simulare la situazione presentata con i relativi pensieri che saranno suggeriti al protagonista della situazione dai due compagni. Il protagonista nel mimare la situazione cercherà di far emergere l'emozione corrispondente ai vari pensieri.

All.1 Situazioni - stimolo

Es.: Hai ricevuto la notizia che una verifica è andata male!

Pensiero funzionale	Pensiero disfunzionale
1. "Adesso devo mettercela tutta per rimediare e andare meglio la prossima volta!"	1. "Sono un buono a nulla, mi sento proprio un incapace, non ce la farò mai!"
2. "Può capitare a tutti di prendere un brutto voto...non è la fine del mondo!"	2. "La maestra ce l'ha con me, ne sono sicuro!"

1. Mentre stai ascoltando la lezione, ti accorgi che i tuoi vicini di banco chiacchierano facendo una gran confusione. La maestra spazientita si rivolge a te avvisandoti che se non smetti di parlare potresti uscire dall'aula.

Pensiero funzionale	Pensiero disfunzionale
1.	1.
2.	2.

2. La maestra spiega una nuova lezione. Cerchi di seguire, ma ti rendi conto che alcuni aspetti non ti sono chiari.

Pensiero funzionale	Pensiero disfunzionale
1.	1.
2.	2.

4.8. Valutazione

Il progetto prevede una valutazione di processo e una di esito. Rispetto alla valutazione di processo verranno utilizzati questionari sulla qualità percepita, schede di automonitoraggio, osservazioni dirette, schede di monitoraggio compilate dai *trainers*. La valutazione di esito sarà effettuata attraverso l'uso dei questionari somministrati all'inizio e alla fine del percorso.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar B. *et al.*. (2000), Distinguishing the early-onset/persistent and adolescent-onset antisocial behavior types: from birth to 16 years, in *Development and Psychopathology*, 12, pp. 109-132.
- Ammaniti M. (2002), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Baumeister R.F, Heatherton T.F, Tice D.M. (1994). *Losing control: how and why people fail at self-regulation*, San Diego Academic Press.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2010), *La promozione delle capacità personali*, F. Angeli, Milano.
- Borgo S., Milic S., Sibilia L. (1991), *Interfaccia medicina-psicologia: thesaurus di psicoterapia comportamentale*, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma.
- Cappellini Vergara F. (2001), Il Modello biopsicosociale nella prevenzione e promozione della salute, in Cappellini Vergara F. (a cura di), *La promozione del benessere nella famiglia, nella scuola e nei servizi*, Franco Angeli, pp. 27 – 45, Milano.
- Capo R. (2007), Problemi di aggressività e di condotta: il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta, in Isola L., Mancini F., *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, Franco Angeli, pp. 295-340, Milano.
- Coie I.D. *et al.*, (1993), The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program, in *American Psychologist*, 48, pp. 1013-1022.
- Colasanti A.R. (2008), La prevenzione dei comportamenti aggressivi: rassegna di alcuni programmi validati, in *Psychomed*, anno III, pp. 9-17.
- Di Pietro M. (1992), *L'educazione razionale-emotiva. Per la prevenzione e il superamento del disagio psicologico dei bambini*, Erickson, Trento.
- Ellis A. (1989), *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Astrolabio, Roma.
- Ellis A. (1993), *L'autoterapia razionale emotiva. Come pensare in modo psicologicamente efficace*, Erickson, Trento.
- Frijda N. H. (1990), Regolazione, in Frijda N. H, *Emozioni* (pp.451-603), Il Mulino, Bologna.
- Goleman S.H. (1996), *Intelligenza emotiva*, R.C.S Libri e grandi opere S.p.A., Milano.

- Little V.L., Kendall P.C. (1979), *Cognitive-behavioral interventions with delinquents: Problem solving, role-taking and self-control*, FL: Accademic, Orlando.
- Lovejoy M.C. et al. (2000), Mental depression and parenting behavior: a meta-analytic review, in *Clinical Psychology Review*, 20, pp. 561-592.
- Mahoney M.J. (1985), *Cambiare se stessi. Strategie per risolvere i problemi personali*, Astrolabio, Roma.
- Mischel H.N., Mischel W. (1987), The development of children's knowledge of self-control strategies, in *Child Development*, 54, pp. 603-619.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington.
- Patterson C.J. (1982), Self-control and self-regulation in childhood. In T. M. Field, A. Huston, H. C. Quay, L. Troll & G. E. Finley (Eds), *Review of human development*, John Wiley & Sons, pp. 209-217, Toronto.
- Pope A., MC Hale S., Craighead E. (1992), *Migliorare l'autostima. Un approccio psicopedagogico per bambini e adolescenti*, Edizioni Centro Studi Erikson, Trento.
- Price J.A. (1996), *Power and compassion: working with difficult adolescents and abused parents*, Guilford Press, New York.
- Quay H.C. (1997), Inhibition and attention deficit hyperactivity disorders, in *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, pp.7-13.
- Kendall P.C. e Wilcox L.E. (1980), Self-control in children: Development of a rating scale, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 48, pp. 80-91.
- Kendall P.C. (1992), *Stop and think workbook and cognitive-behavioral therapy for impulsive children. Treatment manual*, Merion Station, PA, Workbooks.
- Kendall P.C. e Braswell L. (1993), *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*, Guilford Press, New York.
- Kolb D.A., Fry R. (1975), Toward an applied theory of experiential learning, in Cooper C.L. (ed.), *Theory of group processes*, Wiley, New York.
- Rocchietta Tofani L. (1991), Disadattamento scolastico, devianza psicosociale e classroom management, in *Orientamenti Pedagogici*, 38, 6, pp. 1385 – 1404.
- Under D.C, Block, J.H (1983), Delay of gratification: some longitudinal personality correlates, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 6, pp. 1198-1213.
- U.S. Department of Health and Human Service (2001), *Youth violence: a report of the surge general*, Author, Rockville, MD.

2.2.2. PROGETTO “GENITORI ALLA RISCOSSA” di Roberta Collalti* *Programma di prevenzione dei disturbi di condotta in età evolutiva tramite parent training”.*

INTRODUZIONE

Il 2° Rapporto sulla devianza minorile in Italia presentato a giugno 2014 presso il Ministero della Giustizia a Roma, in collaborazione con l'UNICEF, riporta un numero di soggetti segnalati agli Uffici di Servizio Sociale per i minorenni pari a 17.133 per l'anno 2012. Diversi studi evidenziano come bambini che presentano problemi di condotta e aggressività sono maggiormente a rischio per la messa in atto di azioni criminose in età adolescenziale e adulta (Aguilar, Soufe *et al.*, 2000). Una prevenzione efficace di questi disturbi avrebbe notevoli ricadute nel contesto sociale, considerato il costo finanziario e umano richiesto dal trattamento e dalla riabilitazione in tale ambito.

Prevenire l'insorgenza di disturbi della condotta permette di diminuire il rischio di condotte antisociali in età adolescenziale e adulta. La famiglia è il primo ambiente in cui si sperimentano le interazioni con l'altro e si sviluppano le competenze emozionali. Molti studi evidenziano come uno stile educativo efficace sia uno dei principali fattori protettivi per i problemi di condotta e aggressività nei bambini.

Supportare i genitori nella crescita di figli aggressivi vuol dire aiutarli a mettere in atto delle risposte più efficaci per la gestione dei comportamenti problematici, diminuendo così l'aggressività nei comportamenti propri e dei bambini. Promuovere le loro competenze emotive consente agli adulti di entrare in empatia con i propri figli e insegnare loro nuove strategie di manifestazione di emozioni sgradevoli come rabbia e tristezza.

Si propone per questo un *Parent Training* sviluppato al fine di aiutare i genitori a sperimentare nuove strategie e migliorare le competenze necessarie per la gestione di situazioni problematiche con i loro figli. Durante gli incontri i partecipanti potranno sviluppare un punto di vista diverso sul comportamento dei loro figli e sulla loro gestione.

Il progetto nasce con l'idea di presentare ai genitori un'educazione basata sull'incoraggiamento e sulla comunicazione efficace, piuttosto che sulla punizione e sull'autorità, con l'ambizione che le stesse competenze genitoriali siano trasmesse ai loro figli, creando così una reazione a catena di modellamento che prosegua di generazione in generazione.

1. I PAC (*Problemi di Aggressività e di Condotta*)

1.1 Disturbo della condotta e disturbo oppositivo-provocatorio

I disturbi del comportamento in età evolutiva sono classificati dal DSM-IV all'interno della categoria diagnostica dei "*disturbi da deficit di attenzione e da comportamento dirompente*". Fanno parte di questo gruppo:

- Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD)
- Disturbo della condotta (DC)
- Disturbo oppositivo-provocatorio (DOP)

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, CRP, sezione clinica, Roma, mail: roberta.collalti@hotmail.com

Per quanto riguarda in particolare il Disturbo della Condotta, il DSM-IV include quei bambini che manifestano comportamenti antisociali sia *covert* che *overt* e identifica due sottotipi in relazione all'età di esordio del disturbo:

- *Tipo con sordio nella fanciullezza*: si presenta prima dei 10 anni, soprattutto nei maschi, con comportamenti d'aggressione verso gli altri e relazioni disfunzionali con i coetanei. Spesso è preceduto da una diagnosi di disturbo oppositivo-provocatorio nella prima fanciullezza. I bambini che presentano questa tipologia di disturbo hanno maggiori probabilità di avere un DC persistente e di sviluppare un disturbo antisociale di personalità (DAP) rispetto ai soggetti con tipo ad esordio nell'adolescenza.
- *Tipo ad esordio nell'adolescenza*: è caratterizzato dall'assenza di tutti i criteri specifici del DC prima dei 10 anni di età. I bambini con questa tipologia di disturbo tendono ad avere relazioni con i compagni maggiormente nella norma e le probabilità di avere un DC persistente o di sviluppare da adulti il DAP sono minori rispetto al sottotipo con esordio nella fanciullezza.

Il disturbo oppositivo-provocatorio si applica a bambini che esibiscono livelli di rabbia persistente ed evolutivamente inappropriata, irritabilità, comportamenti provocatori e opposività, che causano menomazioni nell'adattamento e nella funzionalità sociale. I sintomi devono persistere per almeno 6 mesi e l'età di insorgenza è solitamente intorno ai 6 anni. Una storia precoce di DOP è spesso presente in bambini che vengono successivamente diagnosticati come DC (Kazdin, 1995)

Distinguere fra disturbo della condotta e disturbo oppositivo-provocatorio può essere difficile ma nel secondo caso non sono presenti gravi atti antisociali o aggressivi che violano la legge o i diritti degli altri. Secondo l'ICD-10 la caratteristica fondamentale del DOP è una modalità di comportamento ostile e provocatorio, che oltrepassa in modo chiaro i limiti della normale vivacità di un bambino della stessa età. I bambini con questo disturbo tendono a sfidare frequentemente le richieste o le regole degli adulti e infastidiscono volontariamente le altre persone. Solitamente hanno una bassa soglia di tolleranza alla frustrazione e si arrabbiano facilmente.

Nel caso in cui siano violate le leggi e i diritti fondamentali degli altri si esclude la diagnosi di DOP.

In realtà i bambini che presentano questo tipo di disturbi sono molto eterogenei e per questo l'utilizzo di una diagnosi categoriale non è sempre sufficiente per descrivere le caratteristiche del comportamento messo in atto dal bambino. Per questo è possibile utilizzare il termine generale di *problemi di aggressività e di condotta*, che si riferisce a quei bambini che manifestano qualche forma di comportamento aggressivo ad esordio precoce e che mostrano anche condotte antisociali mascherate.

Vista questa eterogeneità fra i bambini con PAC è importante distinguere tra i diversi livelli di rabbia e di aggressività al fine di un *assessment* clinico corretto e di un piano terapeutico adeguato.

La tabella 1 mostra i diversi comportamenti messi in atto da bambini con PAC, mentre la tabella 2 fornisce una distinzione e classificazione eseguita da Price (1996) tra livelli diversi di rabbia, aggressività e violenza.

Tab 1. Caratteristiche e comportamenti associati a differenti manifestazioni di aggressività e di problemi di condotta nei bambini

Caratteristica	Comportamenti associati
<i>Dimensioni</i>	
Aggressività aperta	Azioni dannose, verbali e fisiche
Aggressività reattiva	Reazioni rabbiose ed ostili
Aggressività proattiva	Azioni intenzionali e progettate/premeditate
Aggressività relazionale	Azioni intenzionali e manipolative tese a danneggiare lo status sociale altrui
Bullismo	Azioni verbali e fisiche che danneggiano e/o intimidiscono l'interlocutore
Violenza	Singola azione o insieme di azioni che infliggono danni fisici seri
Furti e appiccamento di incendi attuati di nascosto	Furti e incendi di grave entità
Psicopatia	Azioni aggressive e/o antisociali con tratti di insensibilità/assenza di emozioni
Delinquenza infantile	Pattern di comportamento seriamente criminale
Sottotipo oppositivo	Litici, devianza, ecc.
Sottotipo aggressivo	Aggressioni verbali e fisiche
Sottotipo che attua violazioni della proprietà	Atti vandalici, furti, incendi, ecc.
Sottotipo con violazioni della condizione sociale	Ingiurare, marinare la scuola, uso di sostanze, ecc.

Tratto da: L. Isola, F. Mancini (a cura di) (2007), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, FrencoAngeli, pag.300

Tab.2 Classificazione dei livelli di rabbia, aggressività e violenza nei bambini

<p>Livello 1: il bambino insofferente/fastidioso/irritante I soggetti in età evolutiva che si situano al livello 1 si lamentano, frignano, e si irritano appena gli viene detto "no", "non fare così" oppure vengono ostacolati o sfidati. Alzano la voce, trattengono il respiro e diventano rossi in viso. Tale rabbia è comunque sotto controllo. In alcuni casi questi soggetti possono rivolgere tale rabbia verso se stessi dicendo frasi del tipo: "mi odio; faccio sempre la cosa sbagliata; sono stupido; ecc"</p> <p>Livello 2: il bambino testardo/drammatico I bambini e gli adolescenti al livello 2 rifiutano testardamente di seguire le indicazioni o di compiacere le richieste. Si irritano e mettono in atto comportamenti verbali aggressivi quali imprecare, urlare insultare e così via. Questi comportamenti di aggressione verbale possono essere interpretati dai genitori come indicativi del fatto che il loro bambino è fuori controllo e rischia di attuare comportamenti violenti. Le condotte drammatiche del bambino sono spesso sufficienti (in termini di intensità e/o frequenza) per convincere gli adulti che il loro bambino è "senza controllo" quando, in realtà, questi è arrabbiato e sta esprimendo i suoi sentimenti solo verbalmente. Un ragazzino di 15 anni che avanza pochi passi dalla madre e la chiama "puttana" mostra un comportamento di livello 2.</p> <p>Livello 3: il bambino minacciante e l'inizio della dannosità</p>
--

Al livello 3, i bambini diventano maggiormente arrabbiati (nei termini di frequenza e/o intensità) e l'ampiezza delle loro aggressioni verbali includono minacce di aggredire o uccidere i genitori, i fratelli, i coetanei e/o gli animali. Va notato che al livello 3, i giovani non hanno mai aggredito nessuna persona o un altro essere vivente (animali). Essi attuano sostanzialmente aggressioni verbali o minacce, anche se possono aver causato danni minimi ad oggetti inanimati di valore non particolarmente elevato. Un bambino di dieci anni che prende a calci la sedia e questa, sbattendo, produce una crepa nel muro, ma che, allo stesso tempo, evita di lanciare i coltelli, vetri o altri oggetti verso le persone o gli oggetti inanimati, dimostra che egli è cosapevole di quanto possano essere serie le forme più gravi di aggressione. Così, è evidente che egli sta chiaramente pensando a "quanto lontano è disposto a spingersi", anche se i genitori (o il terapeuta) possono interpretare questo comportamento come chiaramente "fuori controllo".

Livello 4: il bambino "che sta imboccando il sentiero"

I bambini al livello 4 convogliano intenzionalmente la rabbia contro gli oggetti inanimati, producendo seri danni o distruggendoli. Possono irritarsi così tanto da esibire condotte aggressive intense, come danneggiare i muri sbattendoci sopra degli oggetti, tirare suppellettili dalla finestra o rompere oggetti di valore sempre crescente. Questi individui possono minacciare di picchiare un membro della famiglia con un oggetto o un'arma, come un bastone, un martello o un coltello. Ad ogni modo, la distinzione più importante da fare a questo livello è il fatto che non c'è alcun contatto fisico o danno effettivo verso le persone. I bambini appartenenti al livello 4, quando si arrabbiano, possono minacciare gli altri, ma mantengono comunque una certa distanza fisica fra loro e la persona che ritengono l'antagonista. Inoltre, di solito, si ritirano quando vengono effettivamente avvicinati. Molti genitori credono che i loro bambini siano realmente pericolosi e sono molto spaventati. In realtà, questi bambini stanno esibendo un evidente controllo cognitivo e comportamentale, nel senso che le loro aggressioni verbali contro gli altri e le aggressioni fisiche contro oggetti inanimati, non stanno impennando fino a sfociare in reati violenze fisiche verso le persone.

Livello 5: il bambino che aggredisce

Al livello 5, i bambini si sono spostati ben oltre l'espressione della rabbia in modo verbale (insulti, ecc.) o attraverso aggressività rivolta ad oggetti inanimati, tanto da esibire aggressioni fisiche verso le persone. A questo livello, ad ogni modo, le aggressioni non implicano ancora atti violenti o danni fisici gravi. Esempi di comportamenti tipici del livello 5 sono spinger, stratonare, percuotere o lanciare oggetti verso altre persone senza provocare seri danni (es. palle da tennis, penne, animali giocattolo, oggetti di plastica). Le aggressioni fisiche non sono di particolare gravità e tendono ad essere più incidentali che direttamente intenzionali. Per esempio, un bambino di 5 anni può lanciare una palla da tennis attraverso la stanza e colpire accidentalmente la sorella. Anche quando questa dovesse cadere e farsi male ad un braccio, il danno prodotto è sostanzialmente non intenzionale dal momento che il bambino non aveva anticipato tale effetto. Sebbene possa essere difficile, è importante valutare se l'adolescente o il bambino ha effettivamente fatto una scelta nel danneggiare qualcuno fisicamente o se il danno è stato un effetto non intenzionale di uno scoppio di rabbia/aggressività. A questo livello, i genitori sono molto spaventati e legittimamente impauriti che il loro bambino possa veramente perdere il controllo e danneggiare fisicamente qualcuno in modo violento.

Livello 6: il bambino violento

Gli adolescenti e i bambini a livello 6 mettono in atto comportamenti violanti che causano seri danni e sono pericolosi per le altre persone. Essi lanciano in maniera deliberata oggetti verso altre persone o attaccano gli altri prendendoli a pugni, con l'intenzione di provocare loro dei danni fisici. Le armi possono essere utilizzate con intenzioni più deliberate (rispetto agli altri livelli di aggressività), come può avvenire quando un ragazzo di 15 anni percuote il fratellino di 9 con un ramo perchè questi non vuole dargli la palla. La caratteristica centrale del livello 6 è costituita dal fatto che i danni fisici ad altri si sono già verificati e sono intenzionali. A questo livello, i genitori sono spaventati, senza speranza e, in certi casi, sostanzialmente abusati. Questi genitori possono apparire "traumatizzati" o "esausti" in seguito alle umiliazioni e agli abusi che hanno subito nel corso del tempo. Essi possono anche sembrare rassegnati rispetto all'escalation di aggressività del figlio, che è passata

dall'espressione verbale della rabbia, all'aggressività verso oggetti inanimati, alle aggressioni non intenzionali che producono danni fisici minori, fino alle attuali violenze deliberate verso gli altri. I genitori spesso considerano la loro situazione così drammaticamente da ritenere di non avere più alcun controllo e si sentono persi, abbandonati e senza speranza. Price (1996) descrive questi genitori come "emotivamente e fisicamente abusati" dai loro figli.

Tratto da: L.Isola, F.Mancini (a cura di) (2007), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, FrancoAngeli, pag.30

1.2 Sintomatologia e forme cliniche

L'ICD10 differenzia le seguenti tipologie cliniche:

Disturbo della condotta limitato al contesto familiare (F91.0)

Il comportamento antisociale è attuato solo all'interno del nucleo familiare e le manifestazioni possono essere: furti a scapito dei familiari (specie di denaro), azioni distruttive di oggetti dei componenti la famiglia, aggressioni ai membri del nucleo familiare, provocazioni, opposizioni, non rispetto delle regole familiari, incendi e distruzioni di mobili e apparecchiature del nucleo.

Disturbo della condotta con ridotta socializzazione (F91.1)

Questo tipo è caratterizzato dalla presenza del comportamento tipico del disturbo e dalla mancata socializzazione con il gruppo dei coetanei che tendono a isolarlo per il suo comportamento. Le manifestazioni più frequenti sono: spacconerie e rissosità con i compagni, estorsioni e aggressioni verso i coetanei, mancato rispetto delle regole comunitarie, rifiuti alla collaborazione, violenti accessi di rabbia incontrollabile, azioni distruttive delle cose altrui, incendi, crudeltà verso i compagni e gli animali.

Disturbo della condotta con socializzazione normale (F91.2)

Caratterizzato da un comportamento antisociale e aggressivo che non avviene nel proprio gruppo di coetanei, nei cui confronti si comporta adeguatamente anche con legami di amicizia. La condotta antisociale si manifesta al di fuori del gruppo d'appartenenza, può rivolgersi verso adulti, familiari o altri bambini. Il gruppo d'appartenenza può essere un gruppo delinquenziale o anche formato da individui normali. Le manifestazioni più frequenti sono: spacconerie e rissosità con i compagni esterni al proprio gruppo, provocazioni, opposizioni, rifiuti alla collaborazione, furti, azioni distruttive, estorsioni e aggressioni, violenti accessi di rabbia incontrollabile, azioni distruttive delle cose altrui, incendi, crudeltà verso i compagni e gli animali, mancato rispetto delle regole comunitarie.

1.3 Epidemiologia

Il *U.S. Department and Human Services* ha stimato che negli Stati Uniti il 6-16% dei maschi e il 2-9% del femmine oltre il 18° anno di età presentano il Disturbo della Condotta. Farruggia ed altri (2008) segnalano la frequenza dei DC nei paesi occidentali fra 1,8% e il 16% nei maschi e fra lo 0,8% e il 9,2% nelle femmine.

1.4 Percorso evolutivo ²

² Tratto da: L.Isola, F.Mancini (a cura di) (2007), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, FrancoAngeli.

I bambini che evidenziano un esordio precoce di PAC solitamente sviluppano comportamenti disadattivi caratterizzati da *un'escalation* progressiva e che si mantengono nel tempo.

Il periodo di esordio più frequente sembra essere la prima infanzia (0-2 anni), età in cui i bambini possono manifestare un temperamento difficile e possono apparire irritabili, non collaborativi, facilmente frustrati e arrabbiati.

Il periodo prescolare (3-5 anni) è una fase di accelerazione in cui i problemi diventano più eclatanti, attraverso la comparsa di comportamenti più palesi.

I primi anni delle scuole elementari (6-8 anni) costituiscono una fase di stabilizzazione. Si mantengono le interazioni coercitive tra il bambino e i genitori e anche le relazioni con gli insegnanti possono assumere le stesse caratteristiche. È in questo periodo che i bambini con aggressività ad esordio precoce possono fare l'esperienza di rifiuto sociale da parte dei coetanei e iniziare così ad affiliarsi ai gruppi antisociali e aggressivi. Gli anni fra i 9 e i 14 rappresentano un periodo nel quale i problemi di aggressività e di condotta sono in continua evoluzione; solitamente la frequenza di episodi di aggressività aperta diminuisce rimanendo comunque alta rispetto alla norma. I comportamenti aggressivi *covert* (quali mentire, rubare, raggirare, ecc) tendono ad aumentare. Non sono insoliti atti vandalici, assenze frequenti da scuola, innesco di incendi, uso e abuso di sostanze. Possono persistere le interazioni coercitive con i genitori e con gli insegnanti, il bambino richiede spesso supervisione e monitoraggio durante questo periodo mentre i loro genitori sembrano mancare in tale compito.

Durante la fase adolescenziale i bambini di solito manifestano più comportamenti antisociali coperti che espliciti, ma alcuni commettono anche atti criminosi e violenze efferate. Non è raro che questi soggetti facciano uso di armi durante gli atti violenti. I comportamenti aggressivi *covert* assumono spesso la forma di crimini seri e possono mettere in atto anche atti aggressivi di natura sessuale. Spesso questi ragazzi si inseriscono o danno vita a bande devianti.

Di solito i soggetti con PAC sono coinvolti in relazioni sessuali in notevole anticipo e molto più spesso rispetto ai loro coetanei, ed è particolarmente elevato il numero di gravidanze indesiderate. Le esperienze precoci con l'uso di sostanze favoriscono l'abuso di droga e di alcol. È stato stimato che circa un terzo dei bambini con PAC ad esordio precoce sviluppano un disturbo di personalità antisociale in età adulta. La percentuale rimanente mantiene gravi problemi nel funzionamento sociale e lavorativo, quali difficoltà di coppia, violenza, psicopatologia, criminalità e disoccupazione.

1.5 Fattori di rischio per problemi di aggressività e condotta

In letteratura sono riportati diversi fattori coinvolti nella genesi e nel mantenimento dei PAC, difficile indicare quale abbia il peso maggiore. Appare evidente l'intrecciarsi di fattori ambientali/familiari con una predisposizione genetica.

Si sceglie di prendere in considerazione i fattori protettivi e di rischio indicati da Rosario Capo in *"Psicoterapia cognitiva Dell'Infanzia e Dell'Adolescenza"* (FrancoAngeli, 2007) e da Simonetta Robiati in *"Il Parent Training, metodologie e tecniche per la formazione dei genitori"* (Cittadella Editrice, 1996).

Biologici:

- Le funzioni esecutive, controllate soprattutto dai lobi frontali, sembrano compromesse in questi

bambini. Queste funzioni sarebbero implicate nei problemi di inibizione dei comportamenti inadeguati e nel regolare le risposte emotive.

- Bassa recettività alla serotonina
- Possibilità di alto livello di testosterone
- Probabile basso livello di cortisolo che provoca un'ipoattività del SNC rispetto al controllo degli impulsi e alla previsione di eventuali conseguenze indesiderate.

Familiari:

- Alti livelli di depressione nelle madri
- Alto livello di comportamenti antisociali e abuso di sostanze nei genitori
- Interazioni coercitive (includono sia disciplina inconsistente che eccessivamente severa).
- Credenze disfunzionali da parte dei genitori sul locus of control relativamente ai comportamenti aggressivi del figlio
- Attaccamenti insicuri in età prescolare
- Problemi della coppia genitoriale
- Genitori senza partner
- Instabilità personale
- Gestione non funzionale delle ricompense e delle punizioni
- Incoerenza parentale
- Presenza sistematica di comportamenti aggressivi

Ambientali:

- Svantaggio socioeconomico
- Basso livello socioeconomico
- Esposizione a modelli aggressivi adulti
- Eventi stressanti che colpiscono la famiglia
- Instabilità del gruppo dei pari
- Mancanza di stimoli cognitivi

1.6 Fattori protettivi per problemi di aggressività e condotta

Nei genitori:

- Stile educativo efficace (capacità di monitorare il comportamento aggressivo del figlio, di spostare l'attenzione dalle condotte problematiche a quelle adeguate, passaggio ad una educazione basata sul rinforzo)
- Competenze emozionali

Nel bambino:

- Capacità di *problem solving*
- Autocontrollo
- Abilità sociali
- Competenze emozionali

Coerentemente con la nostra ipotesi progettuale, il presente programma intende lavorare sullo stile educativo dei genitori e sulle loro competenze emozionali, in modo tale da agire indirettamente anche sui bambini. I genitori infatti potranno acquisire le abilità atte a promuovere le competenze emotive dei propri figli e saranno in grado di intervenire nel caso di una condotta inadeguata del bambino, rinforzando i comportamenti corretti.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

Il modello psicopatologico considerato si basa sul *modello socio-cognitivo dell'elaborazione dell'informazione* (Crick e Dodge, 1994; Lochman *et al.*, 2000). Esso infatti permette di spiegare il comportamento antisociale e il cattivo adattamento all'ambiente sociale in termini di errori in una o più fasi del *processo di elaborazione dello stimolo*. Una delle versioni di questo modello (Dodge, 1986) prevede che il bambino nelle diverse situazioni sociali, prima di mettere in atto un comportamento segua una elaborazione che si articola in 5 passi: codifica degli stimoli, interpretazione, chiarificazione degli obiettivi, elaborazione di possibili risposte, decisione della risposta, esecuzione (con conseguente valutazione) della risposta. La messa in atto del comportamento provoca a sua volta una risposta comportamentale da parte dell'interlocutore e quindi l'inizio di un nuovo ciclo di elaborazione.

Si utilizzano come riferimento anche diverse *teorie dell'apprendimento*:

- *Teorie comportamentali*, in particolare il paradigma del *condizionamento operante* di Skinner elaborato negli anni '30. Tale paradigma stabilisce che si modificano le possibilità di replica di un comportamento se esso viene seguito da uno specifico stimolo definito *rinforzo*.
- *Teoria dell'apprendimento sociale* (Bandura, 1963) al centro della quale si trova il concetto di *apprendimento per osservazione*. L'autore afferma che un bambino impara comportamenti, anche nuovi, osservando un modello e le conseguenze che tale comportamento ha per il modello stesso.

Queste teorie dell'apprendimento, così come il modello psicopatologico di riferimento, spiegano in parte la scelta di lavorare con i genitori. Essi infatti possono essere da modello per i propri figli e possono rispondere in maniera adeguata al comportamento aggressivo del bambino, in modo tale da non rinforzarlo e modificare il circolo dell'elaborazione dello stimolo sopra citato. Inoltre, in letteratura sono presenti modelli che spiegano la condotta antisociale del bambino come comportamento appreso in famiglia (Ricci, Pastorelli, 1987): la manifestazione aggressiva viene vista come una strategia appresa dal bambino come la più funzionale per conseguire un vantaggio nell'ambito familiare. È evidente quindi come il lavoro con i genitori sia fondamentale.

Si prende in considerazione il costrutto di *Locus of Control* (Rotter, 1966) che si riferisce al particolare processo di attribuzione causale, secondo cui alcuni soggetti tendono preferibilmente a riferire a se stessi la causa degli eventi della propria vita e ad assumerne la responsabilità (*locus of control* interno), mentre altri tendono ad attribuire la causalità a fattori esterni, come ad esempio il caso, la fortuna ecc. (*locus of control* esterno). I genitori dei bambini con PAC tendono ad avere delle credenze disfunzionali su se stessi e sui propri figli (Sobel *et al.*, 1989) rispetto al *locus of control* che solitamente tende ad essere esterno nei confronti del comportamento aggressivo del figlio. Inoltre tendono a valutare in maniera aggravata il problema e spesso attribuiscono le condotte aggressive dei figli a tratti disposizionali negativi, interni, stabili, e alla mancanza di impegno nel controllo (Middlebrook e Forehand, 1985; Bickett *et al.*, 1996). Si

propone così un lavoro per l'ampliamento delle conoscenze sui disturbi di aggressività e condotta associato ad un lavoro per l'acquisizione di modalità obiettive di osservazione e registrazione dei comportamenti del bambino, in modo tale incrementare la consapevolezza di "potere di gestione" dei genitori sul comportamento dei figli.

Si utilizzano i principi della Terapia Comportamentale Razionale Emotiva (REBT) (Ellis, 1989) per l'analisi delle proprie emozioni. Essa sostiene che le emozioni derivino dal modo in cui interpretiamo e valutiamo ciò che accade. In questo modo si svilupperanno le competenze emotive dei genitori, che saranno in grado di riconoscere, esprimere e interpretare nel modo corretto le proprie emozioni e quelle dei figli.

Si utilizza la metodologia del *Parent Training* che consiste in una procedura di formazione rivolta ai genitori, finalizzata all'apprendimento di competenze utili nella gestione dei comportamenti dei figli.

3. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA D'INTERVENTO

3.1 Finalità

Il progetto ha la finalità di incrementare un *locus of control* interno, lo sviluppo di una comunicazione di qualità, capacità di *problem solving* e competenze emotive nei genitori di bambini fra i 3 e i 5 anni che presentano comportamenti aggressivi, per migliorare le loro capacità di gestione in caso di condotte inadeguate dei bambini e prevenire l'insorgenza di disturbi della condotta in età evolutiva.

3.2 Obiettivi

Nei genitori

- Saper riconoscere e denominare le emozioni proprie e dell'altro, saper esprimere le proprie emozioni ai figli, riconoscere le loro e sapergli insegnare come verbalizzarle ed esprimerle attraverso l'utilizzo di giochi emozionali. Individuare le proprie reazioni emotive inadeguate, capire il legame presente fra pensieri ed emozioni e saper correggere e trasformare i propri pensieri disfunzionali verso modi di pensare più adeguati imparando l'utilizzo di schede ABC e tecniche di ristrutturazione cognitiva.
- Avere maggiori conoscenze sui fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi di aggressività e condotta, acquisire modalità obiettive di osservazione dei comportamenti del bambino e saperli descriverli in termini oggettivi in base alla frequenza, all'intensità e durata. Saper rinforzare attraverso lodi e premi i comportamenti adeguati dei figli e ignorare quelli disfunzionali piuttosto che punirli.
- Conoscere i principi della comunicazione di qualità, saper ascoltare in modo attivo e saper utilizzare le forme di supporto verbale.
- Migliorare le capacità di *problem solving* attraverso l'apprendimento di un metodo di definizione del problema, ricerca delle possibili soluzioni e verifica.

Nei bambini:

- Saper riconoscere e denominare le emozioni proprie e dell'altro, saper esprimere le proprie emozioni e verbalizzarle in modo funzionale.

3.3 Destinatari

Il progetto è rivolto in modo diretto a genitori di bambini fra i 3 e i 5 anni che manifestano comportamenti aggressivi ma che non abbiano ancora sviluppato un disturbo della condotta conclamato. Il gruppo sarà formato da un minimo di 8 ad un massimo di 15 genitori.

In maniera indiretta il progetto si indirizza verso bambini fra i 3 e i 5 anni che manifestano comportamenti aggressivi ma che non abbiano ancora sviluppato un disturbo della condotta conclamato.

3.4 Ipotesi progettuale

Si ipotizza che promuovendo sia un *locus of control* interno per tutte quelle situazioni dove è necessario massimizzare il senso di potere personale da parte dei genitori, sia le competenze ispirate al modello della comunicazione di qualità, sia le capacità di *problem solving* ed, infine, le competenze emotive, i genitori diventino un modello per i propri figli e migliorino le loro capacità di gestione in caso di condotte inadeguate dei bambini. Ci si aspetta che l'incremento di queste abilità nei genitori porti ad un miglioramento nei figli, con un decremento dei comportamenti aggressivi nella frequenza e nell'intensità per almeno il 10% misurato attraverso il questionario CBCL (circa 6 punti T sulla scala esternalizzante).

3.5 Disegno di analisi

GS 01-T-02-03

3.6 Descrizione del campione

Il gruppo sarà formato da genitori, da un minimo di 8 ad un massimo di 15, di bambini fra i 3 e i 5 anni che manifestano comportamenti aggressivi ma che non abbiano ancora sviluppato un disturbo della condotta conclamato. La scelta del campione avverrà in base al profilo delineato attraverso il CBCL, in particolare saranno inclusi i genitori di quei bambini che avranno un profilo clinico o borderline almeno nelle scale esternalizzanti (punteggio pari o superiore a 65).

3.7 Strumenti di rilevazione

La valutazione dell'efficacia del progetto sarà eseguita attraverso il *Child Behavior Checklist* per età compresa 1.5-5, un questionario standardizzato autosomministrato ai genitori, costituito da 100 domande che indagano specifici comportamenti del bambino relativi ai 6 mesi precedenti l'inchiesta. Al genitore viene chiesto di valutare la frequenza di ogni comportamento, secondo una scala a tre valori. Il profilo che emerge dal questionario è costituito da: una *Scala Totale*; una *Scala dei Problemi Internalizzanti*; una *Scala dei Problemi Esternalizzanti*, sette *Scale Sindromiche* (Reattività Emotiva, Ansia/Depressione, Lamentele Somatiche, Ritiro, Problemi di Attenzione e Comportamento Aggressivo); cinque *Scale DSM-Orientate* (Disturbi affettivi, Disturbi d'ansia, Disturbi pervasivi dello sviluppo, Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, Disturbo oppositivo provocatorio).

Per le diverse scale, sono forniti *cut-off* che permettono di codificare i comportamenti come normali, borderline o nella fascia clinica. Il *cut-off* è stabilito a 65. Il questionario sarà somministrato ai genitori prima e dopo l'intervento, a distanza di circa 30 giorni. Inoltre si eseguirà un'osservazione delle interazioni casalinghe fra genitori e bambino prima e dopo la partecipazione al progetto, da svolgersi tramite videoregistrazioni.

La valutazione della qualità percepita avverrà attraverso l'utilizzo di questionari di gradimento.

3.8 Contenuti

- Principi del condizionamento operante: rinforzo, punizione, modalità di apprendimento di un comportamento.
- Tecniche comportamentali: ignoramento, *token economy*
- Modalità di apprendimento vicario e *modeling*
- Modello razionale-emotivo
- *Locus of control*
- Comunicazione di qualità: ascolto attivo e utilizzo di forme di supporto verbale
- Competenze emozionali: saper riconoscere e denominare le emozioni proprie e dell'altro, saper esprimere le proprie emozioni

3.9 Soggetti

Il progetto prevede il coinvolgimento di uno psicologo.

3.10 Metodologia

Si utilizza la metodologia del *Parent Training* che consiste in una procedura di formazione rivolta ai genitori, *"in grado di far assumere al genitore quelle conoscenze, abilità, competenze idonee a consentire di operare la modificazione, orientata e programmata, del comportamento ritenuto problematico del proprio figlio e di assumere consapevolmente le proprie responsabilità educative in un senso più ampio e generale"* (Robiati, 1996).

Il *Parent Training* (PT) è una procedura nata negli anni '60 nei paesi anglosassoni, si sviluppa sia in Italia che all'estero nell'ambito dei trattamenti per bambini con handicap. L'approccio teorico alla base delle prime esperienze di PT è tipo comportamentale e hanno il fine di contribuire all'efficacia del trattamento rivolto al bambino e alleviare le problematiche sorte in ambito familiare. Scopo principale è far diventare il genitore agente del cambiamento di una situazione problematica vissuta dal figlio, attraverso il trasferimento di competenze educative generali. Si deve all'approccio umanistico lo sviluppo dell'utilizzo della tecnica del *Parent Training* anche in assenza di bambini con handicap. Secondo questo approccio il percorso formativo deve mettere in condizione il genitore di liberare delle capacità già presenti in lui allo stato latente. Questo implica quindi che il genitore abbia le competenze necessarie alla soluzione dei suoi problemi. Thomas Gordon nel 1962 crea il *Parent Effectiveness Training* (PET), un corso rivolto ai genitori in generale, che si prefigge lo scopo di migliorare la sensibilità e le competenze necessarie per affrontare con successo i molteplici aspetti della vita familiare e dei rapporti tra genitori e figli. Questo tipo di PT si basa principalmente su tre competenze del genitore: empatia, comunicazione e accettazione delle scelte del figlio.

In questo progetto si sceglie di utilizzare un *Parent Training* di tipo comportamentale, integrato con la metodica dell'Educazione Razionale Emotiva (Di Pietro, 1992) e principi della comunicazione di qualità. Le finalità principali del *training* sono volte al miglioramento e all'acquisizione da parte dei genitori delle abilità necessarie per svolgere in modo funzionale compiti educativi. Le attività servono a dare informazioni, motivare i genitori, promuovere il cambiamento, sperimentare le nuove abilità in un *setting*

protetto. Prevede diverse fasi fra cui la simulazione, l'acquisizione di contenuti teorici, la discussione fra i partecipanti e il *brainstorming*.

3.11 Attività

- *Role playing*
- Acquisizione di contenuti teorici
- Compilazione di schede di autoservazione
- Verifica degli *homework*
- Giochi emozionali

3.12 Valutazione

Il progetto prevede sia una valutazione di processo che una valutazione degli esiti. Per quanto riguarda la *valutazione di processo* sarà compilato un *diario di bordo* per verificare che le attività previste vengano rispettate.

La *valutazione degli esiti* prevede la valutazione dell'efficacia attraverso il monitoraggio dei comportamenti aggressivi dei bambini in termini di frequenza e intensità, verrà utilizzato il questionario CBCL 1,5-5 (Child Behavior Checklist per età compresa 1,5-5), somministrato ai genitori prima e dopo l'intervento (30 giorni dopo), con particolare attenzione alla scala dei disturbi esternalizzanti. Ci si attende un decremento dei comportamenti aggressivi nella frequenza e nell'intensità per almeno il 10% nei singoli bambini, misurato attraverso il questionario CBCL (circa 6 punti T sulla scala esternalizzante), nel 60% del campione.

Inoltre si eseguirà un'osservazione delle interazioni casalinghe fra genitori e bambino prima e dopo la partecipazione al progetto, da svolgersi tramite videoregistrazioni. La visione di queste interazioni permetterà di valutare tramite osservazione anche l'incremento delle competenze emotive nei genitori.

La valutazione della qualità percepita avverrà attraverso l'utilizzo di questionari di gradimento.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar B., Sroufe L.A., Egeland B., Carlson E. (2000), Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years, *Development and Psychopathology*, 12, 109 – 132.
- Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. (a cura di), (2007), DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson.
- Bickett L.R., Milich R., Brown R.T (1996), Attributional styles of aggressive boys and their mothers, *Journal of Abnormal Psychology Child*, 24, 457-472.
- Colasanti A.R. (2008), La prevenzione dei comportamenti aggressivi: rassegna di alcuni programmi validati, *PSYCHOMED*, Rivista quadrimestrale di psicoterapia, medicina psicosociale, psicologia della salute e preventiva, anno III, n. 1, 9-17.
- Crick N.R., Dodge K.A. (1994), A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment, *Psychological Bulletin*, 115, 74–101.
- Di Pietro M. (2012), *L'educazione razionale emotiva. Per la prevenzione e il superamento del disagio psicologico dei bambini*, Erikson.
- Fabbro N. (2004), Gli homework nel parent training, in Baldini F., *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche*, The McGraw-Hill Companies.

- Guareschi Cazzullo A. (a cura di), (2003), *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescenti. Classificazione dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza*, Masson.
- Gordon T. (2007), *Genitori efficaci. Educare figli responsabili*, Edizioni La Meridiana.
- Isola L., Mancini F. (a cura di) (2007), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, FrancoAngeli.
- Larcan R., Oliva P., Sorrenti L. (2007), *Interventi psicologici sulla famiglia*, Piccin.
- Mensi M.M, Carigi T., Chiappedi M., Balottin U. (2013), *Percezione di padri e madri a confronto: studio mediante CBCL su una casistica di bambini affetti da Disturbo Pervasivo dello Sviluppo*, *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 126(3):563-569.
- Middlebrook J.L., Forehand R. (1985), *Maternal perceptions of deviance in child behavior as a function of stress and clinic versus non clinic status of the child: An analogue study*, *Behavior Therapy*, 16, 494-502.
- Miller W.H. (1975), *A systematic Parent Training: procedures, cases and issues*, Research Press, Champaign.
- Pascoletti C. (2010), *Il parent training nei disturbi della condotta*, *Psicologia e scuola*, marzo-aprile 2010, 41-48, Giunti.
- Ricci C., Pastorelli C. (1987), *Aggressività: il modello "Social Learning Theory"*, in *Learning Press HD*, Roma n°18/19
- Robiati S. (1996), *Il Parent Training. Metodologie e tecniche per la formazione dei genitori*, Cittadella Editrice.
- Sobel M.P., Ashbourne D.R., Earn B.M., Cunningham C.E. (1989), *Parent's attributions for achieving compliance from attention-deficit disordered children*. *Journl of Abnormal Child Psychology*, 17, 359-369.

SITOGRAFIA

<http://www.educazione-emotiva.it/>

<http://www.social.iacp.it/>

2.2.3. PROGETTO “B.L.U.G.IN.S.” di Laura Roselli* e Federica Dominici** *La prevenzione ed il contrasto del fenomeno del bullismo tramite azioni sinergiche genitori, insegnanti, studenti.*

1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

La parola “bullismo”, dal termine inglese “bullying”, connota il fenomeno delle prepotenze tra pari, in gruppo. Dan Olweus, una fra le massime autorità mondiali in materia di bullismo nonché autore del primo vero studio sistematico sul fenomeno (Olweus, 1973; 1978), affermava che *“uno studente è oggetto di azioni di bullismo, ovvero è prevaricato o vittimizzato, quando viene esposto, ripetutamente nel corso del tempo, alle azioni offensive messe in atto da uno o più compagni”* (Olweus, 1986). Egli intendeva per “azioni offensive” azioni messe in atto da una persona per infliggere intenzionalmente un danno o un disagio a un’altra (Olweus, 1973b). In seguito, vari autori si sono occupati dello studio del fenomeno, giungendo ad una definizione condivisa: *“Il bullismo è una sottocategoria del comportamento aggressivo; ma un tipo di comportamento aggressivo particolarmente crudele, in quanto diretto, spesso ripetutamente, verso una particolare vittima che non è in grado di difendersi da sola in modo efficace. Il bambino vittimizzato può essere in minoranza, o può essere più piccolo, meno forte, o semplicemente meno sicuro psicologicamente. Il bullo o i bulli sfruttano l’opportunità di infliggere dolore, ottenendo o una gratificazione psicologica, status nel gruppo dei pari, o a volte un vero e proprio guadagno economico prendendo soldi o cose che appartengono agli altri.”* (Smith, Morita, Junger-Tas, Olweus, Catalano, Slee, 1999).

All’interno di tale fenomeno può essere messo in rilievo l’aspetto comportamentale, sottolineando come il bullismo sia un atto di aggressione, consapevole e volontario, perpetrato in maniera consistente ed organizzata da uno o più individui nei confronti di una o più persone, oppure l’aspetto relazionale, evidenziando nel bullismo l’abuso di potere, premeditato ed opportunistico, diretto contro uno o più individui incapaci di difendersi a causa di una differenza di status o di potere (Fedeli, 2007). Il bullismo, per essere definito tale, deve dunque presentare tre caratteristiche precise:

- Intenzionalità della condotta vessatoria: il bullo agisce deliberatamente con il preciso scopo di predominare sull’altra persona e di arrecarle disagio o danno;
- Persistenza nel tempo di tali atti: le prevaricazioni sono frequenti, ripetute e durature nel tempo, colpendo la stessa vittima o più vittime in maniera sistematica;
- Asimmetria nella relazione: tra il bullo e la vittima c’è una notevole differenza di potere, che si esprime nell’incapacità della vittima di reagire a tali attacchi: il bullo risulta più forte della vittima per maggiore forza fisica, maggiore età, più amici, migliori abilità linguistiche.

Il bullismo può essere diretto, ossia caratterizzato da attacchi diretti, o indiretto, meno visibile, tende a danneggiare la vittima nelle sue relazioni con le altre persone, escludendola e isolandola. Nelle tipologie di bullismo si distingue:

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, Viterbo – laros02@yahoo.it

** Psicologa, Psicoterapeuta CC, Viterbo – federicadominici@libero.it

- *Bullismo fisico*: si esprime attraverso atti aggressivi fisici diretti, danneggiamento delle proprietà altrui, furto o sottrazione di oggetti;
- *Bullismo verbale*: include tutte le forme di insulto e derisione;
- *Bullismo relazionale*: è una forma di bullismo indiretto, che tende a colpire la vittima nella sua appartenenza sociale, escludendola gradualmente dal gruppo dei pari ed isolandola.

Ultimamente si stanno affermando in alcuni Paesi tipologie particolari di bullismo, ancora poco diffuse in Italia, quali: *cyberbullying*, bullismo razziale, contro disabili e a sfondo sessuale. Gli attori protagonisti che si possono individuare all'interno della dinamica del bullismo sono:

- Il bullo, inteso come il persecutore che agisce da ideatore e protagonista delle angherie commesse, generalmente aggressivo, impulsivo, con bassa tolleranza alle frustrazioni, difficoltà nel rispetto delle regole e scarsa empatia;
- Gli spettatori, figure significative sulla scena e corresponsabili di quanto accade, che possono essere gregari, sostenitori o spettatori neutrali;
- La vittima, ossia colui che subisce le azioni del bullo senza riuscire a reagirvi in modo efficace, generalmente ansiosa, insicura, con scarsa autostima e difficoltà relazionali.

Rispetto alla prevalenza e all'incidenza del fenomeno i primi dati si devono ad Olweus ed alla ricerca da lui realizzata nel 1983 in Norvegia. Olweus ha evidenziato un coinvolgimento del fenomeno pari al 15%: ben un bambino su sette è stato coinvolto nel bullismo, in maniera più o meno consistente, nel ruolo di bullo o vittima; più precisamente il 9% della popolazione studentesca apparteneva alla categoria delle vittime, il 7% a quella dei bulli, l'1,6% ad una categoria mista, che prevedeva contemporaneamente l'assunzione di entrambi i ruoli.

La ricerca di Olweus (1993) fornisce importanti dati anche per lo studio del fenomeno in relazione alle sue caratteristiche, al suo dove, come, quando, da parte di chi, evidenziando soprattutto:

- La percentuale delle vittime diminuisce con l'aumentare dell'età, evidenziando una frequenza più marcata a partire dai 7 anni, scendendo fino ai 13 anni (in Norvegia scuole elementari – 11,6%) e diminuendo, per rimanere poi sostanzialmente stabile nell'età 13 -16 anni (in Norvegia scuole medie – 5,4%), mentre la percentuale di bulli tende a rimanere stabile;
- La percentuale di maschi coinvolti nel bullismo, sia come bulli che come vittime, è superiore a quella delle femmine, evidenziando una maggior esposizione dei ragazzi a questo fenomeno;
- I maschi prediligono una forma di bullismo diretto, mentre le ragazze sono più esposte a forme indirette di bullismo;
- Il bullismo verbale è la tipologia di bullismo più comune, indipendentemente dal genere;
- Gli studenti vittimizzati all'interno della scuola sono il doppio di quelli vittimizzati all'esterno della scuola, dunque, anche se il bullismo si verifica ovunque, la scuola appare un luogo privilegiato;
- Non si notano differenze significative nell'incidenza del fenomeno tra grandi città e paesi di campagna, né tra scuole o classi di diverse dimensioni, si riscontra solo una maggior consapevolezza del fenomeno nelle grandi città.

In Italia ricerca sul bullismo ha avuto inizio negli anni '90 con gli studi di Fonzi A. e dei suoi collaboratori (1997), evidenziando subito la gravità del fenomeno che caratterizza le scuole italiane. Nella sua ricerca del

1996, su una popolazione di 1.379 studenti, di età compresa tra gli 8 e i 14 anni, delle scuole delle città di Cosenza e Firenze, è emerso che l'incidenza del fenomeno era preoccupante: i ragazzi denunciavano forme di prevaricazione nel 41% delle scuole primarie (elementari) e nel 26% delle scuole secondarie di I grado. Da ricerche successive emerge che in Italia l'indice di presenza reale è traducibile nelle seguenti percentuali: nella Scuola secondaria di 1° grado vittime 26%, bulli 20%, nella scuola primaria vittime 41%, bulli 27%. Si evidenzia inoltre che:

- Nelle scuole medie le percentuali di studenti coinvolti nel bullismo diminuiscono rispetto alle elementari, pur rimanendo consistenti in entrambi gli ordini di scuole;
- I luoghi teatro di bullismo sono principalmente luoghi di raccolta di giovani, e quindi scuola e fuori scuola. Nella scuola primaria le prepotenze si manifestano prevalentemente durante gli intervalli. Nella scuola secondaria di I e II grado il fenomeno è anche presente all'esterno della scuola; in particolare alle superiori se ne è rilevata una maggiore incidenza sia nei bagni, sia sui mezzi di trasporto;
- L'entità del fenomeno risulta più elevata rispetto a quella europea;
- La forma di bullismo più diffusa a tutte le età risulta essere quella verbale per entrambi i sessi;
- Il bullismo fisico è secondo per incidenza, cala con l'età ed è prevalentemente denunciato dai maschi;
- Le prepotenze indirette infine, sono le modalità di bullismo maggiormente denunciate dalle femmine;
- Ciò che sembra influire sull'ampiezza del fenomeno non è tanto la classe sociale di appartenenza, e ancora meno il livello economico, quanto l'ambiente ecologico, il quartiere e la zona della città in cui i ragazzi vivono.

Dal quinto Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, si evince che su un campione rappresentativo di 3800 adolescenti di età compresa fra i 12 ed i 18 anni, quasi un terzo ha dichiarato che nella propria scuola si verificano continui atti di prepotenza da parte dei compagni, mentre circa la metà del campione ha riferito di aver minacciato o picchiato qualcuno. Il fenomeno, secondo il rapporto, interessa più i maschi delle femmine (del 53,4% che ha detto di non aver mai minacciato nessuno, le femmine rappresentano il doppio dei maschi).

Il numero verde nazionale antibullismo (800.66.96.96), istituito dal Ministero della Pubblica Istruzione nel 2007, riceve una media di 70 telefonate al giorno: in dieci mesi (dal 5 febbraio al 30 novembre 2007) ne sono arrivate 12.874. A chiamare sono soprattutto genitori (36,1%) e insegnanti (21,2%), mentre gli studenti sono il 13,4%.

Un fattore da considerare è rappresentato "*dall'effetto iceberg*": diverse ricerche infatti stimano che gli episodi di bullismo denunciati sono appena il 20-25% di quelli effettivamente accaduti (Sullivan, 2000); il bullismo rimane spesso nascosto per molti anni, determinando nella vittima conseguenze profonde e in alcuni casi irreversibili.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

Le principali teorie di riferimento su cui si basa il presente intervento sono riconducibili a:

- La teoria dei deficit nell'elaborazione dell'informazione evidenziati nei soggetti aggressivi: quali la riduzione della percezione e distorsione dell'interpretazione della situazione, la limitazione dei repertori di abilità comunicative, sociali e di *problem solving*, la sottovalutazione delle conseguenze negative dei propri comportamenti problematici, la percezione di sé come molto efficaci nell'emettere comportamenti devianti e incompetenti nei comportamenti prosociale;

- La teoria sociale cognitiva di Bandura sul "determinismo triadico reciproco", secondo la quale l'azione compiuta è il risultato di un'interazione reciproca tra fattori cognitivi, affettivi, biologici, fattori ambientali e condotta.

La valutazione degli approcci tradizionali al contrasto del fenomeno del bullismo ha mostrato delle criticità, sembrerebbe, infatti, poco utile agire sul disturbo e sulla psicopatologia ormai conclamata. La specificità di un intervento preventivo è quindi rivolta a tutti gli alunni e non direttamente ai "bulli" e alle loro vittime, perché, al fine di un cambiamento stabile e duraturo, risulta maggiormente efficace agire sulla comunità degli spettatori. È importante sottolineare questo punto perché, come indicato in letteratura, è inefficace l'intervento psicologico individuale sul "bullo". Infatti il "bullo" non è motivato al cambiamento in quanto le sue azioni non sono percepite da lui come un problema, e queste sono un problema soltanto per la vittima, gli insegnanti e il contesto. L'intervento diretto sulla vittima, pur efficace a fini individuali, non lo è per quanto riguarda la riduzione del fenomeno del "bullismo". Quella vittima cesserà di essere tale e il bullo ne cercherà presto un'altra nel medesimo contesto.

I programmi preventivi finalizzati alla promozione dei comportamenti prosociali nelle varie fasi dello sviluppo concorrono alla creazione di relazioni interpersonali positive e ad un miglior adattamento dell'individuo al suo ambiente. Infatti, gli atteggiamenti e i comportamenti prosociali contribuiscono all'attivazione di processi di mediazione utili per la costruzione di un buon adattamento scolastico e sociale, pertanto, la prosocialità non solo incentiva le relazioni scolastiche e le preferenze sociali dei ragazzi, ma riduce anche la vulnerabilità alla depressione, sostiene i meccanismi di autoriprovazione a fronte di una condotta colpevole e mitiga la tendenza alla trasgressione o ad altri comportamenti problematici (Bandura *et al.*, 1996; 1999). Inoltre, un ulteriore obiettivo significativo da perseguire in un'ottica preventiva è la responsabilizzazione dei ragazzi nella vita della comunità, attraverso il loro coinvolgimento attivo come risorsa utile per il benessere sociale. Infine, si sottolinea l'importanza di promuovere interventi preventivi volti ad incrementare la coesione del gruppo classe, lavorando sui ruoli di "bullo" e vittima e riportandoli all'interno di una dinamica sociale più ampia, governata più dalle regole del gruppo che dai tratti individuali dei singoli alunni.

La scuola, rappresentando un contesto di formazione privilegiato dell'intera personalità, ha un'importante funzione educativa e di socializzazione, è quindi uno dei contesti più adatti per realizzare piani di intervento di prevenzione e contrasto al bullismo.

2. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO

I più recenti studi di psicologia dello sviluppo hanno rifiutato le ipotesi esplicative deterministiche e unicasali in favore di dimensioni probabilistiche e multi causali (Rutter and Rutter, 1992; Coie and Dodge, 1998; Dodge, 2000). Tali ipotesi sono riconducibili all'interno di un approccio bio-psico-sociale che vede nell'interdipendenza tra fattori di rischio e fattori di protezione l'origine del fenomeno del bullismo.

Riprendendo Farrington (1994) un modello eziologico valido dovrebbe prendere in considerazione i seguenti fattori: individuali, familiari, relazionali, scolastici, sociali. Ciascuno di questi elementi può costituire un fattore di rischio (FR), cioè variabili che contribuiscono allo sviluppo o alla cronicizzazione del fenomeno o di protezione, cioè variabili che mediano tra i fattori di rischio e la reazione del soggetto in situazioni di stress riducendone l'impatto

Viene inoltre posta grande attenzione alla dimensione di processo: affrontare l'eziopatogenesi in un'ottica processuale significa considerare i fattori di rischio non come una semplice sommatoria di singoli elementi, ma come elementi che nella loro interazione attivano delle forze sinergiche (Rutter, 1990). Assumono così importanza i rapporti e le dinamiche che si vengono ad instaurare fra i fattori biologici, genetici e caratteriali dell'individuo, le caratteristiche dell'ambiente in cui le persone vivono e la qualità delle relazioni che sperimentano e viene attribuito un ruolo rilevante anche agli elementi che fungono da fattori di protezione (FP), che possono essere individuati a carico dell'individuo e/o della situazione. Tale paradigma evidenzia come finché i FR e i FP sono in equilibrio, oppure i FP prevalgono sui FR, la comparsa di comportamenti devianti sia molto improbabile, mentre invece, nel momento in cui i FR divenissero prevalenti, dovremmo attenderci la loro comparsa. Generalmente i fattori di rischio e i fattori di protezione di un fenomeno costituiscono gli opposti della stessa variabile: se per esempio la presenza di una variabile rappresenta un FR, la sua assenza rappresenta un FP o viceversa. Sono stati evidenziati dalle ricerche sul campo diversi FR e FP. *Tra i FR individuali vi sono:*

- La predisposizione genetica, che include il temperamento inteso come la reattività personale agli stimoli esterni, l'ipoattivazione del sistema nervoso, in quanto sembra che questo renderebbe i soggetti insensibili alla paura, alle punizioni e alle stimolazioni, tanto da spingerli a comportamenti devianti per raggiungere il giusto livello di stimolazione, il livello di testosterone e di aggressività, confermando così l'influenza della componente ormonale;
- La carenza delle funzioni esecutive, attraverso test neuropsicologici specifici, è stato verificato che i soggetti con disturbi della condotta mostrano una ridotta capacità di pianificazione e di inibizione dei comportamenti inadeguati;
- Basso quoziente intellettivo, soprattutto nella componente verbale: questa carenza intellettiva influirebbe negativamente sulla capacità del soggetto di utilizzare il linguaggio come guida interna del proprio comportamento, sulla rappresentazione delle conseguenze future delle sue azioni, sulla capacità di definire le emozioni, comunicarle agli altri e quindi riceverne conforto, nella capacità di risoluzione dei conflitti e nell'andamento scolastico, aspetti questi che, come vedremo, costituiscono importanti FP;
- Le caratteristiche esterne: come ad esempio l'appartenenza ad una etnia, le difficoltà di comportamento particolari come la dislessia, la goffaggine e le balbuzie, le caratteristiche esterne come l'obesità o la forza fisica.

Tra i fattori familiari vi sono:

- Stile educativo genitoriale: stili autoritari, in cui regole rigide vengono fatte rispettare con la violenza e i figli non hanno la possibilità di dire la loro idea e negoziare le decisioni, sono associati alla possibilità che i ragazzi acquisiscano lo stesso modello violento, egocentrato e intollerante con le altre persone anche fuori dalla famiglia; all'opposto, stili educativi troppo permissivi, che non pongono limiti, né regole, lasciando i ragazzi senza punti di riferimento, alimentano spesso nei figli comportamenti provocatori ed eccessivi, proprio per il bisogno di mettere alla prova il sistema familiare;
- L'incoerenza educativa interpersonale (tra due figure diverse) e intrapersonale (tra comportamenti della stessa figura), che renderebbe imprevedibile per il figlio il comportamento dei genitori;
- L'incapacità dei genitori di monitorare il figlio e supervisionarne le frequentazioni e le attività;
- L'assenza di un coinvolgimento relazionale positivo;

- La conflittualità genitoriale;
- La violenza domestica, che attiverebbe sia un apprendimento per imitazione di una modalità violenta di soluzione dei conflitti, sia una tensione interna che richiede uno sfogo;
- La psicopatologia nei genitori;
- L'abuso: faciliterebbe distorsioni cognitive nell'attribuire ad altri intenzioni ostili e l'apprendimento di modalità aggressive di soluzione dei problemi;
- La ricerca ha osservato che le famiglie delle vittime sono in molti casi nuclei molto coesi, fortemente affettivi e iperprotettivi. I genitori in questi casi, tendono a sostituirsi ai figli, cercando di proteggerli dalle inevitabili frustrazioni e delusioni legate alle nuove esperienze. Questo non favorisce l'acquisizione di sicurezza ed autonomia personale dei ragazzi che restano sempre nel dubbio di essere o meno 'capaci di'. Situazioni sociali nuove e complesse mettono in difficoltà questi ragazzi, la reazione principale è la fuga e l'isolamento proprio per la bassa stima di sé e la mancata acquisizione di un senso di efficacia.

Tra i fattori relazionali vi sono:

- La capacità empatica, di cui i prepotenti sono generalmente poco provvisti, ovvero l'essere in grado di riconoscere le emozioni degli altri, di mettersi nei loro panni;
- La consapevolezza dei propri atti subiti e agiti, perchè ci sono bulli che negano le loro azioni ma anche vittime che cercano un adattamento e sono disposte a difendere i prepotenti pur di non sentirsi nella parte del più debole e non temere ulteriori ritorsioni;
- L'autostima e il senso di autoefficacia, che concorrono a dare forza alle persone, a stabilire in loro un atteggiamento equilibrato nel riconoscere i propri bisogni e nel saperli esporre in modo assertivo, cioè senza per questo aggredire gli altri;
- Le amicizie: nei bulli sono prevalentemente con altri compagni prepotenti e nelle vittime con altri bambini che per qualche motivo condividono il loro medesimo status, amici prepotenti per i bulli o soggetti passivi per le vittime potrebbero fungere da rinforzo del modello preesistente.

Dunque, in conclusione, bulli e vittime sembrano entrambi accomunati da una sorta di analfabetismo emotivo e sociocognitivo.

Tra i fattori di rischio scolastici si evidenzia come il contesto scolastico può avere caratteristiche che rendono più probabile il manifestarsi di episodi di bullismo, come: una conduzione troppo debole o troppo autoritaria, la spinta alla competizione estrema, una struttura grande e dispersiva in cui è difficile sorvegliare tutte le aree, una organizzazione priva di punti di riferimento certi, un ambiente scolastico in cui risulta difficile la sorveglianza, il coordinamento e il rispetto delle regole.

Tra i fattori di rischio sociali sono da ricordare:

- Un contesto sociale che promuove la cultura del primeggiare sui deboli;
- La violenza nei quartieri, per esposizione diretta, minaccia subita e amicizia con soggetti che commettono atti devianti;
- Programmi televisivi violenti, che incrementano la possibilità di comportamenti aggressivi per meccanismi di imitazione, desensibilizzazione agli atti violenti e percezione del mondo distorta e minacciosa.

3. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI INTERVENTO

Le finalità del progetto sono quelle di favorire negli allievi e negli agenti educativi (insegnanti e genitori) la consapevolezza circa la portata del fenomeno del bullismo e delle sue conseguenze, e di promuovere le competenze necessarie per la prevenzione ed il contrasto di tale fenomeno.

Il progetto B.L.U. G.I.N.S. prevede due fasi principali:

- La prima parte si configura come un'indagine esplorativa finalizzata a rilevare la presenza, l'entità e la percezione del fenomeno del bullismo tra gli studenti delle Scuole medie inferiori e superiori del Distretto VT/4;
- La seconda parte, consiste in un intervento preventivo promozionale, di tipo universale, multidimensionale e pluriennale relativo al fenomeno del bullismo, rivolto a: studenti, genitori e insegnanti delle scuole medie inferiori e superiori del Distretto VT/4, progettato sulla base di quanto emerso dall'indagine stessa.

La ricerca in oggetto mira al conseguimento dei seguenti obiettivi: rilevare la presenza e la diffusione del fenomeno del bullismo nelle scuole medie inferiori e superiori dei Comuni del Distretto VT/4, individuare le caratteristiche degli episodi di bullismo così come vengono percepiti dagli studenti, sensibilizzare il target e fornire conoscenze specifiche rispetto al fenomeno, avere le informazioni necessarie per strutturare un intervento di prevenzione e contrasto del fenomeno in base alle peculiarità del territorio.

L'indagine è stata svolta nel corso dell'a.s. 2009/10 nelle scuole del Distretto VT/4, composto dai seguenti Comuni: Bassano Romano, Blera, Capranica, Caprarola, Carbognano, Monterosi, Oriolo Romano, Ronciglione, Sutri, Vejano, Vetralla, Villa S.Giovanni in Tuscia.

Il campione finale è risultato composto nel seguente modo:

- totale studenti N = 710;
- totale medie inferiori N = 374, di cui 193 maschi e 181 femmine;
- totale medie superiori N = 336, di cui 181 maschi e 155 femmine.

Lo strumento d'indagine è un questionario anonimo strutturato seguendo le 4 caratteristiche suggerite da Olweus: definizione precisa del bullismo, riferimento ad un arco temporale definito (ultimo anno scolastico), possibilità di risposta ben specificate e domande sulle reazioni degli altri al bullismo, così come vengono percepite da coloro che rispondono.

Si sintetizzano di seguito i dati emersi dal questionario, cercando di dare un'immagine del fenomeno così come ci viene presentato dai ragazzi del Distretto VT4.

Il 33% degli adolescenti intervistati dichiara di aver subito prepotenze da parte dei coetanei e, di questi, il 14% è stato ripetutamente oggetto, nell'ultimo anno, di azioni offensive messe in atto da parte di uno o più compagni.

Nella percezione degli adolescenti, il bullismo è un fenomeno che riguarda maschi e femmine in egual misura, anche se, nel nostro Distretto, i ragazzi che ammettono di aver compiuto prepotenze nei confronti dei coetanei sono decisamente in numero maggiore rispetto alle ragazze.

Gli studenti che ammettono di aver commesso prepotenze sono il 25%.

Bulli e vittime concordano nel dichiarare che i luoghi dove avvengono le prepotenze sono distribuiti equamente sia negli spazi esterni alla scuola sia all'interno, con una piccola percentuale (5%) sui mezzi di trasporto.

Essi concordano anche nell'indicare l'aggressività verbale come la modalità più frequente, seguita dall'aggressività fisica soprattutto tra i maschi. Si evidenzia anche la presenza di una forma di bullismo basato sull'emarginazione e sull'isolamento, senza differenze significative di genere. E' presente, infine, il

cyberbullismo, come forma emergente di molestie tramite SMS ed internet, in proporzione coerente con i dati nazionali. La percezione tra bulli e vittime si discosta, invece, per quanto riguarda l'agire da soli o in gruppo: i bulli riferiscono di agire prevalentemente da soli mentre le vittime dichiarano che i bulli agiscono in egual misura da soli e in gruppo. Si può ipotizzare che tale differenza sia dovuta alla tendenza dei bulli a dare di sé un'immagine di forza, che verrebbe sminuita dall'agire in gruppo. Le caratteristiche predisponenti all'essere vittima vengono individuate nella minore età, nell'aspetto fisico e nel carattere timido e chiuso. Altri protagonisti del fenomeno del bullismo sono gli spettatori: nel nostro Distretto coloro che hanno assistito ad azioni aggressive verso gli altri sono il 50%. A differenza di quanto espresso dai diretti interessati (spettatori), che affermano di aiutare la vittima e denunciare l'accaduto, nella percezione dei coetanei la tendenza generale di chi assiste è di non intervenire e allontanarsi o addirittura di assistere divertiti; riferire agli adulti risulta una reazione meno frequente e comunque più appartenente ai ragazzi delle scuole medie. Rimanere passivi di fronte al fenomeno sembra essere la modalità prevalente anche per le vittime soprattutto per la paura di possibili ripercussioni. Sembra essere proprio tale silenzio di tutti gli attori coinvolti a mantenere e rinforzare il comportamento dei bulli. Come già evidenziato, il 24% degli studenti ritiene che le vittime non si espongono perché tanto "non cambia niente". La stragrande maggioranza dei ragazzi, invitati a suggerire strategie di fronteggiamento, indica nel maggior controllo da parte degli adulti e nella punizione degli aggressori le modalità privilegiate, insieme all'approfondimento della conoscenza e della discussione sul fenomeno. Secondo i nostri adolescenti dunque, azioni di prevenzione e di contrasto alla diffusione del bullismo, non possono che richiedere adulti più consapevoli e coinvolti, che riconoscano il proprio ruolo di guida e di garante delle regole, assumendosi la responsabilità di porre dei limiti, fermando e disapprovando le prepotenze di cui vengono a conoscenza.

In un'ottica di tipo preventivo- promozionale e sulla base delle considerazioni emerse dalla nostra ricerca e dalla letteratura, si è pensato ad un intervento universale e multilivello da attuare all'interno delle scuole medie inferiori e rivolto a studenti, insegnanti e genitori. Nel dettaglio l'intervento vuole:

- Sensibilizzare ed informare sulle tematiche in oggetto tutti i soggetti destinatari;
- Promuovere nei ragazzi abilità sociali in grado di prevenire la comparsa di episodi di bullismo;
- Fornire agli adulti significativi strumenti idonei per un intervento preventivo e riparativo.

L'ipotesi progettuale è che la sensibilizzazione e l'informazione unitamente alla promozione delle abilità sociali nei ragazzi e al possesso da parte degli agenti educativi degli strumenti idonei per un intervento preventivo efficace possano ridurre gli episodi di bullismo. L'intervento è costituito da tre moduli distinti:

Il primo modulo prevede un progetto biennale rivolto agli studenti delle classi I e II delle scuole medie inferiori dei Comuni del Distretto VT4 con le finalità di ridurre gli episodi di bullismo nelle scuole e incrementare nei ragazzi relazioni interpersonali positive ed adeguate. Nel dettaglio si propone di sensibilizzare gli alunni al tema delle prepotenze e fornire loro conoscenze adeguate sul fenomeno, promuovere le abilità socio-comunicative quali l'ascolto, il *problem solving* e l'assertività e incrementare l'alfabetizzazione emotiva. Riprendendo il triplice obiettivo, si prevedono tre fasi:

- Una prima fase di sensibilizzazione e informazione rispetto al bullismo, con l'intenzione di restituire agli studenti il quadro reale del fenomeno sul loro territorio, così come i loro compagni lo hanno identificato e stimolare una riflessione tra loro su tali dati;
- Una seconda fase dedicata al *training* socio-comunicativo, che verterà sull'*assertive training*, la capacità di ascolto ed il *problem solving*;
- Una terza fase dedicata al *training* emotivo, finalizzata a sviluppare un adeguato vocabolario emozionale ed acquisire conoscenze corrette sulle emozioni e sulle loro funzioni.

Per ogni fase si prevede un numero definito di incontri di classe di 2 ore ciascuno, realizzati da un formatore con l'intero gruppo classe ed in presenza di uno stesso insegnante di riferimento. Gli incontri prevedono un coinvolgimento ed una partecipazione attiva degli studenti alla discussione, alternando momenti di lavoro individuale a discussioni guidate collettive per il confronto delle riflessioni individuali.

Gli strumenti utilizzati saranno costituiti da schede di lavoro, per la riflessione individuale, *circle-time*, per il confronto in gruppo, *role-playing* per la sperimentazione diretta delle strategie proposte e *brainstorming*.

Durante l'ultimo incontro di restituzione viene fornito ai partecipanti un quadro generale del percorso svolto, una sintesi del percorso realizzato, dei temi trattati e dei punti salienti emersi; vengono distribuiti materiali informativi (lucidi, fotocopie, ecc.) e indicati riferimenti bibliografici utili per i successivi lavori da svolgere con alunni.

Viene, inoltre, richiesto un *feedback* degli incontri attraverso la somministrazione e compilazione di un questionario anonimo di valutazione del progetto.

Il secondo modulo prevede un *training* formativo rivolto agli insegnanti da svolgersi all'interno della prima annualità, con la finalità di creare relazioni più positive all'insegna di maggiore rispetto, comprensione e cooperazione, tra i diversi sottosistemi presenti all'interno del gruppo classe (alunni-alunni; alunni-insegnanti; ecc.). Il secondo modulo prevede tre fasi relative a:

- L'informazione e la formazione teorica sul tema delle prepotenze;
- L'implementazione di metodologie e strategie idonee ad una prevenzione efficace del bullismo quali l'ascolto attivo ed il *problem solving*;
- L'implementazione di strumenti di intervento riparativo adeguati per fronteggiare l'emergenza, in particolare saranno presentati il *No Blame approach* (l'approccio senza colpevoli), il metodo dell'interesse condiviso e il contratto educativo.

Il programma viene realizzato attraverso una serie di incontri di 4 ore realizzati da un formatore con il corpo docente e un incontro di *follow up*, suddivisi in due parti: la prima, di carattere prevalentemente informativo/formativo, prevede la trattazione teorica di alcuni aspetti chiave; successivamente vengono proposte attività pratiche, individuali e /o di gruppo, (discussioni, simulate, schede stimolo, ecc) che consentono di sperimentare direttamente quanto appreso e discusso nella prima fase dell'incontro e fornire strategie e strumenti idonei per interventi sia preventivi che riparativi. Gli incontri prevedono un coinvolgimento ed una partecipazione attiva degli insegnanti alla discussione, alternando momenti di lavoro individuale a discussioni guidate collettive per il confronto delle riflessioni individuali.

Gli strumenti utilizzati saranno costituiti da un questionario anonimo, schede di lavoro per la riflessione individuale discussione e confronto in gruppo.

Durante l'ultimo incontro di restituzione viene fornito ai partecipanti un quadro generale del percorso svolto, una sintesi del percorso realizzato, dei temi trattati e dei punti salienti emersi; vengono distribuiti materiali informativi (lucidi, fotocopie, ecc.) e indicati riferimenti bibliografici utili per i successivi lavori da svolgere con alunni. Viene, inoltre, richiesto un *feedback* degli incontri attraverso la somministrazione e compilazione di un questionario anonimo di valutazione del progetto.

Il terzo modulo prevede un progetto annuale rivolto ai genitori dei ragazzi, con la finalità di incrementare nei genitori le competenze necessarie a prevenire e contrastare comportamenti di bullismo

nei figli. Tale fase si configura come un programma di *parent training* e prevede una serie di incontri da realizzare con il gruppo genitoriale nel corso del primo a.s. dei figli nella scuola. Gli incontri dureranno 90 minuti circa e saranno tenuti settimanalmente da un formatore con una modalità atta a stimolare la partecipazione attiva ed il coinvolgimento diretto dei genitori. Ciascuno di questi incontri sarà monotematico ed esperienziale, tratterà cioè un tema specifico, fornendo ai genitori le conoscenze teoriche necessarie ed una serie di strategie e competenze pratiche da poter attuare con i propri figli, e coinvolgerà i genitori in attività individuali e a piccoli gruppi volte a stimolare la riflessione e la discussione. Al termine di ogni incontro verranno rilasciate loro delle schede riassuntive con le informazioni ed i suggerimenti operativi discussi, in modo che essi possano rivederle all'occorrenza, e saranno previste attività che i genitori dovranno svolgere a casa per esercitare le competenze oggetto del corso.

Gli strumenti utilizzati saranno: Test: *Stress Parent Index –SPI*, Questionario di efficacia percepita del progetto svolto, Schede di lavoro per la riflessioni individuali ed in piccoli gruppi, *Circle Time* per la discussione collettiva, *Role-playing*, Schede riassuntive dei singoli incontri, *Homework*.

Il disegno d'analisi per ogni modulo è semi-sperimentale con pre-test e post-test, senza gruppo di controllo (O1 – T – O2).

BIBLIOGRAFIA

- Baldini F. (2004), *Homework un'antologia di prescrizioni*, McGraw-Hill Italia.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2000), *La promozione delle abilità sociali. Descrizione di un programma di addestramento*, Edizioni AIPRE, Roma.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2004), *La promozione delle capacità personali. Teoria e prassi*, Franco Angeli, Milano.
- Cucinato M., Savo P., (1998), *Lavorare con le famiglie. Programmi, interventi, valutazione*, Carocci, Roma.
- Di Pietro M., (1999), *L'ABC delle mie emozioni. Corso di alfabetizzazione socio-affettiva*, Erikson. Trento.
- Fedeli D. (2007), *Strategie antibullismo*, Giunti, Firenze.
- Fedeli D. (2007), *Bullismo oltre. vol. 1 : dai miti alla realta' : la comprensione del fenomeno*, Vannini, Trento.
- Fedeli D., (2007), *Bullismo oltre. vol. 2: verso una scuola prosociale: strategie preventive e di intervento sulla crisi*, Vannini, Trento.
- Francescato D., Cudini S., Putton A. (2001), *Star bene insieme a scuola. Strategie per un'educazione socio-affettiva dalla materna alla media inferiore*, Carocci, Roma.
- Fonzi, A. (1997), *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia. Ricerche e prospettive d'intervento*, Giunti, Firenze.
- Fonzi A. (1999), *Il gioco crudele. Studi e ricerche sui correlati psicologici del bullismo*, Giunti. Firenze.
- Menesini E. (2000), *Bullismo, che fare?*, Giunti, Firenze.
- Olweus D. (1993), *Bullismo a scuola*, Giunti, Trad. it. 1996, Firenze.

2.2.4. PROGETTO “SYNERGOS” di Raffaella Salomone*

Progetto di prevenzione/individuazione precoce dei disturbi specifici di apprendimento.

1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1. Descrizione e classificazione

Parlando dei disturbi di apprendimento si fa riferimento alla definizione “*Learning Disabilities*” (LD), comparsa nel 1988 in America, formulata dal National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD) un’organizzazione americana rappresentativa di varie organizzazioni del campo. Secondo tale definizione “i disturbi specifici di apprendimento (LD) costituiscono un termine di carattere generale che si riferisce a un gruppo eterogeneo di disordini che si manifestano con significative difficoltà nell’acquisizione e uso di abilità di comprensione del linguaggio orale, espressione linguistica, lettura, scrittura, ragionamento o matematica. Questi disordini sono intrinseci all’individuo, presumibilmente legati a disfunzioni del sistema nervoso centrale e possono essere presenti lungo l’intero arco di vita. Problemi relativi all’autoregolazione del comportamento, alla percezione e interazione sociale possono essere associati al disturbo di apprendimento, ma non costituiscono, per se stessi, dei disturbi specifici di apprendimento. Benché possa verificarsi in concomitanza con altre condizioni di handicap (danno sensoriale, ritardo mentale, serio disturbo emotivo) o con influenze esterne come le differenze culturali, insegnamento insufficiente o inappropriato, i disturbi specifici di apprendimento non sono i risultati di queste condizioni o influenze” (Hammill, 1990, 77). Tale definizione ci informa riguardo i principali fattori di esclusione dei disturbi; i bambini con disturbi di apprendimento presentano difficoltà di apprendimento non dovute a handicap o a fattori esterni. È importante sottolineare che il bambino con disturbo specifico di apprendimento ha un’intelligenza superiore o nella norma, alla quale non corrisponde un’adeguata resa scolastica. Inoltre, dalla definizione, emerge l’ipotesi che le difficoltà di apprendimento siano associate a qualche forma di disfunzione del sistema nervoso centrale; esistono al riguardo alcuni indizi, molto poco certi, che fanno pensare a uno sviluppo neurologico atipico (in passato i disturbi di apprendimento erano noti sotto l’espressione “disfunzione cerebrale minima”) (Cornoldi, 1991, 31).

La definizione di LD mostra alcune caratteristiche frequentemente associate alle difficoltà scolastiche; il bambino con disturbi di apprendimento può presentare problemi di interazione sociale con i pari e con gli adulti, può avere difficoltà di percezione sociale intesa come capacità di capire cosa gli altri pensano, desiderano e di comprendere i loro messaggi verbali e non verbali. Molti disturbi di apprendimento comportano anche problemi sociali. Infine, la definizione mette in rilievo la difficoltà di autoregolazione spesso associata ai disturbi di apprendimento; il soggetto manifesta una rilevante difficoltà di controllo autonomo del proprio comportamento in rapporto ai segnali che provengono dall’esterno.

Per quanto concerne il contesto italiano dal gennaio 2007 sono disponibili *le Raccomandazioni per la pratica clinica sui disturbi specifici dell’apprendimento* (sigla DSA) elaborate con il metodo della *Consensus conference* dai rappresentanti delle principali organizzazioni dei professionisti che si occupano di questi disturbi (psicologi, logopedisti, neuropsichiatri infantili, pediatri ecc).

* Raffaella Salomone, Psicologa, psicoterapeuta CC, A.I.PRE., Email: raffaella.salomone@libero.it

Nelle Raccomandazioni si ribadisce che la principale caratteristica di definizione di questa “categoria nosografica” è quella della “specificità”, con riferimento al fatto che il disturbo interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale. In questo senso, il principale criterio necessario per stabilire la diagnosi di disturbo specifico dell’apprendimento, DSA, è quello della *discrepanza* tra abilità nel dominio specifico interessato (deficitaria in rapporto alle attese per l’età e/o la classe frequentata) e l’intelligenza generale (adeguata per l’età cronologica).

Anche se esistono alcune difformità (anche al livello internazionale) su come concettualizzare, operazionalizzare e applicare il criterio della “discrepanza”, la Consensus ha rilevato un sostanziale accordo sul fatto che:

- La compromissione dell’abilità specifica deve essere significativa, che sarebbe operazionalizzabile nei termini di una prestazione inferiore a -2ds dai valori normativi attesi per l’età o la classe frequentata (qualora non coincida con l’età del bambino);
- Il livello intellettivo deve essere nei limiti di norma che, operazionalizzato, significa un QI non inferiore a -1ds (equivalente di solito a un valore di 85) rispetto ai valori medi attesi per l’età.

Per la descrizione dei disturbi di apprendimento si fa riferimento all’ICD-10 e al DSM IV- i quali concordano sui seguenti punti:

- L’uso del termine disturbo specifico dell’apprendimento si riferisce a difficoltà specifiche di lettura (dislessia), di scrittura (disgrafia e disortografia) e di calcolo (discalculia);
- Le difficoltà di lettura, scrittura, calcolo possono anche presentarsi insieme;
- I fattori biologici possono avere un peso nei disturbi di apprendimento;
- Si esclude dalla categoria quei soggetti le cui basse prestazioni scolastiche siano attribuibili ad altri motivi, come minorazioni cognitive e sensoriali, problematiche psicologiche e relazionali. In questi casi si parlerà rispettivamente di handicap, di inibizione intellettiva e di deprivazione culturale ma non di disturbi di apprendimento;
- È opportuno distinguere le difficoltà scolastiche dai disturbi di apprendimento: un soggetto con disturbi di apprendimento presenterà difficoltà scolastiche ma non è vero il contrario;
- Bisogna distinguere tra disturbi di apprendimento veri e propri, nella lettura, scrittura, calcolo, e le difficoltà che ad essi si possono associare ma che non rientrano in questa categoria, come l’iperattività o disturbi del linguaggio. (Biancardi, Milano, 2001,62).

Nel DSM V si introducono novità: non si ritiene ci siano motivazioni sufficienti per una differenziazione dei disturbi, presenta un unico disturbo. Si specifica la gravità del disturbo in: lieve, moderata e severa correlata al livello di adattabilità del soggetto.

1.2. Dati epidemiologici

L’incidenza di questi disturbi è stimabile mediamente attorno al 3/4% a seconda dell’età, nonché dei criteri e degli strumenti utilizzati dai ricercatori. Si tratta in ogni caso di valori importanti, poiché questo significa che in media ci possiamo aspettare la presenza di un alunno per classe con queste difficoltà.

Esiste comunque un’ampia variabilità nei dati esistenti e questo ha portato la Consensus Conference a costituire un gruppo specifico che si dedicherà alla raccolta di dati epidemiologici affidabili riferiti alla realtà italiana (Cornoldi, 2007).

1.3. Eziopatogenesi

Dal punto di vista generale, si possono identificare cause organiche e non organiche del disturbo di apprendimento. Alcune definizioni di *learning disability* restringono la problematica solo ai casi organici,

identificati o comunque supposti tali (Hammill, 1990,74-84). La ricerca di una comune traccia neurobiologica, presumibilmente valida per tutti gli individui con disturbi di apprendimento, è non solo riduttiva ma anche impossibile. Nei disturbi di apprendimento pur concordando su un'ipotesi biologica, non ci si può fermare a questa osservazione, ignorando il contesto, l'ambiente sociale, il mondo culturale, gli affetti e le emozioni in cui un bambino nasce e cresce. Fattori che hanno un ruolo nel facilitare o nell'inibire le capacità di un bambino, quale che sia il suo profilo genetico. A tale proposito, di seguito ci soffermeremo soprattutto sui fattori causativi non organici.

Fattori organici

Nel delineare le cause organiche dei disturbi di apprendimento si fa riferimento a cinque ipotesi: l'ipotesi visiva, uditiva, dell'integrazione e automatizzazione delle funzioni, quella neurobiologica e genetica.

Fattori psicologici: deficit cognitivi e metacognitivi

L'attenzione, la memoria e il ragionamento sono le abilità cognitive generali, connesse a fattori metacognitivi, più direttamente implicate nell'apprendimento scolastico.

Deficit di attenzione

L'attenzione svolge una funzione particolare sia nei processi automatici, che non richiedono sforzo attentivo, che in quelli controllati basati sulla consapevolezza e sull'intenzionalità di raggiungere un certo scopo. Esistono soggetti che non prestano attenzione negli apprendimenti scolastici e non riescono ad acquisire le abilità e le conoscenze necessarie per proseguire nel proprio percorso scolastico; molti alunni con difficoltà attentive manifestano un ritardo di apprendimento registrando prestazioni scolastiche inferiori alla media. Le difficoltà maggiori si manifestano nel mantenimento dell'attenzione per un tempo sufficientemente prolungato, tale da permettere di seguire le istruzioni necessarie per lo svolgimento del compito. Il problema principale dei bambini con deficit d'attenzione non riguarda l'attenzione selettiva; capiscono l'importanza di quello che leggono e scrivono, sono in grado di distinguere le informazioni importanti da quelle irrilevanti ma sembra che per loro sia impossibile resistere dalla tentazione di prestare attenzione alle informazioni più affascinanti ma inutili in funzione del compito (Cornoldi *et al.*, 2000, 10).

Deficit di memoria

La memoria si può definire come la funzione cognitiva che ci permette di codificare, conservare nel tempo e recuperare le informazioni tratte dalla nostra esperienza quotidiana. I soggetti che presentano difficoltà di memoria incontreranno problemi di apprendimento. Il disturbo di memoria non riguarda la disabilità nel conservare informazioni ma l'incapacità di applicare le proprie risorse mnemoniche agli apprendimenti rilevanti. I disturbi di apprendimento possono essere generati da problemi nei diversi tipi di memoria. I soggetti con disturbi di apprendimento presentano anche deficit relativi alla metamemoria che riguarda la conoscenza e il controllo dei processi di memoria; essa comprende tutte le conoscenze relative alle proprie capacità mnemoniche e le strategie che usa nelle diverse prestazioni.

Difficoltà nel ragionamento

Il pensiero, inteso come capacità di *problem solving* e di ragionamento, svolge un ruolo importante nell'apprendimento scolastico. Diversi soggetti con disturbi di apprendimento manifestano difficoltà di soluzione di problemi anche concreti, facilmente rappresentabili; si possono riscontrare elementi di complessità che ne pregiudicano la comprensione e la conseguente soluzione.

Fattori socio-culturali

In Italia il ruolo dell'ambiente è stato ampiamente documentato in vaste ricerche che hanno messo in relazione capacità, successo di apprendimento e svantaggio. Con particolare riferimento alla dislessia, Sava

e Buffadini (1981,405-419) sono giunti addirittura alla conclusione che esiste un tipo di dislessia (prevalente nelle femmine) che è da ricondurre a soli fattori di ordine ambientale.

Fattori educativi familiari ed extrafamiliari

Alcuni fattori familiari ed educativi di varia natura possono concorrere allo sviluppo dei disturbi dell'apprendimento in interazione con fattori organici. Ad esempio il deficit di istruzione può compromettere l'apprendimento del soggetto: esso può essere dovuto a storie particolari del ragazzo (lunghe assenze, mutamenti di scuole o di insegnante) o a metodi inadeguati didattici inadeguati utilizzati sulla scia delle mode didattiche (Cornoldi, 1991, 53).

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

L'identificazione precoce di rischio di Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) e l'intervento

L'identificazione di problemi percettivi, fonologici, linguistici, concettuali e comportamentali presenti nei bambini affetti da Disturbo Specifico dell'Apprendimento ha sollecitato la riflessione sulla possibilità di riconoscerli prima dell'inizio della scuola primaria e di intervenire su di essi per prevenire possibili problematiche scolastiche. La storia del settore si è dunque caratterizzata molto presto per progetti ambiziosi di identificazione e intervento precoce.

Le ricerche di Badian (1988) valorizzano la funzione dell'identificazione precoce nel produrre possibili esiti a lungo termine. Lo studioso ha riesaminato, dopo otto anni di scolarizzazione, 116 bambini identificati a rischio all'asilo, osservando come le previsioni avessero focalizzato il problema del 75% dei ragazzi. Badian riscontrò che le caratteristiche che differenziano questo gruppetto dagli altri studenti senza problemi, riguardavano la storia della nascita, la presenza di disturbi di apprendimento in famiglia, lo status socioeconomico e il ritardo linguistico.

Le meta-analisi (Ehri *et al.* 2001) confermano che problemi linguistici (in modo particolare nella comprensione orale e nella consapevolezza fonologica) sono fra i migliori predittori dei disturbi di lettura e scrittura, che inadeguate rappresentazioni della quantità predicono il disturbo di calcolo e problemi del temperamento sono associati alla comparsa di ADHD.

A livello nazionale sono state svolte alcune ricerche, ma con un orizzontale temporale più ristretto, limitato, per quello che ci risulta, ad un massimo di due anni. In una di esse, Cornoldi e Pra Baldi (1979) hanno visto come semplici questionari osservativi compilati da insegnanti hanno una capacità predittiva comparabile a quella di test individuali. Essi hanno pertanto suggerito di iniziare le procedure di screening con un questionario osservativo e quindi procedere ad una valutazione approfondita mediante test cognitivi individuali dei soli bambini con punteggi bassi al questionario (Corcella, Tretti, Terreni, Tressoldi, Cornoldi, 2002).

La legge 170 del 9 Ottobre 2010, in merito alle Nuove norme in materia dei disturbi specifici di apprendimento, avvalorava il ruolo della scuola e tra le finalità indica la necessità di favorire la diagnosi precoce. In merito alla diagnosi, la legge afferma che è compito della scuola anche dell'infanzia, attivare previa comunicazione alle famiglie, interventi tempestivi e idonei a individuare i casi sospetti di dsa.

Dsa e benessere psichico

I disturbi specifici dell'apprendimento, pur avendo caratteristiche di specificità, possono incidere oltre che sulle competenze scolastiche dei bambini anche sul loro benessere psichico. I bambini con Dsa presentano frequentemente storie di insuccesso nella scuola dell'obbligo che spesso finiscono per compromettere non solo la carriera scolastica ma ostacolano anche lo sviluppo della personalità e un adattamento sociale equilibrato. (Stone & LaGreca, 1990). In base ai dati raccolti nel contesto italiano più

dell'80% dei bambini con Dsa presentano anche problemi di adattamento sociale (Bocchini & Zanon, 2001). Diverse ricerche rivelano la correlazione tra disturbo di apprendimento e disagio sociale caratterizzato da scarsa autostima, senso di inadeguatezza, isolamento e problemi relazionali (Cornoldi, 1999). Di solito tali bambini sono meno benvoluti e più facilmente respinti rispetto ai compagni.

Dsa e metodo di studio

Negli ultimi anni sono stati sempre più numerosi i contributi che hanno evidenziato l'importanza di insegnare ai ragazzi un buon metodo di studio per la riuscita scolastica. Il successo di tali interventi è tuttavia sicuramente migliore se si coinvolge anche l'ambiente familiare (D'urso, Cuocolo, Olivieri, 2014).

3. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO

3.1. Fattori di rischio

Fattori di rischio aspecifici

- Esposizione a due o più anestesie generali successive al parto, prima del quarto anno di vita (Wilder, 2009)
- Sesso maschile (Sauver, 2001)
- Storia genitoriale di alcolismo o di disturbo di sostanze in preadolescenti maschi tra i 10 e 12 anni (Martin, 2000)
- Familiarità: un genitore affetto da dsa (Lyytinen, 2004)
- Esposizione prenatale alla cocaina (Marrow, 2006)
- Basso peso alla nascita (Aarnoudse-Moens, 2009)
- Esposizione al fumo materno durante la gravidanza (Batstra, 2003)

Fattori di rischio specifici

- Disturbo del linguaggio (Baker, 1987)
- Ritardo nelle acquisizioni prassiche più complesse, difficoltà nelle competenze grafico-rappresentative (Isola, Mancini, 2007)
- Deficit nel processamento visivo e uditivo della parola (Cornoldi, 2009)
- Scarse competenze metafonologiche (Cornoldi, 2009)

3.2. Fattori protettivi

Fattori Protettivi aspecifici

- Intervento tempestivo (Isola, Mancini, 2007)
- Supporto della famiglia (Torresan, Poli, Bigarella, Fincanto, 2014)
- Motivazione ad apprendere (De Beni, 2003)

Fattori protettivi specifici

- Rilevazione da parte dell'insegnante degli indicatori precoci di dsa (Tretti, Terreni, Corcella, 2002)
- Lettura congiunta (De Fabritiis, Guarnaccia, 2014)
- Gruppi di auto-mutuo aiuto (Maestretta, Moroni *et al*, 2014)

4. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA D'INTERVENTO

5.1. Finalità

Il progetto intende realizzare le seguenti azioni:

Azione di collaborazione

- Tra docenti per la realizzazioni di interventi didattici condivisi a favore dei soggetti maggiormente a rischio di Dsa
- Tra docenti e genitori per realizzare processi di coeducazione scuola-famiglia
- Tra genitori per valorizzare e sostenere le capacità genitoriali attraverso la condivisione, la riflessione e l'aiuto reciproco

Azione di rilevazione

- Dello stato dei prerequisiti di tipo cognitivo-apprenditivo
- Dello stato degli apprendimenti
- Delle abilità di studio

Azione di formazione

(Rivolta ai docenti)

- Per offrire conoscenze sul fenomeno delle difficoltà e disturbi di apprendimento
- Per fornire competenze funzionali all'identificazione precoce di rischi di Dsa
- Per promuovere l'acquisizione di metodologie e strategie funzionali al potenziamento del processo di insegnamento- apprendimento e al recupero della motivazione allo studio

(Rivolta ai genitori)

- Per offrire conoscenze sul fenomeno delle difficoltà e disturbi di apprendimento
- Per fornire competenze funzionali all'identificazione precoce di rischi di Dsa
- Per offrire conoscenze e competenze funzionali ad un intervento adeguato nell'aiuto a casa

Azione di promozione

(Rivolta agli allievi)

- Dei prerequisiti cognitivi- apprenditivi carenti
- Dei processi apprenditivi deficitari (lettura, scrittura e calcolo)
- Delle abilità di studio

Azione di consulenza

- Didattica rivolta ai docenti
- Metodologica rivolta agli studenti

Azione di verifica

4.2. Obiettivi specifici

A conclusione del progetto, *i docenti*, in collaborazione con uno psicologo esperto di Dsa, sapranno:

- Individuare i soggetti a "rischio" di difficoltà di apprendimento attraverso l'osservazione strutturata
- Valutare in modo approfondito i prerequisiti degli apprendimenti scolastici di base in collaborazione con un psicologo esperto di Dsa

- Valutare in modo approfondito lo stato degli apprendimenti scolastici di base in collaborazione con un psicologo esperto di Dsa
- Valutare le abilità di studio, gli stili cognitivi e le componenti motivazionali dell'apprendimento in collaborazione con un psicologo esperto di Dsa
- Inviare casi specifici a strutture sanitarie preposte
- Elaborare profili individualizzati dei soggetti a rischio di Dsa
- Ipotizzare interventi mirati e specifici
- Adottare strategie efficaci per realizzare azioni di coeducazione con i genitori
- Utilizzare la metodologia metacognitiva
- Utilizzare metodologie didattiche innovative attraverso l'ausilio di strumenti didattici alternativi, dispensativi e compensativi, (es: libro digitale, audio libro, libro parlato)
- Organizzare gruppi secondo la metodologia del *cooperative learning*

I genitori

- Riformulare aspettative realistiche nei confronti dei propri figli
- Rimuovere variabili interferenti di natura familiare in riferimento alla motivazione allo studio
- Partecipare alle attività previste dal progetto
- Collaborare con i docenti su progetti individualizzati
- Adottare strategie funzionali

Allievi

- Utilizzare le competenze acquisite al livello cognitivo- apprenditivo
- Raggiungere gli obiettivi didattici concordati
- Partecipare alla didattica di classe
- Sperimentare successi scolastici

4.3. Descrizione dell'intervento

L'intervento, che si svilupperà lungo un intero anno scolastico (da Ottobre a Giugno), si articola in otto fasi: la prima è dedicata alla presentazione del progetto a insegnanti e genitori; la seconda alla formazione degli insegnanti; la terza e la quarta alla valutazione e all'approfondimento delle difficoltà apprenditive rilevate attraverso *screening*; la quinta alla restituzione dei risultati emersi a insegnanti e genitori; la sesta all'intervento con gli allievi attraverso l'attivazione di laboratori didattici; la settima alla formazione dei genitori attraverso un *parent training*; l'ottava fase è dedicata alla supervisione dell'intervento dei genitori e degli insegnanti attraverso l'attivazione di uno sportello didattico; infine, la nona alla valutazione dei risultati.

La prima fase, finalizzata alla presentazione del progetto ad insegnanti e genitori, si realizza attraverso un incontro formativo della durata di circa un'ora e mezzo. Lo scopo principale è quello di informare i partecipanti al progetto su quanto si realizzerà in concreto con le classi, ma soprattutto di sensibilizzare loro sull'importanza della prevenzione delle difficoltà apprenditive attraverso l'identificazione precoce.

La seconda fase, focalizzata sulla formazione degli insegnanti, mira a fornire conoscenze sulle difficoltà e sui disturbi di apprendimento e soprattutto a formare competenze specifiche per la realizzazione di screening, in collaborazione con esperti, e progettazione di interventi didattici mirati. Per realizzazione del percorso formativo si prevedono 30 ore di lezioni frontali organizzate in 10 incontri pomeridiani della durata di 3 ore.

La terza e quarta fase, finalizzata alla rilevazione delle difficoltà di apprendimento nelle diverse classi, è dedicata alla realizzazione di *screening* articolati in tre sottofasi: somministrazione degli strumenti, correzione e interpretazione dei risultati, elaborazione del profilo di classe e dei profili individuali. Dopo una valutazione di primo livello, attraverso lo *screening*, si prevede una fase successiva di approfondimento dei soggetti individuati a “rischio”, al fine di rilevare possibili casi di falsi positivi ed ottenere una precisa definizione dei profili individualizzati degli allievi, sulla base dei quali ipotizzare interventi mirati e specifici.

La quinta fase, è dedicata alla restituzione dei profili di classe ad insegnanti e genitori attraverso un incontro della durata di circa due ore; si prevede anche la restituzione dei profili individuali ai genitori, insegnanti e allievi interessati, da realizzare in incontri individuali da concordare in orari pomeridiani. Tale fase mira, oltre alla condivisione dei risultati emersi in fase valutativa, all’organizzazione dell’intervento didattico da realizzare in sinergia tra le diverse parti: insegnanti, genitori, esperti.

Nella sesta fase, si procede alla realizzazione dell’intervento attraverso l’attivazione di laboratori didattici per gruppi di allievi che risultano presentare profili apprenditivi a “rischio”. I laboratori didattici, organizzati in incontri della durata di 2 ore, si svolgono in orari pomeridiani con una frequenza bimensile.

La settima fase, dedicata alla formazione dei genitori, è finalizzata alla trasmissione di conoscenze e competenze specifiche per supportare l’intervento didattico intrapreso con gli allievi nel momento dei compiti. Il percorso formativo è organizzato attraverso incontri di parent training della durata di 3 ore da realizzare in orari pomeridiani a cadenza mensile.

Il progetto prevede, nella ottava fase, l’attivazione di sportelli didattici ed educativi rivolti a docenti e genitori per supervisionare il loro intervento e fornire sostegno per problematiche inerenti. Gli sportelli sono attivi al mattino con una frequenza mensile.

Infine, si predispose una nona fase, finalizzata alla valutazione finale dei risultati emersi dall’intervento, in cui si realizza la ri-somministrazione degli strumenti utilizzati in fase di screening.

4.4. Esempio di attività

Di seguito è presentata l’attività di *screening* a cui hanno partecipato gli allievi dell’ultimo anno della scuola di Infanzia e della prima classe della scuola primaria con relativi insegnanti

Primo *screening*

Destinatari: bambini ultimo anno scuola materna e prima classe scuola primaria

Finalità: Limitare il disagio e la conseguente dispersione scolastica; Migliorare la qualità della scuola; Favorire la continuità didattica tra Scuola Materna e Scuola Elementare.

Obiettivo: Individuare in modo veloce i soggetti a “rischio” di difficoltà di apprendimento avvalendosi delle osservazioni degli insegnanti.

Strumenti: IPDA, questionario osservativo per l’identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento. La compilazione è a cura dagli insegnanti, mentre la correzione e l’interpretazione viene effettuata da uno psicologo dell’apprendimento. PS, griglia di osservazione per l’insegnante durante prove di studio.

Approfondimento

Destinatari: bambini della fascia d’età suddetta, individuati a “rischio”

Obiettivi: Valutare in modo approfondito i prerequisiti degli apprendimenti scolastici di base; Rilevare possibili casi di falsi positivi; Ottenere una precisa definizione dei profili individualizzati dei bambini, sulla base dei quali ipotizzare interventi mirati e specifici.

Strumenti: Batteria di approfondimento; Tale batteria è composta da prova tratte da strumenti diversi: PRCR-2 (Cornoldi e gruppo MT), TPV (Hammill), Prova Ran (Tretti), Rustioni (Lancaster), Analisi dei prerequisiti (Pedrabissi, Santinelli). La batteria così composta valuta abilità trasversali e prerequisiti specifici; tra le abilità trasversali saranno valutate la metacognizione e la concentrazione visiva, per gli apprendimenti scolastici saranno valutati la letto-scrittura, la scrittura, il calcolo.

Intervento di potenziamento

Destinatari: bambini confermati a “rischio”

Obiettivo: potenziamento delle abilità carenti per ridurre le difficoltà in vista del successivo inserimento nella scuola

Strumenti: materiali specifici per costruire piste di lavoro, di tipo didattico, mirate alla classe o al singolo

Re- test : FASI

- Presentazione del progetto al dirigente scolastico
- Presentazione ai genitori
- Presentazione al corpo docente
- Fase osservative
- Fase di codifica e interpretazione
- Individuazione soggetti ‘a rischio’
- Approfondimento
- Pianificazione intervento
- Condivisione con i genitori
- Istruzioni didattiche agli insegnanti
- Attivazione sportello didattico
- Valutazione intervento e restituzione ai genitori e agli insegnanti
- Verifica finale con il dirigente scolastico

5. VALUTAZIONE

Verifica iniziale (misurazione degli standard d'ingresso degli allievi; rilevazione dei bisogni formativi; definizione di obiettivi operativi per ciascun destinatario coinvolto nel progetto);

Verifica intermedia (monitoraggio di tutti i processi attivati, misurazione di obiettivi a breve e medio termine, supervisione in situ dell'azione didattica dei docenti che lo desiderano, report);

Verifica finale (rilevazione e misurazione dei risultati conseguiti dagli allievi delle classi coinvolte; qualità percepita da parte del dirigente scolastico, dei docenti, dei genitori, degli allievi; testimonianze privilegiate; misurazione delle azioni implementate; relazione finale).

Nella valutazione iniziale e finale si utilizzeranno i seguenti strumenti di misurazione:

- IPDA- Questionario per l'identificazione precoce delle difficoltà di apprendimento (Terreni, Tretti, 2002)
- PS- Prova di studio (De Beni, Moè, Cornoldi, 2003)
- QAS- Questionario per la valutazione dell'Approccio allo studio (De Beni, Moè, Cornoldi, 2003)
- AC-MT (Lucangeli, Tressoldi, Fiore, 1998)
- Prove di comprensione –MT (Cornoldi, Colpo, 1995)

BIBLIOGRAFIA

- Aarnoudse – Moens CSH *et al.*. (2009). *Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children*. *Pediatrics*;124(2):717-28.
- A.P. A. (2001), *DSM- IV- TR, Manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali Text Revision*, Masson, Milano.
- A.P. A. (2013). *DSM-V, Manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.
- Badian N.A. (1988), *The prediction of good and poor reading before kindergarten entry: A nine-year follow-up*, in "Journal of Learning Disabilities", 21, 98.
- Baker L. *et al.*. (1987). A prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 26(4):546-53.
- Batstra L., *et al.*. (2003), Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioural problems and academic achievement in childhood: prospective evidence from a Dutch birth cohort. *Early Human Development*, 75(1-2):21-33.
- Biancardi A., Milano G. (2001), *Quando un bambino non sa leggere*, Rizzoli, Milano.
- Bocchini E. & Zanon O. (2001)., Autostima, apprendimento e posizione sociometrica nella classe: quali relazioni?, in *Difficoltà di Apprendimento*, 6 (3), 297-312, Erickson, Trento.
- Consensus Conference (2007), *Disturbi evolutivi specifici di apprendimento*, Milano, 26 Gennaio.
- Cornoldi C., Colpo G. (1995), *Nuove prove di lettura MT per la scuola media inferiore*, Organizzazioni speciali, Firenze.
- Cornoldi C. (1999), *Le difficoltà di apprendimento a scuola*, Il Mulino, Milano.
- Cornoldi C. *et al.*. (2000), *Attenzione e metacognizione*, Erickson, Trento.
- Cornoldi C. (2007), *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*, Il Mulino, Bologna.
- Cornoldi C., Pra Baldi A. (1979). Funzioni mnestiche, percettive e linguistiche implicate nei primi apprendimenti scolastici: un'indagine su alcuni strumenti predittivi, in *AP-Rivista di Applicazioni Psicologiche*, 1, 733-773, Franco Angeli, Milano.
- Cornoldi P., Tressoldi M. L., Tretti e C. Vio (2010), Il primo strumento compensativo per un alunno con dislessia: un efficiente metodo di studio, in *Dislessia*, Vol 7, gen 2010 pag 77-87, Erickson, Trento.
- De Beni R., Moè A. (2002), *Motivazione e apprendimento*, Il Mulino, Bologna.
- De Beni R., Moè A., Cornoldi C. (2003), *AMOS –Abilità e motivazione allo studio: prove di valutazione e orientamento*, Erickson, Trento.
- De Fabritiis P., Guarnacci (2014), *I fattori di rischio e gli interventi riabilitativi per la dislessia nelle rappresentazioni di adulti non esperti*, contributo presentato al XXIII Convegno Airipa, Lucca. Pro manoscritto.
- D'urso M., Cuocolo S., Olivieri M (2014), *Abilmente un percorso di potenziamento delle strategie di studio*, contributo presentato al XXIII congresso nazionale AIRIPA, Lucca. Pro manoscritto.
- Ehri L.C., Nunes S.R., Willows D.M., Schuster B., Yaghoub-Zadeh Z. e Shanahan T. (2001), Phonemic awareness instruction helps children learn to read: evidence from the national reading panel's metaanalysis, *Reading Research Quarterly*, 36, 250–287.
- Hallgren L. (2001), The evolution of research on dyslexia; A more complete version of this paper has been published in Spanish in: *Anuario de Psicología*, 32(1): pp 3-30.

- Hammil D. D. (1990), On defining learning disabilities: An emerging consensus, in *"Learning Disabilities"*, 23, 74-84.
- Isola L, Mancini F. (2007), *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, Franco Angeli, Milano.
- LEGGE 8 ottobre 2010, n. 170, in materia di "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico", in *Gazzetta Ufficiale* N. 244.
- Lyytinen H. *et al.*. (2004), The development of children at familial risk for dyslexia: birth to early school age, *Annals of Dyslexia*; 54,(2):184-220.
- Lucangeli D., Tressoldi P. E., Fiore C. (1998), *Test della abilità di calcolo aritmetico*, Erickson, Trento.
- Maestretta E., Moroni *et al.*. (2014), *Gruppi di auto-mutuo aiuto all'apprendimento ed effetti sulla qualità della vita*, contributo al XXIII Convegno Airipa, Lucca.
- Marrow CE *et al.*. (2006), Learning disabilities and intellectual functioning in school-aged children with prenatal cocaine exposure, *Developmental Neuropsychology*; 30(3):905-31.
- Martin CS *et al.*. (2000), DSM-IV learning disorders in 10- to 12-year-old boys with and without a parental history of substance use disorders, *Prevention Science*; 1(2):107-13.
- Masi G., Brovedani P., Poli P. (1998), School failure in early adolescence: the psychopathological risk, in *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 29 (2), 127-140.
- OMS (2001), *Classificazione ICD-10*, Roma.
- Paiano A., Tucci R., Cornoldi C. (2010), Potenziare le abilità di studio, in *Psicologia e Scuola*, n°7, Giunti scuola, Firenze.
- Sava D., Buffadini C. (1981), Dislessia evolutiva : aspetti socio-ambientali e neuropsicologici, in *Giornale Italiano di Psicologia*, n°3 , Vol VIII.
- Stone W.L., La Greca A. (1990), The social status of children with learning disabilities: a reexamination, in *Journal of Learning Disabilities*, 23, 32-38.
- Stringer S.J., Morton R.C., Bonikowski M.H. (1999), Learning disabled students: using process writing to build autonomy and self-esteem, in *Journal of Instructional Psychology*, vol. 26 (3), 196-200.
- Terreni A., Tretti M. L., Corcella P. R., Cornoldi C., Tressoldi P. E. (2002), *IPDA*, Erickson, Trento.
- Torresan D., Poli S., Bigarella A., Fincanto J. (2014), *Indagine sulla conoscenza relativa alle strategie di studio in un gruppo di genitori di bambini di quarta e quinta primaria*, contributo presentato al XXIII Convegno Airipa, Lucca. Pro manoscritto.
- Tretti M. L., Terreni A., Corcella P. (2002), *Materiali IPDA*, Erickson, Trento.
- Vogel S.A. (1990). Gender differences in intelligence, language, visual motor abilities and academic achievement in students with learning disabilities: a review of the literature, in *Journal of Learning Disabilities*, 23, 44-53.
- Wilder RT *et al.*. (2009), Early exposure to anesthesia and learning disabilities in a population-based birth cohort.; *Anesthesiology* 110(4):796-804.

2.2.5. PROGETTO “LA PALESTRA DELLA FELICITÀ” di Jlenia Sassi*

Programma di prevenzione rivolto ai ragazzi iscritti al primo superiore per diventare esperti nel riconoscere le emozioni, far fronte ai compiti di sviluppo e affrontare positivamente le esperienze della vita tipiche di questa età.

1. LA DEPRESSIONE IN ADOLESCENZA

L'adolescenza è solitamente presentata come un momento della vita in cui è necessario confrontarsi con una molteplicità di “compiti” evolutivi, i quali possono generare situazioni di crisi che coinvolgono la persona e la rete di relazioni circostanti (famiglia, scuola, gruppo di pari). Con l'ingresso nella fase adolescenziale, l'immagine di sé, la visione del mondo e lo stile di vita che sono andati strutturandosi in modo tacito, grazie agli strumenti cognitivi, si trasformano in conoscenza esplicita. Inizia così a delinearsi la narrazione della propria storia in termini autobiografici, organizzata intorno ai temi emergenti: valore, amabilità, colpa, impegno ecc. Vengono allora formulate vere e proprie teorie personali per attribuire significato alle sensazioni di inadeguatezza personale e alla difficoltà di costruire rapporti di fiducia intimi e autentici. Importanti compromissioni del funzionamento sociale (non raramente in senso antisociale) possono manifestarsi quando, nell'attribuire significato agli eventi, prevale l'assestamento su posizioni rabbiose, oppostive, aggressivamente orientate a leggere le proprie vicende personali come esito dell'ostilità degli altri nei propri confronti (G.Bara, 2005).

Il disagio manifestato dagli adolescenti s'identifica in un insieme di condizioni e comportamenti che possono implicare forme di malessere psicologico o esordi di disturbi mentali, che rischiano di compromettere la piena realizzazione di sé stessi, determinando situazioni di marginalità.

La depressione è una condizione emotiva che non è raro incontrare in età evolutiva, anche se essa passa spesso inosservata agli occhi degli agenti educativi (adulti – insegnanti). Questi adolescenti a differenza dei coetanei che presentano comportamenti vivaci, non suscitano particolare attenzione, tendono a nascondere e dissimulare i propri problemi agli adulti e sono diffidenti nell'accedere alle strutture terapeutiche “ufficiali”. Oltre ad essere stata sottovalutata, la depressione in età evolutiva è anche difficilmente identificabile, i bambini depressi, sono normalmente tranquilli, ben educati, sensibili, in classe disturbano raramente, non parlano molto e, quando si chiede loro di fare qualcosa, aderiscono in genere alla richiesta ricevuta per compiacere gli adulti. Il riconoscimento anticipato di segni e sintomi psicologici e comportamentali consente la precoce identificazione dei soggetti a rischio e di indirizzarli, nel più breve tempo, verso un adeguato trattamento. Interventi precoci possono sovente prevenire la comparsa di disturbi conclamati e, in ogni caso migliorarne l'esito.

Il Disturbo dell'Umore si caratterizza per la profonda tristezza e disperazione, per l'incapacità di provare piacere e interesse (anedonia) che può portare all'indifferenza anche verso ciò che prima arrecava soddisfazione. La persona depressa nutre nei propri confronti sentimenti di disistima, indegnità e colpa, ha una visione della realtà improntata al pessimismo che, unitamente alla convinzione dell'impossibilità di essere aiutato ed alla mancanza di speranza, può portare a ritenere il suicidio come unica soluzione per la liberazione dalla sofferenza e per l'espiazione delle proprie colpe (Cassano e Cecconi, 1995; Saggino, 2004).

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, CRP, Sezione clinica, Roma mail: psicojlenia@yahoo.it

Quando si è depressi, non si ha voglia di vedere nessuno e si tende a chiudersi nel silenzio e nel mutismo, oscillando tra il sentirsi preoccupati-impotenti e il sentirsi profondamente arrabbiati. Sfortunatamente il blocco della comunicazione con l'esterno non protegge la persona dalla comunicazione con se stessa, in un serrato dialogo interno tra una parte ostile-dominante, che tende all'auto-insulto e una parte sottomessa-impaurita che invece difende, sia pure in modo spesso spaventato e talvolta piagnucoloso. Nelle sue manifestazioni "patologiche" la depressione può interferire con le potenzialità individuali fino ad arrestarle, talora in modo brusco e drammatico, con ripercussioni sull'intero ciclo di vita sotto il profilo della realizzazione professionale, di quella affettiva e della progettualità.

L'esistenza della depressione nell'infanzia è stata negata fino a non molti anni fa: nessuno osava mettere in dubbio l'irrealistica ma consolidata convinzione dell'infanzia come periodo felice e spensierato. Negli anni si è dibattuto molto su questo e nel 1971 l'Unione degli Psichiatri Infantili Europei dichiarò ufficialmente che la depressione poteva manifestarsi anche nell'infanzia e nell'adolescenza.

2. IL RISCHIO SUICIDARIO

La conseguenza più devastante di un disturbo depressivo è rappresentata dai suicidi tentati o realizzati (Lewinsohn *et al.*, 1993b; Rao *et al.*, 1993; Brent *et al.*, 1995b; Mancinelli *et al.*, 2001; Birmaher *et al.*, 2002; Pelkonen e Marttunen, 2003). Secondo dati epidemiologici USA la frequenza di tentativi di suicidio è quadruplicata negli ultimi 50 anni e, attualmente, rappresenta il 12% delle cause di morte in questa fascia di età (Lewinsohn *et al.*, 1993b; Birmaher *et al.*, 2002).

Per quanto riguarda l'Italia, i dati ISTAT indicano che nei maschi di età compresa tra 15 e 19 anni il tasso suicidario è passato dal 27.30 per milione del 1969 al 48.30 per milione del 1994. Tale tasso si è invece ridotto nel sesso femminile passando nello stesso periodo dal 23.20 per milione al 10.80 per milione.

In età evolutiva i pensieri suicidari sono sperimentati nel 40-80% dei soggetti depressi, i tentativi di suicidio nel 35%, mentre i suicidi completati sono per fortuna più rari (Ohberg *et al.*, 1998; Carlsten *et al.*, 2001; Fombonne *et al.*, 2001b; Gray *et al.*, 2003; Olfson *et al.*, 2003; FDA, 2004a; Grunbaum *et al.*, 2004; Hallfors *et al.*, 2004).

I fattori che contribuiscono ad aumentare il rischio suicidario di adolescenti depressi sono la presenza di: disturbo bipolare, depressione psicotica, precedente tentativo di suicidio, dipendenza da sostanze, comorbidità con disturbo della condotta, calo scolastico, familiarità (depressione, suicidio), famiglie violente e impulsive, abuso familiare, relazioni patologiche (nella comunicazione), eventi vitali (Brent, 1995b; Fergusson *et al.*, 1996; Gould *et al.*, 1996). Studi longitudinali hanno documentato che il 10% degli adolescenti che hanno tentato il suicidio lo ritenta entro 3 mesi. Alcuni sondaggi mostrano che circa il 40% degli studenti di scuole secondarie hanno preso in considerazione il suicidio in qualche occasione più o meno seriamente. I suicidi tra gli adolescenti rappresentano il 6% di tutti i suicidi. La tragica verità è che il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani tra i 15 ed i 19 anni, la prima è rappresentata dagli incidenti, soprattutto automobilistici. Per prevenire il rischio di suicidio, il disturbo depressivo dovrebbe essere riconosciuto il più precocemente possibile (Bostwick e Pankratz, 2000).

Molti giovani a rischio prendono la tragica decisione subito dopo una delusione come la fine di una relazione, un fallimento scolastico o sociale, un litigio con i genitori o uno scontro con un'autorità. Occorre quindi porre attenzione ad alcuni segni specifici come le modificazioni marcate del comportamento, disturbi del sonno e dell'alimentazione, gravi cadute nella resa scolastica o lavorativa, eventi stressanti. Il ricorso all'alcool inoltre è riscontrato in circa la metà di tutte le vittime di suicidio giovanile.

L'impatto del suicidio di un giovane sulla famiglia e sui compagni può essere devastante. Le più vulnerabili sono le madri. Il rischio maggiore è per lo sviluppo di una condizione di depressione persistente e di un disturbo post-traumatico. A sei mesi di distanza le madri e sorelle/fratelli hanno un rischio di essere depressi sei volte maggiore rispetto a soggetti di controllo. I compagni di scuola e gli amici di un ragazzo suicida hanno maggior rischio di sviluppare disturbi psichiatrici analoghi (depressione, disturbo post-traumatico) sette volte di più di altri coetanei, entro l'anno e mezzo.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

L'approccio dal quale il Progetto prende spunto è quello cognitivo-comportamentale, le teorie che ispirano il progetto e che saranno presentate di seguito, si basano su contenuti comportamentali e cognitivisti, come le convinzioni personali e le rappresentazioni di sé. In particolare la caratteristica psicoeducazionale insita nell'approccio cognitivo comportamentale è l'elemento caratterizzante del progetto, che intende concretarsi secondo modalità psicoeducative.

La teoria cognitiva di Beck

Beck osservò come i pensieri espressi dal paziente avessero un grande impatto sui suoi sentimenti e sul comportamento, verificò che molti dei pensieri non erano rilevati dal paziente perché egli "non era stato allenato" a prestarvi attenzione e riconoscerli. Queste osservazioni hanno costituito la premessa per l'elaborazione del modello cognitivo della depressione.

Attraverso l'analisi degli schemi cognitivi, il cui contenuto è costituito da credenze, convinzioni, conoscenze e scopi, si spiega l'origine e il mantenimento della depressione. Gli schemi sono definiti come: *"strutture interne, relativamente permanenti di caratteristiche generiche o peculiari di stimoli, di idee o di esperienze che vengono immagazzinate ed utilizzate per organizzare nuove informazioni dotandole di significato, determinando così il modo in cui i fenomeni vengono percepiti e concettualizzati"* (Clark et al., 2001, pp. 79-80).

Nella depressione, a seguito di uno stress specifico (come una separazione) o non specifico (come una successione di eventi stressanti), vengono attivati schemi negativi formati in origine in presenza di stimoli con analogo significato (perdita, rifiuto, ecc.) che portano ad una interpretazione negativa dell'esperienza vissuta, con conseguenze sulla sfera emotiva e comportamentale.

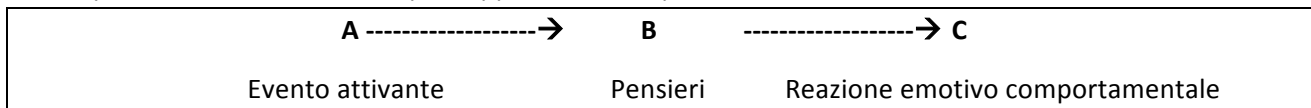
Secondo Beck la condizione depressiva è mantenuta dalla triade cognitiva caratterizzata da convinzioni negative su di sé –come persona incapace e inadeguata alle situazioni-, sulla realtà esterna -percezione delle richieste del mondo come esagerate e gli ostacoli come insormontabili-, e sul futuro - percezione della sofferenza e delle difficoltà come immodificabili e che dureranno per sempre-. La triade cognitiva funziona come uno schema che guida l'elaborazione delle informazioni e costituisce il contenuto tematico cognitivo specifico e distintivo del Disturbo Depressivo.

Secondo Beck e i suoi collaboratori queste caratteristiche derivano dal modo in cui i soggetti elaborano le informazioni, distorcendole, ad esempio svalutandosi, sottoponendosi a un'eccessiva autocritica e non ritenendosi degni di amore e attenzione, esprimendo una negatività diffusa su come vanno le cose della vita e del mondo, considerato luogo cattivo e infelice, mostrando nei confronti del futuro sconforto e sfiducia.

La teoria razionale emotiva di Albert Ellis

La teoria Razionale Emotiva è stata sviluppata intorno agli anni '50 dallo psicologo clinico e sessuologo Albert Ellis secondo il quale tutti i disturbi psicologici derivano dalla costruzione di idee irrazionali che la persona elabora nel tempo. Tale teoria supporta il progetto nel lavoro sulle convinzioni irrazionali collocando il focolaio del disagio emotivo nel sistema di convinzioni irrazionali. Le convinzioni irrazionali sono idee rigide perlopiù di natura inferenziale ed arbitraria che caratterizzano la rappresentazione di sé e degli altri. Questi pensieri su di sé producono emozioni e comportamenti che conducono ad uno stile di vita disadattivo. Le emozioni non derivano da ciò che accade, ma dal modo in cui interpretiamo e valutiamo ciò che accade.

Il compito del clinico è dunque quello di individuare e chiarire credenze irrazionali ingiustificate e nocive attraverso una disamina razionale, per sostituirle con altre più realistiche e flessibili, che consentano l'adattamento del soggetto (Ellis, 1962). Si tratta di una procedura che mira a favorire una crescita affettiva armonica nel bambino, mettendolo in grado di realizzare nel modo migliore le proprie potenzialità e il proprio benessere. Questo assunto è stato sintetizzato da Ellis nel modello A-B-C (Antecedent / Belief / Consequent) che l'autore utilizza per rappresentare l'episodio emotivo.



A è l'evento che attiva i pensieri, B, che possono essere realistici e oggettivi riguardo all'evento; in questo caso la reazione emotiva sarà adeguata, al contrario se i pensieri saranno distorti, con valutazioni esagerate che implicano 'pensieri irrazionali' provocando eccessiva sofferenza emotiva, ne conseguirà al punto C una reazione emotiva disturbata.

La RET considera i 'pensieri razionali' come considerazioni oggettive e realistiche che aiutano a raggiungere i propri scopi e desideri e provocano reazioni emotive adeguate alla situazione; i 'pensieri irrazionali' sono considerazioni esagerate che non aiutano il raggiungimento dello scopo e provocano reazioni emotive troppo durature o intense. L'espressione "razionale emotiva", si riferisce proprio al fatto che, ricorrendo alle proprie capacità di pensare in modo razionale, è possibile prevenire e superare difficoltà di natura emozionale. Dopo aver sperimentato l'efficacia della RET in ambito clinico, Ellis e collaboratori hanno iniziato ad utilizzare questi metodi con bambini e adolescenti che non abbiano ancora sviluppato gravi disturbi psicologici, per questo è una strategia utile nei programmi con finalità preventive.

La *Learned Theory*

Teoria cognitivo-comportamentale della depressione secondo cui gli organismi apprendono relazioni tra i propri comportamenti e gli accadimenti che vi fanno seguito.

Seligman (1975) definisce *Helplessness* lo stato psicologico che comunemente si determina quando l'individuo si imbatte in eventi incontrollabili. La teoria fa riferimento alle aspettative, alle convinzioni e alle credenze che un soggetto sviluppa in forma più o meno implicita circa la struttura dell'esperienza e le relazioni che intercorrono tra il proprio comportamento volontario e gli eventi della propria esperienza. Se la probabilità di uno specifico evento differisce quando è emesso un determinato comportamento rispetto

a quando non viene emesso, allora esiste controllabilità, se invece l'accadimento ha la stessa probabilità di far seguito sia all'emissione che alla non emissione del comportamento in esame, si parlerà di incontrollabilità. Se la persona apprende che gli eventi sono incontrollabili, si può sviluppare la *Learned Helplessness* o "incapacità di reagire appresa" letteralmente traducibile come disperazione appresa. L'*helplessness* si sviluppa non a causa di fattori traumatici ma perché alcuni fattori vengono considerati non controllabili (Sanavio, 1991). Ripetute esperienze di incontrollabilità portano a tre tipi di deficit:

- motivazionali: diminuisce l'incentivazione del soggetto ad attivare nuovi comportamenti e a far fronte a eventi nocivi;
- cognitivi: la persona trova difficoltà in nuove acquisizioni, soprattutto trova difficile apprendere sulla base di nuove esperienze positive;
- emozionali: la persona apprende che non può controllare eventi traumatici, la paura iniziale svanisce e viene sostituita da frustrazione che diventa poi, depressione.

Per dar conto delle differenze individuali e inglobare le modificazioni dell'autostima, la teoria sopra descritta è stata riformulata grazie ai seguenti contributi:

- Abramson, Seligman, Teasdale (1978) hanno rielaborato il modello alla luce del *Locus of Control* ("luogo del Controllo") di Rotter (1966) il quale ha ipotizzato che gli individui differiscano nel modo in cui percepiscono gli eventi della vita e nel controllo che ne hanno, i fattori causali possono essere attribuiti a qualcosa che dipende dall'individuo (attribuzioni interne) oppure dalle circostanze o da altri (attribuzioni esterne);

- Teoria Delle Attribuzioni Causali di Heider (1958) che ipotizzava che nella ricerca del significato del comportamento alcuni soggetti tendono a riferire a se stessi la causa degli eventi della propria vita e ad assumerne la responsabilità (*locus of control* interno), mentre altri tendono ad attribuire la causalità a fattori esterni, come ad esempio il caso, la fortuna ecc. (*locus of control* esterno). Chi è depresso tende ad attribuire a se stesso la colpa di ciò che va male considerando le cause di questi eventi negativi come stabili e generali, e tende ad attribuire al caso o agli altri tutto ciò che va bene considerando le cause temporanee e isolate. Questo modo di interpretare ciò che accade tendenzialmente persiste anche al di fuori dell'episodio depressivo vero e proprio e aumenta poi il rischio di una ricaduta.

Uno degli obiettivi del progetto è proprio quello di modificare le errate percezioni di causalità degli eventi della vita e favorirne il controllo. La modalità di attribuzione³ del proprio insuccesso determinerà il modo in cui l'individuo reagirà all'insuccesso. La modalità di attribuzione è ciò che porta a pensare che tutto è destinato a evolvere in maniera negativa o che spinge a credere che il futuro sarà favorevole. Nella riformulazione del modello l'ipotesi è che a seguito di esperienze protratte e significative di incontrollabilità, gli individui che tendono a sviluppare depressione, attribuiscono agli eventi negativi, cause interne stabili e globali, e per gli eventi positivi cause esterne, instabili e specifiche.

La differenza sta nello stile esplicativo ovvero nel modo in cui spieghiamo a noi stessi quello che ci troviamo ad affrontare nella nostra vita. Coloro che attribuiscono sempre a se stessi la causa dei propri fallimenti svilupperanno una riduzione di autostima e tenderanno a deprimersi tutte le volte che percepiranno i risultati desiderati come troppo difficili da raggiungere. Gli individui che comunemente

³ Per attribuzioni si intendono quelle proprietà che una persona considera, a torto o a ragione, proprio di un oggetto o un fenomeno.

definiamo pessimisti tendono a pensare che la situazione traumatica sia permanente “non finirà mai!”, e pervasiva “succede sempre così!” e si incolpano per quanto avviene, d’altra parte di fronte ad un evento positivo tendono a pensare che non siano stati loro gli artefici ma fattori esterni “è solo un colpo di fortuna!”, e credono che la situazione piacevole sarà temporanea, non durerà, è circoscritta esclusivamente ad uno specifico evento. Viceversa gli ottimisti di fronte ad una situazione negativa forniscono spiegazioni perlopiù temporanee e circoscritte.

L’attribuzione di causalità agli eventi, insieme ad uno specifico stile esplicativo rappresentano un fattore di protezione o rischio/vulnerabilità della persona nei confronti della depressione.

La prospettiva di Fester

Anche questa prospettiva è presente all’interno del progetto preventivo proposto, secondo Ferster (1973) il comportamento depressivo è il risultato di una riduzione prolungata della quantità di rinforzi positivi provenienti dall’ambiente e del contemporaneo aumento delle punizioni. Lewinsohn nel 1974 integra la teoria enfatizzando il ruolo dei rinforzi sociali nell’origine e nel mantenimento della depressione. Il soggetto depresso possiede un basso livello di competenza sociale e, in conseguenza della riduzione delle proprie attività, riceve un minor numero di rinforzi positivi che ne aumentano la limitazione dell’attivazione comportamentale.

Il contributo della psicologia positiva

Alcuni autori parlano di una formula per raggiungere la felicità attraverso la quale a parità di situazione vissuta nel presente la felicità è maggiore tanto più le aspettative sono moderate e l’ottimismo elevato (Fordyce, 2000). Una mentalità positiva e ottimista è il tratto che più di altri caratterizza le persone felici. L’ottimismo è un’interpretazione positiva degli avvenimenti del presente che comprende un atteggiamento speranzoso per il futuro, e talvolta diventa una “profezia che si auto-avvera” (chi pensa di realizzare qualcosa è invogliato a darsi da fare e il suo comportamento aumenterà le probabilità di raggiungere l’obiettivo).

Il termine felicità deriva dal latino *felix* la cui radice *fe* significa appunto abbondanza, ricchezza, prosperità, corrisponde alla discrepanza percepita tra ciò a cui aspiriamo e ciò che realmente riusciamo a raggiungere (Campbell *et al.*, 1976). Corrisponde al grado in cui una persona giudica la qualità della propria vita nella sua globalità utilizzando due componenti: una cognitiva e una affettiva (umore, sentimenti ed emozioni) (Veenhoven, 1984). La felicità aumenta se impariamo a gustare l’esperienza vissuta, può essere influenzata da quella dei propri amici, della famiglia o addirittura dei vicini. Avere amici felici accresce le proprie possibilità di essere felici di quasi il 60% e avere vicini felici le aumenta di quasi il 30%.

I principi fondamentali che differenziano le persone felici da quelle che non lo sono, si possono riassumere in: essere attivi e tenersi occupati; passare più tempo socializzando; essere produttivi svolgendo attività che abbiano significato; organizzarsi meglio e pianificare le cose; smettere di preoccuparsi; ridimensionare le proprie aspettative ed aspirazioni; sviluppare pensieri ottimistici e positivi; essere orientati sul presente; lavorare a una sana personalità; sviluppare una personalità socievole; essere se stessi; eliminare sentimenti negativi e problemi. Molti di questi sono alla base delle attività che si svolgeranno nella nostra “palestra della felicità”.

La psicologia positiva insegna a pensare in modo nuovo, aiuta ad adottare modi di pensare e di agire che coinvolgono generalmente anche gli altri; fa apprendere a gustare l'esperienza vissuta o a portare nuovamente il proprio pensiero su certi aspetti di un evento che ci ha reso felici, permette di sviluppare strumenti per stare meglio cambiando lo stile attribuzionale.

Studi e ricerche

Dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2004) evidenziano che, nel mondo, 121 milioni di persone soffrono di disturbi psichiatrici, di cui il 10-20% sono minori; i Disturbi Depressivi, come impatto sulla qualità della vita, sono al 3° posto nel mondo e al 1° posto in Europa; rappresentano la 3° causa di disabilità al mondo e la 1° causa in Europa (OMS, 2004).

Si prevede che, nel 2020, la Depressione diventi la seconda causa di malattia nel mondo. Alcuni studi epidemiologici hanno evidenziato un incremento nella prevalenza del disturbo lungo tutto l'arco della vita: ogni successiva generazione sembra essere a maggiore rischio di sviluppare un disturbo depressivo in età sempre più precoci (Birmaher et al., 1996). Alcuni studi indicano un aumento della prevalenza di forme più lievi e ad esordio più precoce sia per un abbassamento della soglia di richiesta di consultazione, sia per una maggiore attenzione sanitaria e una maggiore sensibilità diagnostica dei clinici alla depressione dell'infanzia, sia probabilmente per il fatto che le condizioni di vita attuali sono maggiormente in grado di fornire condizioni di vulnerabilità depressiva, anche e soprattutto in età evolutiva (Neuman et al., 1997). Da quando ci si è resi conto della diffusione e della gravità del fenomeno della depressione sono state fatte numerose ricerche e sono stati creati e sperimentati strumenti di valutazione (questionari, interviste strutturate e semi-strutturate, registrazioni, ecc.) del fenomeno. Tra le ricerche più importanti:

- Carlson e Cantwell (1980) hanno rilevato come il tasso di depressione tra i bambini della popolazione generale è inferiore di quello tra le popolazioni a rischio (es. figli di genitori depressi). I tassi più elevati sono stati riscontrati tra bambini appartenenti a popolazioni psichiatriche.
- Kashani *et al.* (1983) hanno riscontrato nella popolazione scolastica generale una maggiore prevalenza dei disturbi distimici rispetto alla depressione maggiore.
- Leon, Kendall e Garber (1980) valutarono l'intelligenza con il *Peabody Picture Vocabulary* e la depressione con il *Personality Inventory for Children*. Gli autori non rilevarono differenze significative nel quoziente intellettivo di bambini depressi e non depressi.
- Kashani *et al.* (1983) somministrarono la Scala Wechsler a bambini depressi e non depressi: gli autori non rilevarono differenze significative tra i due gruppi né nel quoziente intellettivo alla scala globale né in quello relativo alle capacità verbali o di prestazione.
- Puig-Antich *et al.* (1985) hanno dimostrato che il decremento nel rendimento scolastico spesso associato alla depressione non è un deficit permanente poiché, dopo un trattamento le prestazioni risalgono rapidamente ad un livello normale. E' comunque probabile che sintomi della depressione quali anedonia, autovalutazioni negative, difficoltà di concentrazione, indecisione, rallentamento psicomotorio, agitazione psicomotoria possano causare insuccesso nell'esecuzione di compiti scolastici influenzando la motivazione del bambino e i suoi processi cognitivi.
- Secondo Best e Stark (1990) i bambini con svariati problemi fisici (dalla cefalea a problemi ortopedici ad ammalati di cancro) devono fare fronte ad elevati livelli di stress, in certi casi cronico: ciò può renderli più a rischio di depressione.

- Kashani, Venzke *et al.* (1981) rilevarono alcuni modelli di comportamento disadattivi che si verificavano più frequentemente nei genitori di bambini depressi. Spesso i genitori si mostravano ipercritici nei confronti dei figli e attribuivano loro le colpe più varie, talvolta li deridevano e in alcuni casi erano troppo protettivi. Tali comportamenti possono indurre il bambino a credere che egli è una persona inadeguata e che non può vivere senza la supervisione dei genitori. Se tale messaggio viene interiorizzato il bambino arriverà ad una valutazione negativa del proprio sé.

- Kashani e i suoi collaboratori (Kashani e Carlson, 1987; Kashani, Ray e Carlson, 1984) hanno osservato i rapporti di famiglie che avevano un bambino in età prescolare depresso, notando ambienti familiari dominati da caos, negligenza, violenza familiare, psicopatologia dei genitori ed uso di sostanze stupefacenti da parte di un genitore o di entrambi.

- Amanat e Butler (1984) rilevarono che i genitori di bambini depressi, diversamente dai genitori di bambini iperansiosi, tendono ad essere dominanti e a esercitare un controllo quasi totale sulle loro decisioni.

- Cole e Rehm (1986), nella loro ricerca, ottennero parziale conferma all'ipotesi che i deficit di autocontrollo dei bambini derivano dall'interiorizzazione di aspettative troppo elevate da parte dei genitori. Inoltre i genitori -in particolar modo le madri- dei bambini depressi fissano degli standard elevati per le prestazioni dei figli ed esprimono emozioni positive (ricompense sociali) solo quando i bambini raggiungono tali mete. Le madri dei bambini normali invece tendono ad esprimere tali ricompense sociali anche per prestazioni medie o basse. In tal modo i bambini imparano a scegliere sempre mete difficili da raggiungere e si autosvalutano se non riescono nel loro intento.

- Puig-Antich *et al.* (1985) in due ricerche di ampio respiro esplorarono i rapporti familiari in famiglie con un bambino depresso. Essi ottennero che le madri dei bambini depressi rispetto a quelle con figli normali, hanno un flusso di comunicazione ridotto con i figli e tale comunicazione risulta di qualità più scadente. I rapporti di queste madri con i figli depressi erano freddi, ostili, tesi e talvolta le madri manifestavano un aperto rifiuto.

In una delle sue ricerche, Stark ha elaborato una procedura di valutazioni a più fonti che coglie i massimi vantaggi da entrambi i tipi di procedura (intervista e test carta e matita). La procedura è divisa in tre fasi:

- FASE 1: misura di autovalutazione con il Children Depression Inventory. Nell'assegnazione dei punteggi i bambini che avevano totalizzato un punteggio superiore a 19 passavano alla fase 2. I bambini che avevano risposto affermativamente alla domanda sul suicidio venivano immediatamente intervistati per valutare il rischio di suicidio.

- FASE 2: somministrazione del Children Depression Inventory una settimana dopo, anche in questo caso i bambini che manifestavano intenti suicidari venivano immediatamente valutati con un'intervista per stabilire il rischio di suicidio mentre coloro che riportavano nuovamente un punteggio pari o superiore a 19 accedevano alla terza fase.

- FASE 3: in quest'ultima fase i bambini venivano valutati con lo Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, un'intervista semi-strutturata.

Tutte le informazioni raccolte guidano nello stabilire: obiettivi principali, altri strumenti di valutazione e il tipo di trattamento da seguire. Se la valutazione indica un certo problema in una data area, tale area diviene un obiettivo per l'intervento (es. problema di distorsione cognitiva, procedura di ristrutturazione cognitiva; stile di autoattribuzione disadattivo; *training* sulle autoattribuzioni ecc.).

3. FATTORI DI RISCHIO

I fattori predisponenti e/o scatenanti vengono generalmente inclusi sotto l'etichetta di fattori di rischio, termine con il quale si vuole indicare che, nonostante la frequente associazione di tali fattori con il disturbo depressivo, esistono comunque soggetti depressi che non risultano essere stati esposti a questo genere di fattori, così come esistono situazioni in cui la presenza di uno o più di questi fattori non è necessariamente seguita dall'insorgenza di un quadro depressivo. In assenza di fattori "determinanti" con definito significato causale, l'attenzione di clinici e ricercatori è centrata sui possibili fattori "predisponenti" e/o "scatenanti" il disturbo, definibili appunto come fattori di rischio. I fattori di rischio rientrano schematicamente in due grandi categorie: ambientali (fattori esterni al soggetto) e individuali (fattori interni al soggetto).

I fattori di rischio individuali includono gli elementi che possono agire "dall'interno" del soggetto nel condizionare la comparsa di un disturbo depressivo:

Il temperamento (Fattori psicosociali) è da intendersi come aspetto della personalità ovvero "reattività emotiva o stile di comportamento che un individuo mette in evidenza quando interagisce con l'ambiente" (Carey, 1981). Il rischio di depressione è maggiore in chi, per personalità, tende a essere introverso e pessimista. In questa prospettiva, le differenze nel modo di essere e di relazionarsi che si riscontrano fra individuo e individuo configurano specifici "tratti temperamentali" che, essendo presenti fin dalle primissime fasi dello sviluppo, risentono in maniera massiva di influenze genetiche (Sen *et al.*, 2004). Rientrano nei "tratti temperamentali" il livello di attività, approccio/ritiro, adattabilità, orientamento sociale, inibizione alle novità. Tali "tratti temperamentali" tendono ad associarsi configurando dei "profili temperamentali" che definiscono le categorie dei bambini "facili" e dei bambini "difficili". I teorici di questo approccio, pur riconoscendo il ruolo della componente genetica, enfatizzano anche il ruolo dell'ambiente e delle dinamiche interattive.

Cognizioni e autovalutazioni negative circa se stessi, il mondo e il futuro predicono la depressione soprattutto nel caso degli adolescenti (Garber, 2006). Lo stile cognitivo, così come per il temperamento, favorisce una rielaborazione in senso depressivo, delle esperienze di vita (Scarr, 1992):

- Lo stile attribuzionale è il modo in cui abitualmente il soggetto spiega a se stesso perché accadono gli eventi. Lo stile attribuzionale modula la risposta del soggetto che, in situazioni di incontrollabilità o di perdita risponde diversamente a stimoli identici; alcuni sviluppando una depressione grave che tende a cronicizzarsi, altri sviluppando sintomi depressivi moderati o temporanei, altri si adattano alla situazione. Sviluppano con maggiore probabilità la depressione gli individui che, a seguito di esperienze protratte di incontrollabilità, presentano uno stile esplicativo specifico e nell'attribuzione di causalità invocano per gli eventi negativi, cause interne, stabili e globali, per gli eventi positivi, cause esterne, instabili e specifiche (Giamundo, 2007; Garber-Gallerani-Frankel, 2009).

- Lo stile cognitivo negativo, è l'insieme di aspettative di fallimento, di distorsioni ed errori nel valutare la realtà, di stati d'animo di sfiducia, di disperazione (*hopelessness*), di impotenza (*learned helplessness*) e atteggiamenti ipercritici e pessimisti. L'essere pessimista porta ad arrendersi più facilmente, a credere che gli eventi negativi durino molto tempo (permanenza), coinvolgano tutti gli ambiti della loro vita (pervasività) e che loro ne siano colpevoli (personalizzazione) (Seligman, Teasdale e Abramson, 1978).

Per i pessimisti il contenuto tematico delle cognizioni⁴ segue le logiche di seguito elencate:

- Autocritiche e rimprovero: hanno convinzioni negative verso se stessi, il mondo e il futuro; rivolgono a se stessi rimproveri per difetti che percepiscono in sé o manchevolezze. Specie negli adolescenti queste sono predittive della depressione. La pervasività e la gravità delle autovalutazioni negative, sono un indice importante del livello di gravità del sintomo depressivo (Giamundo, 2007).
- Bassa considerazione di sé: operano un confronto sfavorevole rispetto alle altre persone del proprio gruppo di riferimento o ai propri standard.
- Idee di privazione: verbalizzano di sentirsi soli, indesiderabili, anche a dispetto di manifestazioni inequivocabili di amicizia e affetto.
- Autocomandi e ordini: si ripetono spesso 'dovrei' o 'devo'.
- Desideri di fuga: considerano i propri problemi irrisolvibili e le proprie responsabilità spaventosamente gravose.

Genere femminile: le ricerche sulla differenza di genere dimostrano che il genere femminile è associato in maniera significativa con la depressione sia in età adolescenziale che adulta, ma non nell'infanzia (Nolen-Hoeksema-Girgus, 1994; Hankin *et al.*, 1998; Garber, 2006; Garber-Gallerani-Frankel, 2009). A tal riguardo le ricerche sottolineano che i cambiamenti ormonali e dell'immagine corporea, l'incremento dello stress e la mancanza di risposte adattive, la tendenza verso la ruminazione e le relazioni conflittuali con i genitori, sono più presenti nelle femmine (Becciu-Colasanti-Belea, 2009). Le ricerche epidemiologiche mettono in evidenza che l'essere donna è associato in maniera significativa con la depressione in età adolescenziale e adulta. Rispetto alla tematica differenza di genere esistono tre interessanti teorie. La prima riguarda i ruoli sessuali, ovvero il ruolo che la donna ricopre nella nostra società, che la rende più vulnerabile alla depressione. Le donne sono portate ad investire nell'amore e nelle relazioni sociali, mentre gli uomini più nel successo. L'autostima della donna dipende dalla qualità delle relazioni d'amore e d'amicizia, e di conseguenza il fallimento sociale. Un'altra affascinante argomentazione mette in luce il conflitto di ruolo, la società moderna pone più richieste alle donne che agli uomini, oggi una donna non solo ha il tradizionale ruolo di madre e di moglie ma deve funzionare altrettanto bene nel lavoro, il che genera una pressione psicologica maggiore rispetto al passato.

La terza teoria pone l'accento sul '*controllo personale*' che si esplicita in impotenza appresa e stile attribuzionale. Nella nostra società le donne esperiscano l'impotenza più spesso degli uomini, infatti il comportamento dei ragazzi viene lodato o criticato da insegnanti e genitori, quello delle ragazze è spesso ignorato. I ragazzi vengono indotti ad avere fiducia in loro stessi ed incitati all'azione, le ragazze vengono invece educate alla passività e alla dipendenza.

La bassa autostima (Orth-Robins-Robert, 2008) legata alla tendenza ad attribuire stabilmente a se stessi gli eventi negativi, utilizzando la generalizzazione e ad attribuire agli altri, senza la possibilità di alcun controllo sugli episodi (o eventi) positivi.

Il deficit nelle abilità sociali gioca un ruolo importante nell'eziologia della depressione abbassando i rinforzi positivi a causa di specifici eventi stressanti o a causa della diminuzione delle capacità del bambino a ricercarli (Giamundo, 2007).

⁴ Cognizione: qualsiasi attività mentale che abbia un contenuto verbale (pensieri, idee, giudizi, autoistruzioni, autocritiche, desider..)

La capacità di coping rispetto agli eventi negativi. Gli studi di Compas (cit. in Becciu-Colasanti-Belea, 2009) ritengono che strategie di coping centrate sull'evitamento e sull'emozione sono correlati ad alti livelli di sintomi internalizzati, oltre all'evitamento cognitivo e comportamentale, sono presenti isolamento sociale e rassegnazione, autoaccusa, autocritica e ruminazione. Lazarus per comprendere le modalità con cui gli adolescenti affrontano i compiti di sviluppo (Lazarus R.S., 1966, cit. in Palmonari A., 1993) ha proposto un modello centrato sulla nozione di *coping* (far fronte). L'autore afferma che di fronte ad una situazione di stress psicologico, dove le richieste ambientali superano le capacità di risposta dell'individuo, questo tende ad affrontare il problema prima valutando la situazione, poi le risorse possedute ed infine le possibili modalità di soluzione. Queste ultime possono essere di tre tipi: cambiare la situazione; negare il problema – fuggire; aggredire chi è causa del problema. Alcune ricerche dimostrano che le modalità di coping sono influenzate dal contesto, e che l'adolescenza è il periodo dello sviluppo in cui si consolidano le personali strategie di coping.

Poche relazioni amicali (Garber-Gallerani-Frankel, 2009) e la percezione del *rifiuto da parte dei pari* incrementa la visione negativa circa il proprio status sociale, tale percezione non facilita le interazioni positive con i pari e perpetua un ciclo di distorsioni negative, interazioni negative e depressione (Renouf e Harter cit in Garber-Gallerani-Frankel, 2009).

Correlati biologici ad esempio la disfunzione del sistema neuroendocrino e ormonale, i disturbi del ritmo del sonno e la maggiore sensibilità ai meccanismi biologici dello stress (Garber, 2006) rappresentano dei fattori di rischio. E' accertato che bassi livelli di serotonina sono presenti con alta significatività nei suicidi, serotonina e noradrenalina sono due neurotrasmettitori con fondamentali funzioni nel cervello per la regolazione dell'umore. Si ritiene che un'alterazione della funzionalità di uno o entrambi di tali sostanze sia un importante correlato della malattia depressiva. Mancanza di comportamenti autoregolatori (Garber-Gallerani-Frankel, 2009).

I fattori di rischio familiari-situazionali, sono esterni, si collocano negli spazi maggiormente significativi per un soggetto in età evolutiva: la famiglia e la scuola.

La famiglia rappresenta un'area che normalmente provvede a garantire una serie di esperienze relazionali ed emozionali indispensabili per un'armonica strutturazione della personalità del soggetto. La valenza educativa e formativa è tale che, inevitabilmente, situazioni disfunzionali possono porsi come seri fattori di rischio per l'attivazione di dinamiche patologiche in grado di favorire l'insorgenza di un quadro depressivo. Presenza di disturbi psichiatrici nei familiari (Giamundo, 2007), storie familiari di depressione e abuso di sostanze sono un importante fattore di rischio. Le madri depresse sembrano essere più intrusive, irritabili, ostili, negative e critiche quando interagiscono con i propri figli (Nolen – Hoeksema *et al.*, 1995). Dalla letteratura emerge che, spesso, le famiglie di bambini e adolescenti depressi sono caratterizzate da carenza di coesione, da alti livelli di disinvestimento e svalutazione reciproca, con scarso sostegno all'autostima e con modalità di interazione caratterizzate da ipercontrollo e ambivalenza (Stein *et al.*, 2000). Alcuni studi (Lewinsohn *et al.*, 1998) hanno evidenziato l'importanza di depressione post-partum materna, divorzi "difficili", separazione improvvise, morti improvvise o serie malattie in familiari stretti, dinamiche conflittuali all'interno della coppia genitoriale, maltrattamento fisico e qualsiasi altra forma di abuso, disordini psichiatrici cronici in uno dei due genitori, comunicazione intra familiare povera, attaccamento insicuro che aumenta la vulnerabilità dei bambini alla depressione specie se esposti a nuovi stressor interpersonali (Garber-Gallerani-Frankel, 2009), stile educativo genitoriale ostile critico e intrusivo (Nolen – Hoeksema *et al.*, 1995), ambiente familiare caratterizzato da caos, negligenza, conflitto (Stark cit. in Becciu,

Colasanti, Belea, 2009), basso livello socio economico dei genitori (MacPhee, Andrews cit. in Becciu, Colasanti, Belea, 2009).

La scuola assume una particolare valenza per il soggetto in età evolutiva. Essa, infatti, comporta il confronto del soggetto con una serie di situazioni molto impegnative sia sul piano prestazionale che su quello relazionale, nella duplice prospettiva di gestione dei rapporti con gli insegnanti e con i pari. Si tratta di situazioni che, adeguatamente “pilotate”, all’interno di una dimensione emozionale stabile e rassicurante, favoriscono l’emergere e il consolidarsi di adeguate strategie di fronteggiamento. Vengono in genere sottolineati tre fattori di rischio (Lewinsohn *et al.*, 1998):

- insuccesso scolastico (comunque determinato)
- forti delusioni nei rapporti con i pari
- vittime di bullismo⁵

Risulterebbe utile e ancorché necessario, aggiornare il personale scolastico ma anche i genitori, aiutandoli a riconoscere i sintomi della depressione al fine di poterli prevenire. L’insegnante ad esempio, potrebbe tenere presente alcuni tipi di indicatori:

- *Scolastici*: inspiegabile abbassamento del rendimento scolastico; perdita di interesse nelle materie scolastiche; diminuzione dell’impegno; compiti disordinati o non fatti.

- *Comportamentali*: agitazione/iperattività; aumentata dipendenza; regressione (ad esempio, giocare con bambini più piccoli); comportamento asociale (mentire, rubare, ecc.); rimostranze su ogni cosa; comportamento disturbante in classe; fobie; si addormenta durante la lezione; appare stanco; non è amato dagli altri bambini; rifugge il contatto sociale.

- *Cognitivi*: indecisione; difficoltà di concentrazione; espressione di intenti suicidari; aspettative di errori/fallimenti; pensieri di morte.

- *Emozionali*: bassa autostima; irritabilità; ruminazione eccessiva; disforia; senso di colpa

- *Fisici*: disturbi del sonno; perdita o aumento di peso; mutamenti di appetito; senso di pesantezza; problemi psicomotori; manifestazioni anche verbali di stanchezza.

- *Eventi di vita stressanti*: lutti (compresa la morte di un animale di compagnia); separazioni coniugali o altre interruzioni di un legame affettivo; difficoltà quali tensioni, litigi, incomprensioni, assenze; malattie fisiche, soprattutto se croniche; insuccessi scolastici; licenziamenti, fallimenti, cambiamenti o altri problemi sul lavoro; problemi giudiziari, possono condurre alla depressione (Garber-Gallerani-Frankel, 2009). Gli episodi depressivi sono di solito preceduti e favoriti da eventi e situazioni stressanti (Lewinsohn *et al.*, 1998), che non causano di per sé la depressione, ma vi danno origine o l’aggravano se la persona crede di non poter in alcun modo controllare e padroneggiare la nuova situazione, se rinuncia a reagire. Queste situazioni hanno un impatto tanto più grave quanto più alla persona mancano le abilità per affrontarli o se riceve scarso incoraggiamento, sostegno e aiuto da chi è vicino.

⁵ Il bullismo è un’oppressione, psicologica o fisica, ripetuta e continuata nel tempo, perpetuata da una persona o da un gruppo di persone più “potenti” nei confronti di un’altra persona, percepita come più “debole”. Il bullismo può assumere diverse forme. In forma diretta può esprimersi sul piano fisico (picchiare, appropriarsi degli oggetti degli altri o rovinarli) o su quello verbale (insultare, offendere, esprimere pensieri razzisti). In forma indiretta, invece si gioca più sul piano psicologico, è meno evidente e più difficile da individuare, ma non per questo meno dannoso per la vittima. Esempi di bullismo indiretto sono l’esclusione dal gruppo dei coetanei, l’isolamento, l’uso ripetuto di smorfie e gesti volgari, la diffusione di pettegolezzi e calunnie sul conto della vittima, il danneggiamento dei rapporti di amicizia. Abitualmente, la “vittima” finisce per assumere un profilo che già di per sé è connotato da elementi di qualità depressiva, quali insicurezza, scarsa assertività, bassi livelli di autostima, vissuti di inadeguatezza e colpa. Tali dinamiche si pongono come elementi di forte predisposizione all’insorgenza di un franco quadro depressivo.

Uno studio di Beardslee *et al.* (1996) su 139 adolescenti ha mostrato che un singolo fattore di rischio aumentava il rischio di sviluppare un disturbo affettivo dal 7% al 18%, la presenza di tre fattori di rischio la aumentava sino al 50%.

4. FATTORI PROTETTIVI DELLA DEPRESSIONE

Lo studio dei fattori protettivi impegna molte delle energie degli esperti di prevenzione universale e di educazione alla salute poiché l'incremento di questi fattori contribuisce al miglioramento della qualità della vita, alla promozione di relazioni sociali basate sulla solidarietà e alla diffusione di una cultura di pace. L'analisi dei fattori che proteggono dalla depressione riducendo il rischio suicidario si distinguono in tre livelli: individuali, familiari e ambientali.

I fattori protettivi ambientali si riferiscono al sostegno sociale, alle buone relazioni scuola-genitori, alla qualità dell'ambiente scolastico, all'accettazione e al supporto da parte dei pari (Becciu-Colasanti-Belea 2009).

Quelli familiari individuano l'attaccamento sicuro, il monitoraggio del comportamento da parte dei genitori, la gestione dei conflitti familiari, l'accettazione e il supporto da parte della famiglia (Becciu, Colasanti, Belea, 2009).

Infine i fattori protettivi individuali riguardano il temperamento facile, le abilità cognitive, la competenza sociale ed emotiva, una buona autostima e soddisfazione per la propria immagine, le abilità di coping centrate sul problema, le abilità di problem solving e *decision making*, le relazioni basate su un modello di valori prosociali e su comportamenti positivi per la salute (Becciu-Colasanti-Belea, 2009). Potenziare le capacità emozionali e relazionali basilari (ad esempio, i rapporti con i genitori, instaurare amicizie, aiutare un compagno in difficoltà, intraprendere attività ritenute piacevoli) vuol dire abbassare il rischio di depressione (Stark, 2000).

Il riconoscimento e la capacità di esprimere le emozioni rappresenta una forte dose di protezione per le persone e per la società. La presenza nei programmi scolastici di spazi da destinare alla formazione emozionale, potrebbe elevare le istituzioni scolastiche e diminuire le difficoltà e il disagio, oltre a ridurre il rischio di alcuni disturbi fra gli adolescenti e i bambini (Mariani, 2001).

La pratica sportiva arricchirà il programma poiché contiene una valenza pedagogica e sociale così ampia da risultare un elemento di rinforzo di alcuni dei fattori protettivi descritti. Lo sport, infatti, può svolgere un ruolo importante nella costruzione di una positiva immagine di sé, di una disposizione ottimistica verso il futuro, di uno sviluppo del senso di autoefficacia; può favorire la socializzazione facilitando le relazioni amicali e quelle con adulti capaci di offrire dialogo, comprensione, aiuto. Può infine rendere capaci le persone di rispetto di codici e norme precostituite, di interazioni efficaci con gli altri, di assunzione di ruoli complementari e di aiuto.

5. DISEGNO DI ANALISI

Il progetto prevede l'utilizzo di un disegno di analisi con *pre-test*, *post-test* e gruppo di controllo come di seguito illustrato:

Gruppo Sperimentale: O₁ – T₁ – O₂ – O₃ (follow up)

Gruppo di Controllo: O₁ – O₂ – O₃ (follow up)

Verrà individuata una classe destinataria dell'intervento e una di controllo non coinvolta nel trattamento. Ad entrambe verrà somministrata una rilevazione iniziale e una finale. I questionari da somministrare all'inizio e alla fine del percorso sono presentati più avanti.

6. IPOTESI PROGETTUALE

Il programma di prevenzione universale proposto, parte dall'ipotesi che, promuovendo nei ragazzi che frequentano il primo superiore i fattori di protezione individuati (competenza sociale, cognitiva ed emotiva) e lavorando parallelamente con gli insegnanti per una maggiore diffusione della conoscenza del fenomeno della depressione in età giovanile, dovremmo attenderci da parte dei ragazzi la riduzione del rischio di depressione in linea con quanto evidenziato dalla ricerca: interventi di prevenzione riducono i tassi di depressione tra il 22% e il 38% (Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos, Beekman, 2008; Muñoz, Beardslee, Leykin, 2012) e di depressione maggiore del 38% (Cuijpers, Muñoz, Clarke, Lewinsohn, 2009).

7. STESURA DEL PROGETTO

7.1. Finalità

La finalità del percorso con gli alunni è promuovere la competenza sociale, cognitiva ed emotiva, al fine di incrementare la capacità di *problem solving*, la propensione all'ottimismo, una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni e del proprio dialogo interno e dunque incrementare la possibilità di affrontare positivamente le esperienze della vita. La finalità del percorso con gli insegnanti è sensibilizzarli al tema e al riconoscimento dei segnali legati alla depressione in età giovanile al fine di poter prevenire la problematica.

7.2. Target

Ragazzi che frequentano il primo superiore (due classi)
Insegnanti delle due classi coinvolte

7.3. Obiettivi

Gli allievi che prenderanno parte alla palestra della felicità saranno in grado di:

- Riconoscere i pensieri che determinano reazioni emotive intense e spiacevoli, e a non sottovalutare il loro ruolo nel provocare le emozioni e i comportamenti. Nessun evento può riuscire, da solo, a far stare male, ma sono le interpretazioni e valutazioni della realtà e i pensieri conseguenti a determinare le risposte emotive.
- I ragazzi avranno maggiore consapevolezza del proprio mondo interno, delle proprie emozioni e dei propri sentimenti e saranno in grado di utilizzare il vantaggio di tale consapevolezza.
- Riconoscere i pensieri disfunzionali su di sé, sul mondo e sul futuro che sono spesso collegati a modi di osservare la realtà, di interpretarla o di valutarla in modo sbagliato e controproducente. Queste modalità errate sono distorsioni cognitive spesso attivate da eventi e situazioni stressanti. I ragazzi sapranno modificare, confutare, sostituire i pensieri che provocano disagio.
- Chiamare le emozioni con il proprio nome ed essere in grado di comunicarle agli altri.
- Acquisire uno stile attribuzionale che consenta di interpretare gli eventi, attribuire le cause e giudicare se stessi in modo efficace, esercitando uno stile esplicativo positivo ed ottimistico.
- Ridurre il potere della ruminazione soprattutto quando si è un po' giù e non si ha voglia di vedere nessuno, quando ci si chiude nel silenzio e nel mutismo, oscillando tra il sentirsi preoccupati-impotenti e

profondamente arrabbiati. Utilizzeranno in modo costruttivo il dialogo interiore, orientandolo verso un pensiero positivo.

- Cambiare la situazione imparando a riflettere sui problemi, trasformarli in obiettivi e affrontandoli applicando il *Problem Solving*. Impareranno a definire il problema, scegliere più alternative, valutarle, fare un buon piano e quindi metterlo in pratica e verificarlo.

Per gli insegnanti si organizzeranno “momenti formativi” che intendono far luce sul fenomeno. I 3 incontri prevedono un approfondimento sul fenomeno della depressione, sul suicidio giovanile, e soprattutto sui fattori protettivi. I docenti delle classi coinvolte saranno in grado di riconoscere ed eventualmente intervenire di fronte a segnali depressivi.

7.4. Contenuti

- Il dialogo interno
- I Virus mentali e le preoccupazioni
- Le distorsioni cognitive
- Lo stile esplicativo
- Il *Problem-solving* individuale
- L'Attivazione comportamentale
- L'automonitoraggio e l'autocontrollo
- Le abilità sociali
- L'autorinforzo
- L'attivazione comportamentale
- La socializzazione
- I pensieri ottimistici e positivi

7.5. Metodologia

Lo svolgimento delle attività in palestra seguirà una metodologia di *training formativo esperienziale* in cui verranno ripercorse le fasi del Ciclo di Kolb-Fry: esperienza concreta, osservazione riflessiva, concettualizzazione, sperimentazione attiva; promuovendo in questo modo un apprendimento attivo con il coinvolgimento di tutti i partecipanti. Verranno utilizzate letture, filmati, questionari, giochi di ruolo, *feedback* ed esercitazioni sia individuali che di gruppo, sfruttando al massimo il processo di apprendimento di un individuo che non avviene necessariamente ed esclusivamente tramite il contatto diretto con un oggetto, ma anche attraverso esperienze indirette maturate tramite l'osservazione di altre persone.

L'assunto è che il “fare”, accanto alla discussione e al dialogo, sia l'elemento dirompente ed attivante sul piano cognitivo e da cui può discendere una ricaduta positiva sul piano della modificazione stabile di comportamenti.

Le esercitazioni in *role playing*, ovvero il far “calzare” artificialmente al ragazzo nuovi comportamenti di ruolo, hanno lo scopo di schiudere d'avanti agli occhi della persona, una nuova rappresentazione, un nuovo codice di possibilità comportamentali da ricostruire nella vita reale.

Anche il *feedback* avrà un ruolo importante, nel far presente ai ragazzi quanto hanno saputo simulare un ruolo ed in che misura i comportamenti emessi sono vicini a quelli presentati dal modello. Il *feedback* verrà restituito sotto forma di suggerimenti, ripetizioni, rinforzi soprattutto di tipo sociale.

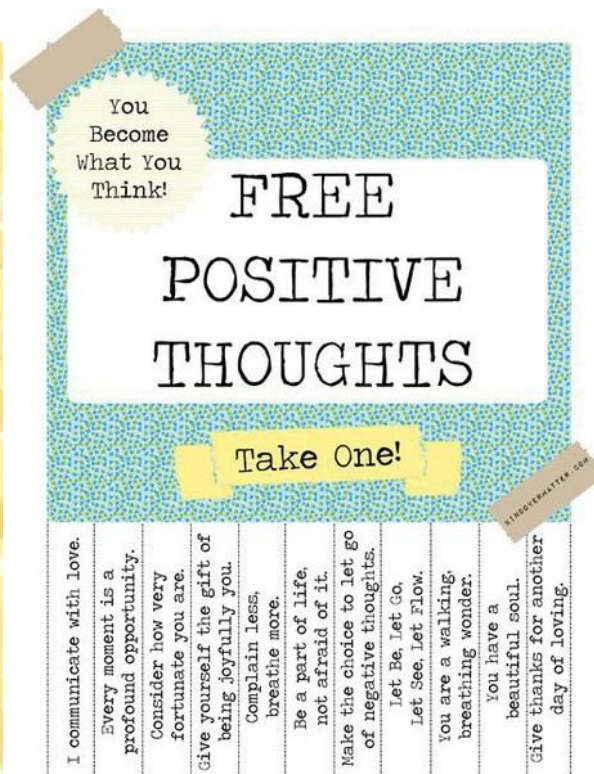
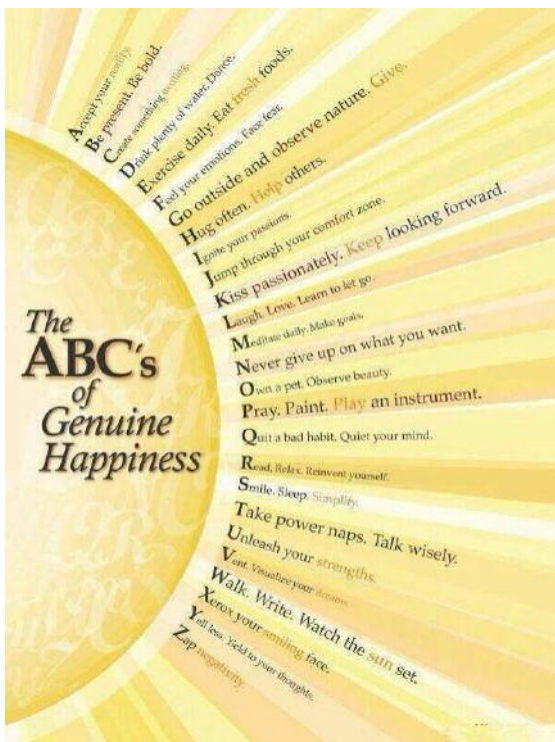
Secondo la teoria “dell’apprendimento sociale” teorizzata per la prima volta nel 1977 dal Albert Bandura, il nostro comportamento si modifica in base a ciò che osserviamo nel comportamento di altre persone, “modellandosi” in risposta ad essi.

La metodologia adottata con gli insegnanti sarà di tipo informativo (discendente) da parte dello psicologo.

7.6. Attività

Le attività proposte “in palestra” sono:

- esercizi (lavori individuali, in piccoli gruppi o nel grande gruppo)
- discussione e confronti
- compilazione di schede e questionari
- giochi di ruolo
- soluzione di problemi



7.7. Campione

Il campione sarà costituito da, ragazzi e ragazze che frequentano la prima classe della scuola superiore, per un totale di 30 ragazzi al massimo.

7.8. Valutazione

Il progetto prevede sia una valutazione di processo che una degli esiti. Per quanto riguarda la *valutazione di processo* realizzata in itinere, verranno utilizzate schede di monitoraggio delle attività quali:

- diari, interviste ed osservazioni dirette ai destinatari dell'intervento
- dossier (formato elettronico o stampa) da consegnare ai partecipanti a fine percorso, come testimonianza (attraverso racconti e fotografie) l'esperienza vissuta
- relazioni di monitoraggio
- raccolta della partecipazione dei ragazzi e dei docenti alle attività previste (almeno al 75%)

La *valutazione degli esiti*, ovvero del grado con cui vengono raggiunti i risultati, sarà registrata attraverso l'uso di questionari somministrati più volte durante il percorso. I questionari che verranno utilizzati sono i seguenti:

- *Kessler Psychological Distress Scale - K10* (Kessler, Andrews *et al.* 2002), raccoglie l'intensità dei problemi dei partecipanti legati all'ansia o alla depressione e più in generale alla vita quotidiana. (allegato1)
- Scala di soddisfazione della vita (Diener *et al.*, 1985) è una misura globale della soddisfazione delle persone, indaga la componente cognitiva della soddisfazione della vita. (allegato2)
- *Happiness Measures* (Fordyce, 1988) fornisce una valutazione complessiva della felicità della persona. (allegato3)

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2007), *I disturbi depressivi in età evolutiva- Linee guida diagnostiche, terapeutiche, gestionali*, Approvate SINPIA
- Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J. (1978), Learned helplessness in humans: Critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Angold A, Rutter M. (1992), Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology*.;4:5-28.
- Anolli L. (2005), *L'ottimismo*, Il Mulino, Bologna.
- Anolli F., Realdon O. (2007), Ottimismo e competenza emotiva in A. Della Fave (a cura di) *La condivisione del benessere. Il contributo della psicologia positiva*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F. e Pugliese M.P., (2011), *Psicoterapia cognitiva della depressione. Le diverse forme di depressione e i possibili interventi terapeutici*, Franco Angeli, Milano.
- Aquilar F. (2013), *Parlare per capirsi. Strumenti di psicoterapia cognitiva per una comunicazione funzionale*.
- Amanat E. e Butler C. (1984), Oppressive behaviours in the families of depressed children, *Family Therapy*, 11, 65-77.
- Ammaniti M. (2006), Quale prevenzione. *Psicologia clinica dello Sviluppo*, X, 2 313 – 355)
- Bandura A. (1986), The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory, *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373
- Bandura A. (1997), *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Tr. it. Erikson, Trento.
- Bara G. (2005), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Volume primo. TEORIA*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Beardslee WR, Keller MB, Seifer R *et al.* (1996), Prediction of adolescent affective disorder: effects of prior parental affective disorders and child psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:279-288.
- Becciu M., Colasant A. R. (2010), *In viaggio per... crescere. Un manuale di auto-mutuo aiuto per gli adolescenti: per potenziare le proprie risorse e stare bene con se e con gli altri*, FrancoAngeli, Milano.
- Becciu M., Colasant A. R., Belea M., (2009), La prevenzione del disturb depressive in età evolutiva, in *Psychomed* n°3, pp 39-50.
- Beck A.T. (1967), *The diagnosis and management of depression*, PA: University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Beck A.T., Emery G., Greenberg R. (1985), *Astrolabio, Roma. L'ansia e le fobie. Una prospettiva cognitiva*.

- Beck A.T. (1984), *Principi di terapia cognitiva*. Astrolabio, Roma.
- Beck A.T. et al (1979), *Cognitive therapy of depression*, Guilford, New York.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. (1996), Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years Part I. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psych.*;35:1427–39.
- Bonati M, Clavenna A (2005) The epidemiology of psychotropic drug use in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry* 17(3):181-188.
- Boyd J.H. and Weissman M.M. (1981), Epidemiology of affective disorders, a re-examination and future direction, *Arch.Gen.Psychiat.* 38, 1039-1046.
- Cassano GB, Cecconi D., (1995), La depressione: identificazione, diagnosi e trattamento, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, XIV, 86-108
- Carlson G., & Cantwell D. (1980), Unmasking masked depression in children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 137, 445-449.
- Cerver C. S. & Scheier, M.F. (1999), Optimism, in C.R. Snyder (ed.), *Coping. The psychological of What*
- Clavenna A, Bonati M, Rossi E et al. (2004), Increase in non evidence based use of antidepressants in children is cause for concern. *BMJ* 328:711-712.
- Combs A.W. (1999), *Being and Becoming*, Springer Publishing Company, New York.
- Cole D.A. e Rehm L.P. (1986), Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 14, 297-314.
- Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A., Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry*. 2008 Oct;165(10)
- Cuijpers P., Muñoz R. F., Clarke G. N., & Lewinsohn P. M. (2009), Psychoeducational treatment and prevention of depression: the “Coping with Depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review* ,29(5), 449-458.
- Daniel A.E. & Kashani,J.H (1983), Women who commit crimes of violence, *Psychiatric Annals*, 13:697-713.
- Deeg D. J. H., & Van Zonneveld R. J. (1989), Does happiness lengthen life? The prediction of longevity in the elderly. In R. Veenhoven (Ed.), *How harmful is happiness? Consequences of enjoying life or not* (pp. 29–34). Rotterdam, the Netherlands: Universitaire Pers Rotterdam.
- Di Pietro M. (1992), *L'educazione razionale-emotiva*, Ed. Erickson, Trento.
- Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., & Gri n, S. (1985), The Satisfaction With Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, 49, 71±75.
- E.C. (ed.) *Optimism & Pessimism: implications for theory, reserach and practice*, Washington, DC, American
- Erikson E.H., (1966), *Infanzia e società*, Armando, Roma, (1968).
- Ellis A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.
- Ellis A. (1989), *Ragione ed emozione in psicoterapia*, C. De Silvestri (a cura di), Astrolabio Ubaldini.
- Fester C.B. (1973), A functional analysis of depression, *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fleming JE, Offord DR (1990), Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:571-580.
- Fordyce M.W. (1977), A program to increase happiness: Further studies, *Journal of Counseling Psychology*, 30:483-498.(download).
- Fordyce M. (1988), Fordyce emotions questionnaire. *Social Indicators Research*, 20, 355-381.
- Fordyce M. (2000), *Human happiness: its nature and its attainment*, Unpublished book, Edison Community College, Fort Myers, FL, USA.
- Gaber J. (2006), Depression in Children and Adolescent:Linking Risk Research and Prevention, in “*American Journal of Preventive Medicine*”, vol 31, pp. 104-125.
- Garber J, Gallerani CM, Frankel SA. (2009), Depression in children. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. *Handbook of depression*. pp. 405–443, 2nd ed. Guilford Press; New York.

- Giamundo V. (2007), Il Trattamento cognitivo-comportamentale della depressione in età evolutiva, in L. Isola – F. Mancini (a cura di), *Psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano, Franco Angeli, pp. 246-269.
- Giusti E. (2002) *Psicoterapie della Gestalt. Integrazione dell'Evoluzione Pluralistica*, Ed. Scientifiche, Roma.
- Goldwurm G.F., Baruffi M., & Colombo F. (2004), *Qualità della vita e benessere psicologico. Aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felice*, McGraw-Hill, Milano.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R., Angell, K.E., (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J. Abnorm. Psychology* 107 (1), 128–140.
- Heider F., (1958), *The Psychology of Interpersonal Relations*. Wiley, New York.
- Ingram R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998), *Cognitive vulnerability to depression*, Guilford Press, New York.
- Kashani J.H., Venzeke R. e Miller E.A. (1981), Depression in children admitted to hospital for orthopaedic procedures. *British Journal of Psychiatry*, 138, 21-25.
- Kessler R.C., Andrews G., Colpe et al. (2002), Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress, *Psychological Medicine*, 32, 959-956 -
- Kendall P. C., Leon G. R., & Garber J. (1980), Depression in children: Parent, teacher, and child perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 8, 221-235.
- Kolb D. A. & Fry R. (1975), Toward an applied theory of experiential learning In C. Cooper (ed.) *Theories of Group Process*, John Wiley, London.
- Lazarus R.S. (1966), *Psychological Stress and the Coping Process*, McGraw-Hill, New York.
- Legrenzi P. (1998), *La felicità*, Il Mulino, Bologna.
- Levi G, Sogos C, Mazzei E, Paolesse C. (2001), Depressive disorder in preschool children: patterns of affective organization, *Child Psychiatry and Human Development*, 32, 55-69.
- Lewinsohn P., (1974), *The Behavioral study and treatment of depression*", *Progress in Behavior modification* (edited by Hersen N., Eisler R. & Miller P.), Academic Press, New York.
- Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R., (1998), Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin. Psychol. Rev.* 18 (7), 765– 794.
- Lo Presti C. (2007), *L'alfabeto delle emozioni*, Edizioni la meridiana
- Mazzoncini B., Sogos C., Lapponi E., Levi G. (2005), La fobia della scuola: sottotipi clinici ed evoluzione del disturbo. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, vol. 72, n°3, pp. 413-421.
- Mariani U. (2001), *Educazione alla salute nella scuola*, Erickson, Trento.
- Morosini P., Leveni D., Piacentini D., Michielin P., Gigantesco A., (a cura di), (2011), *Capire e superare la depressione*, Avverbi Edizioni.
- Muñoz RF1, Beardslee WR, Leykin Y. (2012), Major depression can be prevented. *Am Psychol.* 2012 May-Jun;67(4):285-95.
- Meichenbaum D. (1977), *Cognitive-behavior modification*, Plenum Press, New York.
- Neuman RJ, Geller B, Rice JP et al. (1997), Increased incidence and earlier onset of mood disorders among relatives of prepubertal versus adult probands, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:466-473.
- National Institute on Drug Abuse, (2003), *Drug Use Among Racial/Ethnic Minorities*, Revised.nida
- Nobile M, Cataldo GM, Marino C et al., (2003), Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents, *CNS Drugs* 17(13):927-946.
- Nolen-Hoeksema S. et al.. (1995), Helplessness in children of depressed or non depressed mother, in *Development Psychology* ,vol. 31, pp 377-387.
- OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (2004), World Health Organization Priorità Medicines for Europe and the World.

- Orth U., Robins R. W., Trzesniewski K. H., Maes J., & Schmitt M. (2009), Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age, *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 472.
- Palmonari A. (1993), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- Power M. J., & Dalgleish T. (1997), *Cognition and emotion: From order to disorder*, Hove: Psychology Press.
- Puing-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J & Todak, G. (1985), Psychosocial functioning in prepubertal depressive disorders I. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42:500-507.
- Rainone A., Mancini F. (a cura di), (2004), *Gli approcci cognitivi alla depressione*. Franco Angeli, Milano.
- Rainone A., Mancini F.(2010), La Depressione - in *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*, a cura di Perdighe C., Mancini F., Giovanni Fioriti Ed.
- Rainone A., Giacobazzi D., (2004), *I disturbi depressivi: diagnosi e trattamenti efficaci in Gli approcci cognitivi alla depressione*, a cura di Rainone A., Mancini F. , Franco Angeli.
- Rotter J. (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80, Whole No. 609.
- Saarni C. (1989), Children's understanding of strategic control of emotional expression in social interactions. In C. Saarni & P. L. Harris (Eds.), *Children's understanding of emotion* (pp. 338-523). Cambridge: Harvard University Press.
- Sanavio E. (2002), *Psicoterapia Cognitivo Comportamentale*, ed. Carocci, Roma
- Sanavio E. (1991), *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, NIS, Roma.
- Sibilia L. (1995), La Qualità della Vita. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 1: 3-4
- Scarr S. (1992), Developmental theories for the 1990s: development and individual differences. *Child Dev* 63(1):1-19.
- Scheier M. F. Carver C.S. (1985), Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies, *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Shankland R., Bègue L. (2011), *Pensieri per stare bene*, Le scienze, Edizione Italiana di Scientific American.
- Seligman M.E.P. (1975), *Helplessness: On depression, development, and death*, Freeman, San Francisco.
- Seligman M.E.P. (1996), *Come crescere un bambino ottimista* (The Optimistic Child: Proven Program to Safeguard Children from Depression & Build Lifelong Resilience). New York: Houghton Mifflin. (Paperback edition, 1996, Harper Paperbacks)
- Seligman M. (2005), Giunti Edizioni - Imparare l'Ottimismo.
- Seligman, M.E.P. (2003), Positive Psychology: Fundamental Assumptions, *Psychologist*, 126-127.
- Sen S., Burmeister M., Ghosh D. (2004): Meta-analysis of the association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5-HTTLPR) and anxiety-related personality traits. *AmJ Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 127:85– 89.
- Snayder & coll (2001), Optimism and Hope Constructus: Variant on a Positive Expectancy Theme, in *Change*.
- Stein A, Williamson DE, Birmaher B et al. (2000), Parent-child bonding and family functioning in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:1387-1395.
- Stark K., (1995), La depressione infantile. Intervento psicologico nella scuola, Erickson, Trento,
- Stark K.D., Best L. e McCabe N. (1990), Development of a depressive cognitions questionnaire for children.
- Stark K. (2000), La depressione infantile. Intervento psicologico nella scuola, Erickson., Trento.
- Weiner B. (1985), An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.

2.2.6. PROGETTO “HAPPY HOURS” di Monica Vanzella* e Elisa Scian** **Programma di prevenzione dell’abuso di alcol in adolescenza nel territorio pordenonese.**

1. PRESENTAZIONE PROBLEMA

Il consumo e l’abuso di alcol fra i giovani è un fenomeno preoccupante e in forte crescita sia a livello internazionale che nazionale (ISS, 2006). In Italia, si rileva una sperimentazione molto precoce di bevande alcoliche intorno ai 12-15 anni quando, in realtà, in questa fascia d’età le linee guida nazionali (INRAN, 2003) e internazionali ne sconsigliano l’assunzione. Il fenomeno avviene in compagnia di amici, fuori dai pasti, spesso di sera, secondo modalità reattive di ricerca e omologazione, per lo più in modo discontinuo. Si registra un graduale spostamento generazionale dalla modalità tradizionale di consumo mediterraneo ad una cultura del bere fuori pasto e una modalità di assunzione *binge-drinking* in forte crescita soprattutto tra i 18 e i 24 anni (ISS, 2006).

L’analisi dei dati epidemiologici ha rilevato che nella regione Friuli Venezia Giulia il consumo a rischio (21,6%) è significativamente superiore alla media nazionale (17%) (ESPAD-ITALIA, 2006). I ragazzi friulani vivono in famiglie che, nella maggior parte dei casi, consumano regolarmente alcol e il 73% frequenta qualche amico che esagera nel bere. Oltre a ciò, soprattutto nella realtà della provincia di Pordenone, si rileva una socializzazione all’alcol molto precoce e il dilagare dell’aperitivo alcolico ha assunto il ruolo di un vero e proprio rituale tra i giovanissimi. I consumi più elevati di bevande alcoliche (la birra è preferita) si registrano tra i ragazzi che frequentano istituti professionali e tra i maschi, anche se il consumo di alcolici tra le ragazze si discosta di poco. Il consumo dei diversi tipi di alcolici appare fortemente e inversamente correlato all’indice di soddisfazione vitale. Le motivazioni principali che spingono maggiormente i giovani friulani a bere fanno riferimento all’intenzione di rilassarsi, dimenticare i propri problemi, provare piacere, integrarsi socialmente, sballare e sperimentare sensazioni, di meno per imitare, per seguire la moda o per sentirsi più grandi. Un risultato preoccupante riguarda la guida dopo l’assunzione di alcolici: il 38,8% degli intervistati ha ammesso di aver guidato dopo aver assunto bevande alcoliche (Cattarinussi, 2004).

La criticità del fenomeno è stata rilevata da Servizi Socio-Sanitari, Enti Pubblici, Istituzioni ed Associazioni della provincia di Pordenone che hanno avviato diversi progetti al fine di tutelare la popolazione giovanile dai rischi connessi all’abuso dell’alcol, ma tali iniziative, se pur numerose e varie, nella maggior parte dei casi, risentono della mancanza di un livello omogeneo di pianificazione degli interventi tra tutte le realtà e professionalità attive in materia e si basano quasi esclusivamente sul modello del deficit dell’informazione e su strategie sanzionatorie e punitive. L’obiettivo è promuovere l’astensione completa dalle bevande alcoliche, senza tenere in considerazione la forza e l’impatto dei fattori economici e socio-culturali ed esponendosi così al rischio dell’inefficacia dell’intervento. In Friuli Venezia Giulia le sostanze alcoliche hanno occupato e occupano una posizione di rilievo rivestendo da sempre un ruolo prioritario nei percorsi culturali, oltre ad essere alla base di un processo commerciale molto florido che negli anni si è sempre più raffinato. Inoltre fin dai tempi antichi all’alcol è stata attribuita un’immagine positiva e di connettivo dei rapporti sociali. Questi dati indicano che il consumo di alcol tra i giovani è un fenomeno da non sottovalutare. Nonostante nella maggior parte dei casi il consumo tenda a ridursi o a sparire del tutto con gli anni, è importante prendere in considerazione i pericoli connessi all’abuso di alcol in quanto anche episodiche sperimentazioni possono provocare danni, incidenti o addirittura morte.

* *Monica Vanzella, Psicologa, Psicoterapeuta CC, Pordenone mail: monicavanzella@libero.it*

** *Elisa Scian, Psicologa, Psicoterapeuta CC, Pordenone mail: elisascian@virgilio.it*

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

Il progetto, che si ispira alla teoria dello sviluppo come azione nel contesto (Bronfenbrenner, 1979) e alla psicopatologia evolutiva (Rutter, 1982; 1985; Cicchetti, 1984; Coie *et al.*, 1993; Cicchetti - Cohen, 1995; Werner, 2000) che postula l'interdipendenza tra fattori protettivi e di rischio, si colloca all'interno dei programmi d'intervento preventivo focalizzati sui modelli teorici di cambiamento (Green, Kreuter, 1991), con particolare riferimento ai programmi pluridimensionali di *life skills promotion* (Resnikow, Botvin, 1993; Botvin, 2000) e di promozione della cultura del bere responsabile (Stewart *et al.*, 2005).

3. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO

Lo studio dei fattori che possono favorire o meno il consumo e l'abuso di alcol in adolescenza chiama in causa variabili di diverso tipo che, pur nella loro eterogeneità, delineano un quadro ampio, ricco e articolato di fattori di rischio e di protezione rispetto ai quali la ricerca empirica ha fornito varie conferme. Il consumo e l'abuso di alcol si configura quindi come un fenomeno estremamente complesso e multidimensionale. I *fattori che possono favorirlo* sono vari e legati a una dinamica bio-psico-sociale della realtà studiata, ma possono comunque essere divisi in cinque aree principali:

- *Individuali*: cominciare ad una giovane età (Becoña & Míguez, 2004; Hancox, 2004; Duhig, 2005; Foshee, 2007); atteggiamento favorevole al consumo; ribellione; impulsività; presenza di alcuni fattori genetici che determinano la vulnerabilità; vulnerabilità psicofisiologica per gli effetti delle sostanze psicotrope (Pietrantonio, 2001; Guarino *et al.*, 2005; Guarino *et al.*, 2006; Guarino, 2007); problemi comportamentali precoci e persistenti; ricerca di sensazioni (Dazzi, 2002); esposizione prolungata o precoce alla violenza e al disagio (Henry *et al.*, 2003; Korn e Maggs, 2004; Kuntsche *et al.*, 2006); bassa autoefficacia; *locus of control* esterno; stati emozionali spiacevoli (Gil, 2004; Botvin & Griffin, 2004; Boyd, 2006; Friedman, 2006; Best, 2006).

- *Familiari*: stile permissivo (Shucksmith, Hendry e Glendinning, 1995; Jackson e Foshee, 1998; Bonino *et al.*, 2003); uso da parte di genitori e familiari (Dazzi, 2002); atteggiamento favorevole all'uso da parte della famiglia; diverbi familiari e divorzi (Pietrantonio, 2001; Guarino *et al.*, 2005; Guarino *et al.*, 2006; Guarino, 2007).

- *Gruppo dei pari*: frequentare amici che bevono (Seidman *et al.*, 1999); sostegno sociale dei coetanei nei contesti ad alto rischio (Gonzales *et al.*, 1996); tempo crescente trascorso con gli amici non impegnato in attività strutturate (Bonino *et al.*, 2003); percezione di normalità del comportamento di abuso di alcol nell'ambito del gruppo (Cicognani, 2004).

- *Scuola*: fallimenti scolastici; cattivi rapporti con i compagni di scuola e gli insegnanti (Pietrantonio, 2001; Guarino *et al.*, 2005; Guarino *et al.*, 2006; Guarino, 2007); basso livello di coinvolgimento a scuola (Dazzi, 2002).

- *Comunità*: leggi che incoraggiano l'uso di alcol; disponibilità e accessibilità della sostanza (Dazzi, 2002); valori e norme sociali che promuovono il consumo di alcol (Pietrantonio, 2001; Guarino *et al.*, 2005; Guarino *et al.*, 2006; Guarino, 2007); *mass-media* e pubblicità che privilegiano l'associazione di immagini di successo al consumo di alcol (Giaccardi, 1996; Di Pietro, 1997); messaggi che spingono i ragazzi verso un'anticipazione dello status di adulto (Bonino, Cattelino, 2008); situazione economica difficile (Alesci *et al.*, 2003; Taylor *et al.*, 2004; Turner *et al.*, 2004).

Per quanto riguarda i relativi *fattori di protezione*, distinti nelle cinque aree, essi sono:

- *Individuali*: orientamento verso il futuro e progettualità; capacità di autocontrollo; pensiero critico e creativo; capacità di *problem solving* e *decision making*; (Bonino, Cattelino, 2008); attribuzione di importanza all'esperienza scolastica; capacità di ricerca di aiuto (Becciu, Colasanti, 2007).

- *Familiari*: stile educativo autorevole (Shucksmith, Hendry e Glendinning, 1995; Jackson e Foshee, 1998; Bonino *et al.*, 2003); stile educativo autoritario nei contesti urbani a rischio (Gonzales *et al.*, 1996); stile genitoriale condiviso dal vicinato e dalle reti sociali della famiglia; collaborazione fra genitori e scuola; senso di comunità dei genitori (Steinberg, Darling e Fletcher, 1995); proposta di modelli positivi di adulto; mantenimento di rituali familiari; atteggiamenti di disapprovazione esplicita rispetto ai comportamenti a rischio (Becciu, Colasanti, 2007); rapporto caloroso con i genitori (Stattin e Kerr, 2000); senso di integrazione della famiglia; esposizione ad un *problem solving* proattivo (Bonino e Cattelino, 2008).

- *Gruppo dei pari*: frequentare amici che non abusano di alcol (Seidman *et al.*, 1999); sostegno sociale dei coetanei nei contesti a basso rischio (Gonzales *et al.*, 1996); aggregazione con altri giovani su attività significative che permettono l'assunzione di responsabilità personali, la sperimentazione e la realizzazione di sé; frequentare gruppi a valenza pro-sociale con una forte progettualità (Bonino, Cattelino, 2008); accordo tra amici e genitori (Becciu, Colasanti, 2007).

- *Scuola*: successo scolastico; soddisfazione per l'esperienza scolastica; spazi e tempi programmati in modo efficace; predisposizione e condivisione delle regole fondamentali ed esplicitazione delle relative sanzioni (Bonino, Cattelino, 2008); stimolazione ad impegnarsi in una progettualità a lungo termine; fiducia da parte di figure esterne alla famiglia (Becciu, Colasanti, 2007); senso di comunità della scuola (Bateman, 2002; Cicognani, 2004).

- *Comunità*: senso di comunità (Pretty *et al.*, 1996); riduzione della spinta verso l'anticipazione dell'adultità; promuovere una maggiore accettazione del periodo adolescenziale; offrire opportunità concrete e spazi di incontro per condividere attività significative (Bonino, Cattelino, 2008); richiesta di comportamenti responsabili nei confronti della comunità locale; ruolo educativo forte da parte degli adulti; stabilità e integrazione sociale (Becciu, Colasanti, 2007).

4. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA D'INTERVENTO

4.1. Finalità

L'obiettivo generale del progetto è prevenire l'abuso di alcol tra gli adolescenti della provincia di Pordenone favorendo lo sviluppo di risorse individuali e collettive che consentano di compiere scelte consapevoli e di aumentare così le capacità di controllo e di protezione della propria salute.

4.2. Obiettivi in riferimento all'area scuola e territorio

In riferimento all'area scuola, il progetto si prefigge di aiutare gli insegnanti e i genitori a scoprire e valorizzare le proprie capacità educative e potenziare le *life skills* degli alunni al fine di migliorare il loro benessere e la salute psico-sociale. In riferimento all'area territorio, il progetto si prefigge di offrire opportunità in cui i giovani possano vivere esperienze che favoriscano il raggiungimento in modo salutare degli obiettivi di adultità, affermazione e sperimentazione di sé, esplorazione delle sensazioni, comunicazione, condivisione di azioni ed emozioni, riti di legame e di passaggio, protagonismo, riconoscimento e promuovere una cultura del bere responsabile.

4.3. Target

La collocazione temporale migliore per gli interventi di prevenzione del comportamento a rischio sembra essere il periodo di esordio del comportamento o quello immediatamente precedente (Bonino, Cattelino, 2008). Le ricerche indicano che i ragazzi, nel territorio specifico di riferimento, iniziano a bere alcolici intorno ai 12 anni. Gli anni della scuola secondaria di I grado sono quindi considerati particolarmente importanti per l'attuazione di programmi specifici che mirano alla prevenzione del comportamento a rischio (Gottfredson e Wilson, 2003; Weichold, Giannotta, Silbereisen, Ciairano e Wenzel, 2006).

Rispetto all'intervento nella scuola, i destinatari finali sono gli alunni di una classe pilota che frequentano una scuola secondaria di I grado della provincia di Pordenone, mentre i destinatari intermedi sono gli insegnanti e i genitori degli alunni coinvolti.

Rispetto all'intervento nel territorio, i destinatari finali sono gli alunni della classe pilota dell'area scuola che si sono resi disponibili a collaborare nell'area territorio, i giovani della provincia di Pordenone a cui sono rivolti i microprogetti promossi dai partecipanti al tavolo di lavoro e i giovani del territorio che sono in contatto con adulti che hanno acquisito una cultura del bere responsabile.

I destinatari intermedi dell'intervento nel territorio sono i gestori e i baristi di locali della provincia di Pordenone che hanno aderito al progetto, frequentati prevalentemente da giovani, e gli adulti della provincia di Pordenone partecipanti ai corsi di degustazione.

4.3. Ipotesi progettuale

L'analisi della letteratura relativa al consumo e all'abuso di alcol in adolescenza ha evidenziato alcune variabili che rivestono un ruolo significativo e che sono state tenute in considerazione al fine di realizzare un progetto d'intervento efficace. Il profilo dell'adolescente protetto è caratterizzato da: positività dell'esperienza scolastica; orientamento al futuro e progettualità a lungo termine; abilità e risorse per lo sviluppo di un buon adattamento psicosociale (*life skills*); relazioni positive con almeno un adulto di riferimento (genitore, insegnante); partecipazione a gruppi a valenza prosociale in attività strutturate con una forte progettualità; assenza della valorizzazione della sostanza. Inoltre, la lettura della realtà del territorio di Pordenone ha evidenziato come siano presenti alcuni fattori di rischio di natura individuale e situazionale: sperimentazione precoce dell'alcol; abuso dell'alcol nel gruppo di pari; percezione di normalità del comportamento di abuso di alcol nel gruppo di pari; valori e norme sociali che promuovono il consumo di alcol; presenza in regione di aspetti economici e culturali che promuovono il consumo di alcol; disponibilità e accessibilità della sostanza; *mass-media* e pubblicità che privilegiano l'associazione di immagini di successo al consumo di alcol; messaggi che spingono i ragazzi verso un'anticipazione dello status di adulto.

Il progetto è nato quindi dalla convinzione che intervenendo su alcune variabili che riguardano l'esperienza scolastica, lo stile educativo familiare, le abilità per lo sviluppo di un buon adattamento psicosociale, le forme di aggregazione con il gruppo dei pari e le modalità di consumo, attraverso un percorso formativo rivolto agli insegnanti e ai genitori al fine di scoprire e valorizzare le proprie abilità educative, un percorso formativo scolastico di potenziamento delle *life skills* rivolto agli alunni, attività strutturate di aggregazione tra giovani che permettano l'assunzione di responsabilità personali, sperimentazione e realizzazione di sé e dove l'alcol non rappresenta un valore, un corso di formazione finalizzato alla promozione della cultura del bere responsabile e moderato attraverso l'educazione al gusto e al piacere rivolto a gestori e a baristi e un corso di degustazione di alcolici rivolto alla cittadinanza che promuova atteggiamenti consapevoli, responsabili e moderati circa il consumo di alcol, a conclusione dell'intervento ci dovremmo attendere di aver promosso le condizioni individuali, scolastiche, familiari, sociali e culturali che favoriscono l'orientamento del percorso evolutivo dei ragazzi coinvolti verso il profilo dell'adolescente protetto.

4.4. Contenuti

Il progetto è stato chiamato "*Happy Hours*" con riferimento ad una tipica pratica di promozione delle vendite di bevande alcoliche, nata nei paesi anglosassoni e sempre più spesso utilizzata nel territorio di riferimento. Lo *slogan*, volutamente trasformato al plurale, sintetizza l'intento del progetto di promuovere "*ore felici*" durante le quali i giovani possano sviluppare capacità, vivere esperienze che permettano di

raggiungere i loro obiettivi di crescita senza compromettere la propria e altrui salute, all'interno di una comunità che offra spazi ed occasioni, ma anche sani e adeguati modelli di riferimento.

Le evidenze di efficacia riportate dalla letteratura scientifica rispetto agli interventi di prevenzione dell'abuso di alcol in adolescenza hanno dimostrato il successo dei programmi di potenziamento delle *life skills* svolti nel *setting* scolastico (Botvin, Dusenbury, Baker, James-Ortiz, Botvin e Kerner, 1992; Resnicow e Botvin, 1993; Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe, Breen, 2002; Griffin, Botvin, Nichols e Doyle, 2003). Tali programmi hanno come obiettivo principale il potenziamento di specifiche abilità e risorse di cui gli adolescenti hanno bisogno per sviluppare un buon adattamento psicosociale. Essi partono dal presupposto che l'adolescenza costituisca un periodo di adattamento produttivo nel quale il soggetto si trova di fronte a molti cambiamenti importanti e a numerose richieste evolutive e sociali che possono tradursi in un'esperienza psicologica stressante (Olbrich, 1990). In particolare ciò si verifica quando le richieste poste all'adolescente eccedono le sue risorse di fronteggiamento. Le *life skills* si collocano come strumenti indispensabili per affrontare e risolvere al meglio i compiti di sviluppo caratteristici di questo periodo. Possedere le fondamentali abilità cognitive, sociali, emotive e relazionali consente all'adolescente di affrontare problemi quotidiani connessi alla sua esperienza di crescita, evitando di incorrere in comportamenti che possono compromettere la salute e il benessere.

La letteratura riporta inoltre il successo degli interventi condotti nel contesto scolastico che includono il coinvolgimento delle famiglie attraverso la promozione di stili educativi efficaci (Stattin, Kerr, 2000; Spoth, 2002; Bonino *et al.*, 2003; Marta *et al.*, 2004; Velleman, 2005; Petrie, 2007). Gli interventi rivolti ai genitori che sono risultati essere efficaci hanno come finalità generale quella di incrementare le loro abilità educative, stimolando la comparsa di comportamenti che hanno dimostrato avere una funzione protettiva. Le ricerche evidenziano l'importanza di sostenere i genitori nell'esercitare al meglio il loro ruolo, affinché aiutino i figli a crescere sviluppando appieno le loro potenzialità e individualità, promuovendo percorsi di transizione all'età adulta dagli esiti positivi che consentano un'affermazione di sé nell'ambito delle norme sociali e della comunità di appartenenza e non al di fuori o in opposizione ad esse. In generale, gli interventi che coinvolgono i genitori si rivelano efficaci quando consentono loro, in primo luogo, di migliorare la capacità di comunicazione con i figli e, in secondo luogo, di acquisire competenze nella gestione della relazione.

L'attività di prevenzione dell'abuso di alcol in adolescenza deve essere caratterizzata inoltre da un'azione globale che coinvolga la comunità locale nei diversi contesti nei quali i giovani si trovano a vivere quotidianamente. Una comunità attenta alla promozione della salute dei giovani che non considera l'adolescenza come un'inevitabile condizione di disagio e di sofferenza, ma come una fase prolungata dello sviluppo umano che presenta grandi differenze individuali di percorso rappresenta un fattore di protezione rilevante al fine di moderare, ridurre o addirittura capovolgere la carica negativa dei fattori di rischio in adolescenza. In particolare una comunità con forte valenza protettiva in termini di salute è caratterizzata dalla tendenza alla riduzione della spinta verso l'adulthood anticipata, da una maggiore accettazione del periodo adolescenziale, dall'offerta di spazi per la sperimentazione e la realizzazione di sé, dalla richiesta di comportamenti responsabili nei confronti della comunità locale, da un ruolo educativo forte da parte degli adulti (Becciu, Colasanti, 2007). Tutti gli adolescenti incorrono in attività di rischio quale parte normale del loro percorso di crescita. Assumersi dei rischi serve all'adolescente perché lo aiuta a sviluppare una propria identità e costituisce, ad ogni modo, un'esperienza di valorizzazione. Poiché è necessario che gli adolescenti si assumano dei rischi, la comunità deve aiutarli a trovare modi "sani" per farlo. Le attività di assunzione del rischio che aiutano il processo di crescita di un adolescente includono la partecipazione ad attività sportive, lo sviluppo di abilità artistiche e creative, attività di volontariato, viaggi, creazione di nuovi rapporti amicali (Ponton, 1997). Gli interventi a livello di comunità che hanno dimostrato evidenze di efficacia sono quelli che favoriscono il potenziamento delle *life skills*, la partecipazione attiva, la responsabilità condivisa e il

supporto a programmi di prevenzione attraverso il coinvolgimento di vari attori presenti sul territorio (Resnikow, Botvin, 1993; Botvin, 2000; Cuijpers *et al.*, 2002; Spoth *et al.*, 2007; Peters *et al.*, 2009). Inoltre, la rilevazione della presenza di notevoli cambiamenti nello stile di consumo dell'alcol e la considerazione delle peculiarità della realtà sociale, economica e culturale del territorio di riferimento hanno reso necessario sviluppare nuove metodologie preventive che risultino più efficaci rispetto agli approcci tradizionali basati sull'astinenza assoluta che non hanno raggiunto i risultati auspicati (Lynam *et al.*, 1999; Foxcroft *et al.*, 2002; Spooner e Hall, 2002).

L'approccio del bere responsabile rappresenta una valida alternativa per la costruzione di programmi preventivi che intervengano attivamente sui diversi livelli che concorrono, secondo un modello multifattoriale, al problema dell'abuso dell'alcol tra i giovani fornendo gli strumenti necessari al raggiungimento di una gestione del consumo di alcol che comporti il minor rischio possibile per la salute. Si tratta di educare le persone ad un consumo responsabile, che protegga ciascuno dalle conseguenze negative dell'abuso e della dipendenza. In questo senso, una scelta proibizionista in ambito preventivo potrebbe rivelarsi controproducente, soprattutto nei confronti della popolazione adolescenziale generalmente attratta dal proibito, esaltando così il piacere per la trasgressione delle norme e per l'alterazione che l'abuso di alcol provoca. La letteratura riporta che un'adeguata educazione al bere responsabile possa essere ritenuta un intervento efficace nel prevenire stili di consumo disadattivi (Cenedese, 2006).

La prevenzione viene così affrontata in una prospettiva ecologica di ampio respiro, con interventi non esplicitamente rivolti a scoraggiare i comportamenti di abuso, ma prevalentemente orientati ad incrementare le risorse personali e sociali dell'adolescente, in modo che egli sia in grado di evitare le suggestioni proposte dalla cultura dell'alcol o di altri comportamenti a rischio.

4.5. Metodologie

Per quanto riguarda l'intervento, sia nel *setting* scolastico che nel territorio, la metodologia è di tipo attivo ed esperienziale e comporta il coinvolgimento costante dei partecipanti all'interno di un processo dinamico ed interattivo. I partecipanti non sono quindi destinatari passivi, ma protagonisti attivi della formazione in situazione di gruppo, in grado di acquisire informazioni ed incrementare competenze da applicare nella quotidianità. Nella realizzazione dei percorsi formativi si fa riferimento al modello dell'apprendimento esperienziale di Kolb e Fry (1975). Secondo tale modello, il possesso di nuove acquisizioni, il cambiamento e la crescita delle persone avvengono attraverso un processo integrato e circolare che inizia con l'esperienza concreta, si arricchisce con l'osservazione riflessiva, giunge alla concettualizzazione astratta per poi dar luogo alla sperimentazione attiva (Becciu, Colasanti, 2004).

4.6. Attività

Il progetto è stato strutturato in due aree specifiche (scuola e territorio), articolato in diverse attività a seconda dell'area e della fase prevista.

Area Scuola

L'intervento, articolato in tre anni di attività, è rivolto ad una classe pilota di una scuola secondaria di I grado della provincia di Pordenone.

Primo anno: formazione degli insegnanti e dei genitori

Il primo anno sono previsti momenti formativi rivolti agli adulti significativi (insegnanti e genitori) degli alunni della classe pilota individuata, gestiti da due psicologi con competenze specifiche nel campo

dell'intervento psicosociale. Il percorso rivolto agli insegnanti è strutturato in diversi moduli e si basa sul programma *Life Skills Education* dell'OMS. Il corso si propone l'acquisizione delle *life skills* e la comprensione del loro ruolo nella promozione della salute e del benessere degli alunni, l'apprendimento delle conoscenze di base per l'insegnamento delle *life skills* e la sperimentazione della loro applicazione in classe. È inoltre previsto un modulo finalizzato alla preparazione da parte degli insegnanti di un percorso specifico da realizzare nella classe, applicando le competenze e i suggerimenti acquisiti relativi alle *life skills*, partendo dalla definizione degli obiettivi, da un'analisi delle risorse disponibili e dei vincoli, fino ad arrivare a stabilire strategie, strumenti di realizzazione e modalità di verifica del percorso stesso.

Il percorso rivolto ai genitori riguarda diverse aree tematiche correlate ai comportamenti determinanti per la salute in adolescenza. Il corso si propone di fornire indicazioni e strumenti che consentano ai genitori di esercitare il loro ruolo con maggiore consapevolezza, potenziando la loro competenza genitoriale.

Entrambe le proposte formative prevedono una metodologia di tipo attivo-esperienziale, la stessa che i docenti potranno utilizzare successivamente in classe.

Secondo anno: insegnanti promotori di *life skills* in classe

Il secondo anno riguarda il lavoro di sperimentazione del programma *Life Skills Education* nella classe pilota. Sulla base delle competenze acquisite durante il percorso formativo, gli insegnanti realizzeranno attività e laboratori strutturati da loro stessi per favorire l'apprendimento delle *life skills*. In questa fase un momento fondamentale sarà rappresentato dagli spazi di supervisione del lavoro degli insegnanti da parte degli psicologi.

Terzo anno: individuazione dei ragazzi e degli insegnanti referenti per l'intervento nel territorio

Il terzo anno è prevista la possibilità per i ragazzi e gli insegnanti della classe pilota di diventare ideatori e promotori, assieme ad altri attori, di una serie di iniziative rivolte ai giovani della comunità.

Area Territorio

La seconda parte del progetto, dedicata all'area territorio, sarà realizzata successivamente all'intervento nella scuola in quanto è necessario che i ragazzi e gli insegnanti che saranno coinvolti abbiano acquisito i fondamenti del programma *Life Skills Education* e dell'approccio dell'intervento psicosociale.

L'intervento nell'area territorio, articolato in due parti, sarà orientato da un lato alla promozione del protagonismo attivo dei giovani attraverso il loro coinvolgimento in attività ad alto valore prosociale, all'espressione e alla sperimentazione delle proprie capacità, in collaborazione con adulti significativi, dall'altro alla promozione di una cultura del bere moderato e responsabile nella popolazione del territorio pordenonese.

Entrambe le fasi prevedono il coinvolgimento attivo dei giovani, ma anche degli adulti del territorio che per vari motivi entrano in contatto con i ragazzi e possono quindi svolgere un ruolo educativo fondamentale e rappresentare importanti interlocutori con i quali collaborare per promuovere modalità efficaci di relazione e di crescita.

Prima parte: il protagonismo dei giovani nel territorio pordenonese

Questa parte del progetto prevede la costituzione di un tavolo di lavoro formato dai ragazzi e dagli insegnanti della classe pilota che si sono dichiarati disponibili a partecipare alle iniziative dell'area territorio, da referenti delle Associazioni di volontariato, dei Progetti Giovani, delle Società Sportive, della Parrocchia, delle Forze dell'Ordine, dell'ASSn6, delle Amministrazioni locali, dell'Ascom e da referenti territoriali sulle

Politiche Giovanili. Questo gruppo di riferimento dovrà promuovere iniziative nel territorio che consentano, da una parte, di esercitare il ruolo educativo delle diverse agenzie presenti, dall'altra, un lavoro integrato e capillare di rete che valorizzi il protagonismo attivo dei giovani.

Saranno così elaborati ed organizzati una serie di microprogetti rivolti ai giovani del territorio relativi a diverse aree d'interesse (es. sport, musica, teatro...). I ragazzi della classe pilota partecipanti al tavolo di lavoro, assieme ad alcuni adulti, ne diventeranno i referenti. Una strategia per offrire opportunità in cui i giovani possano vivere esperienze che favoriscano il raggiungimento in modo salutare di obiettivi di adultità, affermazione e sperimentazione di sé, esplorazione delle sensazioni, comunicazione, condivisione di azioni ed emozioni, riti di legame e di passaggio, protagonismo, riconoscimento. Questa fase prevede inoltre la possibilità di coinvolgere nei diversi microprogetti persone che per le attività svolte nella provincia di Pordenone hanno opportunità di contatto con i giovani (volontari delle Associazioni, animatori, operatori del tempo libero, istruttori sportivi ...).

Seconda parte: la promozione della cultura del bere responsabile

Questa parte dell'intervento nell'area territorio riguarda la promozione di atteggiamenti consapevoli, responsabili e moderati circa il consumo dell'alcol attraverso l'educazione al gusto e al piacere. Il progetto prevede, nella prima fase, il coinvolgimento di alcuni gestori di locali del territorio pordenonese, tra i più frequentati, soprattutto da giovani, e dell'Ascom locale. Gli incontri, rivolti anche al personale dei locali coinvolti, verteranno sulla presentazione del progetto, offriranno momenti di discussione sulle esperienze personali con il pubblico giovane e saranno orientati a promuovere i principi dell'approccio moderato e responsabile al bere attraverso l'educazione al gusto e al piacere, come approccio più consapevole e sano verso il consumo di bevande alcoliche.

Nella seconda fase, gli stessi gestori e baristi organizzeranno nei loro locali un corso itinerante di degustazione di alcolici con accostamento di cibi e riferimenti alle tradizioni produttive e storico-culturali relative agli alcolici nel territorio pordenonese. I corsi di degustazione rivolti alla cittadinanza saranno strutturati in diversi moduli teorici ed esperienziali e prevederanno visite guidate nelle aziende vinicole e di produzione di birra del territorio.

4.7. Valutazione

Il progetto è stato pianificato cercando di rispettare i criteri di valutabilità di progetto, di processo e di risultato. In particolare, rispetto alla valutazione di progetto, nella fase di pianificazione progettuale si è tenuto conto dei seguenti indicatori di qualità: specificità, rilevanza, incidenza, opportunità, fondatezza, significatività, contestualizzazione, coerenza, fattibilità, verificabilità (Becciu, Colasanti, 2005). Per quanto riguarda la valutazione di processo, il progetto è stato pianificato programmando una raccolta sistematica di dati relativi a indicatori volti a fornire, in corso d'opera, informazioni sullo stato di avanzamento del progetto, sul conseguimento degli obiettivi, sulle convergenze e gli scostamenti a livello di contenuti proposti, di metodologie utilizzate, di partecipazione e coinvolgimento dei destinatari. Per quanto concerne la valutazione di risultato, è prevista la rilevazione di dati che consentano di verificare i risultati a medio e a lungo termine, rispetto l'efficacia, l'efficienza, la qualità percepita ed erogata, il *follow up*. Infatti, gli interventi di prevenzione e di potenziamento delle capacità cognitive, sociali e affettive tendono ad avere effetti nel lungo periodo, dal momento che eventuali cambiamenti di stili di vita possono essere osservati solo a distanza di tempo.

BIBLIOGRAFIA

Alesci N.L., Forster J.L., Blaine T. (2003), Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults, *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice*

and Theory, n.36 (3), pp. 272-81.

- Bateman H.V. (2002), *Sense of community in the school*, in Fisher A. (ed.), *Psychological sense of community: research, applications and implications*, Kluwer, New York.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2004), *La promozione delle capacità personali: teoria e prassi*, Franco Angeli, Milano.
- 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, pp. 197-232, Golinelli Industrie Grafiche, Modena.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2007), *L'adolescenza tra protezione e rischio*, Lezione Corso CRP.
- Becoña E, Míguez M.C. (2004), *Anxiety and tobacco consumption in children and adolescents*, *Adicciones*, n. 16 (2), pp.91-6.
- Best D., Manning V., Gossop M., Gross S., Strang J. (2006), *Excessive drinking and other problem behaviours among 14-16 year old schoolchildren*, *Addictive Behaviours*, n. 31 (8), pp. 1424-35.
- Bonino S., Cattelino E. (a cura di) (2008), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*, Erickson, Trento.
- Bonino S., Cattelino E., Ciairano S. (2003), *Adolescenti e rischio*, Giunti, Firenze.
- Botvin G.J. (2000), *Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual levels etiological factors*, *Addictive Behaviors*, n. 25, pp.887-897.
- Botvin G.J., Griffin K.W. (2004), *Life skills training: empirical findings and future directions*, *Journal of Primary Prevention*, n. 25 (2), pp. 211-32.
- Botvin G.J., Dusenbury L., Baker E., James-Ortiz S., Botvin E.M. e Kerner J. (1992), *Smoking prevention among urban minority youth: assessing effects on outcome and mediating variables*, *Health Psychology*, n.11(5), pp. 290-299.
- Boyd C.J., McCabe S.E., Teter C.J. (2006), *Medical and nonmedical use of prescription pain medication by youth in a detroit-area public school district*, *Drug and alcohol dependence*, n. 81(1), pp. 37-45.
- Bronfenbrenner U. (1979), *The ecology of human development. Experiments by nature and design*, Cambridge, Harvard University Press, trad. It. (1986), *Ecologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Cattarinussi B. (a cura di) (2004), *Adolescenti a rischio. Stili di vita e comportamenti in Friuli Venezia Giulia*, Forum, Udine.
- Cenedese C. (2006), *La prevenzione dell'abuso alcolico tra gli adolescenti attraverso l'educazione al bere responsabile: un approccio di comunità*, *Psicologia di comunità*, n. 1, pp. 57-70.
- Cicchetti D. (1984), *The emergence of developmental psychopathology*, *Child Development*, n. 55, pp. 1-7.
- Cicchetti D., Cohen D.J. (1995), *Developmental Psychopathology: vol. 2. Risk, disorders and adaptation*, N.Y., Wiley.
- Cicognani E. (2004), *Comportamenti a rischio in adolescenza e contesti relazionali: famiglia, gruppo dei pari e comunità*, *Psicologia della Salute*, n. 3, pp. 9-22.
- Coie J.D., et al.. (1993), *The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program*, *American Psychologist*, n. 48 (10), pp. 1013-1022.
- Cuijpers P. et al.. (2002), *Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review*, *Addictive Behaviours*, n. 27, pp. 1009-1023.
- Dazzi S. (2002), *Psicopatologia evolutiva nell'antisocialità e nell'uso di sostanze*, *Personalità/Dipendenze*, Vol.8, Fascicolo II, Modena, Mucchi Editore, pp. 179-197.
- Di Pietro M. L. (1997), *L'educazione alla salute in adolescenza: strategie di intervento e risposte individuali*, *Medicina e morale*, n.1, pp. 65-90.
- Duhig A.M., Cavallo D.A., McKee S.A., George T.P., Krishnan-Sarin S. (2005), *Daily patterns of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescent smokers and nonsmokers*, *Addictive Behaviours*, n. 30 (2), pp. 271-83.

- Engel G.L. (1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196, 4286, pp. 129-136.
- Foshee V.A., Ennett S.T., Bauman K.E., Granger D.A., Benefield T., Suchindran C. *et al.* (2007), A test of biosocial models of adolescent cigarette and alcohol involvement, *Journal of Early Adolescence*, n. 27 (1), pp. 4-39.
- Foxcroft D.R., Ireland D., Lister-Sharp D.J., Lowe G., Breen R. (2002), *Primary prevention for alcohol misuse in young people*, The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- Foxcroft D.R. e Lowe G. (1991), Adolescent drinking behaviour and family socialization factors: A meta-analysis, *Journal of Adolescence*, n. 14, pp. 255-273.
- Friedman R.A. (2006), The changing face of teenage drug abuse-the trend toward prescription drugs, *New England Journal of Medicine*, n. 354 (14), pp. 1448-50.
- Giaccardi C., (1996) *I luoghi del quotidiano*, Franco Angeli, Milano.
- Gil A.G., Wagner E.F., Tubman J.G. (2004), *Associations between early adolescent substance use and subsequent young-adult substance use disorders and psychiatric disorders among a multiethnic male sample in south Florida*, American Journal of Public Health, n. 94 (9), pp. 1603-9.
- Gonzales N.A., Cauce A.M., Friedman R.J., Mason C.A. (1996), Family, peer and neighbourhood influences on academic achievement among African-American adolescents, *American Journal of Community Psychology*, n. 24, pp. 365-387.
- Gottfredson D. e Wilson D. (2003), Characteristics of effective school-based substance abuse prevention, *Prevention Science*, n.4 (1), pp. 27-38.
- Green L.W. e Kreuter M.W. (1991), *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach* (2 ed.), Mayfield, Mountain View (CA).
- Griffin K.W., Botvin G.J., Nichols T.R. e Doyle M.M. (2003), Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation, *Preventive Medicine*, n. 36, pp. 1-7.
- Guarino A. (2007), *Fondamenti di Educazione alla Salute. Teorie e tecniche per l'intervento psicologico in adolescenza*, Milano, Franco Angeli.
- Guarino A., Serantoni G., Vitiello A. (2005), *Il rischio in preadolescenza: modelli teorici e metodi di indagine*, Atti del Seminario di Formazione "Dall'educazione alla salute all'educazione alla solidarietà: esperienze a confronto e prospettive future", MIUR, Ufficio Scolastico regionale del Lazio, Roma.
- Guarino A., Serantoni G., Vitiello A., Lopez E. (2006), *Il tempo del rischio nello sviluppo: la prospettiva temporale come fattore di rischio e di protezione negli stili di vita e nei comportamenti a rischio dei preadolescenti*, in D'Alessio M., Laghi F. (Ed.) *La preadolescenza: identità in transizione tra rischi e risorse*, Padova, Piccin.
- Hancox R.J., Milne B.J., Poulton R. (2004), Association between child and adolescent television viewing and health: A longitudinal birth cohort study, *Lancet*, n. 364 (9430), pp. 257-62.
- Indagine ESPAD Italia (2006), *Prevalenze d'uso di sostanze psicotrope legali ed illegali*, Istituto di Fisiologia Clinica del CNR. Disponibile all'indirizzo <http://www.epid.ifc.cnr.it/Espad/index.htm>; ultima consultazione 29/03/2010.
- INRAN, Istituto Nazionale di ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (2003), *Linee Guida per una sana alimentazione italiana*.
- Istituto Superiore di Sanità (2006), *Report Alcohol in Europe* disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Report_Alcol_Ue_2006_it.pdf (ultima consultazione 14/8/2009).
- Istituto Superiore di Sanità (2009), *La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione delle dipendenze*. A cura di De Santi A., Guerra R., Filippini F., Minutillo A., Rapporto ISTISAN 9/23.
- Jackson C., Foshee V.A. (1998), Violence-related behaviours of adolescents: relations with responsive and demanding parenting, *Journal of Adolescent Research*, 34, 13, 3, pp. 343-359.

- Kolb D.A., Fry R. (1975), Towards an applied theory of experiential learning, in Cooper C.L. (a cura di), *Theories of group process*, London, New York, Sidney, Toronto, John Wiley & Sons, pp. 33-57.
- Lynam D.R., Milich R., Zimmerman R., Novak S.P., Logan T.K., Martin C., Leukefeld K. & Clayton R. (1999), Project DARE: No effects at 10-years follow-up, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), pp. 590-593.
- Marta E., Lanz M., Lanzi C., Tagliabue S., Pozzi M., Bertoni A. (2004), La relazione genitori – adolescenti: un predittore della devianza?, *Psicologia clinica dello sviluppo*, n. 2, pp. 269-288.
- Marmocchi P., Dall’Aglia C., Zannini M. (2004), *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità*, Erickson, Trento.
- Olbrich E. (1990), *Coping and Development*, Jackson, Bosma.
- Peters L. et al. (2009), Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews, *BMC Public Health*, n. 9, pp. 182-196.
- Petrie J. et al. (2007), Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children: a systematic review, *Health Education Research*, n. 22 (2), pp. 177-191.
- Pietrantonio L. (2001), *La Psicologia della Salute*, Carocci, Roma.
- Ponton, L. E. (1997), *The romance of risk: Why teenagers do the things they do*, Basic Books, New York.
- Pretty G.M.H., Conroy C., Dugay J., Fowler K., Williams D. (1996), Sense of community and its relevance to adolescents of all ages, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 24, 4, pp. 365-379.
- Resnicow K. e Botvin G. (1993), On the effects of school health education programs: why do they decay?, *Preventive Medicine*, n. 22, pp. 484-490.
- Rutter M. (1982), Prevention of children’s psychosocial disorders: Myth and substance, *Pediatrics*, n. 70, pp. 883-894.
- Rutter M. (1985), Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder, *British Journal of Psychiatry*, n. 147, pp. 598-611.
- Seidman E., Chesir-Teran D., Friedman J.L., Yoshikawa H., Allen L., Roberts A. (1999), The risk and protective functions of perceived family and peer microsystems among urban adolescents in poverty, *American Journal of Community Psychology*, n. 27, 2, pp. 211-237.
- Shucksmith J., Hendry L., Glendinning A. (1995), Models of parenting: implications for adolescent well being within different types of family contexts, *Journal of Adolescence*, n. 16, pp. 253-270.
- Silbereisen, Special Issue, Cross-cultural research on the development of adolescent substance misuse, SUCHT, *German Journal of Addiction Research and Practice*, n. 52(4), pp. 268-278.
- Spooner C. & Hall W. (2002), Preventing drug misuse by young people: we need to do more than “Just say no!”, *Addiction*, 5, pp. 478-481.
- Spoth L. et al. (2007), Substance-use outcomes at 18 months past baseline the prosper community–university partnership trial, *Journal of Preventive Medicine*, n. 32, pp. 395- 402.
- Stattin H., Kerr M. (2000), Parental monitoring: a reinterpretation, *Child Development*, n. 71, pp. 1070-1085.
- Steinberg L., Darling N.E., Fletcher A.C. (1995), Authoritative parenting and adolescent adjustment: an ecological journey, in P. Moen, G.H. Elder, K. Lutscher (eds.), *Examining lives in contexts: perspectives on the ecology of human development*, APA, New York.
- Stewart S.H., Conrod P.J., Marlatt G.A., Comeau M.N., Thush C., Krank M. (2005), New developments in prevention and early intervention for alcohol abuse in youths, *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, n. 29 (2), pp. 278-286.
- Taylor J.E., Conard M.W., O’Byrne K.K., Haddock C.K., Poston W.S.C. (2004), Saturation of tobacco smoking models and risk of alcohol and tobacco use among adolescents, *Journal of Adolescent Health*, n. 35 (3), pp. 190-6.
- Turner K.M., Gordon J., Young R. (2004), Cigarette access and pupil smoking rates: a circular relationship?, *Health promotion international*, n. 19 (4), pp. 428-36.

- Velleman R.D. *et al.*. (2005), The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people, *Drug and Alcohol, Review*, n. 24 (2), pp. 93-109.
- Weichold K., Giannotta F., Silbereisen R.K., Ciairano S. e Wenzel V. (2006), *Cross-cultural evaluation of a life skills programme to combat adolescent substance misuse*, in K. Weichold e R.K.
- Werner E.E.(2000), *Protective factors and individual resilience*, in Meisels J.P. (Ed.), *Handbook of early childhood intervention*, pp. 115-132, Cambridge University Press, N.Y.

2.2.7. PROGETTO “INDEPENDENT YOUTH” di Dimitra Kakaraki *

Programma di ricerca-intervento per La prevenzione della sindrome della dipendenza, con particolare riferimento a: gioco d'azzardo e internet addiction disorder.

1. PRESENTAZIONE PROBLEMA

1.1. Descrizione e classificazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive il concetto di dipendenza patologica o di sindrome da dipendenza come *“condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”* (cit. in Pigatto, 2003).

Anche nella quinta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR, APA, 2000) e del Manuale di Classificazione delle Sindromi e dei Disturbi Psicologici e Comportamentali (ICD-X, OMS, 1994) la nozione di dipendenza presuppone esclusivamente l'uso di sostanze psicoattive.

Negli ultimi anni, al di là dell'impostazione sopraccitata, la nozione di dipendenza viene sempre più frequentemente utilizzata per spiegare, anche, sintomatologie derivanti dalla ripetizione di altre attività per lo più socialmente accettate, che non implicano l'assunzione di alcuna sostanza (Del Miglio & Corbelli, 2002; Shaffer & Kidman, 2003). Queste *“nuove dipendenze”* o *“dipendenze comportamentali”* si riferiscono a una vasta gamma di comportamenti, tra esse le più note e maggiormente indagate sono il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), lo Shopping Compulsivo, la Dipendenza da Lavoro e da Studio, le Dipendenze da Tecnologia, le Dipendenze Relazionali e i Disturbi Alimentari (Marganon e Aguglia, 2003).

Infatti, diversi studi evidenziano come sia le dipendenze comportamentali sia quelle determinate dall'uso di sostanze presentano delle somiglianze fenomenologiche che possono essere così riassunte:

- La sensazione di impossibilità di resistere all'impulso di mettere in atto il comportamento (compulsività)
- Sensazione crescente di tensione che precede immediatamente l'inizio del comportamento (*craving*)
- Piacere o sollievo durante la messa in atto del comportamento
- Percezione di perdita di controllo
- Persistenza del comportamento nonostante la sua associazione con conseguenze negative

In questo modo risulta chiaro che le tossicodipendenze sono solo una classe dei disturbi di dipendenza. Ulteriori conferme nel considerare le dipendenze comportamentali come le tossicodipendenze, oltre che la similarità nei diversi sintomi, vi sono anche i risultati di numerosi studi che riportano un'elevata frequenza di condizioni di *polidipendenza o web of addiction* (Gossop, 2001), - ossia la compresenza di una o più dipendenze da sostanze e comportamenti nella stessa persona- *di cross-dipendenza* - ossia il passaggio nella storia della vita della persona da una dipendenza ad un'altra- e *le similarità nei principali fattori di rischio* - ossia impulsività, ricerca di sensazione, esposizione precoce, familiarità e *nei fattori di protezione* - ossia controllo genitoriale, adeguate capacità metacognitive.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, CRP, Sezione Clinica, Roma, Email: dimitra.kakaraki@gmail.com

Tali risultati portano molti autori a postulare, appunto, una vera e propria Sindrome da Dipendenza o Dipendenza Patologica (Orford, 2001) e questa visione ha diverse implicazioni sia per la ricerca sia per il trattamento (Shaffer *et al.*, 2004).

La dipendenza da gioco d'azzardo: definizione

Tra i nuovi comportamenti devianti senza sostanza tossica, il gioco d'azzardo attira sempre di più l'attenzione di studiosi e ricercatori, data la sua incidenza sulla popolazione generale (Petry, 2001, 2005; Del Miglio *et al.*, 2005d; Lavanco, Varveri, 2005).

Nel 1980, la psichiatria ha riconosciuto, inserendola nel DSM-III-R (1987) la categoria diagnostica autonoma *Pathological Gambling* (gioco d'azzardo patologico, GAP) come appartenente alla classe dei "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove". Il quadro complessivo delineato per il GAP verte quindi su una perdita di controllo nel comportamento di gioco che conduce a una catena di perdite e alla progressiva pervasività del gioco d'azzardo nella vita del soggetto. Quest'ultimo s'impegna in una serie di inganni volti, da un lato, a nascondere o a minimizzare le perdite e, dall'altro, a ottenere il denaro necessario per continuare a giocare. Il manuale, nella sua IV edizione (DSM-IV-TR), definisce il GAP come un comportamento maladattivo riconducibile ad almeno quattro dei seguenti sintomi:

- Coinvolgimento sempre crescente nel gioco d'azzardo
- Bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato
- Irrequietezza e irritabilità quando si tenta di giocare meno o di smettere
- Il soggetto ricorre al gioco come fuga da problemi o come conforto all'umore disforico
- Quando perde il soggetto ritorna spesso a giocare per rifarsi
- Il soggetto mente in famiglia e con gli altri per nascondere il grado di coinvolgimento nel gioco
- Il soggetto compie azioni illegali;
- Il soggetto mette a rischio o perde una relazione importante, il lavoro, un'opportunità di formazione o di carriera a causa del gioco
- Confida negli altri perché gli forniscano il denaro necessario a far fronte a una situazione economica disperata, causata dal gioco
- Reiterati e inutili sforzi di tenere sotto controllo l'attività di gioco, di ridurla o di smettere di giocare

Seguendo tali criteri si individuano le successive tipologie di giocatori: 1) "giocatori non problematici" e/o "giocatori sociali"; 2) "giocatori problematici" o "giocatori a rischio" sono coloro che manifestano da uno a quattro dei criteri del DSM-IV; 3) I giocatori di livello 3, detti "giocatori compulsivi" o "giocatori patologici", presentano almeno cinque dei sintomi elencati dal DSM-IV: sono soggetti che giocano non per il guadagno materiale, ma per il piacere di giocare. Questa diagnosi racchiude in sé aspetti di antisocialità e psicopatia, di ossessività e compulsività, di ansia e depressione, nonché una bramosia e un'inesausta ricerca di stimoli gratificanti relativi alla minore capacità, rispetto alla norma, di provare sensazioni piacevoli e gratificanti in situazioni quotidiane di vita.

Internet Addiction Disorder (IAD): definizione

Fin dai primi anni Novanta la letteratura si è occupata del crescente fenomeno della dipendenza dalla tecnologia (Kubey e Csikszentmihalyi, 2002). Nel 1995 Goldberg propose la prima definizione dei disturbi legati all'uso di Internet, *Internet Addiction Disorder*, come una dipendenza da comportamento, prendendo a prestito i criteri del DSM-IV inerenti la categoria delle dipendenze da sostanze. Così il IAD viene definito

come: uso maladattivo che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi come manifestato da tre o più dei sintomi seguenti, che ricorrono in qualunque momento nel periodo di 12 mesi. Secondo tale definizione i sintomi vengono suddivisi nell'area di astinenza e nell'area di tolleranza:

A. La tolleranza, caratterizzata da:

- Bisogno di aumentare la quantità di tempo di collegamento ad Internet per raggiungere l'eccitazione desiderata
- Con lo stesso tempo di collegamento ad Internet, un effetto di eccitazione marcatamente diminuito

B. L'astinenza, caratterizzata da:

- Interruzione o riduzione dell'uso prolungato e pesante di Internet
- Due o più dei seguenti sintomi conseguenti all'interruzione del comportamento: 1. agitazione motoria; 2. ansia; 3. pensiero ossessivo a Internet; 4. fantasie o sogni su Internet; 5. movimenti volontari o involontari di battitura a macchina con le dita
- I sintomi del criterio precedente causano disagio o menomazione dell'area sociale, occupazionale o in un'altra area importante per il funzionamento
- L'uso di Internet o di simili servizi in rete viene impiegato per alleviare o evitare i sintomi di astinenza
- Si accede spesso ad Internet con più frequenza e per periodi più lunghi di quanto era stato preventivato
- Persistente desiderio o tentativi falliti di cessare o controllare l'uso di Internet
- Una grande quantità di tempo spesa in attività legate all'uso di Internet (ad es. prenotazioni on line, ricerca di nuovi *browser*, *downloads* di materiali)
- Importanti attività sociali e lavorative o ricreative vengono sospese o ridotte a causa dell'uso di Internet
- L'uso di Internet continua nonostante la consapevolezza di avere persistenti o ricorrenti problemi fisici, sociali, occupazionali o psicologici, i quali molto probabilmente sono stati causati o esacerbati dall'uso di Internet, come perdita del sonno, difficoltà coniugali, ritardi negli appuntamenti, negligenza negli impegni professionali, sentimenti di abbandono

Young e Rodgers (1998) propongono una seconda definizione dei disturbi legati all'uso di Internet, *Problematic Internet Use* (PIU), un termine diagnostico basato sui criteri di DSM-IV associati al *gioco d'azzardo patologico* (GAP). Questa definizione richiede che l'individuo si riconosca in cinque degli otto criteri per la diagnosi (Young, 1999): 1. preoccupazione riguardo ad Internet; 2. bisogno di una quantità maggiore di tempo speso online; 3. ripetuti tentativi di ridurre l'uso di Internet; 4. ritiro in sé se viene ridotto l'uso; 5. problemi nella gestione del tempo; 6. problemi di stress in famiglia, a scuola, al lavoro, con gli amici; 7. menzogne riguardo al tempo passato online; 8. modificazione dell'umore.

Davis (Davis, 1999) distingue gli utilizzatori problematici in due categorie: uso di Internet patologico Specifico (SPIU) e uso di Internet patologico Generalizzato (GPIU). Il primo fa riferimento ad un uso di Internet che rafforza l'intensità di una dipendenza già esistente (ad es. gioco d'azzardo, pornografia), mentre il secondo un uso più generale di Internet (ad es. *Chat*, *download*, *surfing*, ecc).

L'IAD non è categoria omogenea (Cantelmi *et al.*, 2000), ma si manifesta sotto varie forme, le più importanti delle quali sono le seguenti: 1) *Cybersexual Addiction*: è l'uso compulsivo di siti dedicati al sesso virtuale e alla pornografia; 2) *Cyber Relational Addiction*: è la tendenza a instaurare relazioni amicali o amorose con persone incontrate on line; 3) *Net Compulsions*: I tre principali comportamenti compulsivi che si possono mettere in atto tramite internet, e che hanno in comune la competizione, il rischio e il raggiungimento di un'eccitazione immediata sono il gioco d'azzardo, la partecipazione ad aste on line

(eBay) e il commercio in rete; 4) *Information Overload*: la ricerca di informazioni tramite la “navigazione” sul WWW sta diventando un problema per molti. La gente desidera essere sempre più al corrente e avere accesso alle informazioni, finendo con il trovarsi intrappolata in un’enorme quantità di dati dei quali non si sa cosa fare; 5) *Computer Addiction*: è la tendenza al coinvolgimento in giochi virtuali, come i MUD, giochi di ruolo interattivi in cui il soggetto partecipa costruendosi un’identità fittizia.

1.2. Dati epidemiologici: incidenza e prevalenza

I dati epidemiologici relativi alle diverse forme di dipendenza patologica e le statistiche relative alle conseguenze negative fisiche, sociali ed economiche di questi disturbi risulta evidente che adolescenti e giovani adulti (dai 15 ai 25 anni) costituiscono la popolazione maggiormente a rischio. Secondo Croce (2001), negli Stati Uniti il 3% della popolazione è giocatore d’azzardo; un’indagine fatta in Italia (Spazzapan, 2001) conferma che anche qui il 3% della popolazione è implicato nel gioco d’azzardo patologico. Per quanto riguarda gli adolescenti, come riportato in un lavoro di Del Miglio (Del Miglio *et al.*, 2005d, p. 235), ricerche recenti compiute in Europa, negli Stati Uniti, in Canada e in Australia hanno appurato che il 24-40% degli adolescenti gioca d’azzardo settimanalmente, il 3,5-8% dei soggetti sotto i 18 anni sono giocatori patologici e il 10-14% sono a rischio di sviluppare gravi problemi con il gioco d’azzardo (Nower *et al.*, 2004). Una ricerca italiana (Baiocco *et al.*, 2005d), condotta su 300 adolescenti evidenzia che il 67,3% dei ragazzi gioca d’azzardo, anche se in modo non problematico, l’8,4% è definibile a rischio e il 2,3% è patologico.

Per quanto riguarda il problema della dipendenza da internet, una ricerca del 2001 su 7000 ragazzi di 13-18 anni ha evidenziato che l’80% dei giovani usa internet; in particolare, il 4,6% dei ragazzi e il 4,7% delle ragazze risulta a rischio di dipendenza, mentre l’1% dei maschi e l’1,4% delle femmine sono già dipendenti dall’uso di internet (Kaltiala-Heino *et al.*, 2004).

1.3. Eziopatogenesi: fattori causativi e di mantenimento. Il modello cognitivo comportamentale.

Tra i principali modelli cognitivi di analisi e di intervento riguardanti le tossicodipendenze si ricordano: Beck (terapia cognitiva), Ellis (terapia relazionale-emotiva), Meichenbaum (modificazione cognitivo-comportamentale), Lazarus (terapia multimodale), Winter, Klion (terapia dei costrutti personali), Marlatt (modello dell’autoefficacia nelle dipendenze).

La terapia dell’apprendimento sociale di Bandura è di riferimento per gran parte delle impostazioni terapeutiche, in quanto quasi tutte prendono in considerazione l’interazione tra il comportamento e le condizioni che lo controllano. Sono altresì determinanti i processi cognitivi.

Si possono riconoscere due indirizzi nella tradizione del trattamento cognitivo comportamentale della tossicodipendenza: il primo prende le mosse dagli studi ed esperimenti sull’autocontrollo, il secondo si rifà alle terapie cognitive di Beck, Ellis e Meichenbaum.

Beck (Beck *et al.*, 1993) identifica alcuni fattori predisponenti alla tossicodipendenza: 1) esagerata e generalizzata sensibilità agli stati emotivi sgradevoli; 2) scarsa motivazione al controllo del comportamento; 3) impulsività; 4) ricerca di sensazioni forti e bassa tolleranza alla noia; 5) scarsa tolleranza alla frustrazione; 6) insufficiente senso di fiducia e di efficacia di poter raggiungere l’obiettivo di provare sensazioni piacevoli tramite alternative sociali diverse dalle sensazioni forti. Secondo Beck, la tossicodipendenza è un circolo vizioso: la persona che si trova in uno stato ansioso o depresso e che cerca sollievo nell’alcol o nelle sostanze psicotrope diminuisce la propria capacità di affrontare efficacemente le difficoltà della vita. In tal modo, però, queste ultime incrementano, determinando a loro volta un aumento dell’ansia e della depressione lenite con ulteriori assunzioni di sostanze.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

Le variabili di natura biologica, psicologica e sociale, secondo l'OMS, interagiscono costantemente per determinare lo stato di salute o di malattia del soggetto. In quest'ottica si assume la tesi della causalità multifattoriale dei fattori psicosociali implicati nella genesi e manifestazione di qualsiasi forma di disagio. Nella stessa direzione Hurrelmann (1989, 5) sostiene che *“la salute descrive lo stato oggettivo e soggettivo di benessere che è presente quando lo sviluppo fisico, psicologico e sociale di una persona è in armonia con le sue possibilità, i suoi scopi e le sue attuali condizioni di vita. La salute è danneggiata quando le richieste che interessano una di queste aree non possono essere fronteggiate dalla persona in un dato stadio della sua vita”*. Emergono due importanti concetti: il primo è quello di armonia che deriva dall'equilibrio di diverse variabili, il secondo è quello di competenza individuale come capacità di fronteggiamento dello stress.

2.1. La psicopatologia evolutiva

La psicopatologia evolutiva centra la sua attenzione sull'osservazione del corso “normale” dello sviluppo biologico, psicologico e sociale dell'individuo, confrontandolo con lo sviluppo “patologico” avvenuto nelle stesse aree e si propone di spiegare l'ontogenesi della psicopatologia descrivendo l'interazione tra le influenze intrapsichiche, interpersonali ed ecologiche sull'adattamento nel corso del tempo. In questo modo, un modello di sviluppo umano che tenga conto di fattori come la vulnerabilità individuale, le fonti di stress a cui si è esposti, gli elementi di protezione posseduti e le fonti di supporto sociale cui fare riferimento, ci permette di studiare come interagiscono tra di loro nel determinare l'insorgenza di un disturbo psicopatologico.

2.2. Il modello stress- diatesi: vulnerabilità e resilienza

Partendo dal presupposto che lo sviluppo umano è un processo continuo e costante, ma non prevedibile, si ritiene possibile che possono accadere eventi o presentarsi situazioni che, se non adeguatamente fronteggiati, possono far incorrere un individuo in gravi disagi e forti malesseri.

Lo studio sui bambini invulnerabili ha permesso di individuare la resilienza che secondo la definizione di Rutter e Garmezy (1983) è la capacità del bambino di essere flessibile di fronte alle situazioni di stress, considerandola come fattore esclusivamente personale, mentre, attualmente, si indicano con questo termine tutte le risorse personali, familiari e sociali che intervengono a deviare il percorso evolutivo patogeno di un soggetto e permettono un buon adattamento all'ambiente.

Murphy (1987) fa coincidere la resilienza con la capacità di *coping*, cioè di fronteggiamento, per cui si sviluppa, come quest'ultima, attraverso la relazionalità e viene rinforzata dalle percezioni di successo personale e di autoefficacia. La resilienza, in sintesi, sembra poter essere articolata in almeno tre grandi competenze: la capacità di superare lo svantaggio ed il rischio, la capacità di resistere allo stress e la capacità di ripresa dal trauma (Masten, Best, Garmezy, 1990).

2.3. Modello di interdipendenza tra fattori di rischio e fattori di protezione

Il rischio si configura come un costrutto complesso che fa riferimento a termini come probabilità di eventi indesiderati o a esiti negativi o, ancora, a un complesso di condizioni sociali e ambientali la cui esistenza genera un danno. Secondo Hurrelman (1989) il fattore di rischio è identificabile con una situazione caratteristica o una qualità, di natura personale o ambientale, che quando è presente, aumenta in modo significativo la probabilità che una persona incorra in un certo disturbo in tempi brevi ed in modo differente da quando questo fattore non è presente. Si è soliti classificare i fattori di rischio in tre aree principali: quelli appartenenti ai momenti critici del ciclo vitale, gli eventi stressanti particolari e le condizioni di stress cronico. In questa direzione, negli ultimi anni si è affermata l'espressione rischio psicosociale per indicare una molteplicità di fenomeni, a carico dell'individuo e/o dell'ambiente, che

possono essere considerati determinanti, moderatori o precursori del disagio. Per comprendere i comportamenti di rischio in età adolescenziale occorre fare riferimento alla relazione tra l'adolescente e il suo contesto (Scabini, Cigoli, 2000; Luthar *et al.*, 2000) tenendo comunque presente che alcuni di questi comportamenti sono poi abbandonati dalla maggior parte dei ragazzi e delle ragazze: è il caso di molti comportamenti devianti, del consumo di marijuana, di determinate abitudini alimentari (Bonino *et al.* 2003).

Se i fattori di rischio sono gli elementi che segnalano, favoriscono e anticipano il disagio e che, pur non essendone necessariamente la causa, contribuiscono a determinarlo in un quadro multifattoriale, i fattori di protezione sono le condizioni di natura personale e/o situazionale che, se presenti nel corso di vita di un individuo, permettono di cambiare la direzione di un percorso evolutivo a rischio verso direzioni positive o comunque meno sfavorevoli, incrementando, al contempo, la capacità di resilienza dell'individuo (Cummings *et al.*, 2000).

Le principali funzioni dei fattori protettivi riguarderebbero la riduzione dell'impatto del rischio, la riduzione di reazioni negative a catena, l'incremento ed il mantenimento del senso di autostima e di autoefficacia e la creazione di nuove opportunità attraverso lo sviluppo delle proprie potenzialità.

3. DATI DI RICERCA SUL CAMPO

La ricerca sulle dipendenze, oltre a delineare la prevalenza e la rilevanza del fenomeno, è chiaramente indirizzata a comprendere la natura e a evidenziarne i fattori di rischio e di protezione, al fine di sviluppare adeguati programmi di prevenzione.

Fattori di rischio: Per l'area dei fattori personali, la letteratura evidenzia che i tratti di personalità più comuni connessi alle diverse forme di dipendenza negli adolescenti sono la ricerca di sensazioni e l'impulsività. Zuckerman (1979, 1983) considera la variabile *sensation seeking* come un tratto di personalità alla base del comportamento di ricerca del rischio. Il costrutto può essere descritto come il bisogno di nuove sensazioni ed esperienze e la conseguente propensione ad assumere rischi fisici e sociali al solo scopo di sperimentarli. L'impulsività è un tratto di personalità che rende l'individuo più suscettibile allo sviluppo di una dipendenza patologica; è alla base di un comportamento spontaneo, non controllato e, in assoluto, non intenzionale. Coerentemente con ciò, il soggetto impulsivo è solitamente incapace di ritardare le gratificazioni ed è orientato verso la gratificazione immediata. Inoltre, l'impulsività implica l'orientamento verso il presente, un comportamento disinibito e scarsa capacità di pianificazione.

Per l'area delle variabili cognitive, Steinberg (2004) ha cercato di evidenziare quali cambiamenti nel corso dell'adolescenza possono spiegare il percorso evolutivo dell'assunzione di rischio prendendo in considerazione due principali fattori: i cambiamenti nella sensibilità alla ricompensa e lo sviluppo delle funzioni autoregatorie. Nel primo caso, Steinberg afferma che i cambiamenti nella sensibilità alla ricompensa dovuti alla pubertà implicano più elevati livelli di stimolazione per guadagnare uno stato di piacere. Quindi afferma che ciò che distingue gli adolescenti dagli adulti è il diverso bisogno di stimolazione prodotta dalle attività rischiose (vedi: variabili di personalità, *Sensation seeking*, Zuckerman). Il secondo fattore considerato da Steinberg riguarda lo sviluppo, ancora in corso nell'adolescenza, delle abilità autoregatorie (controllo degli impulsi, pianificazione, previsione ecc.) che fanno capo ai processi cognitivi esecutivi. Secondo l'autore, l'autoregolazione ha tre componenti principali: a) la capacità di interrompere un comportamento rischioso in atto; b) la capacità di pensare prima di agire; c) la capacità di fare delle scelte in modo conservativo tra più opzioni che implicano diversi livelli di rischio.

Per l'area, invece, dei fattori sociali la letteratura dimostra come la famiglia e il gruppo dei pari possa avere un ruolo decisivo nello sviluppo di comportamenti di dipendenza. Si tratta per lo più di uno stile

parentale inadeguato che possa manifestarsi con bassi livelli di monitoraggio parentale, inconsistenza della disciplina e scarso supporto sociale. Circa i meccanismi sottostanti l'influenza dei pari, dall'altra parte, è stato ipotizzato che questi, più che esercitare pressioni dirette, portino a percepire i comportamenti di rischio come normativi e prevalenti, forniscano opportunità concrete per la loro attuazione e portino a percepire queste condotte come un mezzo per mantenere i legami (Baker *et al.*, 2004).

Fattori protettivi: Il Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) attraverso il National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) ha evidenziato programmi di prevenzione definiti "programmi modelli" per la salute mentale e la dipendenza. Attraverso questo processo formale, la ricerca ha evidenziato l'efficacia di programmi di prevenzione chiamati "*Life Skills Training (LST)*" e "*Project Towards No Drug Abuse: Motivation-Skills-Decision Making Model*" (Sussman, 1996) i quali mettono come punto centrale della formazione degli alunni in classe il rafforzamento di *general social skills*.

L'OMS ha in questo senso identificato una serie di competenze sociali e relazionali che permettono all'adolescente di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, il rapporto con se stessi, gli altri e la comunità: le *Life Skills*. Quelle fondamentali sono: 1. *Decision making*; 2. *Problem solving*; 3. Creatività; 4. Senso critico; 5. Comunicazione efficace; 6. Competenza nelle relazioni interpersonali; 7. Autocoscienza; 8. Empatia; 9. Gestione delle emozioni; 10. Gestione dello stress.

4. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA D'INTERVENTO

L'intervento, nonostante la complessità del fenomeno delle dipendenze, in un'ottica di prevenzione primaria ed universale e coerentemente alle teorie presentate (psicopatologia evolutiva, rischio psicosociale, ottica cognitivo-comportamentale, indicazioni OMS e NIDA), sarà centrato sull'incremento di quei *fattori protettivi individuali di natura intrapsichica* che sono incompatibili con lo stato di disagio e con i fattori di rischio, che come abbiamo visto predispongono all'uso e all'abuso di droghe e, considerando le somiglianze fenomenologiche, adattabili anche alle dipendenze comportamentali e in particolare al gioco d'azzardo e *Internet Addiction Disorder*. Il progetto fa riferimento al *Life Skills Training (LST)* di Botvin, attualmente il programma preventivo *evidenced based* maggiormente utilizzato a livello internazionale (National Health Promotion Associates, 2004), in parte riadattato e si baserà, inoltre, al training di promozione delle capacità personali di Becciu e Colasanti (2004).

4.1. Finalità

In generale, questo progetto punta a prevenire lo sviluppo di comportamenti di dipendenza negli adolescenti, in particolare la dipendenza da gioco d'azzardo e da internet, mediante il potenziamento a scuola delle loro *life skills*.

4.2. Obiettivi

In linea con la finalità, il presente intervento prevede il potenziamento delle singole *life skills*. Pertanto, rispetto agli adolescenti coinvolti, si hanno i seguenti obiettivi:

Autoconsapevolezza (Vedi Unità: 1, 2, 3, 4) applicata alla resistenza della ricerca di sensazioni (*sensation seeking*): al termine dell'intervento

- gli studenti sanno le proprie preferenze cognitive, tendenze emotive (gestione delle emozioni) e stile comportamentale
- gli studenti, conoscendo le proprie tendenze, sanno riconoscere in se stessi il tratto di personalità "ricerca di sensazioni"

Competenza nelle relazioni interpersonali (Vedi Unità: 5, 6): al termine dell'intervento

- gli studenti sanno riconoscere e utilizzare la comunicazione verbale e non verbale
- gli studenti sanno sintonizzarsi con gli altri (Empatia)
- gli studenti conoscono e utilizzano tecniche per superare la timidezza, iniziare contatti sociali, porre domande e comunicare efficacemente
- gli studenti conoscono la distinzione tra comportamento aggressivo- assertivo-passivo e le loro caratteristiche verbali e non verbali
- gli studenti conoscono e sanno utilizzare comportamenti assertivi per affermare i propri diritti, dire di no, esprimere i propri bisogni (comunicazione efficace).

Fronteggiamento efficace di problemi (*self-mastery*), (Vedi Unità: 7, 8, 9): al termine dell'intervento

- gli studenti conoscono le componenti del concetto di impulsività
- gli studenti sanno pianificare il proprio agire (*goal setting*)
- gli studenti sanno identificare le situazioni problematiche e sanno applicare le tecniche di *problem solving* (creatività)
- gli studenti sanno prendere decisioni (*decision making*) autonome e sviluppano la capacità di pensiero critico
- gli studenti, conoscendo le proprie tendenze sono in grado di attuare strategie cognitive per resistere alla messa in atto di comportamenti impulsivi ed orientati alla ricerca di sensazioni.

4.3. Target

Il progetto vede come destinatari gli adolescenti frequentanti la scuola superiore di secondo grado e appartenenti alla fascia d'età compresa tra 14 e 15 anni. In particolare per quanto riguarda l'intervento vero e proprio (l'applicazione del programma) sono previste azioni che coinvolgano quattro classi dei primi due anni della scuola superiore di secondo grado, scelte secondo procedure *random*, per un totale di 8 classi che, all'incirca, permetteranno di lavorare con 160 adolescenti (maschi e femmine). Un numero pari di studenti sarà coinvolto come gruppo di controllo, allo scopo di verificare l'efficacia dell'intervento realizzato.

4.4. Disegno di analisi

Pre – test/ post test con gruppo di controllo:

Gs O1 x O2

Gc O1 O2

Ipotesi: il potenziamento a scuola delle *life skills* degli adolescenti può prevenire in essi, in maniera significativa, lo sviluppo di comportamenti di dipendenza connessi al gioco d'azzardo e la dipendenza da Internet.

4.5. Contenuti

Il *training* sulle *Life Skills* prevede l'attuazione delle seguenti unità per un totale di 22 incontri di circa due ore ciascuno: 1) Incontro iniziale con il Dirigente Scolastico e il corpo docenti coinvolto nel progetto; 2) Unità introduttiva: presentazione del programma; 3) Prima Unità: La ricerca di sensazioni; 4) Seconda Unità: Scoprire le proprie preferenze cognitive; 5) Terza Unità: Riconoscere le proprie tendenze emotive; 6) Quarta Unità: Individuare il proprio stile comportamentale; 7) Quinta Unità: Comunicare con efficacia; 8) Sesta unità: sintonizzarsi con gli altri; 9) Settima unità: il concetto di impulsività; 10) Ottava Unità: Esplicitare le proprie mete; 11) Nona unità: affrontare i problemi e assumere decisioni; 12) Unità

conclusiva: verifica dei risultati raggiunti e comunicazione di essi; 13) Incontro conclusivo con l'Istituto Scolastico.

4.6. Metodologia del progetto: Il training

Strumento per lo sviluppo delle competenze personali (*Life Skills*) indicate nel progetto sarà il *training* che viene considerato come una complessa procedura di apprendimento in situazioni di gruppo, graduale e progressiva, mirante all'acquisizione di nuove informazioni, alla modalità di strutture di atteggiamenti e all'incremento e alla messa in atto di comportamenti desiderabili. Rispetto ad altri strumenti formativi, esso si caratterizza per il ruolo attivo dei partecipanti, i quali non sono visti come destinatari passivi all'azione formativa, ma come soggetti capaci di assumersi le proprie responsabilità e capaci di recuperare e incrementare le proprie competenze nel gestire gli eventi. Esso fonda le sue origini nella terapia del comportamento e in quanto tale utilizza prevalentemente tecniche e procedure di tipo comportamentale, pur facendo implicitamente riferimento a processi più strettamente cognitivi come ad esempio l'automonitoraggio e le attribuzioni. Il *training* è articolato in unità, ognuna delle quali ha per oggetto una specifica abilità. Generalmente, un *training* sulle competenze personali prevede 20-25 unità della durata di 2 o 3 ore ciascuna. Tra un'unità e l'altra è importante che trascorra almeno una settimana per permettere ai partecipanti di realizzare, nel contesto abituale, le abilità acquisite o potenziate nel corso del training. Le tecniche e le procedure che tipicamente vengono utilizzate nel corso del training sono: 1) le istruzioni; 2) gli esercizi di riscaldamento; 3) le situazioni semistrutturate; 4) il *modeling*; 5) il gioco di ruolo (*role playing*); 6) il *feedback*; 7) il compito a casa. (cfr. Becciu, Colasanti, 2000)

4.7. Attività: Il Training sulle Life Skills

Questo progetto prevede le seguenti fasi:

- incontri di presentazione del progetto al Dirigente Scolastico e ai rappresentanti del corpo docente dell'Istituto Scolastico e richiesta di autorizzazione da parte dei genitori che consenta la partecipazione dei ragazzi a tale progetto;
- scelta di 8 gruppi classe dei primi due anni della scuola superiore di secondo grado, secondo procedure *random*, che costituiranno il gruppo sperimentale e di altri 8 gruppi classe, secondo la stessa procedura, che costituiranno il gruppo di controllo;
- *Pre-test*: somministrazione di una batteria di test volta alla valutazione dell'incidenza dei comportamenti di dipendenza (legali ed illegali), delle caratteristiche di personalità (sociali ed antisociali), cognitive e motivazionali ad essi associate e le *life skills*. La compilazione dei test avverrà presso l'Istituto Scolastico coinvolto, durante o dopo il normale orario scolastico (a seconda della specifica richiesta da parte dell'Istituto Scolastico interessato), oppure on line laddove sia possibile. Gli strumenti utilizzati sono:
 - *Shorter Promis Questionnaire* (SPQ; Levefer 1999), creato e validato dal centro di Ricerca PROMIS per lo studio e il trattamento delle dipendenze in collaborazione con l'Università del Kent (UK). L'SPQ valuta sia le classiche forme di dipendenza da sostanze (alcol, droga, tabacco, fumare) che le nuove dipendenze comportamentali (gioco d'azzardo, internet, videogiochi, shopping, cellulare, comportamenti alimentari, comportamento sessuale, TV).
 - *Questionario Multidimensionale per Adolescenti* (QMA; Baiocco, Couyoumdjian, Del Miglio, 2004), per la valutazione delle seguenti variabili: Aggressività, Difficoltà nella gestione delle emozioni, Introversione, Impulsività, Dipendenza dal gruppo, Ricerca di sensazioni, Stabilità emotiva, Attaccamento (Supporto emotivo, Supporto Pratico e Spinta all'Autonomia), Capacità meta cognitive.
 - *Questionario Biografico* (Baiocco, Couyoumdjian, Del Miglio, 2004) per valutare il rendimento scolastico, le attività ricreative e lo status socio-culturale del ragazzo.
 - *Questionario informativo sui comportamenti di rischio*, che valuta il grado di coinvolgimento

- rispetto alle specifiche attività a rischio di dipendenza comportamentale.
- *Questionario sulle life skills.*
- Intervento nei gruppi classe: *training* sulle *Life Skills*.
- Post- test: somministrazione dei questionari 1, 2, 4, 5 sia nel gruppo sperimentale sia nel gruppo di controllo.
- Comunicazione dei risultati.
- *Follow up* a sei mesi attraverso la somministrazione dei questionari 1, 2, 4 e 5.

4.7.1. Esempio di attività in un'unità del *training*: Prima Unità, la ricerca di sensazioni

Capacità in oggetto – Conoscere i componenti del tratto di personalità “ricerca di sensazioni”.

Finalità – Rendere gli allievi capaci di riconoscere a se stessi quanto sono orientati alla “ricerca di sensazioni”.

Tempi – Un incontro di circa due ore.

Primo incontro

Obiettivi

- Definire il concetto “ricerca di sensazioni”
- Individuare comportamenti di rischio orientati alla ricerca di sensazioni
- Individuare il proprio atteggiamento nei confronti della ricerca di sensazioni

Fasi

- Spiegazione del concetto “ricerca di sensazioni”
- Presentazione della correlazione tra “ricerca di sensazioni” e “ricerca di rischio”
- Individuazione del proprio atteggiamento riguardo le suddette variabili
- Compito a casa: individuare alcune situazioni di vita quotidiana orientate alla “ricerca di sensazioni”

5. VALUTAZIONE

Per quanto riguarda la valutazione del progetto si farà riferimento a specifici indicatori di qualità come la specificità, la fondatezza, la significatività, la coerenza e la verificabilità. Si aspetta che l'attenta analisi della letteratura e degli studi sull'efficacia degli interventi preventivi sulle forme di dipendenza possano garantire i suddetti indicatori di qualità.

Per la valutazione di processo si aspetta che sia garantita dalla struttura dello strumento principale del progetto, il *training* e i compiti a casa, che permettono il monitoraggio continuo di tutti gli aspetti principali del progetto: obiettivi, contenuti, metodi, risorse e processi relazionali.

Infine, per quanto riguarda la valutazione dei risultati, si farà riferimento agli esiti di specifici questionari che verranno somministrati in tre momenti diversi: pre realizzazione del progetto, post realizzazione del progetto e nel *follow-up* a distanza di sei mesi.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2000), *DSM –IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione revisionata*, Masson, Milano.

Baiocco R., Couyoumdjian A., Bentivegna F., Del Miglio C. (2004), *La valutazione dei fattori di rischio in*

- adolescenza: il Questionario Multidimensionale per Adolescenti. *Atti del Congresso dell' AIP* (sezione sperimentale), Siacca (Palermo).
- Baiocco R., Couyoumdjian A., Del Miglio C. (2005a), Le dipendenze in adolescenza. Aspetti epidemiologici, differenze di genere e fattori psicologici, in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*, Cortina, Milano, pp. 279-304.
- Baiocco R., Couyoumdjian A., Langellotti M., Del Miglio C. (2005b), Gioco d'azzardo problematico, tratti di personalità e attaccamento in adolescenza, *Età Evolutiva*, 81: 56-67.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2000), *La promozione delle abilità sociali: descrizione di un programma di addestramento*, Edizioni Aipre, Roma.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2004), *La promozione delle capacità personali: teoria e prassi*. Francoangeli, Milano.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. (1993), *Cognitive therapy of substance abuse*, Guilford Press, New York.
- Bonino S., Cattelino E., Ciairano S. (2003), *Adolescenti e rischio*, Giunti, Firenze.
- Botvin G.J., Griffin K.W., Diaz T., Scheier L.M., Williams C., Epstein J.A. (2000), Preventing illicit drug use in adolescents: Long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addictive Behaviors*, 5, 769-774.
- Cantelmi, T., Del Miglio, C., Talli, M., D'Andrea, A. (2000), *La mente in internet. Psicopatologia delle condotte on line*. Piccin, Padova.
- Carretti V. (2000), Psicodinamica della trance dissociativa da videoterminale, in Cantelmi T., Talli M., Del Miglio C., D'Andrea A. (2000). *La mente in Internet*, Piccin, Padova.
- Couyoumdjian A., Baiocco R., Del Miglio C. (2006), *Adolescenti e nuove dipendenze*, Laterza, Bari.
- Cummings E.M., Davies P.T., Campbell S.B. (2000), *Developmental Psychopathology and the family process*, Guilford Press, New York.
- Del Miglio C., Cantelmi T., Talli M., Cavolina P. (2000), Fenomeni psicopatologici internet correlati, In T. Cantelmi C. Del Miglio A. D'Andrea, *La Mente in Internet. Psicopatologia delle condotte on line*. Piccin, Padova, 75-93.
- Del Miglio C. e Corbelli S. (2003), Le nuove dipendenze. *Attualità in Psicologia*, 18, 1-2, 9-36.
- Del Miglio C., Couyoumdjian A., Baiocco R. (2005d), Dipendenze comportamentali negli adolescenti: videogiochi e gioco d'azzardo, *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 9: 229-246.
- Garmezy N. (1987), Children under stress: perspectives on antecedent d correlates of vulnerability and resistance to psychopathology, in Rabin A.I., Aronof J., Barclay A.M., Zucher R. A. (eds), *Further explorations in personalità*, John Wiley & Sons, New York, pp. 196-269.
- Gossop M. (2001), A web of dependence, *Addiction*, 96: 677-678.
- Hurrelmann K. (1989), *Human Development and health*, Springer – Verlag, Berlin Heidelberg.
- Kaltiala-Heino R., Lintonen T., Rimpela A. (2004), Internet addiction? Potentially problematic use of internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addiction Research and Theory*, 12, 89-96.
- Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*. McGraw Hill Italia, Milano.
- Margaron H., Aguglia E. (2003), Altre condotte di addiction, in U. Nizzoli, M. Pissacroia (a cura di), *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin, Padova.
- Masten A.S., Best K.M., Garmezy D.J. (1990), Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity, In *Developmental Psychopathology*, 2, pp 425-444.
- National Institute on Drug Abuse. (2003), *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educatoris, and community leaders*. (2nd ed.) (NIH Publication No. 04-4212(A)). Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Orford J. (2001), Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96, 15-31.

- Organizzazione Mondiale della Sanità (1999), *Partners in life skills education*./WHO/MNH/MHP/99.2 GENEVA.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2003), *Skills for health* HHD/EDC (document 9) GENEVA.
- Petry N.M. (2000a), Psychiatric symptoms in problem gambling and non –problem gambling substance abusers, *The American Journal of Addiction*, 9: 163- 171.
- Petry N.M. (2005), *Pathological Gambling*, American Psychological Association, Washington.
- Pigatto A. (2003), La condizione di dipendenza patologica, in U. Nizzoli, M. Pissacroia (a cura di), *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin, Padova.
- Rutter M., Garmezy N. (1983), Developmental psychopathology, in Musse P. (eds), *Handbook of child psychology: socialization personality and social development*, John Wiley & Sons, Chichester New York, pp. 775 – 914.
- Shaffer, H. J. e Kidman, R. (2003), Shifting perspectives on gambling and addiction. *Journal of Gambling Studies*, 19, 1-6.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2004), *SAMHSA model programs: Effective substance abuse and mental health programs for every community*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. Available at www.modelprograms.samsha.gov. Accessed on December 14, 2004.
- Sussman, S. (1996), Development of a school-based drug abuse prevention curriculum for high risk youth. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 214 -267.
- Thombs, D. L. (2006), *Introduction to addictive behaviours*. (3rd ed.). The Guilford Press, New York.
- Young K.S., and Rodgers R.C. (1998), *Internet Addiction: Personality Traits Associated eith Its Development*, scaricato da <http://netaddiction.com/articles/personality-correlates.html>
- Young K.S. (1998), *The relationship between depression and Internet addiction*, in *CyberpPsychology and Behavior*, 1, pp.25-28.
- Zuckerman M. (1979), *Sensation –Seeking. Beyond the Optional Level of Arousal*, Erlbaum, Hillsdale.
- Zuckerman M. (1983), La ricerca di forti sensazioni, *Psicologia contemporanea*, 59: 26-33.

2.2.8 PROGETTO “SPECCHIO DELLE MIE BRAME...” di Raffaele Riccardis* e Vito Cirillo**

Programma di intervento per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare.

1. PRESENTAZIONE PROBLEMA

1.1. Descrizione e classificazione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono caratterizzati da un’alterazione dei comportamenti legati all’assunzione di cibo o da condotte finalizzate al controllo del peso, da una distorsione della percezione del proprio schema corporeo che influenza notevolmente il livello di autostima al punto da danneggiare la salute fisica e psichica della persona riducendone significativamente il funzionamento sociale (Costa *et al.*, 1990). Il digiuno e il costante dimagrimento, sintomi particolarmente specifici dell’Anoressia nervosa, danno alle persone colpite un senso di sicurezza e indipendenza, di conferma e approvazione da parte degli altri. Ecco quindi, che si va delineando una personalità che consiste in un difetto della demarcazione tra sé e gli altri e dunque nella percezione vaga e indistinta di sé che si organizza intorno a confini antagonisti e oscillanti tra il bisogno assoluto di essere accettati ed approvati dalle persone significative e la paura di essere disconfermati e rifiutati dalle stesse, tanto da reagire ad ogni perturbazione dell’equilibrio tra queste due polarità emotive con un’alterazione dell’immagine corporea attraverso una variazione del comportamento alimentare caratterizzato dall’alternanza del rifiuto o dall’eccesso di cibo ingerito. Infatti L’Anoressia Nervosa è caratterizzata da una riduzione significativa dell’apporto alimentare della persona rispetto alla sua statura o tale obiettivo è raggiunto con modalità di compensazione (estrema attività fisica, uso di lassativi ecc.), è presente la dispercezione corporea, spesso amenorrea, tutto ciò influenza significativamente i livelli di autostima. La Bulimia Nervosa è caratterizzata da abbuffate di almeno due ore, mangiando una quantità di cibo estremamente superiore al fabbisogno della persona. Vengono messe in atto condotte di compensazione come vomito, attività fisica, uso di lassativi. A differenza dell’Anoressia non produce effetti estetici evidenti e perciò è ritenuta tra i DCA la patologia più insidiosa. Il Binge Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED o DAI), è un disturbo di nuova descrizione caratterizzato da abbuffate non seguite da comportamenti di eliminazione, che a differenza della bulimia nervosa, non si presenta sotto forma di singole crisi nel corso giornata, bensì il soggetto ingerisce in alcuni giorni e in un tempo ridotto grosse quantità di cibo durante le ventiquattro ore, mentre in altri giorni presenta un’alimentazione normale o addirittura ridotta. *Caratteristiche dei quadri clinici tratti dal DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, ed 4., American Psychiatric Association, Washington, 1994.* In tali quadri clinici la comunicazione è contraddistinta da imprecisione e vaghezza, che tendono a nascondere e a non definire mai con esattezza cosa si prova, limitandosi a prolisse descrizioni degli elementi esterni a cui manca il riconoscimento e la verbalizzazione dei vissuti interni, e ciò nel tentativo di non esporsi, riducendo al massimo ogni occasione di confronto; il comportamento sessuale o è negato dalla sottigliezza delle forme corporee o è vissuto in maniera promiscua e incontrollata simile ad una abbuffata alimentare (Guidano, 1992). Questa fluttuazione costante dell’esperienza immediata oscilla tra il sentirsi legati all’esterno per poter riconoscere i propri stati interni distinti da un senso di incompetenza e di inadeguatezza personale per i margini ridotti della propria individualità, e il sentirsi legati all’interno dal costante tentativo di definire lo stato emotivo che si avverte, spinge sempre di più la persona a regolarsi in base a punti di riferimento esterni come unica possibilità di riconoscersi.

* Psicologo-Psicoterapeuta CC, Ipnoterapeuta ALM, CRP, Roma. Email: raffaelericcardis@fastwebnet.it

** Psicologo - Psicoterapeuta CC. Email: lvcirillo@tin.it.

In tal modo la propria immagine di sé risulterà dipendente dalla possibilità di compiacere le aspettative delle figure significative e degli altri in genere, evitando ad ogni costo di deluderli o di restarne deluso nel perseguimento di una sorta di perfezionismo che diventerà la regola base del comportamento rischiando come sempre meno critiche o delusioni ma risultando vago ed impreciso come gli stessi confini del sé (Palmer, 1979; Brown, 1984; Minuchin *et al.*, 1980; Guidano e Liotti, 1983).

1.2. Epidemiologia

Le ricerche epidemiologiche più recenti, sebbene non sia possibile determinare una stima reale del fenomeno che sta acquistando negli ultimi anni un andamento epidemico, riferiscono che i diversi studi del comportamento alimentare sono diagnosticati nel 5% degli adolescenti e dei giovani studenti adulti (Becker, 1999).

La frequenza dell'Anoressia Nervosa è stimata dall'uno al dieci per cento a seconda delle casistiche considerate; comunque gli studi di "prevalenza" riportano valori che oscillano in un ampio intervallo compreso tra l'1% ed il 10 % della popolazione generale. La malattia è prevalentemente femminile (rapporto F/M=9:1) e l'emergenza dei sintomi è nella maggior parte dei casi compresa tra i 12 e i 18 anni e comunque sotto i 25 (Kendler, MacLean *et al.*, 1991). È stato di recente segnalato che sono in aumento casi a esordio più tardivo, talora dopo il matrimonio o alla prima gravidanza, mentre rara è la prima segnalazione alla menopausa o ancora dopo.

Per quanto riguarda la Bulimia Nervosa, che ha esordio nella tarda adolescenza e nella prima età adulta, le stime estremamente variabili asseconda delle popolazioni e delle modalità con cui vengono condotti gli studi, oscillano dall' 1,7% fino a raggiungere inquietanti valori pari al 4,8%. Inoltre si calcola che una media di forme anoressiche non inferiore al 20%, ma più verosimilmente vicina al 35%, tende a modificarsi, con il passar del tempo, a forme bulimiche. La Bulimia Nervosa ha una prevalenza nel sesso femminile con un rapporto maschi-femmine che va dal 1:6 al 1:10 (APA, 2000).

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è più diffuso della Bulimia Nervosa, raggiungendo una prevalenza variabile a seconda degli studi del 2-15% circa. Risulta essere più comune nei pazienti che seguono trattamenti per l'obesità con tasso di prevalenza in media del 10% e che tendono a crescere proporzionalmente all'entità del sovrappeso. Rispetto agli altri disturbi del comportamento alimentare l'incidenza nel sesso femminile e maschile è sostanzialmente equivalente, ma tra i pazienti in regime dietetico, si riscontra un'incidenza lievemente maggiore nel sesso femminile con rapporto 3/2. Secondo Haiman e Davlin (1999), viene diagnosticato più frequentemente in soggetti adulti di età compresa tra i 30 e i 40 anni, ma nella raccolta dei dati anamnestici si riscontrano nella maggior parte dei pazienti comportamenti anomali dello spettro alimentare intorno ai 20/21 anni.

Numerosi studi indicano come la mortalità dei Disturbi del Comportamento Alimentare varia dal 5-18%, è più alta quando la malattia ha una lunga durata, è dovuta spesso a problemi cardiocircolatori (aritmie, arresto cardiaco) o a tentativi di suicidio. La mortalità nei soggetti affetti da DCA è più elevata rispetto ad altre patologie psichiatriche.

1.3. Eziopatogenesi

Molti fattori sono stati chiamati in causa nella patogenesi dei Disturbi del Comportamento Alimentare nel tentativo di definire un unico modello eziologico capace di spiegare l'origine di questa complessa malattia (Klump, Kaye *et al.*, 2001). In realtà però, come le manifestazioni cliniche variano da paziente a paziente sia in senso qualitativo che quantitativo e così pure l'evoluzione della malattia, anche i vari fattori, ai quali è stato riconosciuto un sicuro valore patogeno, hanno un diverso peso da caso a caso, variamente combinandosi e sovrapponendosi tra loro e connotandola come una malattia a patogenesi multifattoriale.

Come avviene per numerose altre malattie psichiatriche e non (depressione, ipertensione arteriosa, ulcera peptica, diabete mellito, ecc.). Il Disturbo del Comportamento Alimentare sarebbe cioè la "via finale comune" di un insieme di fattori patogenetici diversi, che interagiscono tra loro in vario modo e che determinano la patologia solo in una parte degli individui esposti (Strober, Freeman *et al.*, 2000). E' possibile però, rilevare la presenza di fattori predisponenti a lungo termine, fattori precipitanti e fattori che mantengono il disturbo.

Fattori predisponenti. I fattori di rischio comprendono: una predisposizione genetica, il genere femminile, la giovane età, una storia di sovrappeso e di diete, alcune malattie croniche (per es. diabete mellito, sindrome di Turner), certi tratti di personalità e problemi psicologici (ad esempio tratti ossessivi, ambizioni esasperate, perfezionismo, scarso controllo degli impulsi, intolleranza alle frustrazioni, particolari difficoltà nel processo di separazione-individuazione, rifiuto del corpo adulto e della sessualità, fissazioni all'infanzia e a forme infantili di dipendenza e di controllo. Un ruolo importante nell'insorgenza del disturbo è giocato dall'incapacità di riconoscere e incoraggiare la distinzione, la separazione, l'autonomia. Afferma Costa (2002) che è molto frequente in queste ragazze la soggezione al mito del successo, il bisogno di rispondere sempre alle attese sociali e di eseguire al meglio i compiti richiesti, la dipendenza dal consenso e dall'ammirazione degli altri. Su queste stesse linee interviene il peso dei fattori micro e macrosociali e dei valori culturali: la competitività esasperata di certi ambienti, la richiesta di prestazioni straordinarie, l'esaltazione della magrezza, il mito della bellezza.

Fattori precipitanti. Vari eventi possono precipitare l'inizio della malattia: separazioni e perdite, malattie, alterazioni dell'omeostasi familiare, esperienze sessuali, situazioni minacciose per la stima di sé. Un evento importante è l'esperienza dei cambiamenti puberali vissuta come un trauma e una minaccia al controllo di sé e della propria vita. La pubertà femminile è una vicenda più complessa di quella maschile dal punto di vista dell'elaborazione psichica: rapido aumento del peso corporeo, trasformazioni morfologiche evidenti, menarca, rischio di gravidanza, cambiamento profondo nel modo di essere guardata. Un nucleo psicologico importante è la paura di perdere il controllo e la stima di sé. La reazione è una concentrazione sul corpo, sul peso, sulla dieta come campo privilegiato nel quale recuperare un sentimento di dominio e valore. La perdita di repressione degli impulsi golosi è sentita come un'impresa straordinaria e come un segno di autodisciplina. Al contrario, un aumento di peso anche minimo appare come un segnale terribile di una perdita di controllo e di prestigio.

Fattori di mantenimento. Gli effetti di digiuno e della perdita del peso tendono a mantenere i sintomi perché accentuano la concentrazione sul cibo, sul corpo e il mangiare, aggravando le distorsioni della percezione dell'immagine del corpo e dei segnali interni, scatenando crisi bulimiche che a loro volta aumentano l'ansia e la paura di perdere il controllo e richiedono contromisure difensive come il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi e ulteriori restrizioni della dieta. Altri fattori di auto perpetuazione sono i guadagni secondari legati alla malattia: posizione di potere in famiglia, attenzioni particolari, esonero da situazioni sessuali e sociali temute.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

2.1. La prevenzione dei DCA in adolescenza

La prevenzione nell'ambito della salute mentale è stata a lungo considerata impossibile a causa della complessità dell'eziogenesi. Tale connotazione della prevenzione nel campo della salute mentale è stata superata con il passaggio dal modello bio-medico causalistico unidirezionale al modello dinamico processuale basato sull'interdipendenza rischio/protezione proprio della *developmental psychopathology*. Tale spostamento non è avvenuto in maniera diretta, ma passando per il modello multicausale e quello probabilistico con il concetto di fattore di rischio.

Attualmente appare particolarmente efficace l'approccio dinamico processuale di interdipendenza tra fattori di rischio e di protezione (Rutter, 1982; 1985; 2000; Coie *et al.*,1993; Cicchetti- Cohen, 1995). La maggior parte degli studi che si interessano oggi di prevenzione e di salute mentale, infatti, mirano all'individuazione sia dei principali fattori di rischio che di quelli di protezione (Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2000; Baraldi – Coletti, 2001; Becciu – Colasanti, 2005; Bonino – Cattellino, 2008) al fine di modificare i primi e potenziare i secondi. Nonostante gli organismi internazionali siano attualmente molto propensi a incoraggiare la prevenzione nella salute mentale da un lato per ragioni di natura epidemiologica, dall'altro per far fronte alla scarsa efficacia dell'intervento clinico, restano molteplici le incertezze e le perplessità allorché si voglia avviare un intervento di tipo preventivo.

La “promozione della salute”, intesa come una delle possibili modalità applicative della prevenzione, non sembra essere caratterizzata da elevati livelli di efficacia anche se nell'immaginario collettivo “male non fa!”. Anche quando un intervento di “promozione della salute” sembra avere avuto una buona efficacia, risulta molto complicato attribuire la *generatività* del programma d'intervento.

L'analisi di studi empirici in ambito di prevenzione mette in evidenza che i programmi di promozione della salute, detti anche *universali* (Mrazek - Haggerty, 1994), risultano avere una minore efficacia rispetto ai programmi *selettivi* (Resnikow - Botvin, 1993) Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2000). Bisogna anche considerare, comunque, che i programmi selettivi in ambito di prevenzione dei DCA, in particolar modo nell'ambito dei contesti scolastici, vengono sconsigliati per il rischio di effetti iatrogeni (Carter, Stewart, Dunn e Fairburn, 1997; Rosen & Neumark-Sztainer, 1998; Springer, Winzelberg, Perkins, Taylor,1999) riferibili a una sorta di *normalizzazione* dei DCA e ad un incremento dei comportamenti nocivi susseguenti alle nuove conoscenze acquisite durante lo svolgimento delle attività preventive.

2.2. Le tecniche di intervento: il “gruppo classe” e il “cooperative learning”

Fin ad ora si è parlato dei contenuti e finalità dei programmi preventivi, ma materialmente, quali sono le tecniche che devono essere adottate per il coinvolgimento dei ragazzi, prevalentemente in età scolare? Le ricerche condotte in questo campo, in cui spicca il gruppo di ricerca più accreditato nel panorama internazionale scientifico ossia quello di Mc Vey, sostengono che i programmi preventivi che utilizzano il gruppo dei pari come fattore di sostegno, partecipazione, di condivisione e discussione, conducono a risultati migliori rispetto ai programmi di prevenzione classici che producono cambiamenti nella conoscenza piuttosto che nei comportamenti. I progetti di prevenzione si rivolgono al “gruppo classe” inteso come soggetto psicologico capace di produrre una cultura affettiva⁶, costruita a partire da significati simbolici ed evolutivi attribuiti alle esperienze del gruppo stesso. L'intervento preventivo nel gruppo classe assume pertanto il carattere di uno spazio dedicato alla rielaborazione delle rappresentazioni, alla condivisione dei pensieri e alla riflessione sui propri comportamenti ed atteggiamenti da parte dei ragazzi. Perché lavorare con il gruppo classe e non con altre possibilità come sottogruppi, divisioni maschio e femmine? Perché il gruppo dei pari è uno strumento evolutivo di fondamentale importanza: nel gruppo classe possono essere messe in comune le esperienze e si possono sperimentare nuove modalità di approccio ai comuni compiti di crescita. Il gruppo classe infatti attraversato da diverse dimensioni dinamiche: in essi sono presenti elementi formali ed informali, eterogeneità di diverso tipo, simmetrie e asimmetrie. Si ha così a disposizione un setto assai ricco di materiale entro cui può risultare fertile la collocazione di un qualunque tema inerente l'educazione alla salute. Nel lavoro sul corpo e sull'immagine di sé, il gruppo può contenere e

⁶ Per cultura affettiva ci si riferisce a specifici insiemi di valori, stili di pensiero e di modelli di comportamento, interiorizzati e in gran parte inconsapevoli, che contribuiscono ad orientare le scelte di un gruppo umano o di un individuo che si trova alle prese con un compito fondamentale per la propria esistenza. Cfr E. Riva, “*L'autostima allo specchio. La Prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*”, Franco Angeli, Milano, 2007

ridimensionare le ansie dei singoli, e allo stesso tempo diventare promotore di stili e di tendenze che hanno successo proprio in quanto condivisi.

Un metodo didattico utilizzato per lavorare con il gruppo classe, che si distingue da un'impostazione di lavoro tradizionale è il "*cooperative learning*". Il "*cooperative learning*" costituisce una specifica metodologia di insegnamento attraverso la quale gli studenti apprendono, in piccoli gruppi, aiutandosi reciprocamente e sentendosi corresponsabili del reciproco percorso⁷. Questo metodo si distingue sia dall'apprendimento competitivo che dall'apprendimento individualistico e, a differenza di questi, si presta ad essere applicato ad ogni compito o materia. L'insegnante assume un ruolo di facilitatore ed organizzatore delle attività, strutturando "ambienti d'apprendimento" in cui gli studenti, favoriti da un clima relazionale corretto, trasformano ogni attività di apprendimento in un processo di "problem-solving di gruppo", conseguendo obiettivi la cui realizzazione richiede il contributo personale di tutti. Il "*cooperative learning*" si pone l'obiettivo di migliorare l'apprendimento scolastico insegnando contemporaneamente agli studenti a lavorare in modo cooperativo.

La cooperazione è resa efficace da cinque elementi fondamentali che sono:

- *L'interdipendenza positiva* che si realizza quando, all'interno del gruppo, si risolve un problema con il contributo effettivo di tutti i suoi membri, impegnati con mansioni diverse a perseguire il medesimo obiettivo. L'interazione tra i membri risulta essere il punto cruciale dell'interdipendenza positiva. Per far sì che tra i membri di un gruppo possa instaurarsi una corretta relazione, è necessario sviluppare in loro una serie di competenze che, con l'esercizio, possono essere apprese anche in età adulta. Queste competenze, definite "competenze sociali", possono essere riassunte in cinque grandi categorie, ossia competenze comunicative, di leadership, nella soluzione negoziata dei conflitti, nella soluzione dei problemi, nel prendere decisioni. Il *cooperative learning* non presume che i membri di un gruppo cooperativo possiedano già queste competenze; ritiene che il lavorare in gruppo favorisca la loro acquisizione.

- *La responsabilità individuale e di gruppo* per cui il gruppo è responsabile del raggiungimento dei suoi obiettivi ed ogni membro è responsabile del suo contributo. Molti insegnanti ritengono che le attività di gruppo annullino la responsabilità individuale. Questo concetto non è però applicabile al "*cooperative learning*". La variabile chiave che media l'efficacia della cooperazione è il senso di responsabilità personale verso gli altri membri del gruppo per raggiungere gli obiettivi del gruppo. Esso implica concludere la propria attività e facilitare il lavoro degli altri membri del gruppo e sostenere i loro sforzi. In una situazione ad alta interdipendenza positiva la responsabilità individuale aumenta anziché diminuire perché ogni membro del gruppo ha interesse a raggiungere l'obiettivo e ricopre una mansione che solo lui può ricoprire all'interno del gruppo. Per questo la motivazione a portare a termine il lavoro e a raggiungere l'obiettivo è più alta, non solo rispetto al lavoro di gruppo tradizionale, ma anche rispetto al lavoro impostato in modo individualistico e competitivo.

- *L'interazione costruttiva* quando gli studenti devono relazionarsi in maniera diretta per lavorare, promuovendo e sostenendo gli sforzi di ciascuno e lodandosi a vicenda per i successi ottenuti. Un gruppo di lavoro può funzionare non solo quando le persone sono legate tra loro da un rapporto di interdipendenza, ma anche quando queste persone si dimostrano reciprocamente il piacere di lavorare assieme, si conoscono nei pregi e nei difetti, si apprezzano reciprocamente, si valorizzano a vicenda, si incoraggiano nei momenti di difficoltà. Questi comportamenti favoriscono il raggiungimento di scopi comuni. L'interazione costruttiva si basa su aiuto reciproco; scambio di informazioni; *feedback* reciproco; stimolazione reciproca per una più alta qualità del compito; accettazione di un'influenza reciproca; motivazione per il bene comune; ansia e stress moderati.

- *L'attuazione di abilità sociali specifiche e necessarie nei rapporti interpersonali all'interno del piccolo gruppo* per cui gli studenti si impegnano nei vari ruoli richiesti da lavoro e nella creazione di un

⁷ www.abilidend.it/cooperativelearning

clima di collaborazione e fiducia reciproca. Particolare importanza rivestono le competenze di gestione dei conflitti, più in generale si parla di competenze sociali che devono essere oggetto di insegnamento specifico.

- *La valutazione di gruppo* secondo cui il gruppo valuta i propri risultati e il proprio modo di lavorare e si pone obiettivi di miglioramento. Il controllo può essere effettuato durante lo svolgersi del compito (monitoring) oppure una volta terminata l'attività comune (processing). Anche questa attività incrementa la responsabilità individuale ed è molto importante per il miglioramento dei risultati.

Il "*cooperative learning*" presenta di solito vari vantaggi.

- In primo luogo migliora i risultati degli studenti in quanto tutti lavorano più a lungo sul compito e con risultati positivi, migliorando la motivazione intrinseca e sviluppando maggiori capacità di ragionamento e di pensiero critico.

- In secondo luogo, gli studenti, essendo coscienti dell'importanza dell'apporto di ciascuno al lavoro comune, sviluppano relazioni più positive e pertanto, il rispetto reciproco e lo spirito di squadra.

- Infine, si parla di benessere psicologico visto che gli studenti sviluppano un maggiore senso di autoefficacia ed autostima, sopportando meglio le difficoltà e lo stress.

Il lavoro di gruppo non è una novità nella scuola, ma la ricerca dimostra che gli studenti possono anche lavorare insieme senza trarne profitto. Può infatti accadere che essi operino insieme, ma non abbiano alcun interesse o soddisfazione a farlo. Nei gruppi di apprendimento cooperativo, invece, gli studenti si dedicano con piacere all'attività comune, sono protagonisti di tutte le fasi del loro lavoro, dalla pianificazione all'autovalutazione.

L'intervento nelle scuole mediante programmi di prevenzione dei disturbi alimentari e dell'obesità, ha lo scopo di avviare una riflessione sull'alimentazione e la corporeità, ma anche sulla complessa relazione esistente tra funzione alimentare, corpo ed emozioni. La nostra società è sempre più articolata e l'alimentazione, uno dei piaceri e risorse più importanti della nostra vita, risulta ormai essere condizionata dal contesto ambientale, sociale, culturale, e in particolare dai messaggi dei media. Ognuno di noi impara a relazionarsi al cibo sulla base delle proprie esperienze; in adolescenza il cambiamento del corpo, della mente, degli interessi, delle relazioni, dei comportamenti, portano ad una ridefinizione del rapporto che si ha con l'alimentazione, che può acquisire in questo particolare momento significati diversi da prima. Per questo è importante attivare le competenze di vita di bambini e ragazzi, per far sì che questi imparino a riconoscere e a decodificare i messaggi e a saper fare scelte consapevoli e più personali, in linea anche con informazioni corrette da un punto di vista scientifico.

3. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO

Lo scenario della prevenzione in adolescenza diventa quindi ancora più complesso quando si intende realizzare interventi preventivi sui Disturbi del Comportamento Alimentare. Tale complessità deriva da una lunga serie di fattori quali:

- Una scarsa conoscenza delle cause dei DCA;
- Una conoscenza lacunosa del ruolo esercitato dai Fattori di Protezione; sembra esserci un buon accordo, al contrario, sul ruolo esercitato dai principali Fattori di Rischio in una prospettiva multiprobabilistica;
- La maggior parte degli studi è stata effettuata su popolazione clinica, I Fattori di Protezione sono, pertanto, solo ipotizzabili e inferibili;
- Ad oggi non c'è evidenza sugli aspetti che favoriscono la risoluzione dei DCA;
- Risulta molto difficile individuare le tipologie di intervento più efficaci a causa dello scarso numero di studi empirici effettuati in questo campo.

Gli autori Lombardo, Caiani e Vannucci propongono un'interessante rassegna dei principali fattori di rischio correlati all'insorgenza e allo sviluppo dei DCA (Lombardo C., Caiani S., Vannucci M., 1999). Nel loro contributo viene operata una distinzione tra fattori di rischio personali e ambientali. Quelli di tipo personale li possiamo riscontrare a livello biologico, psicologico e comportamentale, mentre quelli ambientali a livello socioculturale, mass-mediatico, familiare e legati al *peer-group*.

È possibile suddividere i Fattori di rischio nelle seguenti categorie:

FR personali biologici: fisiologici e genetici (predisposizione di tipo genetico a sviluppare i disturbi alimentari), differenze di genere (inferiore nei maschi), sviluppo puberale (precocità), quantità di grasso corporeo (repentino aumento di peso nelle ragazze).

FR personali psicologici: distorsione dell'immagine corporea (percettiva e affettiva), insoddisfazione per il corpo e impulso verso la magrezza (trattamenti riusciti di modifica dell'immagine corporea si correlano alla diminuzione dei DCA), scarsa autostima e basso concetto di sé (ipercontrollo del peso come senso di inefficacia personale e di bassa stima di sé), instabilità affettiva (tendenza a manifestare ansia, depressione, impulsività e copresenza di disturbi dell'umore e di personalità), perfezionismo (costrutto multidimensionale con variabili personali e interpersonali; secondo Santoanastaso, 1999, più che un FR è un F di mantenimento).

FR personali comportamentali: tendenza ad adottare comportamenti alimentari restrittivi (associazione di dieta ipocalorica con eccessiva preoccupazione per il peso è un indice predittivo significativo), abitudini alimentari disordinate (abboffate, eliminazioni ripetute, uso di diuretici o lassativi, digiuni, ecc.), stili di vita eccessivamente sedentarie aumento di consumo di zuccheri e grassi (aumento del BMI e della quantità di grasso corporeo).

FR ambientali

- *Influenze socioculturali:* (ruolo dei valori dominanti e gli standard di bellezza; diffusione delle pratiche restrittive alimentari, culto della fitness, i cambiamenti nei ruoli sessuali).
- *Influenze dei mass media e modelli socialmente condivisi* (i modelli di magrezza proposti per la bellezza e per il successo professionale aumentano il senso di inadeguatezza corporea di molti adolescenti e l'insoddisfazione corporea).

Influenze relazionali: famiglia (atteggiamenti e comportamenti alimentari disfunzionali nel sistema familiare; enfasi sulla bellezza e magrezza; mito del controllo corporeo).

- *Gruppo dei pari* (sia attraverso un influsso diretto che indiretto).

I principali Fattori di protezione da prendere in considerazione nell'ambito di un efficace programma di prevenzione dei DCA sono:

- Autostima
- Indipendenza dal campo
- *Self-efficacy*
- Resistenza alle pressioni sociali
- Esperienze relazionali soddisfacenti sin dalla tenera età
- Legame positivo e significativo con almeno un genitore
- Ambiente extrafamiliare con relazioni significative (scuola, *peer-group*)
- Sviluppo di abilità di *coping* per il *distress*
- Esclusione dei vocaboli 'peso' e 'diete' dal vocabolario familiare

- Presenza di contesti relazionali che favoriscono la rielaborazione emotiva dei vissuti personali
- Sviluppo di una significativa rete sociale
- Sviluppo di una cultura dell'accettazione (di se stessi, del proprio corpo, della propria vita, ecc.).

In base all'esperienza accumulata negli ultimi anni nel campo della prevenzione dei DCA in adolescenza, è possibile affermare che gli interventi con una più elevata probabilità di successo devono avere le seguenti caratteristiche:

- Di tipo socioemozionale e/o esperienziale
- Concepiti in un'ottica multidimensionale
- Durata almeno triennale
- Destinati ai ragazzi e che lavorano ad un livello più ampio su: attitudini sane, stili di vita e comportamenti salutotropi, stima di sé, flessibilità cognitiva, appartenenza a *peer-group* impegnati in valori appaganti
- Destinati ai genitori e insegnanti e che lavorano in maniera specifica su: mito del controllo del peso corporeo; messaggi sui canoni di bellezza, sulle diete, sui comportamenti alimentari in famiglia, sullo sviluppo dell'autostima, sul ruolo dei mass-media

Le prime manifestazioni sintomatiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare insorgono prima dei diciotto anni di età (in piena fase evolutiva) e si assiste da un lato ad un significativo aumento del tasso di incidenza, dall'altro ad un graduale abbassamento dell'età di insorgenza. Tale fenomeno provoca il coinvolgimento della fase della preadolescenza e l'età pediatrica se si considera l'obesità. Di fronte a tali evidenze (fornite dalla vasta letteratura scientifica al riguardo) emerge molto chiaramente la necessità di interventi di prevenzione dei DCA dedicati agli adolescenti e preadolescenti.

4. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA D'INTERVENTO

I Disturbi del Comportamento Alimentare costituiscono oggi una delle emergenze più preoccupanti delle società occidentali. La diffusione della patologia ha una rapidità ed una rilevanza sconcertanti: non si riesce ad individuare alcun altro esempio di malattia psichiatrica con una simile velocità di propagazione e con le caratteristiche di una vera e propria epidemia sociale.

La ricerca dimostra che la prevenzione universale (primaria) risulta efficace se focalizzata su fattori protettivi piuttosto che sulla descrizione dei rischi o delle patologie. Negli ultimi dieci anni si è assistito allo sviluppo e al diffondersi di programmi di ricerca e di intervento con lo scopo di individuare e promuovere *Life Skills* (Abilità di Vita) nei bambini e nei giovani in numerosi paesi del mondo.

La letteratura internazionale, inoltre, offre numerosi riscontri a favore di interventi focalizzati su fattori socio-ambientali più ampi anziché limitati ai soli fattori individuali. Queste evidenze collocano le agenzie educative, e in particolare gli insegnanti, al centro dei programmi di prevenzione più efficaci. Con questi programmi si mira a promuovere all'interno dei sistemi sociali di appartenenza, con particolare attenzione alla scuola, abilità che servano all'orientamento e all'adattamento autonomo al mondo circostante.

La scuola appare il contesto privilegiato dove potenziare tali capacità che dall'interno sostengano un atteggiamento positivo e di fiducia nei confronti di sé e della propria vita. Anche nelle linee guida proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1993), assumono una posizione di rilievo le abilità di soluzione ai problemi (*problem-solving*), l'esercizio del pensiero critico e creativo e le convinzioni di efficacia personale e collettiva.

Nell'ambito dei programmi di prevenzione, dunque, risulta di fondamentale importanza un diretto coinvolgimento degli insegnanti che, attraverso un *training* specifico sull'ascolto attivo, devono saper

fornire un *feedback* non giudicante e devono essere in grado di promuovere le informazioni, senza cadere in un uno stile "da lezione", ma piuttosto stimolando un "apprendere per esperienza e per scoperta", lasciando aperta la fine della discussione.

4.1. Metodologia e strumenti

Sarà utilizzato il metodo esperienziale che mira a promuovere l'elaborazione e la comprensione attraverso giochi e discussioni di gruppo in cui i partecipanti possano sentirsi protagonisti. La metodologia utilizzata all'interno dell'intervento terrà ben presenti e inserirà nel percorso degli elementi che fanno riferimento al concetto di *edutainment*.

I Progetti previsti dal Programma di prevenzione:

- Intervento con gli insegnanti
- Intervento con gli studenti

4.2. Finalità

L'obiettivo primario del programma consiste nell'identificazione e riduzione dei principali comportamenti di rischio che espongono gli adolescenti all'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare.

Strettamente collegato all'obiettivo primario sopra specificato, il secondo obiettivo dell'iniziativa consiste nella chiara volontà di incrementare i principali fattori di protezione in grado di ridurre la possibilità che un adolescente resti intrappolato nella morsa di un disturbo del comportamento alimentare.

L'obiettivo successivo consiste nel trasferimento di specifiche competenze nella prevenzione dei DCA non solo ai diretti interessati, cioè gli adolescenti, ma anche ai loro insegnanti.

L'iniziativa vuole proporre, inoltre, la promozione di un'alimentazione sana e la valorizzazione di canali di espressione emotiva alternativi al cibo. Una profonda rilevanza viene data anche alla promozione del pensiero critico che risulta fondamentale in quanto costituisce un prerequisito per: l'aumento della consapevolezza di sé e del rapporto che abbiamo con gli altri; la valorizzazione delle diversità interpersonali; l'incremento del valore di sé (rendendolo più indipendente dal giudizio esterno) ed il miglioramento delle relazioni interpersonali.

4.3. Obiettivi

Intervento con gli insegnanti: l'obiettivo iniziale del percorso è quello di sensibilizzare gli insegnanti alla conoscenza dei DCA, disturbi oramai endemici che riguardano nella maggior parte dei casi la popolazione in età scolare, particolarmente nella fascia d'età tra i 11 e 14 anni. In un secondo step l'obiettivo che gli operatori si propongono di raggiungere consiste nel fornire ai docenti gli strumenti per riconoscere i segnali di disagio e le richieste di aiuto da parte degli studenti.

Gli insegnanti, successivamente, saranno coinvolti in una serie di attività finalizzate a conferire loro le necessarie competenze per capire questi segnali e tradurli in una risposta efficace verso gli studenti adolescenti e le loro famiglie.

L'esito degli interventi di cura è condizionato dal tempo: storie brevi di malattia hanno percentuali altissime di remissione completa, man mano che la storia di malattia si allunga diventa sempre più difficile la cura. In tal senso, diviene fondamentale l'azione di prevenzione e di segnalazione dei primi segnali di disagio. Agli insegnanti è affidato il compito non di sostituirsi ad un intervento terapeutico, ma di vigilare e

ascoltare le richieste di aiuto dei propri studenti, facendosi anello di congiunzione tra queste e il contesto familiare.

Intervento con gli studenti: l'intervento è rivolto ad adolescenti dagli 11 ai 14 anni.

L'obiettivo iniziale è di creare un clima gradevole e positivo attraverso il quale potrà essere favorito il passaggio di informazioni e competenze ai ragazzi e facendo sì che si possano introdurre stimoli di riflessione sulle esperienze di relazione affettiva ed emotiva.

Soprattutto in questa fascia d'età è, infatti, utile cominciare a legare sensazioni e sentimenti. Dunque gli obiettivi a *medio termine* saranno:

- Imparare le regole del rapporto con l'altro
- Sostenere la competenza dei ragazzi e ragazze a fidarsi delle proprie intuizioni e non forzare contatti che non sono accettati
- Sostenere la competenza nella comunicazione delle emozioni e nella lettura delle emozioni degli altri

A questo punto nell'ultima parte del lavoro gli operatori si concentreranno sui seguenti *obiettivi a lungo termine* volti alla correlazioni fra cibo-sensazioni-emozioni-affetti:

- Stimolare i ragazzi a riflettere sugli aspetti culturali ed emotivi della differenza tra i sessi
- Rinforzare il fronteggiamento e l'affermazione
- Poter raccontare liberamente ciò che piace e non piace
- Aumentare la stima e la fiducia in se stessi
- Ragionare sull'importanza delle regole
- Imparare a comunicare le proprie emozioni e leggere quelle degli altri
- Introdurre brevemente ai cambiamenti di significato nel rapporto con il cibo in adolescenza
- Introdurre brevemente all'importanza del senso critico, della conoscenza e delle scelte consapevoli

4.4. Target

Studenti dagli 11 ai 14 anni ed insegnanti della Scuola Media "A. T. Beck" (*nome di fantasia*).

4.5. Contenuti

Intervento con gli insegnanti: il percorso formativo sarà costituito da quattro moduli della durata di circa tre ore ciascuno per un totale di circa dodici ore. Il primo incontro sarà di condivisione del progetto e dei suoi obiettivi mentre negli incontri successivi si proporranno agli insegnanti delle attività da svolgere in classe che verranno poi discusse e implementate con l'aiuto dei responsabili del progetto.

Intervento con gli studenti: si è scelta questa fascia di età poiché considerata fondamentale nello sviluppo di crescita per via dei cambiamenti fisiologici, del confronto con i pari e della costruzione delle relazioni.

Il progetto è costituito da otto laboratori-gioco esperienziali della durata di circa 2 ore, volti alla successiva discussione in gruppo delle tematiche trattate nelle differenti attività proposte.

I contenuti centrali dell'intervento di basano sul sollecitare il riconoscimento delle emozioni e dei pensieri legati allo sviluppo puberale e al cambiamento corporeo (come mi sento, come vivo questo momento). Offrire la possibilità di descrivere, discutere, confrontare, e di conseguenza trovare spiegazioni ai propri stati emotivi. Permettere la socializzazione e la condivisione di quelle paure ed emozioni che

colorano particolarmente il “passaggio” dall’infanzia all’adolescenza, rispetto ai propri cambiamenti fisici, psichici e relazionali. Riconoscere questa fase anche nella sua imprevedibilità.

4.6. Metodologie

Intervento con gli insegnanti: il percorso di formazione per gli insegnanti si svolgerà secondo un approccio multidisciplinare all’interpretazione del disturbo: gli argomenti verranno analizzati da una prospettiva fenomenologico-esistenziale oltreché pedagogica, non trascurando le implicazioni sociologiche che tali argomenti contengono.

Intervento con gli studenti: l’intervento con i ragazzi sarà svolto attraverso otto laboratori-gioco esperienziali, volti alla successiva discussione in gruppo delle tematiche trattate nei vari giochi.

Il progetto durerà l’intero anno scolastico (ottobre-maggio) con la frequenza di tre incontri mensili per ogni laboratorio-gioco.

Ogni gioco ha una tematica specifica che consentirà al gioco successivo.

5.7. Attività

Intervento con gli insegnanti: il percorso formativo sarà costituito da quattro moduli della durata di circa tre ore ciascuno per un totale di circa dodici ore. Il primo incontro sarà di condivisione del progetto e dei suoi obiettivi mentre negli incontri successivi si proporranno agli insegnanti delle attività da svolgere in classe che verranno poi discusse e implementate con l’aiuto dei responsabili del progetto.

Intervento con gli studenti: il progetto è rivolto in via sperimentale ad una sezione della scuola media “A. T. Beck”; in accordo con la preside se il progetto avrà un buon esito verrà esteso a tutte le altre sezioni. Il numero dei partecipanti è di circa 80 ragazzi della prima, seconda e terza classe di una stessa sezione. Gli 80 adolescenti verranno divisi in tre gruppi misti da circa 25 studenti, ognuno dei quali sarà ulteriormente diviso in tre sottogruppi nella giornata di lavoro, al fine di promuovere la conoscenza e socializzazione tra coetanei non appartenenti alla stessa classe.

5.7. Valutazione

Questionario di valutazione

Il percorso formativo sui DCA si concluderà con la compilazione di un questionario di gradimento da parte degli insegnanti ed adolescenti. Le risposte saranno analizzate ed elaborate dai responsabili del progetto al fine di apportare specifici miglioramenti al percorso nelle sue future applicazioni.

Sportello di supporto

Alla fine del percorso formativo, sarà avviato uno “sportello di supporto” per gli insegnanti presso l’istituto una volta a settimana. I docenti avranno a disposizione due ore per richiedere una consulenza su specifiche problematiche emerse in ambito scolastico e riconducibili ai disturbi del comportamento alimentare. Per ottimizzare tale servizio sarà implementata anche una procedura di “richiesta consulenza” tramite e-mail.

Al termine del progetto esperienziale con i ragazzi, è prevista, allo stesso modo degli insegnanti, l’apertura di uno “sportello di supporto”, finalizzato a mantenere il rapporto costruito con il lavoro precedentemente svolto. Questo sportello avrà luogo una volta a settimana per la durata di due ore dove l’operatore si metterà a disposizione per il ragazzo o gruppi di ragazzi.

BIBLIOGRAFIA

- Bagnasco, M. Barbagli, A. Cavalli (1997), *Corso di sociologia*, Il Mulino, Bologna.
- Barlow D.H., V.M. Durand (1999), *Abnormal Psychology: A Integrative Approach*, Brooks/Cole, Boston.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2000), *La promozione delle abilità sociali*, AIPRE, Roma.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2004), *La promozione delle capacità personali*, Franco Angeli, Milano.
- Bell (2002), *La santa anoressia. Diggiuno e misticismo dal Medioevo ad oggi*, Edizioni Laterza, Roma.
- Bentivegna S. (2004), *Teorie delle comunicazioni di massa*, Edizioni Laterza, Roma.
- Costa E., Loriedo C. (2007), *Disturbi della Condotta Alimentare. Diagnosi e terapia*, Edizione Franco Angeli, Roma.
- Cuzzolaro M. (2004), *Anoressie e bulimie*, Il Mulino, Bologna.
- Cuzzolaro M. (2004), *Obesità e sovrappeso*, Il Mulino, Bologna.
- Dalla Ragione L. (2005), *La casa delle bambine che non mangiano*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Garista P. (2003), *Tempo per sé e salute: la prospettiva della resilienza*, in *Adulità*.
- Gordon R.A. (2004), *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Legnetti R., Bettini P. (2008), *La prevenzione e l'accoglimento precoce dei disturbi del comportamento alimentare nell'ambito dei Consultori di Consulenza Giovani*, Firenze.
- Lombardo, S. Caiani, M. Vannucci, Fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari in adolescenza, *Psicologia della salute*, n. 3-4.
- Martinetti M.G. (2007), I disturbi del comportamento alimentare in *Normalità e patologia dello sviluppo psichico*, F. Tani, Giunti, Firenze.
- O'Neil B. (1983), *Starving for attention*, Dell, New York.
- Ostuzzi R., L.Luxardi G. (2007), *Un boccone dopo l'altro*, Baldini Castoldi Dalai, Milano.
- Riva E. (2007), *L'autostima allo specchio. La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*, Franco Angeli, Milano.
- Vanderlinden, Vandereycken (2005), *La Bulimia Nervosa*, Astrolabio, Roma.
- Venturi V., Melideo G. (2006), *I disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. Un seminario condotto da P. Jeammet*, Franco Angeli, Milano.
- Vettorato G. (2008), Resilienza, in Prellezo J. M., G. Malizia e C. Nanni (a cura di), *Dizionario di Scienze dell'Educazione*, Seconda edizione, Roma, LAS.
- Viscardi R. (2002), *Teorie e tecniche dei nuovi media*, Ellisi, Napoli.

PROGRAMMI
IN
ETÀ ADULTA

2.3.1. PROGETTO PER PAZIENTI CON DOPPIA DIAGNOSI di Augusta D'Ottavio* Un programma di intervento psicosociale.

1. PRESENTAZIONE PROBLEMA

1.1. Descrizione e classificazione

Il termine doppia diagnosi, generalmente, fa riferimento alla presenza nella stessa persona di un comportamento tossicomano e di sintomatologia psichiatrica. Si tratta, in realtà, di un disturbo particolarmente complesso, pertanto, numerosi autori tendono a fornire una propria definizione. Secondo alcuni (Bignamini e collaboratori, 2002) non ci sono due diagnosi separate ma quadri molto complessi che si influenzano reciprocamente. Per altri autori (Fioritti, Solomon, 2002) la doppia diagnosi sta ad indicare la compresenza di una patologia psichiatrica di Asse I, generalmente psicotica, e abuso o dipendenza da sostanze.

Negli Stati Uniti prevale una definizione che tende a considerare la doppia diagnosi come una categoria nosologica, e considera separati i due fenomeni concomitanti. Si utilizza spesso come sinonimo di doppia diagnosi il termine comorbilità che si riferisce all'insieme dei problemi connessi alla salute fisica, mentale, e abuso di sostanze. (Kessler, Merikangas, 2004).

Soprattutto gli autori europei preferiscono far riferimento al termine comorbilità che indica la compresenza di due o più disturbi senza che venga stabilita la priorità basata su gravità o prognosi (Chianura, Balzotti, Chianura, 2005). Nello specifico la doppia diagnosi non indica una diagnosi più l'altra, ma fa riferimento ad un nuovo sistema, una struttura psicopatologica che ha una sua identità, confini, e caratteri propri. (Rigliano, 2004).

Si riscontrano quattro configurazioni cliniche possibili:

- Disturbo psichiatrico reversibile / temporaneo indotto dall'uso di sostanze (Cubells *et al.* 2005). In tal caso il comportamento di abuso è antecedente alla comparsa del disturbo psichiatrico, e di solito, la sospensione dell'assunzione produce una remissione della sintomatologia.
 - Pazienti psichiatrici che utilizzano sostanze (Kessler, Merikangas, 2007). In tale situazione il disturbo psichiatrico precede l'uso della sostanza.
 - Slatentizzazione di fenomeni psicopatologici in seguito a comportamenti di abuso.
 - Comportamento tossicomano che determina una patologia psichiatrica persistente (Guelfi, 2002).
- In molti casi l'utilizzo di sostanze può produrre dei danni gravi ed irreversibili sia a livello cerebrale, sia a livello organico.

1.2. Dati epidemiologici: incidenza e prevalenza

Dal punto di vista epidemiologico la principale difficoltà riguarda proprio la definizione nosologica che è indispensabile per qualunque tipo di studio. Le ricerche più significative sono state realizzate negli Stati Uniti; secondo i dati dell'ECA Project è evidente l'elevata probabilità dei pazienti psichiatrici di sviluppare una dipendenza e viceversa. Nello specifico, il 47% dei pazienti schizofrenici ha una comorbilità per abuso di sostanze, il 32% dei pazienti con disturbo affettivo ha una dipendenza e l'87% dei pazienti con disturbo di personalità ha una tossicodipendenza. L'altro grande studio condotto negli Stati Uniti il *National Comorbidity Survey* ha trovato tassi ancora superiori rilevando che il 52% dei soggetti con diagnosi di

* Psicologa, Psicoterapeuta CC. Email: augustadottavio@gmail.com

abuso o dipendenza ha anche una una diagnosi di abuso o dipendenza.

Negli studi realizzati in Italia su un campione di 390 soggetti che chiedevano interventi ai Ser.T solo un quarto del campione 24,6% non aveva alcuna diagnosi psichiatrica. Il 10% presentava una diagnosi di Asse I, il 30% una diagnosi di Asse II, il 16,4% una diagnosi su entrambi gli Assi (Pozzi *et al.* 1997).

I pazienti schizofrenici sono particolarmente esposti al rischio di diventare assuntori cronici di nicotina, alcol, cannabis e anfetamine nel tentativo di contrastare la sintomatologia negativa e gli effetti prodotti dai neurolettici. L'eroina non sembra essere molto utilizzata in quanto i suoi effetti sono di disturbo per il paziente schizofrenico (Cancrini, 2003).

I pazienti con disturbo dell'umore utilizzano prevalentemente oppiacei, in particolare, i pazienti depressi che soffrono anche di agitazione apprezzano le capacità sedative offerte dall'eroina, mentre quelli in cui prevale l'aspetto di coartazione e blocco preferiscono le sostanze stimolanti. I pazienti bipolari utilizzano prevalentemente cocaina.

Molto elevata risulta inoltre la concomitanza tra disturbi di personalità, alcolismo, e tossicomania. Spesso questi pazienti presentano poliabuso, scarsa *compliance* e maggiori ricadute. L'associazione tra le due condizioni peggiora lo stato psichico aumentando la possibilità di incorrere in ulteriori eventi stressanti, danni e traumi, e problemi legali. (Back *et al.*, 2003).

1.3. Eziopatogenesi: fattori causativi e di mantenimento

Sono stati proposti diversi modelli nel tentativo di spiegare efficacemente l'insorgenza e il mantenimento del disturbo:

Modello bio-psico-sociale

Si tratta del modello più accreditato e sostenuto (Fioritti, Solomon, 2002). Gli autori identificano tre fattori di rischio /protezione: *Fattori biologici*: genetici, malattie fisiche; *fattori psicologici*: malattie psichiatriche, tratti di personalità; *fattori sociali*: norme, valori familiari, gruppo dei pari e *stressors* sociali. L'insorgenza va quindi ricercata in una vulnerabilità specifica su cui intervengono fattori di tipo psicosociale. Il decorso tipico di pazienti non trattati è di deterioramento nel giro di alcuni anni con periodi di relativa stabilizzazione. E' ancora da molti autori sostenuta l'ipotesi della *self-medication* (Khantzian, 1997) secondo cui il consumo di sostanze va ad alleviare manifestazioni dello stress ed incoraggia lo sviluppo della dipendenza.

Modello della causa primaria

Un disturbo causa favorisce l'insorgere del disturbo in associazione, pertanto, la presenza dell'uno è la preconditione per l'espressione dell'altro. Per esempio, il disturbo antisociale di personalità sarebbe la causa dell'abuso di cocaina oppure l'abuso di sostanze potrebbe essere la causa del disturbo antisociale di personalità.

Modello della "Shared etiology"

I disturbi, secondo questo modello, sono la manifestazione degli stessi fattori eziologici sottostanti (esempio: difetto geneticamente trasmissibile che si manifesta con una vulnerabilità a livello di neuromediatori sarebbe alla base della tossicodipendenza e del disturbo psichiatrico).

Modello della sostanza "trigger"

L'uso di alcol o di droghe può determinare l'insorgenza del disturbo psicopatologico.

Modello neurobiologico

Al momento non ci sono dati sufficientemente esaustivi per dimostrare l'ipotesi che la componente genetica sia all'origine della doppia diagnosi, tuttavia, alcuni autori affermano che ci sia una forte evidenza per quanto riguarda l'esistenza di una origine genetica (Pancheri, 2002).

Si ipotizza che a livello neurobiologico un ruolo primario sia svolto dal centro della remunerazione (o gratificazione). Tutte le sostanze agirebbero provocando sia un aumento della scarica neuronale, mediante l'attivazione di recettori, sia un aumento del rilascio di neurotrasmettitori tra cui la dopamina. Tutte le sostanze in grado di aumentare la trasmissione dopaminergica nel *reward centre* produrrebbero un aumento del piacere.

Modello della dipendenza patologica primaria

La dipendenza rappresenta una condizione patologica correlata ad un'alterazione del sistema della gratificazione e una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere.

Modello multidimensionale

Le strutture psicopatologiche emergono dall'elaborazione della sofferenza. Dietro la tossicomania è presente un vissuto di dolore che è esaltato, curato e coperto dalla droga. Nella doppia diagnosi pertanto il mondo mentale determinato dal sistema tossicomano interagisce con quello psicopatologico originando una nuova struttura psicopatologica che non è la somma delle due, ma che ha una sua identità specifica.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

I primi trattamenti per la doppia diagnosi risalgono agli inizi degli anni '80; in quel periodo venivano utilizzati interventi tradizionali come i gruppi tra pari, secondo il modello dell'Anonima Alcolisti, questi trattamenti avevano però il limite di non rispondere ai bisogni complessivi di tali pazienti. Alla fine degli anni '80 cominciarono a diffondersi forme di case management intensivo e a lungo termine, tali interventi erano incentrati sull'uso di tecniche motivazionali e sviluppo di una relazione di fiducia, e diedero in effetti risultati migliori.

Il progetto presentato si avvale delle seguenti teorie di riferimento:

Modello transteoretico di Prochaska e Di Clemente (Prochaska, Di Clemente, 1994). Secondo gli autori il processo decisionale avviene in 5 fasi +1. La fase iniziale è quella precontemplativa in cui la persona non è consapevole e non è interessata al problema, che però risulta evidente a terzi. La fase successiva è quella contemplativa in cui il paziente comincia a pensare di cambiare, ma senza assumersi ancora impegni, è presente dunque una certa ambivalenza. Si passa poi alla fase di preparazione in cui il soggetto diventa più consapevole del problema, ma potrebbe ancora temporeggiare o regredire nella fase precedente. Si prosegue poi con la fase di azione in cui il cambiamento dipende dall'impegno personale, e l'individuo attua modificazioni della condotta o strategie alternative. Il passaggio successivo è la fase di mantenimento in cui il soggetto riesce a mantenere i cambiamenti ottenuti, ed emerge pertanto una nuova identità. Infine, può esserci la fase della ricaduta in cui il paziente potrebbe rimanere bloccato o riprendere il percorso del cambiamento.

Colloquio motivazionale di Miller e Rollnick (Miller, Rollnick, 2002). Gli autori sostengono che il cambiamento comportamentale può avvenire quando aumenta la frattura interiore, quando cioè la realtà delle cose è sufficientemente distante dall'ideale atteso o desiderato. Nel momento in cui il paziente percepisce la distanza esistente tra il proprio comportamento e i propri obiettivi e valori comincia a porre le basi per cambiare. L'importanza di tale approccio si evidenzia anche nel fatto che tali pazienti non sono

pronti ad accettare interventi volti all'astinenza dalle sostanze, e non hanno la motivazione per gestire i sintomi. Il cambiamento comportamentale si produce pertanto quando la persona è in grado di riconoscere l'importanza di obiettivi e valori personali rispetto ad una ricompensa a breve termine come quella che può essere ottenuta con l'assunzione di sostanze.

Training cognitivo-comportamentale che si basa sull'acquisizione di abilità e strategie di *coping* necessarie per gestire i sintomi. Il paziente, pertanto, nel momento in cui apprende delle strategie che gli consentiranno di gestire le situazioni critiche legate al disturbo sviluppa senso di autoefficacia ed acquista fiducia nelle proprie capacità; inoltre, il *social skills training* mira a sviluppare abilità utili ad evitare eventuali pressioni e situazioni sociali che potrebbero produrre una ricaduta. L'intervento psicoeducazionale sulla famiglia affronta, invece, il problema della malattia psichiatrica, dell'abuso, e della loro interazione, limitando quindi la collusione con il paziente, facilitando la creazione di un ambiente in grado di sostenere il processo di recupero, e rinforzando il processo di cambiamento così come i comportamenti funzionali messi in atto dal paziente.

3. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO

Tra i fattori di rischio/protezione le ricerche sul campo evidenziano: *fattori biologici* (genetici, malattie fisiche); *fattori psicologici* (malattie psichiatriche, tratti di personalità); *fattori sociali* (norme, valori familiari, gruppo dei pari e stressors sociali). Tre gruppi micro sociali sembrano essere fondamentali in questo senso: la famiglia, il gruppo dei pari ed il gruppo di appartenenza professionale. Gli studi psicosociali dimostrano che i figli allevati in famiglie in cui uno o entrambi genitori sono alcolisti hanno elevate probabilità di diventare a loro volta alcolisti.

I fattori determinanti sono l'aver osservato episodi di intossicazione dei genitori, l'organizzazione caotica della vita familiare e il fatto che il genitore bevitore sia dello stesso sesso.

Fondamentale risulta inoltre la pressione esercitata dal gruppo dei pari, e l'appartenenza a gruppi professionali a rischio. A livello psicologico sono stati evidenziati eventi e fattori traumatici in grado di favorire l'insorgenza del disturbo: conflitti cronici tra i genitori, separazioni, abusi sessuali e maltrattamenti.

4. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA D'INTERVENTO

L'interesse crescente nei confronti della doppia diagnosi deriva principalmente dalle implicazioni sociali, assistenziali, e cliniche che questo disturbo ha determinato. I primi studi sulla doppia diagnosi risalgono agli inizi degli anni '80 quando i fenomeni di deistituzionalizzazione hanno favorito il contatto di pazienti psichiatrici con sostanze di abuso. Attualmente il fenomeno ha assunto proporzioni molto vaste e richiede delle modalità di intervento basate sulla integrazione delle competenze, ed una presa in carico molto lunga nel tempo.

I pazienti che non vengono adeguatamente seguiti vanno incontro a periodi di relativa stabilizzazione, seguiti da un progressivo peggioramento della sintomatologia; ciò determina frequenti ospedalizzazioni e complicanze dal punto di vista sociale per la messa in atto di condotte criminali, elevati livelli di violenza con conseguenti problemi giudiziari e complicanze di natura infettivologica come epatiti e hiv. I pazienti con doppia diagnosi sono caratterizzati da una scarsa o assente consapevolezza del problema, e da una limitata motivazione al cambiamento. Entrambi questi aspetti rendono complessa e difficoltosa la presa in carico e il trattamento.

L'intervento di gruppo offre notevoli vantaggi rispetto ad interventi individuali grazie all'impatto che il gruppo può avere nel fornire sostegno, condivisione, e ridurre al minimo le resistenze personali; inoltre l'intervento motivazionale si focalizza su quegli aspetti che rendono complessa l'attuazione di programmi di

successo: in particolare l'assenza di motivazione al cambiamento e la mancanza di obiettivi chiari e precisi. L'intervento viene realizzato nella fase di ricovero in ospedale al fine di favorire la creazione di un progetto successivo al ricovero e porre quindi le basi per una presa in carico nel lungo periodo.

4.1. Finalità

Favorire la presa di coscienza della dipendenza e sviluppare la motivazione necessaria per l'inserimento nella comunità terapeutica o nel contesto familiare. Le finalità che ci si propone di raggiungere al termine del programma sono:

- Coinvolgere i pazienti in una relazione di fiducia e collaborazione
- Affrontare il problema della malattia psichiatrica, dell'abuso, e della loro interazione
- Far emergere l'ambivalenza del paziente nei confronti del superamento del disturbo
- Fornire informazioni sulla modalità di funzionamento delle comunità terapeutiche e sui servizi specialistici esterni
- Sviluppare abilità utili a fronteggiare pressioni e situazioni sociali a rischio
- Aiutare il paziente a recuperare la capacità di gestire i sintomi di entrambe le patologie
- Favorire l'apprendimento di strategie motivazionali, di attribuzione, e promuovere l'efficacia personale.
- Aiutare il paziente a non ricadere o comunque fornire una ridefinizione della ricaduta

4.2. Obiettivi

Coinvolgimento in un progetto d'intervento successivo al ricovero. Tale progetto deve essere sviluppato tenendo conto delle caratteristiche del singolo paziente ed effettuando una attenta valutazione del contesto familiare e sociale in cui esso è inserito. Gli obiettivi che i partecipanti dovrebbero aver raggiunto al termine del percorso sono:

- Acquisire consapevolezza del proprio comportamento e delle conseguenze che esso produce
- Ottenere informazioni sulla malattia psichiatrica e sull'abuso di sostanze
- Capacità di affrontare e gestire l'ambivalenza nei confronti del disturbo
- Riconoscere l'ambivalenza nei confronti dei servizi specialistici esterni e delle comunità terapeutiche
- Ottenere sostegno sociale
- Acquisire consapevolezza del proprio ruolo
- Sviluppare abilità di *coping*
- Dare un senso alle ricadute

4.3. Target

Pazienti con doppia diagnosi in fase di primo o ripetuto ricovero in struttura ospedaliera psichiatrica. 12-15 partecipanti.

4.4. Disegno di analisi

Pre test, post test senza gruppo di controllo. O1→ T→ O2

4.5. Contenuti

L'intervento è articolato in 16 incontri suddivisi in 2 incontri settimanali della durata di un'ora ciascuno. La durata complessiva del trattamento è di 2 mesi. Il percorso inizia con la creazione nel gruppo di

un clima di fiducia e partecipazione, e prosegue fornendo chiarificazioni sull'intero programma per stimolare interesse e collaborazione. In questa fase è essenziale far emergere la consapevolezza di ognuno di come la dipendenza ha condizionato le proprie scelte e la propria vita. Successivamente l'intervento si focalizza sul tentativo di far conoscere più da vicino ai partecipanti l'entità e gli aspetti caratteristici del comportamento di abuso. A questo punto il terapeuta può lavorare sulle possibili alternative all'assunzione di sostanze stimolando la partecipazione attiva del gruppo, e sottolineando come la partecipazione stessa al programma rappresenta una scelta alternativa all'abuso. Nella fase successiva è importante valutare quanto i partecipanti sono disponibili a cambiare, tale obiettivo può essere raggiunto solo dopo l'accettazione del problema e il riconoscimento della possibilità di farcela.

Tra le attività proposte dal terapeuta nel corso dell'incontro c'è l'esercizio della bilancia decisionale che consiste nel creare una tabella in cui inserire i costi/benefici del seguire un progetto terapeutico o non seguirlo; si procede successivamente all'esplorazione dei valori di ciascuno con l'obiettivo di ampliare la frattura interiore e si sottolinea con una schematizzazione sulla lavagna come si colloca il comportamento di abuso rispetto ai valori e agli obiettivi da raggiungere.

In seguito è essenziale accogliere la paura del cambiamento che il gruppo può sviluppare e far emergere i dubbi, le paure, le incertezze. Il terapeuta dunque dovrà sostenere, ridefinire, rinforzare e spiegare. Inoltre, l'approfondimento del concetto di ambivalenza si rivela importante ai fini della prosecuzione del lavoro. Diventa in questa fase fondamentale esplorare il ruolo attivo del paziente nella scelta tra diverse opzioni. Gli eventi dunque non capitano per caso, ma sono la conseguenza delle nostre scelte. L'accettazione del trattamento introduce quindi il passaggio successivo che consiste nello sviluppare proprie idee circa un progetto futuro di cambiamento, ed in questa fase il terapeuta dovrà intervenire per gestire le difficoltà e i possibili ostacoli, sostenendo l'autoefficacia dei partecipanti e prospettando per ognuno piccoli obiettivi alla propria portata.

L'introduzione del concetto di attribuzione e la distinzione tra attribuzione interna ed esterna rappresenta a questo punto un passaggio utile per riflettere sulla possibilità che ciascuno ha di influenzare il proprio miglioramento.

Anche l'acquisizione e l'esplorazione del senso di autoefficacia si configurano come una tappa utile per rinforzare e consolidare i risultati raggiunti. Per prevenire eventuali ricadute verrà quindi introdotto il concetto di autosservazione a cui seguiranno esercizi specifici per riconoscere le situazioni critiche. Inoltre, la ridefinizione della ricaduta si colloca nella fase conclusiva come un presupposto per gestire le situazioni a rischio e lavorare più serenamente su un proprio progetto personale.

4.6. Valutazione

Gli strumenti di valutazione misurano la disponibilità al cambiamento e il livello di consapevolezza del paziente.

- Regolo con gradazione da 0 a 10 di importanza e fiducia
- Tabella di disponibilità al cambiamento
- URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale), test che misura la disponibilità al cambiamento (McConaughy, Di Clemente, Prochaska e Velicer, 1989). Si compone di 32 item che includono 4 sottoscale che valutano lo stadio del cambiamento: fase precontemplativa, contemplativa, azione e mantenimento. Per ogni item si chiede di esprimere quanto si è in disaccordo o in accordo con l'affermazione presentata in una scala da 1 a 5.
- BABS (Brown Assessment Belief Scale), test che valuta i livelli di consapevolezza dei pazienti riguardo alle proprie idee (Eisen *et al.*, 1997). E' un'intervista semistrutturata composta da 7 item che

rappresentano le varie dimensioni dell'*insight*: convinzione, percezione di altri punti di vista, stabilità delle idee, *insight* e idee/deliri di riferimento. Il punteggio totale deriva dalla somma del punteggio dei primi sei item, mentre il punteggio del settimo (idee/deliri di riferimento) non viene incluso in questo calcolo.

- Strumento di valutazione post intervento: a conclusione del programma viene somministrato ai pazienti un questionario composto da 20 item. L'obiettivo è quello di valutare alcuni parametri fondamentali quali: consapevolezza di malattia, eventuale remissione di sintomi psichiatrici e comportamenti di abuso, e raggiungimento di autoefficacia e motivazione al cambiamento. Per ogni item si chiede di valutare quanto si è in accordo o in disaccordo in una scala da 0 a 4.

BIBLIOGRAFIA

- Back S.E., Sonne S.C., Killeen T., Dansky B.S., Brady K.T. (2003), Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence, In *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29 (1), 169-189.
- Bignamini E., Cortese M., Garau S., Sansebastiano S. (2002), *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbilità*. Editeam, Castello d'Argile (BO).
- Cancrini L. (2003), *Schiavo delle mie brame*, Frassinelli, Piacenza.
- Chianura P., Balzotti A., Chianura L. (2005), *Comorbilità psichiatrica ed abuso di sostanze. Inquadramento clinico di pazienti in doppia diagnosi*, Franco Angeli, Milano.
- Cubells J.F. et al. (2005), Rating the severity and character of transient cocaine induced delusions and hallucinations with a new instrument, the scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine, induced Psychosis, *Drug and Alcohol Dependence* 80 (1), 23-33.
- Eisen J.L., Philips K.A., Beer D., Rasmussen S.A., Goodman W.K. (1997), *Assessment of insight in obsessions and delusions*, in 1997 Annual Meeting New Research Program and Abstracts, American Psychiatric Association, p. 149, Washington, DC.
- Fioritti A., Solomon J. (2002), *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*, Franco Angeli, Milano.
- Guelfi G.P. (2002), *Le strategie terapeutiche nella doppia diagnosi*, In R. Pirastu, E.M. Diana: La scelta terapeutica nella doppia diagnosi. Volume abstract I Congresso nazionale su disturbi mentali e tossicodipendenza. Cagliari.
- Kessler R.C., Merikangas K.R. (2004), The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Background and aims. *The International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 60-68.
- Kessler R.C., Merikangas K. R. (2007), Drug use disorders in the National Comorbidity Survey: Have we come a long way?. *Archives of General Psychiatry* 64 (3), 381-382.
- Khantzian E. J. (1997), The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications, In *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- McConaughy E.N., Di Clemente C.C., Prochaska J.O., & Velicer W.F. (1989), Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy Practice and Research*, 26, 494-503.
- Miller W.R., Rollnick S. (2002), *Il colloquio motivazionale*, Erickson, Trento.
- Pancheri P. (2002), *La doppia diagnosi. Disturbi psichiatrici e dipendenza da sostanze*, Scientific Press, Firenze.
- Pozzi G., Bacigalupi M., Tempesta E. (1997), Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: a two phase study of prevalence at outpatient treatment centres in Italy, In *Drug and Alcohol Dependence*, 46.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1994), *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*, FL: Krieger Publishing, Melbourne.
- Rigliano P. (2004), *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

2.3.2. PROGETTO “MA PERCHÉ HO SEMPRE PAURA?” Di Marco Santozzi* *Programma di trattamento TCC di per il disturbo di panico.*

1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1. Descrizione e classificazione

Nell’arco della vita tutti gli individui sperimentano, prima o poi, uno stato d’ansia. Entro certi limiti, essa è ritenuta normale in quanto un certo livello d’ansia ottimizza le prestazioni del soggetto, soprattutto quando sono richieste concentrazione, capacità ed efficienza. Tuttavia, in alcuni casi, il livello d’ansia risulta così elevato da diventare debilitante per l’individuo. In particolare, alcuni soggetti possono provare episodi di ansia intensa e improvvisa, i cosiddetti *attacchi di panico*. L’attacco di panico è “un episodio di ansia acuto, accompagnato da altri sintomi sia somatici che psichici”. Se gli attacchi di panico ricorrono frequentemente e se all’attacco segue la preoccupazione per una eventuale ricaduta o per le possibili conseguenze o una alterazione significativa del comportamento, si può parlare di un Disturbo da Attacchi di Panico (DAP) o Disturbo di Panico (DP), come lo definiscono le più recenti classificazioni. Esiste una stretta relazione tra panico e ansia, in quanto essi si alimentano reciprocamente: un’ansia elevata aumenta la probabilità che si verifichi un attacco di panico, e un episodio di panico è seguito, di solito, da un’ansia protratta. Secondo il DSM-IV, la caratteristica principale del Disturbo da Attacchi di Panico è “la presenza di Attacchi di Panico ricorrenti e inaspettati, seguiti da almeno 1 mese di preoccupazione persistente di avere un altro Attacco di Panico, preoccupazione sulle possibili implicazioni o conseguenze degli Attacchi di Panico, o un significativo cambiamento di comportamento correlato agli attacchi (Criterio A)”. In sostanza, per formulare una diagnosi di DAP, sono richieste due precise condizioni: la presenza di attacchi di panico inaspettati e ricorrenti, in media da due a quattro alla settimana, e la presenza di almeno un mese di ansia anticipatoria, definita come la “preoccupazione che l’episodio di panico possa ripetersi”, ossia l’ansia che il paziente prova nei periodi di intervallo tra un attacco e l’altro. Gli attacchi di panico possono, inoltre, essere suddivisi in *attacchi di panico completi* e *attacchi paucisintomatici*. La differenza consiste nel numero dei sintomi che compaiono durante l’attacco: se il quadro clinico comprende più di quattro sintomi, la crisi è da considerarsi completa; se, invece, compaiono meno di quattro sintomi fisici o cognitivi si parla di attacchi paucisintomatici. Spesso gli attacchi paucisintomatici precedono il vero attacco di panico e, durante la terapia, il paziente deve essere pronto ad affrontare alcuni attacchi di questo tipo e a considerarli un segno di progresso terapeutico nei termini di “Il disagio è stato minore, ne sto venendo fuori” anziché interpretarli in chiave pessimistica “Mi ero illuso, mi sono tornati, non ne uscirò mai”.

1.2. Dati epidemiologici: incidenza e prevalenza

Il Disturbo da Attacchi di Panico è tra i più frequenti dello spettro ansioso: il DSM-IV riporta una prevalenza compresa tra 1,5% e 3,5% della popolazione generale. Tale disturbo ha una scarsa remissione spontanea e, se non trattato adeguatamente, la prognosi a lungo termine sembra essere peggiore che per la depressione (APA, 1994). Inoltre sono frequenti le ripercussioni negative sulla qualità della vita, quali abuso di alcool, droghe o farmaci, e problemi economici, familiari e relazionali.

Per quanto riguarda, invece, l’esordio del DP, ci sono due periodi della vita in cui è maggiore il rischio di avere un attacco di panico: tra i 15 e i 19 anni e tra i 25 e i 30 anni. Si tratta di età in cui il soggetto diventa progressivamente più indipendente e, quindi, aumenta il rischio di sentirsi solo e privo di protezione. Infatti, in questi periodi, il soggetto vive cambiamenti significativi, caratterizzati dal distacco dai

* Psicologo, Psicoterapeuta CC, Abruzzo, Email: santozzimarco@gmail.com

genitori, dall'inizio di una attività lavorativa e dalla possibilità di stabilire relazioni sentimentali che potrebbero essere soggette a rotture e a conseguenti traumi.

Il DP può anche comparire nell'infanzia, anche se è abbastanza raro, o dopo i 35 anni, anche se il numero dei casi è inferiore. In questo caso il motivo della loro comparsa è ancora sconosciuto; per la tarda adolescenza vengono avanzate delle ipotesi di natura psicologica relative al processo di separazione che caratterizza tale età. Invece, dopo i 45 anni di età è molto raro che possa comparire il DP e, in questo caso, nel formulare una diagnosi, bisogna pensare alla possibilità di una causa organica. Le ricerche epidemiologiche condotte finora hanno, infatti, messo in luce come il DP, e l'agorafobia, sembrano più frequenti nel sesso femminile, in quanto le donne sembrano più esposte al rischio di DAP e di agorafobia rispetto agli uomini.

1.3. Eziopatogenesi: fattori causativi e di mantenimento

I sintomi fisici e cognitivi sperimentati nel DAP possono essere provocati da un insieme di fattori che agiscono tra di loro che possono variare da individuo a individuo. Per molto tempo i ricercatori, e gli stessi pazienti, si sono posti numerose domande relative alle cause che provocano il DP. In generale, i quesiti principali si chiedevano se alla base del DAP vi fosse una spiegazione puramente genetica ed ereditaria, oppure se il Disturbo da Attacchi di Panico avesse origini più relazionali e psicologiche.

Pertanto, i ricercatori si sono, spesso, divisi da un lato in una *prospettiva genetica e biologica*, che ritiene la paura patologica una caratteristica ineluttabile del soggetto, dovuta alle sue particolari dotazioni biologiche e fisiche, dall'altro lato in una *prospettiva ambientalista*, che indica la causa del DP nel contesto socio-ambientale dell'individuo.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

Goldestein e Chambless (1978) propongono un modello basato sulla *teoria dell'apprendimento* che si focalizza sul concetto di "paura della paura", simile a quello del *condizionamento interocettivo* (Razran, 1961), secondo il quale le sensazioni corporee diventano stimoli condizionati di risposte condizionate da panico. Goldestein e Chambless (1978), tuttavia, aggiungono ulteriori elementi cognitivi a questa teoria, sostenendo che, avendo esperito uno o più attacchi di panico, l'individuo diventa particolarmente attento alle sensazioni corporee, interpretandole come un segno premonitore di ulteriori attacchi.

Il modello del disturbo di panico proposto da Clark (1986) ha molte caratteristiche in comune con la *teoria cognitiva generale dell'ansia* ideata da Beck (1985), e si occupa, in particolare, dei fattori cognitivi nell'eziologia e nel mantenimento del disturbo da panico. Il modello propone che una determinata sequenza di eventi, in una successione circolare conduca all'attacco di panico ed è attualmente conosciuto come "il modello del circolo vizioso" del panico. Gli attacchi di panico sono il risultato di "catastrofiche interpretazioni" di eventi fisici e mentali, considerati in modo errato segni di un imminente disastro (avere un attacco cardiaco, svenire, soffocare, diventare pazzo).

Wells (1990) propone un modello modificato di Clark secondo il quale ogni stimolo, esterno o interno, giudicato minaccioso, produce ansia; questa a sua volta induce vari sintomi, somatici e cognitivi, che vengono interpretati dal soggetto in modo catastrofico, contribuendo così ad alimentare ulteriormente lo stato d'ansia, ed instaurando un circolo vizioso autoperpetuantesi culminante nell'attacco di panico. Una volta che l'attacco è avvenuto, intervengono tre fattori che mantengono tale situazione: attenzione selettiva riguardo alle sensazioni corporee; comportamenti protettivi associati alla situazione; evitamento.

Nel modello teorico derivante da due studi presentati da Tull e Roemer (2007), assume una rilevanza centrale la capacità dell'individuo di modulare le proprie emozioni. Secondo gli autori, la capacità di regolazione delle emozioni ha una funzione adattiva, poiché facilita la disponibilità dell'individuo ad entrare in contatto con l'emozione e, di conseguenza a sentirla meno minacciosa, e favorisce il perseguimento di specifici obiettivi. All'opposto, i tentativi di annientare l'emozione completamente o in risposta ad un'esperienza emotiva come la paura, la vergogna o altre emozioni negative, sono stati associati a risultati peggiori nella gestione della sfera emotiva. Gli individui che hanno attacchi di panico manifestano una tendenza a temere ed evitare le sensazioni interne collegate all'esperienza del panico. Partendo da questo presupposto, gli autori suggeriscono che la tendenza ad aver paura delle sensazioni corporee può portare l'individuo a generalizzare gli stimoli che producono reazioni fisiologiche simili all'ansia; tra questi è inclusa anche una potenziale esperienza emotiva particolarmente intensa. Gli autori, basandosi su osservazioni condotte su campioni clinici e non clinici (Feldner, Zvolensky & Leen-Feldner, 2004), ipotizzano che gli individui che sperimentano attacchi di panico hanno più probabilità rispetto agli altri di fare affidamento su strategie di *coping* evitanti in risposta ad eventi emotivamente salienti. Le evidenze cliniche raccolte da Gragnani e Mancini (2004, 2008) mostrano come l'Agorafobia sia l'espressione di un quadro sindromico unitario e specifico. La solitudine, la costrizione e i luoghi aperti e vasti sono le situazioni che innescano il panico solo e soltanto e, per definizione, nei pazienti agorafobici. Tali condizioni, prese singolarmente, non sarebbero sufficienti a spiegare l'insorgenza del panico, a meno che non si faccia ricorso, come illustrato da Gragnani e Mancini (2004, 2008), al ruolo della specificità della catastrofe temuta dagli agorafobici, ovvero la perdita del controllo percepita come dissolvimento del senso di sé e perdita della coscienza di sé (che sarebbero alla base dei timori di morte o di pazzia riferite dai pazienti). I pazienti agorafobici sono spaventati dall'eventualità di agire senza consapevolezza ed è proprio questo aspetto che viene temuto del diventare pazzo: l'impossibilità di gestire se stessi, l'improvviso azzeramento della propria autonomia decisionale. Dato questo timore, il paziente cerca di essere sempre presente a se stesso ovvero tenta di avere sempre ben chiare e rappresentate tutte le cose che possano dimostrare e dimostrargli che è lui ad agire. Per quanto riguarda il tema della morte, invece, l'agorafobico sembra temere delle specifiche circostanze interne, come certe malattie che interrompono in maniera brusca ed improvvisa lo stato di coscienza (come infarti o ictus). Non è la morte in sé ad essere temuta, ma il timore del dissolvimento, del perdersi e, anche in questo caso, del trovarsi a non avere più il controllo e la coscienza di sé. Nell'individuo agorafobico quindi, le situazioni sopra accennate (solitudine, costrizione e spazi aperti) eliciterebbero in maniera diretta delle sensazioni fisiche e/o mentali descrivibili nei termini di fluttuazione, di indebolimento del senso di sé, di coesione interna, che verrebbero poi interpretate come il prodromo della perdita di controllo tanto temuta. L'idea è che quelle sensazioni di indebolimento del senso di sé, comunemente esperite da tutti gli individui, siano invece percepite dall'agorafobico come soggettivamente intollerabili e pericolose, pena la disgregazione e il dissolvimento del senso di sé (Gragnani e Mancini, 2008). L'individuazione della specificità della catastrofe temuta nell'agorafobico ci permette di evidenziare alcune differenze nel funzionamento delle varie esperienze dell'attacco di panico, che non sono le stesse in tutti i casi e, in particolare, di discriminare specifiche situazioni, sensazioni ed interpretazioni catastrofiche caratterizzanti quadri clinici differenti (agorafobia, fobia sociale, disturbo di panico semplice). Per quanto riguarda le condizioni di costrizione, invece, esse sarebbero valutate dall'agorafobico non tanto come un ostacolo al raggiungimento della figura di attaccamento in caso di pericolo, ma come una diminuzione della possibilità di esercitare la propria volontà (Gragnani e Mancini, 2008). Riguardo agli spazi aperti, infine, l'ipotesi è che vengano temuti dall'agorafobico per l'assenza di punti di riferimento di tipo percettivo, caratteristica che faciliterebbe la comparsa di sensazioni di disorientamento, che a loro volta contribuiscono a produrre quella percezione di disgregazione del senso di sé precedentemente descritta. Inoltre si è clinicamente constatato che il timore del panico negli agorafobici si riduce in maniera inversamente proporzionale al livello di motivazione percepita: i pazienti sarebbero più pronti ad accollarsi

dei “rischi” e quindi ad affrontare con maggiore disponibilità quelle situazioni panicogeniche in altri momenti evitate, quando sentono di essere fortemente motivati. Questo spiegherebbe ancor meglio il motivo per cui lo stato depressivo secondario alla riduzione degli investimenti e alla percezione di sé come persona debole e bisognosa, frequentemente presente in chi soffre di DAP ed AG, accompagnandosi ad un generale senso di inutilità e dunque a demotivazione, faciliterebbe la comparsa di sensazioni di inconsistenza, apportando quindi meccanismi peggiorativi al disturbo stesso.

3. TRATTAMENTO DI GRUPPO

Nella pratica clinica non sempre è possibile effettuare psicoterapie individuali, sia a causa del numero limitato di professionisti che operano nel Sistema Sanitario Nazionale che per i costi che il trattamento avrebbe in ambito privato, non sempre sostenibili dal paziente. Inoltre, il *setting* di gruppo può essere preferibile a quello individuale per una serie di vantaggi di seguito elencati.

- Il trattamento di gruppo costituisce un’opportunità per fare esperienza di esposizione e conseguentemente permette ai pazienti di sperimentare come dopo un pò di tempo l’intensità dell’ansia diminuisca.

- Nel gruppo il paziente ha modo di cogliere il carattere universale della sofferenza, contrastando la sensazione di esserne l’unico affetto. Questo processo di normalizzazione consente di ridurre il giudizio negativo di sé, spesso presente come problema secondario.

- L’osservazione dei successi altrui motiva al trattamento, facendo sembrare possibile il raggiungimento degli stessi risultati (*modeling*) “*se lui c’è riuscito posso farcela anch’io!*”.

- La cooperazione per la ricerca di strategie per la gestione efficace delle situazioni problematiche dà l’opportunità di beneficiare delle intuizioni di tutti i componenti, producendo un ampliamento delle strategie di problem-solving e del repertorio emotivo, cognitivo e comportamentale del paziente.

- Si crea per i pazienti un’occasione di interazione sociale, esperienza rara ed improbabile per molti di essi.

- L’aiuto tra pari dà la possibilità di comprendere meglio quanto esposto dal terapeuta, grazie all’intermediazione di altri componenti del gruppo che hanno già compreso e lo espongono a loro volta diventando, in quel momento, co-terapeuti.

- Permette un uso più efficiente del tempo.

- Un ultimo vantaggio deriva dall’effettuare le esposizioni alle situazioni temute assieme al gruppo.

Questo da una parte motiva il paziente, riducendo l’ansia anticipatoria e la tendenza all’evitamento che potrebbero portarlo ad interrompere la terapia di fronte alla prospettiva di esporsi da solo. Dall’altra, se l’esperienza dovesse scatenare una crisi d’ansia, l’intervento di altri componenti del gruppo consentirebbe di modulare, con più facilità, i sintomi e le intense emozioni esperite.

Tuttavia, nel progettare una terapia di gruppo è bene considerare alcuni problemi che potrebbero presentarsi nel corso del trattamento. Il timore del giudizio altrui che di frequente si riscontra nei pazienti affetti da Disturbo da Attacchi di Panico potrebbe costituire un ostacolo, portandoli inizialmente a rifiutare il trattamento di gruppo e, più tardi, ad evitare di condividere le proprie esperienze. Nei momenti di confronto, poi, al paziente potrebbe accadere di svalutarsi, giudicandosi meno competente di altri. Per prevenire tali inconvenienti, è necessario che il terapeuta agisca in modo da creare e favorire un clima di completa accettazione e cooperazione tra i partecipanti. È importante che ogni paziente abbia la possibilità di raccontare quello che gli accade per poterlo meglio comprendere. Tuttavia, la gestione dei tempi non sempre consente di dedicare a ciascuno lo spazio necessario e questo potrebbe generare in alcuni un senso di frustrazione. Il terapeuta dovrà in tali casi valutare l’eventuale necessità di affiancare al trattamento di gruppo un *setting* individuale. Particolare attenzione, inoltre, dovrà essere dedicata alla scelta delle

esposizione da effettuare, selezionando solo quelle che risulteranno essere ansiogene per tutti i componenti del gruppo. Le suddette motivazioni sono confermate in letteratura da diversi programmi:

- Modello di Andrews (2003)
- Modello di Lang e Craske (2000)
- Studio controllato di Vincelli (2003)
- Studio controllato U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Università di Firenze (2006)

4. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA D'INTERVENTO

Le finalità dell'intervento agiscono su tre contesti importanti per il soggetto: vita familiare (diminuire le tensioni interpersonali causate dalle frequenti richieste di essere accompagnati); vita lavorativa (riprendere il lavoro, abbandonato per le difficoltà di spostamento); vita sociale (diminuire riduzione delle relazioni a causa della difficoltà a frequentare luoghi pubblici). Il trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo per il disturbo di panico si articola in 15 incontri, ciascuno orientato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Conoscere il disturbo: cosa sono l'ansia, il panico, l'agorafobia; come si sviluppano gli attacchi di panico; come si sviluppano le fobie; il ruolo degli evitamenti;
- Imparare a gestire i sintomi fisici attraverso strategie di regolazione del respiro e attraverso la gestione della tensione muscolare;
- Apprendere strategie utili a fronteggiare situazioni temute ed evitate;
- Riconoscere pensieri e convinzioni erronee che si verificano durante gli attacchi di panico e che alimentano l'ansia, allo scopo di modificare tali errori di ragionamento;
- Aumentare il senso di efficacia personale, attraverso una maggiore autonomia, stima di sé e una migliore qualità di vita, nel fronteggiare i diversi contesti di vita senza dover ricorrere a comportamenti protettivi;
- Condividere in gruppo esperienze comuni, di solidarietà e crescita personale;
- Verificare l'efficacia del trattamento cognitivo breve di gruppo per il DAP e la tenuta nel tempo dei risultati raggiunti.

Il progetto è nato dall'esigenza di dare una risposta in tempi brevi al maggior numero possibile di utenti, con un trattamento in grado di ridurre le ricadute osservate con la sola farmacoterapia. Le caratteristiche del gruppo sono le seguenti: 6-10 soggetti ambosessi che soddisfano i criteri DSM-IV per DAP con o senza agorafobia, con rilevazione iniziale e valutazione finale; i soggetti vengono inclusi seguendo la lista d'attesa del Centro di Salute Mentale di Pescara. I gruppi sono condotti da 2 terapeuti, preferibilmente un uomo e una donna; infatti i vantaggi della co-terapia risiedono in suddivisione delle responsabilità e dei compiti rispetto alle diverse fasi del trattamento, secondo il modello proposto da Lang e Craske (2000). Gli incontri risultano essere 15, con cadenza settimanale, della durata di 2 ore ciascuno. Uno dei protocolli più utilizzati e più studiati per il trattamento del disturbo da attacco di panico è quello messo a punto da Andrews (2003). Questo protocollo si struttura secondo 7 punti (psicoeducazione, monitoraggio del panico, tecniche di gestione dell'ansia, ristrutturazione cognitiva, esposizione graduale alle situazioni, esposizione graduale alle sensazioni fisiche, prevenzione delle ricadute) ed è stato pensato principalmente per il trattamento di gruppo. Lang e Craske (2000) hanno proposto un protocollo, che dal punto di vista teorico, fa riferimento al modello classico del disturbo di panico e dell'agorafobia. Il concetto di *condizionamento endocettivo*, ovvero dello sviluppo di una paura appresa rispetto alla comparsa di sensazioni corporee indefinite ed incontrollabili, che si manifestano con eventi sgraditi, negativi o spaventosi rappresenta uno dei principali obiettivi dei due modelli di riferimento presi in esame.

Il trattamento è manualizzato al fine di assicurare l'aderenza da parte del terapeuta e ottimizzare gli effetti rispetto ai pazienti. Il modello di intervento è strutturato in 7 moduli:

- *Psicoeducazione*: consiste nel dare ai pazienti informazioni sulla natura dell'ansia e le sue funzioni, le manifestazioni fisiologiche e psicologiche allo scopo di normalizzare questo stato ed eliminare le interpretazioni catastrofiche che solitamente lo accompagnano. In seguito si illustra il modello descrittivo cognitivo-comportamentale dell'attacco di panico, con relativi comportamenti di protezione ed evitamento.

- *Automonitoraggio*: la compilazione del diario giornaliero del panico consente di monitorare l'ansia anticipatoria e il numero di attacchi di panico, differenziandoli dalle crisi d'ansia acuta, allo scopo di aiutare i pazienti a discriminare queste diverse manifestazioni e successivamente a contrastarle.

- *Tecniche di gestione dell'ansia*: la tecnica del rilassamento muscolare progressivo consiste nel contrarre e rilassare progressivamente i muscoli del corpo, allo scopo di aiutare i pazienti ad acquisire un senso di maggior controllo sulla propria muscolatura. Se praticata quotidianamente, consente di identificare e diminuire la tensione muscolare, contrastando lo stato cronico di stress ed ansia che a lungo andare potrebbe condurre a spiacevoli somatizzazioni (insonnia, disturbi digestivi, stanchezza).

- *Ristrutturazione cognitiva*: i pazienti devono essere aiutati a riconoscere i propri pensieri automatici. Con questa procedura si rende effettivamente conto di come il pensiero può modificare il proprio stato emotivo. Attraverso il lavoro sulle assunzioni disfunzionali (confutazione, distanza critica) i pazienti iniziano a modificare i propri schemi a favore di spiegazioni alternative maggiormente adattive. Questa capacità è funzionale anche e soprattutto per il lavoro più a lungo termine nel quale il soggetto prende coscienza di come ha costruito la propria esperienza e della spiegazioni e teorie personali che utilizza per dare un significato a se stesso ed al mondo.

- *Esposizione graduale alle sensazioni fisiche legate al panico*: l'esposizione alle sensazioni fisiche, cognitive e/o emotive associate al panico ha l'obiettivo di riconoscere tali sensazioni, imparare a tollerarle e infine constatare che non sono pericolose e che si estinguono da sole dopo qualche secondo, senza necessità di mettere in atto comportamenti di protezione o di evitamento. Durante l'intervento si sottolinea ai pazienti la normalità di tali sensazioni, solitamente esperite anche durante le attività della vita quotidiana. Il focus dell'intervento è modificare l'interpretazione dei sintomi che l'ansia produce, interrompendo il collegamento tra sintomi somatico/cognitivi e la spiegazione erronea di essi. A tale scopo, si inizia con lo stabilire una gerarchia delle sensazioni interne temute dai pazienti per poi progettare degli esercizi fisici in grado di provarli; subito dopo l'esercizio si chiede ai pazienti di individuare i sintomi sperimentati, valutarne l'intensità ed il grado di timore/ansia suscitato da ognuno di essi.

- *Esposizione graduale alle situazioni temute*: tale tecnica consiste nel far affrontare ai pazienti *in vivo* le situazioni ansiogene. A tale scopo, in collaborazione con essi, si elabora una lista di situazioni temute con relativo livello d'intensità dell'ansia, per ordinarle in modo crescente. Durante l'esposizione alla prima situazione i pazienti sono accompagnati dal terapeuta ed invitati a rimanervi il tempo necessario alla diminuzione dell'ansia; si passa, quindi, alle situazioni successive elencate nella lista. L'uso di tale tecnica consente ai pazienti di superare la paura sperimentata nelle situazioni temute ed evitate, constatando, di volta in volta, che l'ansia è immotivata e gestibile.

VALUTAZIONE

L'efficacia del progetto di raggiungere gli obiettivi prefissati, sarà valutato, nell'ultimo incontro, tramite la somministrazione dei test in entrata e un questionario del sostegno percepito. I soggetti sono valutati in 2 colloqui individuali preliminari al trattamento. Nel secondo colloquio ad ogni paziente è somministrata una batteria di test psicometrici comprendente le seguenti scale di valutazione:

- *Mobility Inventory Agoraphobia*

- *State Trait Anxiety Inventory*
- *Beck Depression Inventory*
- *Agoraphobic Cognitions Questionnaire*
- *Fear Questionnaire*

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (1996), *DSM IV Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano.
- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2004), *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*. A cura di Morosini P., Leveni D., Piacentini D. Centro Scientifico Editore, Milano.
- Arntz A. (2002), Cognitive Therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia, *Behaviour Research and Therapy*, n. 40, 325-341.
- Beck, A.T., Emery, C. & Greenberg, R.L. (1985), *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Basic Books, New York.
- Clark D.M. (1986), A cognitive model of panic, *Behaviour Research and Therapy*, n. 24, 461-470.
- Craske M. G., Rowe M., Lewin M., Noriega-Dimitri R. (1997), Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia, *The British Journal of Clinical Psychology*, n. 36, 85-99.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., & Leen-Feldner, E. W. (2004), A critical review of empirical literature on coping and panic disorder, *Clinical Psychology Review*, n. 24, 123-149.
- Galassi F., Quercioli S., Charismas D., Niccolai V., Barciulli E. (2007), Cognitive-behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia, *Journal of Clinical Psychology*, n. 63, 409-16.
- Gragani A., Mancini F. (2004), *L'indebolimento del senso di sé e la sindrome Agorafobica*, XII Congresso Nazionale SITCC "L'evoluzione del cognitivismo clinico: I modelli, i metodi, la ricerca". Verona.
- Gragani, A., Mancini, F. (2008), *Il disturbo di panico e l'agorafobia*, In C. Perdighe, e F. Mancini (Eds.), *Elementi di Psicoterapia Cognitiva* (85-108). Fioriti Editore, Roma.
- Gragani A., Paradisi G., Mancini F. (2011), Un modello cognitivo del Disturbo di Panico e dell'Agorafobia: aspetti psicopatologici e trattamento, *Psicobiattivo*, n. 31, 36-54.
- Gragani, A., Cosentino T., Bove A., Mancini, F. (2011), Trattamento breve con l'uso dell'esposizione enterocettiva in un caso di disturbo di panico con agorafobia, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, n. 17, 235-250.
- Goldstein A. J., Chambless D. L. (1978), A re-analysis of agoraphobia, *Behaviour Therapy*, n. 9, 47-59.
- Quercioli S., Masetti S., Viviani B., Galassi F. (2006), *Intervento Cognitivo-Comportamentale di Gruppo ed intervento informativo-educativo in pazienti con disturbo da attacchi di panico*, U.O. Psichiatria, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche Università di Firenze.
- Lang, A.J., & Craske, M.G. (2000), Panic and phobia, In A. Freeman & J. White (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*.(63-97) Washington, DC: American Psychological Association.
- Mancini F., Gragnani A. (2005), L'esposizione con prevenzione della risposta come pratica della accettazione, *Cognitivismo Clinico*, n. 2 , 38-58.
- Razran, G. (1961), The observable unconscious and the inferable conscious in current Soviet psychophysiology: interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex, *Psychological Review*, n. 68, 81-147.
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2007), Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: evidence of experiential avoidance, emotional non acceptance, and decreased emotional clarity, *Behavior Therapy*, n. 38(4), 378-391.

Vincelli F, Anolli L., Bouchard S., Wiederhold B.K., Bcia M.B.A., Zurloni V., Riva G. (2003), *Experimental Cognitive Therapy in the treatment of Panic Disorders with Agoraphobia: A Controlled Study*, CyberPsychology and Behavior.

Wells A. (1999), *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*, McGraw Hill, Milano.

2.3.3. PROGETTO “RITORNIAMO A CASA” di Francesca Di Lauro*

Programma psicoeducazionale per pazienti con esiti di stroke e per i loro caregiver nel processo di rientro a casa.

1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

Di tutti i disturbi emotivi conseguenti a *stroke*, la depressione è probabilmente il più frequente ed è certamente quello per cui si è dimostrato il maggior impatto sulla vita del paziente. La depressione causa un ostacolo alla riabilitazione e alla ripresa, porta a sofferenza individuale e familiare, peggiora la compromissione cognitiva ed aumenta perfino il rischio di morte.

Numerosi studi (Goldberg e Hiller 1979; Robinson e Price 1982; Wade *et al.* 1987; House *et al.*, 1991; Schubert, 1992) hanno trovato che la depressione è una sequela frequente dello *stroke*. Dal punto di vista sintomatologico, la depressione che si sviluppa nei pazienti è caratterizzata tipicamente da perdita di autostima, sentimenti di colpa, perdita d’interesse nel lavoro e nella famiglia e percezione di diminuzione o perdita delle abilità precedenti. Ne conseguono problemi di tipo psicosociale caratterizzati da diminuzione dei contatti sociali e scarsa motivazione che, in parte, giustificano le frequenti difficoltà che i pazienti post-*stroke* incontrano nella fase di reinserimento sociale. La depressione è spesso associata ad una serie di cambiamenti somatici quali disturbi del sonno, perdita di appetito con perdita di peso, aumento della pressione arteriosa, lamentele somatiche, problemi della sfera sessuale ed è spesso concomitante con ansia, irrequietezza e irritabilità. Essa si manifesta anche nella fase degli esiti come reazione alle problematiche fisiche, cognitive e sociali causate dalla lesione cerebrale che nel tempo si evidenziano con maggior chiarezza e consapevolezza da parte del paziente. La comparsa di depressione non sembra correlata con la severità del trauma, ma con altri fattori quali il grado di compromissione neuropsicologica e le difficoltà sociali e va a determinare un *outcome* complessivo più sfavorevole. La depressione, che è stata identificata come uno dei maggiori disturbi emotivi in seguito a *stroke*, è stata associata con deficit di funzionamento cognitivo e del quadro neurologico e con la diminuzione di motivazione per completare il programma riabilitativo. In generale i disturbi emotivi compaiono nella fase di recupero della consapevolezza riguardo alle disabilità fisiche, sociali e cognitive. I livelli di depressione sono ridotti nei primi sei mesi dal trauma, poiché i pazienti hanno un *insight* ridotto circa i propri comportamenti e problemi neuropsicologici e tendono a sovrastimare i propri livelli di capacità sociali. Nel periodo successivo, soprattutto tra il primo e il secondo anno, i pazienti presentano un alto livello di *insight* rispetto ai propri problemi e i punteggi rilevati dalle scale specifiche per la depressione indicano alti livelli di depressione, ansia e scarsa autostima. Un episodio depressivo che insorge entro 6-12 mesi dopo un ictus è evento frequente. Si stima che un disturbo dell’umore si verifichi in circa un terzo dei sopravvissuti, anche se esiste una notevole variabilità fra studio e studio, legata a problematiche diagnostico-metodologiche. Alcuni studi (Hackett, 2005) confermano che il 33% delle persone che hanno subito un ictus, si ammalano di DPS. Altri studi, che hanno condotto i *follow up* tra il primo ed il quinto anno dopo lo *stroke*, stimano la percentuale che varia dal 39% nei primi tre anni e fino al 52% nei cinque dall’evento (Ayerbe, 2011). Per la diagnosi clinica di depressione post-ictus è indicato, oltre all’utilizzo del DSM-IV-TR, effettuare un colloquio con il paziente, con i familiari, personale non medico, test e scale specifici. È indicato ricercare la possibile presenza di depressione post-ictus sia nella fase acuta che in quelle successive, allo scopo di ridurre la disabilità del soggetto, il carico sul *caregiver* ed i costi della malattia (SPREAD, 2005).

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, CRP Sezione Clinica, Roma; mail: fradilauro@hotmail.com

L'eziopatogenesi della depressione post-ictus è verosimilmente multifattoriale. Le persone di sesso femminile, con precedenti psichiatriche e/o cerebrovascolari, con scolarità elevata, con marcata disabilità e con problematiche familiari e sociali sono più esposte al rischio di depressione. La probabilità di sviluppare depressione cresce in maniera esponenziale con l'aumentare dei fattori di rischio. L'insorgenza dei sintomi depressivi dopo un ictus non è significativamente dissimile da quella che si osserva dopo infarto miocardico (Samani *et al.*, 2006). La depressione post-ictus rappresenta un fattore prognostico sfavorevole sullo stato funzionale del paziente sia a breve che a lungo termine. Aumenta il rischio di cadute del paziente peggiorandone la qualità di vita ed aumenta il rischio di mortalità sia a breve che a lungo termine dopo l'evento ictale (SPREAD, 2005). Un trattamento antidepressivo può influenzare positivamente il recupero funzionale, ma non annullare l'impatto sfavorevole della depressione post-ictus sullo stesso. Allo stato attuale non è indicato un trattamento farmacologico o psicoterapico per prevenire l'insorgenza della depressione post-ictus (Lincoln, 2003). L'interpretazione sociopsicologica o, in alternativa, neurobiologica della DPS può condizionare anche un diverso atteggiamento terapeutico. Ove si dia maggior peso ai suoi aspetti "funzionali", prevarrà la convinzione che essa non vada sempre trattata farmacologicamente ma, piuttosto, considerata come una fase transitoria di registrazione del mutamento avvenuto, attraverso la quale il paziente può attivare risposte comportamentali idonee e finalizzate al recupero funzionale e alle prospettive di vita future. In quest'ottica, il trattamento farmacologico può essere considerato inutile o addirittura dannoso, in dipendenza degli effetti collaterali che normalmente gli antidepressivi inducono, quali sedazione, ipotensione e alterazioni del sonno.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

È stato messo in evidenza da diversi studi che la presenza o l'assenza di una buona rete sociale di supporto sono in grado di determinare o meno l'insorgenza di una depressione scatenata da un evento esistenziale negativo e questo anche nelle persone sane (King, 2002; Choi-Kwon, 2012; Leach, 1994; Henderson, 1990; Brown, 1986). L'effetto di un supporto sociale sul grado di tensione psicologica è dipendente anche dal tipo di legame con la persona che offre supporto. Ad esempio, tra le donne studiate nell'ambito di una comunità, è stato notato che un supporto sociale inadeguato da parte del coniuge ha un impatto emotivo maggiore rispetto a quello che ha una mancanza di supporto da parte di un partner non legato da matrimonio (Andrews e Brown, 1988).

Benché una malattia fisica acuta, come lo *stroke*, possa servire a mobilitare un supporto sociale da parte di amici e familiari, i pazienti che si accorgono di avere una rete relazionale inadeguata possono essere più vulnerabili nei confronti di una depressione post-*stroke* rispetto ai pazienti che non hanno questo problema. Alcuni studi hanno esaminato in quale modo l'integrazione sociale influenzi la depressione e viceversa (Robinson *et al.*, 1985b), la relazione tra DPS e inadeguato supporto sociale (Morris *et al.*, 1991). L'integrazione tra depressione e tipo di legame che lega il paziente alla figura che offre il supporto è risultata inaspettata. Quando la figura che offre un adeguato supporto è il coniuge, si osserva un significativo grado di depressione, mentre ciò non accade quando lo scarso supporto viene offerto da una figura diversa dal coniuge. Probabilmente il meccanismo per cui i pazienti che percepiscono come inadeguato il supporto offerto dal coniuge vanno incontro a depressione è molto complicato e potrebbe essere correlato alle aspettative e a una domanda di aiuto molto più elevata quando esiste una relazione di tipo matrimoniale. Un supporto sociale inadeguato da parte del coniuge, potrebbe d'altra parte riflettere una disfunzione di coppia o della famiglia precedenti allo *stroke* ma esacerbati da questo. Qualsiasi sia la ragione per la quale il supporto del coniuge venga vissuto come inadeguato, questo ha un'influenza marcata nel determinare la frequenza della depressione e dimostra che i fattori sociali come quelli biologici (cioè la localizzazione della lesione) e la compromissione (sia fisica che mentale) sono tutti fattori che possono contribuire all'insorgenza di un disturbo depressivo. Anche le dinamiche familiari giocano un ruolo

importante in questo ambito, perché l'abilità della famiglia a supportare e interagire con il paziente influenza molto il successivo aggiustamento sociale e la suscettibilità alla depressione. Una famiglia disfunzionale prima del trauma o con un basso livello di funzionamento e di adattamento al processo di recupero, è chiaramente poco adatta a promuovere il benessere individuale e il funzionamento emotivo. La percezione di un supporto sociale inadeguato (Leach, 1994; King, 2002) è in grado di predire una maggior durata della depressione. Benché non sia chiaro il meccanismo alla base di questo effetto, potrebbe essere che i sentimenti di isolamento sociale e di solitudine possano perpetuare lo stato di depressione. Inoltre, nonostante esistano servizi sociali per i pazienti che hanno avuto uno *stroke*, l'intervento di questi tende a concentrarsi sulle limitazioni fisiche e sulle difficoltà ambientali piuttosto che sulla adeguatezza del supporto sociale e psicologico. Studi più recenti (Backhaus, 2010) hanno evidenziato un aspetto fondamentale per ottenere una maggiore stabilità emotiva e resistenza allo stress nei pazienti con cerebrolesione. Si parla della percezione dell'autoefficacia (PSE) e di implementazione delle strategie di *coping* nel gruppo di pazienti e dei loro *caregivers*. A distanza di tempo, il gruppo di controllo che non aveva partecipato al trattamento, mostrava più stress del gruppo trattato. Sembra che lavorare sulle strategie di *coping* abbia un alto valore predittivo nei confronti di una migliore qualità della vita ed inoltre, abbia una buona convenienza economica assistenziale (Darlington, 2007; 2009). Inoltre, sarebbe opportuno lavorare sull'esperienza soggettiva post cerebrolesione (Prigatano, 2011). Valutare l'esperienza soggettiva dei pazienti, permette di identificare ciò che risulta più frustrante per loro. Affrontato questo, i pazienti risultano più predisposti alla riabilitazione. Nonostante le dovute difficoltà, questa potrebbe risultare un'esperienza significativa sia per pazienti che per gli operatori sanitari. Fondamentale nella rieducazione dei pazienti, è quindi, il ruolo dei *caregivers*. Attuare un intervento mirato all'accrescimento della padronanza di strategie per fornire assistenza ai propri cari, migliora il benessere degli assistiti ma anche il benessere psicologico di chi fornisce assistenza (Cameron, 2014). È importante includere i familiari nei programmi degli operatori sanitari.

Di conseguenza, se la famiglia costituisce la maggior risorsa per il supporto del paziente, è necessario considerare la ricaduta sociale sui suoi membri, che spesso presentano difficoltà emotive nell'affrontare i cambiamenti sia a livello familiare sia sociale e possono essere coinvolti in problemi finanziari. Ogni perturbazione di un individuo all'interno della famiglia disturba anche complessivamente il funzionamento familiare; per le donne, il cambiamento più difficoltoso riguarda prevalentemente il ruolo materno; infatti, le donne che hanno subito uno *stroke* devono ridefinire responsabilità o i ruoli per il funzionamento familiare quotidiano e per il *parenting*, con il risultato di un comportamento genitoriale meno positivo caratterizzato da una diminuzione nella partecipazione nelle attività familiari, soprattutto quelle che riguardano la gestione dei figli (Robinson, 1999). Uno studio di metanalisi ha riscontrato che non ci sono ancora prove a favore della psicoterapia nella riduzione della DPS mentre in alcuni casi funziona il trattamento farmacologico. Nonostante ciò, gli stessi autori non ne scoraggiano l'utilizzo (Hackett, 2004; 2008). Difatti, a livello riabilitativo, i pazienti affetti da depressione possono incontrare ostacoli nel loro coinvolgimento attivo al trattamento per cui, al fine di una programmazione riabilitativa, assume un'importanza fondamentale la valutazione di questi cambiamenti comportamentali, strettamente correlati alla motivazione, per evitare aspettative non realistiche sul processo di recupero del paziente. L'orientamento iniziale dei programmi riabilitativi deve mirare a migliorare le capacità nelle situazioni di vita reale. Gli approcci di tipo comportamentale come gli studi sui *trial* mettono l'enfasi su questo concetto, usando direttamente situazioni di vita quotidiana e attività di lavoro come la terapia globale cognitiva. Lo scopo dei trattamenti cognitivi e comportamentali è quello di fornire al paziente un repertorio di comportamenti tale da renderlo capace di risolvere i problemi della vita quotidiana e di recuperare (compensare) le capacità perse con il trauma.

3. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO

Di seguito verranno riassunti i fattori di rischio e di protezione, deducibili dall'analisi della letteratura sullo *stroke* sopra citata.

- *Fattori di rischio*: Anamnesi familiare positiva ai disturbi dell'umore; Sesso femminile; Vulnerabilità premorbose ai disturbi dell'umore; Supporto inadeguato da parte del *caregiver*; Elevate aspettative sul supporto del coniuge; Aspettative non realistiche sul supporto d'aiuto; Disfunzioni premorboscose nella coppia o famiglia; Grado di compromissione fisica e/o mentale; Basso livello di *self-efficacy*.

- *Fattori di protezione*: Anamnesi familiare negativa ai disturbi dell'umore; Buon legame con il *caregiver*; Buona rete sociale di supporto; Aspettative realistiche sul supporto d'aiuto; Saldo rapporto di coppia o unione familiare; Lieve compromissione fisica e/o mentale; Buon livello di *self-efficacy*.

4. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI INTERVENTO

Si cercherà d'intervenire a più livelli: insegnare ai pazienti a gestire meglio i propri pensieri, il tono dell'umore, le reazioni fisiologiche e il loro comportamento. A livello cognitivo, si propone di insegnare una modalità di pensiero più coerente con la realtà; sul piano dell'umore, si insegna loro una tecnica di autocontrollo al fine di contenere e gestire meglio le emozioni negative; sul piano fisiologico, si istruiscono ad utilizzare le tecniche di rilassamento per sedare il corpo e focalizzare l'attenzione; inoltre, in base alle specifiche caratteristiche di ognuno, si potranno utilizzare tecniche comportamentali come il rinforzo positivo/negativo, la *token economy* (Thomas, Beker e Armstrong, 1968; O'Leary e Drabman, 1971; Kozloff, 1974; Meazzini, 1978) il *time out* (Forehand, 1987), il *problem solving* (Gordon, 1974) ed un *training* sull'assertività. Gli obiettivi mirano affinché i pazienti imparino ad affrontare i problemi (identificazione delle situazioni problematiche), a modificare i pensieri ed i comportamenti disfunzionali, ad incrementare le competenze ed in fine imparare a sedare i propri stati fisiologici. Tutto ciò dovrebbe innescare una spirale positiva in modo che la persona impari a sfruttare strategie e ottenere migliori risultati, piuttosto che comportarsi in modo disfunzionale. La finalità è sollecitare la propria esperienza soggettiva, cognizioni, emozioni, stati fisiologici e comportamenti in grado di generare risposte più adattive, aumentare le capacità del paziente, la sua autoefficacia e la sua autostima. Questo programma verrà strutturato in due fasi, un intervento di gruppo nel contesto clinico ed un secondo individuale a domicilio. Inoltre, dall'analisi dei fattori protettivi e di rischio, è emerso che chi ha una buona rete sociale ed una percezione positiva della qualità di assistenza da parte del proprio *caregiver*, ha una minore probabilità di ammalarsi di un disturbo dell'umore. L'esistenza di una rete di relazioni sociali, soprattutto se, almeno in parte, coinvolte nel progetto psicoeducativo, può rendere decisamente migliore la qualità della vita dei pazienti, promuoverne il benessere psicofisico e ridurre il disagio psicologico (Vaccaro, 2003). Per intervento psicoeducativo (Ian Falloon, 2000) ci si riferisce ad una prassi ormai molto utilizzata negli interventi psico-sociali e nasce come supporto per i malati e per le loro famiglie. Attraverso la psicoeducazione vengono espresse in modo chiaro, semplice, didattico, con modalità interattive, le informazioni e le istruzioni per affrontare in modo concreto, ma anche prevenire appropriatamente, disturbi mentali e disagi psicologici ed interpersonali. Questo coinvolge chi soffre di un problema e poi i suoi familiari, amici e conviventi e, naturalmente, gli operatori. L'approccio si basa su una *partnership* fra la famiglia, il malato e i professionisti che si occupano di quest'ultimo a vari livelli. L'intervento, infatti, combina la competenza e l'esperienza dei malati, dei familiari di questi e dei professionisti, con l'obiettivo di sviluppare quelle capacità di *coping* (Lazarus e Folkman, 1984) che servono a ristabilire il senso di autoefficacia e, conseguentemente, di benessere. Ciò, quasi sempre, promuove sentimenti di speranza in grado di opporsi alla demoralizzazione, al senso di frustrazione e alla disperazione (Vaccaro, 2003). Partendo da questa ipotesi, il programma prevede di includere nel trattamento i *caregivers* dei pazienti, rendendoli parte attiva e determinante della

riabilitazione del proprio caro. Il gruppo dei familiari sarà coinvolto in un percorso di elaborazione delle emozioni legate all'evento traumatico ed in un fondamentale intervento psicoeducativo che possa diminuire il carico dell'assistenza. Si utilizzeranno strategie di *problem solving*, di *coping* e di gestione delle emozioni e dello stress. Si è scelto di effettuare un intervento di gruppo sia per i pazienti che per i familiari, poiché il piccolo gruppo permette di condividere il proprio disagio legato alla malattia, le emozioni connesse ad esso, ma soprattutto è un valido aiuto per questi tipi di pazienti per accrescere la loro consapevolezza delle difficoltà riscontrate ma anche dei punti di forza e delle abilità residue.

Infine, si è pensato di proporre all'intera équipe professionale di attuare un percorso unitario e condiviso, implementando le abilità del lavoro in team e accrescendo le capacità di attuare strategie efficaci e condivise.

4.1. Finalità

- Promuovere le competenze emotive e cognitive nei pazienti per migliorare la propria qualità della vita e la propria autonomia;
- Promuovere le abilità di autoregolazione emozionale per evitare il protrarsi dei segni di disturbo dell'umore e/o d'ansia nel paziente con cerebrolesione acquisita;
- Promuovere competenze nei *caregivers* per ridurre gli esiti negativi del carico assistenziale legato all'accudimento a domicilio e che si riscuoterebbero sull'equilibrio psico-emotivo del paziente;
- Promuovere un programma di lavoro condiviso nell'équipe multidisciplinare che miri a rinforzare le abilità apprese dal paziente.

4.2. Obiettivi

Quando si lavora con pazienti cerebrolesi non si può prescindere dal porre delle diverse tipologie di obiettivi riferendoci a breve, medio e lungo termine. Ogni caso è unico e bisogna tener conto in maniera globale dei bisogni, delle disabilità e soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali. Gli obiettivi verranno elencati di seguito, differenziandoli per i diversi gruppi di destinatari.

Il gruppo: I pazienti che parteciperanno al percorso saranno in grado di:

- incrementare le proprie abilità residue in funzione di un miglioramento dell'autonomia e della propria qualità della vita;
- Accrescere la consapevolezza sulle proprie risorse cognitivo-emotive per una adeguata gestione delle difficoltà in funzione di un reinserimento lavorativo e/o sociale;
- Acquisire una maggiore consapevolezza della relazione tra emozioni, cognizione e comportamenti per imparare a riconoscere le sintomatologie dei disturbi dell'umore;
- Acquisire conoscenze per riuscire a distinguere emozioni e sensazioni;
- Accrescere la propria autostima, il senso di autoefficacia e valorizzare l'immagine di sé.

Il gruppo: I *caregivers* saranno in grado di:

- Aumentare le loro abilità nella gestione degli aspetti emozionali e comportamentali legati alla nuova condizione del proprio congiunto;
- Incrementare le loro conoscenze sulle abilità residue del proprio familiare;
- Acquisire abilità importanti per la gestione delle difficoltà al rientro a domicilio;
- Acquisire conoscenze sui disturbi dell'umore e di ansia;

III gruppo: L' équipe multidisciplinare sarà in grado di:

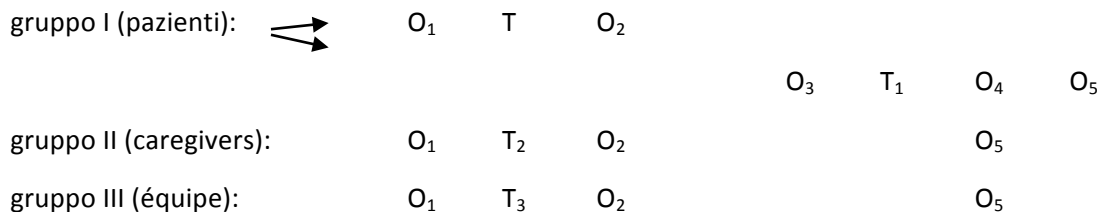
- Incrementare le proprie competenze come *team* di lavoro;
- Effettuare strategie condivise mirate al percorso psicoeducativo dei pazienti.

4.3. Target

I destinatari principali del nostro intervento sono i pazienti con *stroke*, ma lavoreremo anche con i loro *caregivers* e con l' équipe di professionisti. In totale i gruppi sono 3:

- I gruppo – pazienti con cerebrolesione acquisita, con disabilità lieve/moderata (criteri di inclusione: Mini Mental⁸ pc \geq 24; Fab⁹ pc \geq 12,03; Consapevolezza del deficit senso-motorio e capacità previsionale del proprio futuro) ricoverati in struttura riabilitativa; il gruppo sarà costituito sia da uomini che da donne ed avrà un numero massimo di 6 partecipanti.
- Il gruppo – *caregivers*; il gruppo sarà misto con un numero massimo di 6 partecipanti.
- III gruppo – équipe multidisciplinare che lavora con i pazienti.

4.4. Disegno di analisi



Gruppo I

O₁: *Screening* costituito da una valutazione della personalità con la somministrazione di un test Millon III¹⁰ e di questionari sull'ansia (STAI-Y)¹¹ scale sulla depressione (G.D.S. 30- Geriatric Depression Scale)¹², questionari di valutazione delle abilità di vita quotidiana e sulle abilità di *coping*.

T: È la fase di trattamento alla quale parteciperanno il gruppo di pazienti in regime di ricovero.

T₁: Intervento individuale di sostegno psicologico al domicilio del paziente.

O₂-O₃-O₄: Valutazioni post trattamento in cui si somministrano solo i test sull'ansia, sulla depressione e sulle abilità di vita quotidiana, da effettuare alla dimissione dal Centro di Riabilitazione, al rientro al proprio domicilio dopo un mese dalla dimissione ed alla fine dell'intervento domiciliare.

O₅: *Follow up* ad un anno dal trattamento con somministrazione dei test effettuati nella fase di *screening*.

⁸ MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini Mental State" a ractical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J Psychait Res 1975; 12: 189 – 198).

⁹ FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (F.A.B.) Vers. Dubois *et al.*, 2000; taratura di lavarone *et al.* , 2004.

¹⁰ MillonT. (2008). MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Una rivoluzione nell'assessment clinico della personalità. Ed. Italiana.Giunti OS. • Millon T. & Davis R. (1997). MCMI-III: Millon Clinical Multiaxia Inventory-III. Dicandrien.

¹¹ State-Trait Anxiety Inventory - Forma Y. Charles D. Spielberger. O.S. Giunti Firenze.

¹² Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage JA, Rose TL, Lum O, Huang V, *et al.*. Development and validation of geriatric depression screening: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983;17:37-49).

Gruppo II

O₁: Osservazione e colloquio clinico, con somministrazione di IADL¹³, CBI¹⁴ ed un questionario sulle strategie di coping.

T₂: È la fase di trattamento in gruppo presso l'Unità di Riabilitazione.

O₂: Osservazione e colloquio clinico.

O₅: *Follow up* ad un anno con somministrazione dei test proposti in O₁.

Gruppo III

O₁: Somministrazione di un questionario sulla percezione della qualità del lavoro svolto in gruppo.

T₃: incontri a cadenza settimanale per la condivisione di informazioni e strategie di intervento su ogni singolo paziente; formazione sulla gestione dei gruppi di lavoro, sulla condivisione di obiettivi e elaborazione strategie.

O₂: Somministrazione di un questionario sulla percezione della qualità del lavoro svolto in gruppo.

O₅: *Follow up* ad un anno con somministrazione dei test proposti in O₁.

4.5. Contenuti

Gli argomenti principali proposti saranno: deficit da cerebrolesione acquisita; le abilità cognitive; le emozioni; gli aspetti emotivi legati al trauma; i disturbi dell'umore; la depressione; le aspettative; la gestione delle emozioni; l'autoefficacia; l'autostima; le strategie di coping; l'empatia; il *problem solving*; la comunicazione non verbale; l'assertività; strategie del lavoro di gruppo; la *leadership* efficace; il *timing*; la comunicazione di qualità.

4.6. Metodologie

Condurremo colloqui di gruppo di sostegno psicologico; sostegno familiare; *training* di rieducazione alle attività della vita quotidiana; *training* sull'elaborazione del trauma; *training* sulle abilità di riconoscimento e di gestione degli aspetti emotivi legati al trauma; *training* sul riconoscimento e sull'espressione emozionale; *training* di rilassamento; *training* sull'autoefficacia e sull'autostima; psicoeducazione sulle cerebrolesioni acquisite, sui disturbi dell'umore e sui disturbi d'ansia; focus-group di discussione e di confronto; distribuiremo un libricino illustrativo sulla cerebrolesione acquisita ed una lista di Faq sull'argomento; *training* sulle strategie di lavoro in gruppo; somministreremo questionari e test di valutazione.

4.7. Attività

Le attività proposte dal programma suddivise per gruppi di partecipanti sono le seguenti:

I pazienti parteciperanno a:

- Incontri psico-educativi di gruppo sul danno cerebrale;
- Incontri di gruppo di sostegno psicologico per la rielaborazione del trauma e per l'adattamento alla nuova realtà;

¹³ Indice di dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana (scala IADL) (Fonte: Lawton MP. Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 1969;9:179)

¹⁴ CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI) (Novak M. e Guest C., *Gerontologist*, 29, 798-803, 1989).

- incontri di gruppo sugli aspetti cognitivi ed emotivi legati alla riabilitazione;
- incontri informativi sulla tematica dei disturbi cognitivi ed emotivi in seguito a cerebrolesione acquisita con i propri famigliari e con l'èquipe multidisciplinare;
- un percorso di sostegno psicologico e psico-educativo domiciliare, atto al mantenimento delle attività autogestite per migliorare o mantenere il livello di autonomia.

I *caregiver* effettueranno:

- Incontri psico-educativi di gruppo sulla gestione del carico assistenziale e per fornire orientamenti in vista dei tempi lunghi di recupero dei propri congiunti;
- Incontri formativo-educativi sulla tematica dei disturbi cognitivi ed emotivi in seguito a cerebrolesione acquisita e sul processo di mantenimento dei comportamenti disfunzionali dei propri cari;
- Incontri di gruppo per la elaborazione e condivisione degli aspetti emozionali legati al trauma;
- Incontri di gruppo per l'acquisizione di abilità di *coping* e di *problem solving*.

L'èquipe multidisciplinare attuerà

- Incontri a cadenza settimanale per la condivisione di informazioni e strategie di intervento su ogni singolo paziente;
- Un percorso di formazione sulle dinamiche del lavoro in gruppo, sulla comunicazione di qualità e sulla *leadership* efficace.

4.8. Valutazione

Di progetto: da un punto di vista teorico, il programma risulta avere un alto valore di specificità, di rilevanza ed incidenza del fenomeno, riscontrato dalla letteratura presa in esame. Le metodologie proposte sono coerenti, specifiche e fondate da teorie scientifiche. Vengono specificati i fattori protettivi e di rischio e sin dall'inizio vengono programmate delle fasi di osservazione del progetto fino ad un *follow up*.

Di processo: a livello teorico, sono stati presentati tutti gli obiettivi coerentemente con l'ipotesi progettuale e per ognuno è stata proposta una metodologia specifica. Viene proposto un monitoraggio a più tempi dei destinatari fino ad un anno. Sono stati proposti dei contenuti e delle metodologie coerenti con le ricerche recenti sul tema. Non è specificato il rapporto costi/benefici.

Valutazione di *esito e strumentazioni:* si effettuerà una valutazione sui risultati del progetto attraverso dei colloqui con i pazienti e con le loro famiglie ed attraverso la somministrazione di test sulla personalità, sull'ansia, sulla depressione, scale ADL, IADL, CBI e sulle strategie di *coping*. Il lavoro svolto con l'èquipe verrà valutato attraverso somministrazione di un questionario sulla percezione della qualità del lavoro di gruppo.

BIBLIOGRAFIA

- Astrom M, Adolfsson R, Asplund K. (1993), Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke*, 24: 976–82.
- Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. (2013), Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 202: 14–21.
- Backhaus SL, Ibarra SL, Klyce D, Trexler LE, Malec JF. (2010), Brain injury coping skills group: a preventative intervention for patients with brain injury and their caregivers, *Arch Phys Med Rehabil*. 91: 840–848.
- Cameron JI, Stewart DE, Streiner DL, Coyte PC, Cheung AM. (2014), What makes family caregivers happy during the first 2 years post stroke? *Stroke*. Apr;45(4):1084-9.
- Choi-Kwon S *et al.*. (2012), Poststroke depression and emotional incontinence: factors related to acute and subacute stages. *Neurology*. 78: 1130-1137.

- Darlington ASE, Dippel DWJ, Ribbers GM, van Balen R, Passchier J, Busschbach JJV. (2007), Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study, *Cerebrovasc Dis.* 23: 401–407.
- Darlington ASE, Dippel DWJ, Ribbers GM, van Balen R, Passchier J, Busschbach JJV. (2009), A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke, assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness, *J Rehabil Med.* 41: 237–241.
- Falloon IRH. (2000), *Trattamento Integrato per la Salute Mentale: guida pratica per operatori e utenti*, Ecomind, Salerno.
- Farner L, Wagle J, Engedal K, Flekkoy KM, Wyller TB, Fure B. (2010), Depressive symptoms in stroke patients: a 13 month follow-up study of patients referred to a rehabilitation unit, *J Affect Disord.* 127: 211–8.
- Glenn MB, O'Neil-Pirozzi T, Goldstein R *et al.*. (2001), Depression amongst outpatients with traumatic brain injury, *Brain Injury.* 15, 811-818.
- Hackett ML, Anderson CS, House A, Xia J. (2008), Interventions for treating depression after stroke, *Cochrane Database Syst Rev.* Oct 8;(4).
- House A, Dennis M, Mogridge L, Warlow C, Hawton K, Jones L. (1991), Mood disorders in the year after first stroke, *Br J Psychiatry.* 158: 83–92.
- King RB, Shade-Zeldow Y, Carlson CE, Feldman JL, Philip M. (2002), Adaptation to stroke: a longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process, *Top Stroke Rehabil.* 9: 46-66.
- Kwok T, Lo RS, Wong E, Wai-Kwong T, Mok V, Kai-Sing W. (2006), Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study, *Arch Phys Med Rehabil.* 87: 1177–82.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York.
- Leach LR, Frank RG, Bouman DE *et al.*. (1994), Family Functioning, Social Support and Depression after Brain Injury, *Brain Injury.* 8n 7, 599-606.
- Lincoln NB, Flannaghan T. (2003). Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: a randomized controlled trial, *Stroke.* 34:111–15.
- Morris PLP, Robinson RG, Raphael B, Bishop D. (1991), The relationship between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalized patients, *Psychiatry.* 54:306-15.
- Morton, M.V e Wehman, P. (1995), Psychosocial and emoziona sequelae of individuals with traumatic brain injury: a literature review and recommendations, *Brain Injury.* 9, n. 1, 81-92.
- Paolucci S. (2008), Epidemiology and treatment of post-stroke depression, *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 4(1) 145–154.
- Prigatano GP. (2011), The importance of the patient's subjective experience in stroke rehabilitation, *Top Stroke Rehabil.* Jan-Feb;18(1):30-4.
- Robinson RG. (1999), *Stroke. Neuropsichiatria clinica.* (Ed. italiana a cura di Leandro Provinciali), Centro Scientifico Editore, Torino.
- Robinson RG, Starr LB, Lipsey JR, Rao K, Price TR. (1985b), A two year longitudinal study of post-stroke mood disorders: in-hospital prognostic factors associated with six month outcome, *J Nerv Ment Dis.* 173:221-6.
- Samani F, Bertossi F, Aguglia E, Lai C. (2006), *La depressione post-ictus e post-infarto del miocardio*, Pacini Editore S.p.A., Pisa.
- Sarti C, Rastenytė D, Cepaitis Z, *et al.*. (2000). International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. *Stroke.* 31:1588–601.
- Schepers V, Post M, Visser-Meily A, van de Port I, Akhmouch M, and Lindeman E. (2009), Prediction of Depressive Symptoms Up To Three Years Post-Stroke, *J Rehabil Med.* 41: 930–935.
- [SPREAD] Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. (2005), *Complicanze psico-cognitive dell'ictus. In Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento*, Catel – Hyperphar Group SpA, Milano. p 435–79.

- Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RAL, Gilligan AK, Srikanth V, *et al.*. (2004), Quality of life after stroke – The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS), *Stroke*. 35: 2340–2345.
- Vaccaro A.G. (2003), *Abilitazione e riabilitazione- Dall'assistenza all'autodeterminazione*, McGraw-Hill, Milano. pp. 4, 153-155.
- Wade DT, Legh-Smith J, Hewer RA. (1987), Depressed mood after stroke. A community study of its frequency, *Br J Psychiatry*. 151: 200–5.
- Wulsin L, Alwell K, Moomaw CJ, Lindsell CJ, Kleindorfer D, Flaherty ML, *et al.*. (2008), Lifetime depression and post-stroke depressive symptoms as predictors of stroke outcomes at 12 months, *Stroke*. 39: 281.

2.3.4. PROGETTO “ARRIVA IL BEBÈ...” di Maria Angela Giovannone* **Programma di prevenzione della depressione post-partum.**

1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

In tutti i paesi la nascita di un figlio viene considerato come un evento gioioso, a volte accade però che il vissuto privato della donna, dopo la nascita, è in netto contrasto con il mito culturale della maternità, molte donne dopo il parto attraversano momenti di scoraggiamento e di demoralizzazione, calo dell'umore e una certa instabilità emotiva e, in un alcuni casi, vanno incontro ad un vero e proprio disturbo depressivo (Isola, Capobianco, 2003).

I disturbi affettivi che le donne possono presentare nel periodo successivo alla nascita di un figlio sono attualmente sottostimati, spesso non rilevati e frequentemente non curati (Parry,2004).

Le cause di questa grave situazione di salute pubblica sono difficili da individuare, in buona parte giocano un ruolo di primo piano la parziale o errata utilizzazione, da parte di numerosi specialisti, delle attuali conoscenze sulla psicopatologia del dopo parto e la poca chiarezza relativa all'efficacia degli interventi di cura messi a disposizione dalla comunità scientifica internazionale.

Inoltre, nonostante le numerose evidenze cliniche, una parte consistente di studiosi continua a collocare l'intera psicopatologia del dopo parto in tre grandi categorie diagnostiche denominate *maternity blues*, depressione *post partum* e psicosi puerperale, la molteplicità dei disturbi postnatali è invece molto più vasta e articolata, tanto che numerosi filoni di studi e di ricerca (Beck, 2006, Brockington 2004, Jones e Venis, 2001; Suri e Byrt, 1997) cercano di mettere sempre più in evidenza la presenza di specifiche forme psicopatologiche che si possono rilevare nel dopo parto, come i disturbi d'ansia (Levine, Oandasa, Primeau e Berenson, 2003), i disturbi ossessivo-compulsivi (Abramowitz, Schwartz, Moore e Luezmann, 2003), i disturbi post traumatici da stress (Reynolds, 1997; Soderquist, Wijma e Wijma, 2002) e gli attacchi di panico (Beck, 1998).

Diversi studi effettuati in Gran Bretagna e negli Stati Uniti d'America hanno rilevato che nei mesi successivi alla nascita del bambino il 10-15% circa delle donne manifesta un episodio depressivo (O'Hara e Swain, 1996), tale percentuale tende a raddoppiare nelle madri adolescenti.

In particolare, l'incidenza di depressione materna risulta elevata nei primi tre mesi che seguono la nascita del proprio figlio, con un picco maggiore nelle prime 4-6 settimane dopo il parto (Murray *et al.*; 2003) e in generale nei primi 3 mesi dopo il parto una donna su dieci soffre di depressione postnatale.

Il quadro clinico, sintomi, decorso e conseguenze della depressione materna del dopo parto viene contestualizzato all'interno dei disturbi depressivi maggiori dall'American Psychiatric Association- APA (DSM IV TR, 2000) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità-WHO (ICD-10).

Nel periodo *post partum* si possono osservare diversi stati mentali problematici che vanno dal *maternity blues*, alla depressione *post partum* fino alla psicosi puerperale. Il *maternity blues* è un disturbo emozionale; i *blues* sono caratterizzati da crisi di pianto, irritabilità, instabilità emotiva, umore depresso, ipocondria e agitazione durante i primi 10 giorni del parto (Horowitz *et al.*, 2005). La prevalenza di tale sindrome è dal 50% all'80%, la cui durata va dai 6 mesi a un anno dopo la nascita del bambino.

* Psicologa, psicoterapeuta CC, Email: m.angela_G@libero.it

Lo stato di *maternity blues* potrebbe essere un predittore dello sviluppo della depressione post-partum. (Isola, Capobianco, 2003)

La diagnosi di depressione maggior con inizio nel *post-partum* (DSM IV-TR,2000) si caratterizza per un esordio collocabile all'interno delle prime quattro settimane dopo il parto e per la presenza di almeno cinque importanti sintomi quali per esempio umore depresso, disturbi del sonno o dell'appetito, stanchezza ecc. per un periodo di almeno due settimane.

I sintomi della depressione postnatale sono simili a quelli della depressione non post-natale e in tutti e due i casi si possono ritrovare un senso di estrema solitudine e perdita del sé, irritabilità, paura di impazzire (Beck e Gable, 2001a),irrequietezza, agitazione e bassi livelli di energia (Bernstein, Rush, Yohkers; Carmody, Woo, McConnell e Trivedi, 2008).

Generalmente la maggior parte delle donne che soffre di depressione dopo il parto non si rivolge a nessun professionista esperto (Lumley e Austin, 2001) e quasi il 50% delle neomamme non ricerca aiuto neanche all'interno del proprio nucleo familiare né tanto meno rivolgendosi agli amici (Small *et al.*,1994). Questo è uno dei motivi per cui risulta fondamentale individuare una procedura o metodologia che permetta di rilevare precocemente e con un elevato grado di probabilità le donne a rischio di depressione post natale.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

“Il modello biopsicosociale (Milgrom, Martin, Negri, 2003) della depressione è così definito in quanto comprende lo studio delle dinamiche d'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali nella determinazione della sintomatologia depressiva in epoca postnatale” (Zaccagnino, 2009 p.66). Il modello esamina l'interazione tra fattori di vulnerabilità e fattori facilitanti/scatenanti che sono di tre tipi: i livelli di stress collegati ad eventi difficili accaduti subito prima dell'insorgenza di DPN, le variabili moderatrici dello stress (sostegno sociale, abilità di *coping*) e i fattori biologici, quali per esempio un significativo calo di estrogeni dopo il parto.

La teoria principale sulla quale si basa il modello bio-psico-sociale interpretativo della depressione *post partum* è quella della distorsione cognitiva sviluppata da Beck nel 1967. Beck ipotizzò che i processi cognitivi degli individui sofferenti di depressione venissero distorti da schemi di pensiero di tipo depressivo. Nel caso della depressione questi schemi comprendono una “triade cognitiva depressiva” composta da atteggiamenti credenze, e assunzioni negative di sé, sul mondo e sul proprio futuro. Beck sosteneva che gli schemi di pensiero distorti fossero un elemento centrale per l'eziologia della depressione e che le differenze nei sintomi riportati dipendessero dalla diversa importanza cognitiva che le persone attribuiscono agli eventi (Beck, 1967).

Un altro modello teorico di riferimento è la teoria sociale cognitiva di Bandura, nello specifico il concetto di “autoefficacia percepita”. Bandura definisce il senso di autoefficacia come “*La convinzione delle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessarie per gestire adeguatamente le situazioni chi si incontrano in un particolare contesto, in modo da raggiungere gli obiettivi prefissati*” (Bandura,1997).

3. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO

I fattori di rischio sono quelle condizioni e/o caratteristiche che aumentano la probabilità che un soggetto sviluppi un particolare disordine in relazione a qualunque altra persona nella popolazione generale e sono strettamente connessi all'universo dei significati personali e sociali. Si stima che più del 50% di casi di disordini depressivi *post partum* non vengano diagnosticati e trattati (Ramsay, 1993).

“Secondo l’OMS (Knuppel Ghisletta, 2004) dall’anno 2020 il peso del disturbo depressivo potrebbe aumentare al 57% della totalità dei disturbi diventando la seconda causa del DALY (*disability aduste life years*) e classificandosi come la maggior causa di morbilità” (Zaccagnino, Carassa, Rezzonico, 2007 n°2 pag 30). Recenti rassegne (Beck, 2001; Robertson, Grace, Wallington e Stewart, 2004) hanno potuto identificare i più importanti fattori di rischio psicologici e psicosociali per la depressione postnatale. In particolare, quelli individuabili nella donna già prima della nascita del bambino, risultano essere:

- Lo status coniugale incerto
- Basso status socio economico
- Bassa autostima
- La depressione prenatale
- L’ansia durante la gravidanza
- La gravidanza non pianificata
- Una precedente storia di depressione
- Il supporto sociale scarso o assente
- Insoddisfazione coniugale
- Eventi di vita stressanti
- Conflitti di coppia
- Scarsa autoefficacia come madre

Un altro filone di ricerca ha indirizzato gran parte delle attenzioni alle possibili alterazioni neuroendocrine e biochimiche come causa della depressione postnatale.

Si è potuto osservare che un fattore di rischio decisivo è legato a importanti difficoltà di ordine relazionale con il coniuge e alla conseguente mancanza di supporto da parte di questi (Dennis, 2003; Mcvey e Tuohy, 2007). La nascita di un figlio comporta necessariamente una ristrutturazione della coppia stessa: il *post partum* diventa un momento di riorganizzazione in cui entrambi i partner devono gradualmente adattarsi alla loro nuova vita legata alla presenza del bambino.

Paykel (Paykel *et al.*, 1980) riscontra che uno scarso supporto da parte del partner rappresenta un fattore di vulnerabilità che influenza l’adattamento del periodo postnatale soprattutto se in presenza di eventi di vita stressanti. Secondo Campbell (Campbell *et al.*, 1992) il supporto del partner, unito alla presenza di una positiva interazione madre- bambino, rappresentano fattori in grado di discriminare tra donne con episodi depressivi relativamente brevi (durata inferiore a sei mesi) e donne con episodi cronici (da sei mesi a due anni) Schweitzer (Schweitzer *et al.*, 1992) afferma che il rischio di depressione è superiore in presenza di relazioni di coppia caratterizzate da bassi livelli di sostegno e da elevati livelli di intrusività da parte del coniuge.

In una ricerca Paykel e colleghi hanno intervistato 120 donne con depressione post natale lieve, cercando di capire se dall’inizio della gravidanza fino alla data dell’intervista avessero avuto eventi stressanti, dai loro risultati emerge una forte associazione tra eventi stressanti recenti, oltre al parto, e la depressione post natale.

Taylor (1989) ha evidenziato che a sei settimane dopo il parto l’incidenza della depressione postnatale tra le madri che ricevevano sostegno dalla loro famiglia era del 20% mentre era del 38% nei casi in cui questo sostegno era carente o assente.

Altri eventi stressanti che si presentano dopo la nascita, o esistenti già prima, possono avere un effetto aggiuntivo e contribuire alla depressione post natale. (Cutrona, 1982, Hopkins, Marcus e Campbell, 1984).

Rientrano nella categoria dei fattori protettivi quelle determinanti che sono in grado di modificare, migliorare e modulare il rischio di sviluppo del disordine depressivo. È dimostrato che alcuni fattori quali la presenza di relazioni interpersonali supportive e un forte senso del Sé, un quoziente intellettivo elevato, un temperamento "facile", siano in grado di proteggere dallo sviluppo di una psicopatologia (Mrazek e Haggerty, 1994). Secondo alcuni studi (Scheier e Carver, 1985; Fontaine e Jones, 1997) anche la prevalenza di emozioni positive rispetto alle negative e un'elevata autostima costituiscono fattori protettivi rispetto alla depressione *post partum*.

In letteratura è stato indagato il rapporto coniugale in relazione all'insorgenza della depressione, a tal proposito Merchant (Merchant *et al.*, 1995) riscontra che una buona relazione con il partner, a 9-12 mesi dalla nascita, è associata a bassi livelli di depressione.

In generale risultano importanti fattori protettivi (Benvenuti *et al.*, 2006):

- La presenza di aspettative di tipo positivo riguardanti le proprie capacità personali
- Un buon grado di autostima
- La percezione di una relazione di coppia soddisfacente
- La sensazione di poter fare affidamento su un valido supporto sociale nell'intero periodo della gravidanza e del puerperio
- Migliore interazione tra la mamma e il bambino

Inoltre grande importanza assume una adeguata preparazione alla genitorialità, oltre che informazioni sulla gravidanza, travagli e parto, in quanto permette alle donne di ridefinire le frequenti aspettative irrealistiche sia su loro essere genitori che sulla condizione emotiva postnatale (Grussu, Quatraro, 2010).

La disponibilità di sostegno sociale da parte del partner, della famiglia e dell'ambiente circostante, risulta essere uno dei più importanti fattori di protezione per la donna rispetto all'insorgenza del DPN. Altre caratteristiche del sostegno sociale legate alla depressione postnatale includono il bisogno di assistenza per risolvere i problemi, la possibilità di svolgere attività che diano soddisfazione, l'accesso alle informazioni rispetto alla cura del neonato, l'affermazione del proprio valore.

Costituisce un'esperienza di grande aiuto e protezione la possibilità di confronto e relazione con tra mamme che vivono situazioni analoghe, oppure con donne che hanno figli un po' più grandi che sono in grado di fornire suggerimenti e rassicurazioni (Dennis e Letourneau, 2007).

Gli interventi di *Home Visiting* possono essere considerati un valido strumento di prevenzione finalizzato a ridurre il rischio di una insorgenza psicopatologica infantile. È stato dimostrato che le visite domiciliari sono in grado di ridurre il livello di abuso o trascuratezza dei bambini sia nelle famiglie ad alto rischio psicosociale che nelle condizioni di maternità a rischio depressivo (Olds *et al.*, 1999) le visitatrici domiciliari raggiungono le madri nel periodo successivo al parto, nelle loro case per incoraggiare cambiamenti nei comportamenti disfunzionali al fine di favori scambi più adeguati con i figli. Si lavora sugli specifici bisogni della coppia madre-bambino, mediante il sostegno delle loro esperienze relazionali e affettive positive. (Gomby *et al.*, 1999; Heinicke *et al.*, 1999; Parisi e Dubus, 2005; Taggart *et al.*, 2000).

Nella depressione materna le iniziative di *home visiting* hanno come obiettivi principali lo sviluppo di scambi interattivi appropriati con il bambino (Speranza *et al.*, 2006) e stimolare le donne ad adottare comportamenti che promuovano sia il proprio benessere psicofisico che quello del figlio.

Diverse ricerche hanno confermato l'efficacia degli interventi di *home visiting* nel sostenere le madri nel processo di adattamento al ruolo genitoriale, attraverso il miglioramento delle pratiche di accudimento dei bambini e l'assunzione di comportamenti più salutari per se stesse e per i figli.

L'intervento di *home visiting* mira inoltre ad aumentare la capacità di osservazione materna, attivare le sue capacità di comunicazione ed ascolto e del bambino, rafforzare la sua autostima, valorizzare le sue risorse.

4. PROGRAMMA DI INTERVENTO

L'intervento vuole potenziare i fattori di protezione ritenuti più importanti dagli studi e dalle ricerche di riferimento quali: supporto sociale, supporto del *partner*, autoefficacia della neo mamma.

Si prevede che a conclusione del progetto, attraverso la promozione dei fattori protettivi quali:

- Incremento della percezione di autoefficacia nella neo mamma
- Incremento del sostegno da parte del partner
- Incremento rete sociale

Si verifichi una riduzione del rischio di sviluppare la depressione *post partum* (indicatore di misurazione EDPS) che ci sia un Incremento della percezione del sostegno sociale (indicatore di misurazione: somministrazione test PSS) e che si verifichi un incremento della percezione del senso di autoefficacia (indicatore di misurazione: test PSCS in O3 e in O4).

Il progetto ha come finalità principale la riduzione/ prevenzione dello sviluppo di una depressione *post-partum* attraverso: informazioni sulla DPP, insegnare a riconoscerlo, fornire strategie di *copying*, dare indicazioni al partner su come supportare adeguatamente la partner; incremento della percezione di autoefficacia e l'autostima delle mamme; incremento il sostegno e la collaborazione del partner; incrementare la rete sociale e il relativo sostegno; creare uno spazio di confronto con altri genitori per condividere esperienze, sensazioni ed emozioni; dare alla donna il sostegno materiale ed emotivo di cui ha bisogno per adeguarsi alla sua nuova quotidianità e al suo nuovo essere "mamma".

I destinatari sono identificati nelle coppie che si rivolgono al Consultorio di Ceccano e che partecipano ai corsi di preparazione al parto, si parla di circa 8 coppie, le future neo mamme sono al V° mese di gravidanza.

La metodologia utilizzata prevede:

- Psico educazione sulla DPP rivolta alla coppia di *partner*, *Training* abilità sociali (assertività) e autostima per le future mamme, gruppi di confronto, interventi di *home visiting* rivolti alle coppie
- Le coppie di futuri genitori verranno coinvolte nell'intervento di psicoeducazione relativo alla depressione *post partum*

Le neo mamme verranno coinvolte nelle seguenti attività: compilazione di questionari; ascolto ed esercitazioni pratiche; partecipazione al *training*; accudimento del bambino con supervisione (*home visiting*); confronto con il gruppo.

I neo papà verranno coinvolti nelle seguenti attività: confronto di gruppo; accudimento del bambino insieme alla mamma con supervisione (*home visiting*).

I contenuti proposti saranno costituiti da: la depressione *post partum*, sintomi, eziologia, decorso, e prognosi; sentimenti depressivi e comportamento; attività piacevoli e umore; abilità sociali, assertività; autostima; *home visiting*.

BIBLIOGRAFIA

- Ammaniti M., Cimino S., Trentini C. (2008), *Quando le madri non sono felici. La depressione post-partum*, Il pensiero Scientifico, Roma.
- Boath. E. H. Pryce A.J. Cox J.L. (1998), Postnatal depression: The impact on the family. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16,199-203.
- Boyce P.M. (2003), Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations, *Archives of Women's Mental Health*, 6, 43-50.
- Born L.Zinga J. Steiner M. (2004), Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorder, *Primary Psychiatry*, 11, 29-36.
- Beck C. T. (1998), Postpartum onset of panic disorders, *Image_the Journal of Nursing Scholarship*, 30, 131-135.
- Beck C.T., Gable R. (2001a), Postpartum depression screening scale with two other depression instruments, *Nursing Research*, 49,272-282.
- Beck C.T. (2006), Postpartum depression. It isn't just the blues, *American Journal of Nursing*,106, 40-50.
- Bernstein I.H., et al (2008), Symptoms features of postpartum depression: Are they distinct? *Depression Anxiety*,25,20-26.
- Boath E.H., (2001), The treatment of postnatal depression, *The Marcè Society Newsletter*, 7.3.
- Boath E.H. Henshaw C. (2001), The treatmentof postnatal depression: A comprehensive literature review, *Jorunal of Reproductive e Infant Psychology*, 19(3),215-248.
- Brockington L. (2004), Postpartum psychiatric disorder, *Lancet*, 363,303,310.
- Cox J.L., Murray D., Chapman G. (1993), A controlled study of the onset, duration and, prevalence of postnatal depression, *Br J. Psychiatry*,163, 27-31.
- Dennis C.L. (2004), Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health, *Archives of Women's Mental Helath*.7.183-191.
- Dennis C.L. Letourneau N. (2007), Global and relationship specific perceptions of support and the development of post partum depressive symptomatology, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42.389-395.
- Fontaine K.R., Jones L.C. (1997), Self-esteem. Optimism and postpartum depression, *Journal of Clinical Pyscology*,53.59-63.
- Grace S.L. Evindar A. Stewart D.E. (2003), The effect of postpartum depression on child cognitive development and behaviour: A review and critical analysis of the literature, *Archives of Women's Mental health*, 6, 263-274.
- Grussu P. (2003), Depressione postnatale: recenti indicazioni sperimentali e analisi degli interventi in Italia, *In Med. Psicosom*, 48, 79-85.
- Grussu P., Quatraro M. R. Corsi (2003), Parto e rilevazione precoce della depressione postnatale, *Piscologia della Salute*, n.1, 117-125.
- Grussu P. Quatraro R.M. (2010), Depressione postnatale: Definizione, individuazione e trattamento, *In Giornale Italiano di Psicologia*, n.2. Maggio, 293-318.
- Grussu P. Quatraro R.M. (2006), Depressione materna del dopo parto e salute psicologica del bambino: contributi sperimentali e analisi critica della letteratura, *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2,187-203.
- Isola L. Capobianco V. (2003), Un contributo del cognitivismo clinico al trattamento della depressione post-partum, *In Isola L. Mancini F. (2003). Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*, Ed. Franco Angeli. Milano
- Knuppel Ghisletta S. a cura di (2004), Linee guida per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici delle donne dopo il parto. Lavoro effettuato nel quadro delle attività della rete, *Prevenzione del Suicidio*. Stobio pp.1-33

- Miller L.J. (2002), Postpartum depression, *Journal of the American Medical Association*, 287, 762-765.
- Murray L.Coopera P.J. Hipwell A. (2003), Mental Health of parents caring for infant, *Archives of Women's Mental health*, 6 (suppl.2), 71-77.
- O'Hara M.W., Swain A.M. (1996), Rates and risk of postpartum depression – A meta analysis, *International Review of Psichiatry*, 8, 37-54.
- Parry B.L. (2004), Treatment of postpartum depression, *Prymary Psychiatry*, 11, 48-51.
- Pope S. (2000), *Postnatal depression A systematic review of the scientific literature to 1999*, National health and Medical Researc Council, p.4.
- Ramsay R. (1993), Postanatl depression, *Lancet*, 341.1358
- Robertson E.,Grace S.,Wallington T., Stewart D.E. (2004), Antenatal risk factors for post partum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Scheier M.F., Carver C.S. (1985), Optimism, coping and health: assessment and implications of generalizee outeome expectancies, *Health Psichology*, 4, 219-247.
- Zaccagnino M. (2009), *I disagi della maternità: individuazione, prevenzione e trattamento*, Ed. F. Angeli, Milano.
- Zaccagnino M., Carassa A., Rezzonico G. (2007), Depressione Post partum: rischio, prevenzione e trattamento, In *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva* 21, Vol.12 n. 2, 26-48.

2.3.5. PROGETTO “STR.A.D.I.VA.RI.” di Paola Antonini *

Stress in agenzia: definire l'intervento attraverso la valutazione del rischio. Progetto di ricerca intervento per la valutazione, La prevenzione e La gestione dello stress lavoro correlato nel centro casaccia dell'agenzia enea

1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

La Commissione Europea ha nel 1999 definito come segue lo stress lavoro-correlato: insieme di reazioni emotive, cognitive, comportamentali e fisiologiche ad aspetti avversi e nocivi del contenuto del lavoro, dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro. Tale definizione mette in luce come a concorrere allo stress lavorativo siano da un lato le caratteristiche dell'ambiente di lavoro, gli *stressors* ambientali, e dall'altro la valutazione soggettiva in quanto mediatrice delle reazioni psicofisiche individuali di tali *stressors*. Pertanto, secondo tale modello, il target dell'intervento è individuato sia nella modificazione degli *stressors* ambientali che delle valutazioni e delle reazioni individuali.

E' ormai accertato che lo stress lavoro correlato non produce esclusivamente patologie psichiche ma può essere causa o concausa di patologie fisiche o psicosomatiche a genesi multifattoriale, che sempre più spesso, pur rappresentando un fenomeno oggettivamente complesso da definire, vengono denunciate all'INAIL; inoltre molteplici ricerche europee confermano l'importanza e l'urgenza di affrontare il fenomeno stress lavoro correlato che risulta tra le cause più comuni di malattia e i cui costi per l'individuo, per le aziende e per la collettività si aggirano tra il 3 ed il 4 % del prodotto interno lordo europeo (*European Foundation for the Improvement of Living & Working Conditions*, 2007). Nel 2002, nel Congresso dell'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro, lo stress lavorativo viene indicato come il secondo problema di salute per i lavoratori europei, con una stima di circa il 28%.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

Psicologia della salute

La psicologia della salute, la cui nascita come disciplina specifica è dovuta al cambiamento delle principali cause di mortalità, ad una spesa sanitaria eccessiva dagli anni 70 ed allo sviluppo stesso della psicologia (Maes, 1989), si muove in un'ottica diversa rispetto alla tradizionale psicologia medica; si è passati infatti dal modello biomedico tradizionale, di chiara impostazione riduzionistica, al modello biopsicosociale di tipo integrato, basato sulla teoria generale dei sistemi e che offre, rispetto al precedente, ampio spazio all'azione preventiva, volta a ridurre l'incidenza delle malattie croniche mediante cambiamenti nelle credenze, negli atteggiamenti e nei comportamenti relativi alla salute.

Il tema dello stress come fattore di rischio per la salute costituisce il costrutto centrale della psicologia della salute (Friedman, 1992; Cassidy, 1999). Nel corso degli anni sono state accumulate innumerevoli prove degli effetti nocivi dello stress sulla salute psico-fisica. Sebbene le conseguenze deleterie dello stress siano in parte mediate dalle modificazioni dei sistemi endocrino, immunitario e nervoso autonomo, l'esperienza dello stress influenza negativamente anche i comportamenti rilevanti per la salute spingendo le persone ad adottare abitudini malsane o rischiose nel tentativo di ridurre la minaccia o di controllare le emozioni attivate dalla esperienza percepita come dannosa come, ad esempio, fumare, bere alcolici ridurre ore di sonno e mettere in atto comportamenti alimentari dannosi (Stroebe e Stroebe, 1995).

* *Psicologa, Psicoterapeuta CC, Roma. Email: paola_antonini@hotmail.it*

Quindi lo stress, oltre ad essere effetto di un inadeguato stile di vita, ne diventa anche causa creando una relazione bidirezionale.

Le teorie sullo stress

I modelli dello stress si sono evoluti storicamente attraverso diverse fasi: è stato inizialmente enfatizzato il ruolo dell'ambiente esterno come fattore determinante nell'esperienza di stress (modello dello stimolo); successivamente sono stati presi in considerazione fattori interni all'individuo nell'influenzare le risposte di stress (modello della risposta) per poi riconoscere la necessità di considerare l'interazione tra la persona e l'ambiente esterno (modello transazionale).

Selye (1956) ha proposto un modello fisiologico dello stress, definito inizialmente come sindrome generale d'adattamento, affermando che quando un organismo si trova in presenza di un evento stressante (*stressor*) si mobilita allo scopo di ristabilire la condizione precedente (omeostasi) con una risposta di carattere aspecifico: a prescindere dalla natura dell'agente stressante (fisico, chimico o psichico), la risposta di adattamento atta a ristabilire l'omeostasi sarà la stessa.

Tale modello meccanicistico e fisiologico dello stress è stato sostituito all'inizio degli anni '70 da una prospettiva esplicativa più complessa e dinamica che attribuisce ai fattori soggettivi un ruolo nelle risposte ormonali.

Un'altra linea di indagine si è concentrata sull'analisi dei processi fisiologici implicati nell'esperienza di stress, cercando di evidenziare le complesse interrelazioni tra il sistema nervoso centrale ed il funzionamento del sistema immunitario. Secondo tale approccio lo stress indebolirebbe tale sistema esponendo le persone al rischio di contrarre qualsiasi malattia.

In base al modello di Lazarus e Folkman (1984) "lo stress consiste in una transazione tra la persona e l'ambiente nella quale la situazione è valutata dall'individuo come eccedente le proprie risorse e tale da mettere in pericolo il suo benessere". Questa prospettiva descrive lo stress come un processo che include le cause (*stressors*), le risposte messe in atto dal soggetto, la relazione tra la persona e l'ambiente e tra le richieste e le risorse personali per fronteggiarle così come percepite dall'individuo. Implicando aggiustamenti continui, il soggetto è considerato agente attivo che può influenzare l'impatto di un fattore stressante mediante strategie cognitive, emozionali e comportamentali.

Lazarus e Folkman (1984) inizialmente distinsero due processi di *coping*: uno finalizzato a gestire e modificare il problema (centrato sul problema), l'altro mirante a ridurre la tensione emotiva (centrato sulle emozioni).

Il modello di Lazarus e Folkman (1984) costituisce il punto di partenza di tutte le teorizzazioni su stress e *coping*, anche se in letteratura si annoverano sia altri modelli teorici sviluppati per superarne i limiti (Moos e Schaefer, 1993; Dohrenwend, 1978) che concettualizzazioni più articolate delle strategie di *coping* (Zani, [1999b]). Fra gli aspetti più interessanti di queste nuove prospettive vi sono:

- Una concezione più dinamica che attribuisce maggiore attenzione ai fattori situazionali/contextuali mutevoli nell'influenzare l'esperienza dello stress e gli sforzi di *coping*;
- Uno spostamento dell'enfasi dai fattori di vulnerabilità alle forze di adattamento e alla capacità di resilienza dei soggetti (Sordes-Ader, Esparbes-Pistre e Tap 1997), che fa sì che da situazioni fortemente stressanti sia possibile uscire con esiti anche positivi e costruttivi, sotto forma di crescita, sviluppo e apprendimento di nuove modalità di *coping*;
- Una maggiore attenzione a collocare il soggetto all'interno del contesto sociale di vita, dove il processo di stress e *coping* sono visti non già come proprietà dei singoli, ma di unità sociali.

Il cambiamento nel significato del termine “salute” ha comportato una evoluzione parallela negli ambienti di lavoro (Avallone, Paplomatas, Marchetti, 2003).

All’inizio del XX secolo i datori di lavoro ignoravano la responsabilità sociale di dare alla forza lavoro un ambiente sicuro e salubre, interessati unicamente al conseguimento del miglior risultato per l’impresa. Negli anni Trenta/Quaranta, in Nord-America, iniziò l’attenzione ai fattori connessi agli infortuni e alle malattie in ambito lavorativo; tuttavia, l’intervento era centrato sull’individuo e orientato alla cura del danno fisico verificatosi.

Con la nascita del Movimento delle Relazioni Umane (Mayo, 1933, 1945) si iniziò a parlare di possibili danni apportati ai lavoratori dalla monotonia e dalla dequalificazione e a prendere in considerazione come spiegazione delle condizioni di malessere dei lavoratori variabili quali motivazione, alienazione, fenomeni di gruppo che si sviluppavano nell’ambiente di lavoro.

Nel ventennio successivo il soggetto lavoratore divenne parte sempre più attiva nell’interazione con il proprio ambiente di lavoro. L’interesse anche verso gli aspetti mentali della salute fu molto forte negli Stati Uniti sfociando, negli anni Settanta, nello studio dei cosiddetti aspetti psicosociali del lavoro (Chinoy, 1955; Kornhauser, 1965) ed in Europa nei lavori di Gardell (1971) e Levi (1971). I cambiamenti derivati da tali ricerche e l’aggiornamento della legislazione risultarono di grande beneficio: il lavoro in alcuni settori rimane più pericoloso che in altri ma, in generale, gli ambienti lavorativi iniziano ad essere più sicuri che in passato.

Negli anni settanta/ottanta finalmente si assiste ad un passaggio da un approccio di intervento centrato sulla cura ad una focalizzazione sulla prevenzione; si affinano, quindi, gli studi e le tecniche per migliorare la qualità della sicurezza nei contesti lavorativi (Health Protection), riconosciuta come principio e che coinvolge tutti gli attori all’interno del mondo del lavoro. Da allora l’influenza sulla salute dei fattori psicologici e sociali è più evidente e studiata – con il nome di quarto fattore di rischio – anche per evidenziare l’importanza della loro combinazione e interazione con i rischi fisici, chimici e biologici (Ilgen, Swisher, 1989).

Negli anni Ottanta vengono introdotti i concetti di Wellness e di Occupational Health Promotion (Glasgow, Terborg, 1988). Terborg (1988) distingue Health Protection, che consiste nel proteggere quante più persone è possibile dalle minacce alla loro salute, da Health Promotion, che consiste invece nell’indurre le persone a fare scelte ragionate che migliorino la loro salute fisica e mentale.

Con Rosen (1986) si comincia a sottolineare l’importanza, per la salute nelle organizzazioni, di aspetti quali il clima e la cultura organizzativa. Raymond, Wood e Patrick (1990) introducono il termine Occupational Health Psychology (OHP) indicando una nuova materia interdisciplinare nata dal convergere della psicologia della salute e della salute pubblica negli ambienti lavorativi.

La *Occupational Health Psychology* applica la psicologia nei *setting* organizzativi per il miglioramento della vita lavorativa, la protezione e la sicurezza dei lavoratori e la promozione della salute nei luoghi di lavoro. Interviene su tre dimensioni chiave: l’ambiente di lavoro, l’individuo ed il rapporto lavoro/famiglia, ponendo particolare enfasi sulla prevenzione primaria ma non trascurando gli altri livelli preventivi. E’ l’iniziativa più compiuta di superare il concetto di sicurezza inglobandolo in quello più ampio di salute **nell’organizzazione** introducendo al tempo stesso la possibilità di parlare di salute **dell’organizzazione**, ad esempio attraverso la ricerca di indicatori di assenza di salute.

Riferimenti normativi

L'Accordo Europeo sullo stress sul lavoro (Bruxelles, 8 ottobre 2004) evidenzia che "considerare il problema dello stress sul lavoro può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme...".

In Italia, il Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 – Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro – recependo gli obiettivi del citato Accordo ha introdotto l'obbligo per i Datori di Lavoro di stilare un apposito Documento di Valutazione del Rischio stress lavoro correlato.

3. DATI DI RICERCHE

I fattori di protezione *ambientali* identificati dall'ISPESL (2010) rispetto al fenomeno stress lavoro correlato sono i seguenti:

Contenuto del lavoro:

- Ambiente e attrezzature di lavoro (sottoposti a norme di sicurezza)
- Pianificazione dei compiti (ben definiti, non monotoni, sufficienti risorse umane e strumentali)
- Carico/ritmo di lavoro (autonomia, ritmi lavorativi regolari e prefissati, responsabilità verso terzi, lavoro con macchine ad alto rischio)
- Orario di lavoro (flessibile, in turni regolati, con pause)

Contesto del lavoro:

- Funzione e cultura organizzativa (diffusione delle procedure, comunicazione aziendale, formazione, presenza di codice etico e referente per disagio lavorativo)
- Ruolo nell'ambito dell'organizzazione (ruoli noti, definiti e non sovrapposti)
- Evoluzione della carriera (ben definita, valutazione dei dirigenti)
- Autonomia decisionale e controllo, informazione e partecipazione alle scelte aziendali
- Rapporti interpersonali sul lavoro (comunicazione con i dirigenti, gestione dei conflitti)
- Interfaccia casa-lavoro (mensa, servizi di trasporto aziendali)
- Se l'organizzazione non pone attenzione alle caratteristiche positive di tali fattori, gli stessi diventano fattori di rischio

I fattori di protezione a livello *individuale* rispetto al rischio stress risultano essere:

- *Differenze individuali* (Lazarus, Folkman, 1984; Becciu, Colasanti, 2004): abilità cognitive, temperamentali e sociali relative alla percezione di sé che possono favorire comportamenti di adattamento e benessere come, ad esempio: *locus of control* interno; autostima; auto-efficacia; *hardiness*; competenza emozionale; ottimismo disposizionale; abilità di *coping*; *empowerment*.
- *Risorse ambientali* (Cohen, Wills, 1985): calore e coesione in famiglia, appartenenza ad una rete amicale; opportunità e risorse della comunità di appartenenza; rete di supporto esterno alla famiglia.

L'assenza di tali abilità e risorse costituisce fattore di rischio stress.

4. PROGRAMMA DI INTERVENTO

Verrà effettuata una valutazione dello stress lavoro-correlato mediante le *check list* fornite dall'INAIL e, sulla base di tale prima valutazione, saranno individuate le aree che necessitano di intervento sull'organizzazione.

Successivamente, verrà somministrato al campione il questionario individuale segnalato dall'INAIL, che tiene conto di 6 dimensioni chiave: domanda, controllo, supporto del management, supporto tra colleghi, relazioni, ruolo e cambiamento.

Con entrambi i gruppi (dipendenti e responsabili di struttura), la finalità sarà quella di promuovere i fattori protettivi dello stress lavoro-correlato attraverso: la consapevolezza, la valutazione e la promozione della propria realtà personale; la propria capacità di lavorare in gruppo; il fronteggiamento efficace di richieste e problemi legati al lavoro; l'integrazione e l'inserimento produttivo in un ambiente organizzativo e di lavoro. Il lavoro con i due gruppi verrà svolto separatamente.

L'intervento principale riguarderà la promozione delle capacità personali che in letteratura risultano essere protettive verso il rischio stress, alternando momenti teorici e pratici; in particolare si fa riferimento al modello esperienziale di Kolb e Fry (1975), rappresentato da un sistema ciclico composto da quattro elementi: Esperienza concreta (EC); Osservazione e riflessione (OR); Concettualizzazione astratta (CA); Sperimentazione attiva in nuove situazioni (SA).

Tale modello, così come teorizzato da Kolb (1975), ipotizza che l'apprendimento, inteso come processo di costruzione della conoscenza, avvenga passando attraverso l'osservazione e la trasformazione dell'esperienza e non, quindi, attraverso la passiva acquisizione di nozioni, concetti o relazioni.

I partecipanti, oltre ad assistere a lezioni frontali ed alla proiezione di lucidi e di slides, compileranno schede di autoservazione, parteciperanno a laboratori, sperimentando attivamente le situazioni che più frequentemente si presentano in ambito lavorativo attraverso *role playing* e simulazioni. Ad esempio, l'undicesima unità ha come oggetto "risolvere problemi e prendere decisioni di natura situazionale". Nel primo di tre incontri, con la metodologia descritta da Kolb e Fry (1975), si raggiungeranno i seguenti obiettivi: dare una definizione di problema; conoscere le fasi caratterizzanti il processo di *problem solving* e *decision making*; definire operativamente un problema; utilizzare la tecnica del *brainstorming* per produrre alternative di soluzione.

Orientativamente i gruppi, formati da 10/15 persone (per i responsabili, il gruppo sarà unico), potrebbero incontrarsi una volta la settimana per circa 30 incontri. I gruppi saranno condotti da uno psicologo iscritto all'albo e da un tirocinante *post lauream* in psicologia.

Saranno previsti 2 incontri di *follow-up*, a 3 e 6 mesi, per verificare l'avvenuta acquisizione delle abilità oggetto dell'intervento.

5. VALUTAZIONE

La valutazione del progetto è effettuata secondo il modello qualiquantitativo (Becciu, Colasanti, 2005). La valutazione di progetto si basa sui seguenti indicatori da rispettare già in fase di pianificazione: specificità; rilevanza; incidenza; opportunità; fondatezza; significatività; contestualizzazione; coerenza; fattibilità; verificabilità.

Specificità

Nel progetto si è cercato di esplicitare in modo chiaro il disagio stress lavoro correlato, i destinatari delle azioni progettuali e gli obiettivi operazionalizzati.

Rilevanza ed incidenza

I luoghi di lavoro risultano essere campo fertile per l'insorgenza del disturbo. Da circa 3 decenni, Organismi accreditati (ILO, OMS, INAIL) riconoscono la crescita del fenomeno e propongono strategie di difesa; pertanto il Centro ENEA Casaccia, quale luogo di lavoro, può ritenersi sottoposto allo stesso livello di rischio di altre amministrazioni.

Opportunità

Nella fase di pianificazione si è tenuto conto dell'impatto che il progetto potrebbe avere nell'Agenzia ENEA sia in termini positivi, dovuti alla realizzazione dei risultati previsti, che negativi, rappresentati dal fatto che ogni dipendente partecipante "perderebbe" circa 3 ore di lavoro/settimana per la durata del progetto. Ma, considerando i giorni di malattia e gli infortuni derivanti da situazioni di stress lavoro correlato riportati nelle ricerche esistenti, nel caso di miglioramento del clima aziendale le ore impiegate nelle attività del progetto sarebbero ampiamente compensate.

Fondatezza

Nell'impostazione della pianificazione progettuale, il progetto si basa su specifiche teorie di riferimento, sui concetti fondanti dell'approccio preventivo-promozionale e sui risultati di ricerche validate in tale ambito di intervento.

Significatività

L'ipotesi progettuale, il focus del problema, gli obiettivi da raggiungere ed i metodi utilizzati rispondono ai bisogni reali dei destinatari.

Contestualizzazione

Attraverso una valutazione preliminare effettuata su un campione di dipendenti del Centro ENEA Casaccia, è emersa la necessità di intervenire rispetto alla percezione di relazioni disfunzionali con i colleghi ed i superiori.

Coerenza

Le voci progettuali sono tutte contemplate, presentano un buon grado di coerenza interna e risultano funzionali alla realizzazione del progetto.

Fattibilità

Il progetto rispetta i criteri di fattibilità in riferimento agli obiettivi definiti, ai destinatari da coinvolgere, alle risorse umane, strumentali ed economiche da investire ed alle metodologie da utilizzare.

Verificabilità

Nella stesura del progetto si è tentato di pianificare la valutazione delle diverse azioni progettuali, di definire in modo chiaro l'ipotesi progettuale e sono stati individuati modalità, tempi e strumenti di rilevazione (pre e post intervento).

La valutazione di processo, possibile dopo l'attuazione del progetto, considera i seguenti indicatori di qualità:

monitoraggio relativo agli obiettivi: valuta la misura in cui, in corso d'opera, si sia tenuto conto degli obiettivi prefissati, a breve, medio e lungo termine:

- Nei contatti con i destinatari
- Nell'utilizzare metodi e procedure
- Nel realizzare le diverse attività
- Nel trasmettere i contenuti da apprendere
- Nel promuovere lo sviluppo di abilità e competenze

monitoraggio relativo ai destinatari: valuta la misura in cui l'effettuazione delle diverse azioni progettuali abbia tenuto conto:

- Del numero
- Della specifica identità
- Del livello culturale
- Degli eventuali cambiamenti intercorsi nella vita dei destinatari

monitoraggio relativo ai contenuti: valuta la misura in cui nella realizzazione delle diverse fasi progettuali i contenuti proposti siano stati coerenti con i modelli teorici, i paradigmi concettuali della prevenzione ed i risultati delle ricerche relativi al disagio oggetto dell'intervento preventivo e con il conseguimento degli obiettivi previsti nel progetto

monitoraggio relativo ai metodi: valuta la misura in cui i metodi scelti per:

- La trasmissione di contenuti
- Il coinvolgimento dei destinatari
- La promozione di competenze ed abilità
- La realizzazione di attività che risultino coerenti con :
 - I presupposti teorici di riferimento
 - I destinatari prescelti
 - Gli obiettivi del progetto
 - Le risorse economiche ed umane previste
 - I tempi di realizzazione delle singole fasi progettuali

monitoraggio dei processi relazionali: valuta la misura in cui le dinamiche relazionali instauratesi nell'esecuzione del progetto siano risultate essere una risorsa o una vulnerabilità ai fini del raggiungimento di tutti gli obiettivi del progetto.

Dopo aver valutato le fasi di pianificazione ed esecuzione, attraverso la valutazione degli esiti si verificano i risultati raggiunti dal progetto in termini di efficacia, efficienza, qualità percepita e qualità erogata.

L'efficacia valuta la misura in cui sono stati raggiunti gli obiettivi stabiliti e quali risultati significativi abbia generato l'intervento preventivo: ciò fornirà indicazioni sulla consistenza e sulla verificabilità dell'ipotesi progettuale.

A tal fine verrà effettuata una prima valutazione dello stress lavoro-correlato mediante il "Questionario Strumento-Indicatore" fornito dall'INAIL, basato sul modello dei Management Standards HSE e contestualizzato secondo quanto previsto dall'Accordo Europeo dell'8.10.2004, dal D.lgs 81/2008 e s.m.i. e, in particolare dalle indicazioni individuate dalla Commissione Consultiva Permanente per la salute e la Sicurezza sul Lavoro.

Inoltre, saranno condotte interviste per raccogliere precise situazioni di disagio organizzativo e, ai fini dell'acquisizione delle capacità personali, si farà ricorso al diario delle attività e ad apposite schede di

valutazione (Becciu, Colasanti, 2004) in quanto la valutazione di dette competenze è piuttosto complessa non essendo direttamente rilevabili, ma solo inferibili da comportamenti che indirettamente ci manifestano la loro esistenza.

Alla fine dell'intervento e nei *follow-up* saranno nuovamente misurate le stesse variabili con gli stessi strumenti al fine di effettuare un confronto con i valori precedenti.

L'efficienza valuta la misura in cui i benefici ottenuti dall'intervento giustifichino i costi di risorse umane, economiche, di mezzi, di strumenti e di tempi impiegati effettuando una valutazione circa la possibilità di ottenere gli stessi risultati con minori risorse o con interventi alternativi.

La qualità percepita valuta il grado di soddisfazione raggiunto dagli attori coinvolti nel progetto e verrà valutata tramite il questionario riportato nell'allegato B.

La qualità erogata fa riferimento alle innovazioni apportate dal progetto, a quanto resti di ciò che è stato attivato dall'intervento dopo la conclusione del progetto stesso e alla possibilità che il progetto sia utilizzato in altre realtà analoghe.

BIBLIOGRAFIA

- Avallone, F., Paplomatas, A., Marchetti, S. (2003), *Salute Organizzativa. Psicologia del Benessere nei Contesti Lavorativi*, Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Avallone, F., Paplomatas, A., Marchetti, S. (2003), La salute Organizzativa. In *Quaderni di Psicologia del Lavoro*, 10, pp. 111-122.
- Bandura, A. (1997), *Autoefficacia: Teoria ed Applicazioni*. Tr. It. Erikson, Trento.
- Barling, J e Griffith, A. (2003), *A history of occupational health psychology*, in Quick, J.C. e Tetrick, L.E. eds., *Handbook of Occupational Health Psychology*, American Psychological Association, Washington.
- Becciu, M., Colasanti A.R. (2004), *La Promozione delle Capacità Personali. Teoria e Pratica*, Franco Angeli, Roma.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2005), *Valutazione di progetto, di processo, di esiti* in Balleri V., Zanni R. (a cura di), *Progetto sperimentale triennale di prevenzione. "Tessitura" di reti territoriali permanenti*, pp. 197-232, Modena, Golinelli Industrie Grafiche.
- Carkhuff, R.R. (1985). PPS. *Productive Problem Solving*. Human Resource Development Press, Amherst.
- Cassidy, T. (1999) *Stress, cognition and Health*, London, Routledge.
- Chen WQ, Yu-IT-S and Wong TW. *Impact of occupational stress and other psychosocial factors on musculoskeletal pain among Chinese offshore oil installation workers*. *Occup Environ Med*. 2005; 62:251-256.
- Chinoy, E. (1955), *Automobile Workers and the America dream*, Doubleday, Garden City NJ.
- Commissione Europea (1999), *Guida sullo stress legato alla attività lavorativa. Sale della vita o veleno mortale*, Pubblicazione a cura della Direzione Generale Occupazione e Affari Sociali.
- Cohen, S., Wills, T. (1985), Stress, social support and the buffering hypothesis, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, pp. 159-169.
- Cox, T. (1978), *Stress*. Macmillan, London.
- Cox T, Griffiths A.J. (1995), *The assessment of psychosocial hazard at work*. In Shabracq M.J., Winnubst, J.A.M., Cooper C.L. (Editors). *Handbook of Work and Health Psychology*. Clichester, Wiley & Sons.
- Cox T, Griffiths A. Rial-Gonzalez E. (2002), *Ricerca sullo Stress correlato al lavoro: Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro*. Bilbao.
- Daniels K, Guppy A. (1997), Stressors, locus of control and social support as consequences of psychological well-being, *J Occup Health Psychol*; 2 (2): 156-74.

- Davidson A., Sternberg R.J. (1984), *The role of insight in intellectual giftedness*, *Gifted Child Quarterly*, 28, 58-64.
- Dohrenwend, B. (1978), Social stress and community psychology, *American Journal of Community Psychology*, 6, pp. 1-14.
- Edwards, J.A., Webster, S., Van Laar, D., Easton, S. (2008), *Psychometric analysis of the UK Health and Safety Executive's Management Standards work-related stress Indicator Tool*. *Work & Stress*. 22(2): 96-107.
- Engel, G.L. (1977), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science*, 196, pp. 129-136.
- European Agency For Safety And Health At Work (2000). *Research on Work-related Stress*.
- Fe Frank, R.S., Cooper, C.L. (1987), Worksite stress management interventions: their effectiveness and conceptualisation, *Journal of Managerial Psychology*, 2, pp. 4-10.
- Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. (2002), Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: The Whitehall II study, *J Epidemiol Community Health*; 56:450-4.
- Friedman, H.S. (1992), *The self-healing personality: Why some people achieve health and others succumb to illness*, New York, Academic Press.
- Gardell, B. (1971), *Alienation and mental Health in the modern industrial environment*. In Levi, L. (a cura di), *Society, Stress, and Disease*. Oxford University Press, New York, vol. 1, pp. 148-180.
- Glasgow, R.E., Terborg, J.R. (1988), Occupational health promotion program to reduce cardiovascular risk, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56,3, pp.365-373.
- Goleman, D (1998), *Lavorare con intelligenza emotiva*, Milano, Rizzoli.
- Heaney, C.A., Van Ryn, M. (1990), Broadening the scope of worksite stress programs: a guiding framework, *Stress management*, 4, pp. 413-420.
- Iavicoli, S., Persechino B., Natali, E., Ghelli, M., Cafiero, V., Mirabile M. *Esperienze europee in tema di rischi psicosociali*. *G Ital Med Lav Erg*. 1009; 31 (3):265-99.
- Ilgen, D.R., Swisher, S.N. (1989), *An integrated approach to health in the workplace*. In Welche, E. (a cura di), *Workers' Compensation Strategies for Lowering Costs and Reducing Workers' Suffering*. LPR Publications, Fort Washington PA, pp. 117-134.
- ISPESL, (2010), *La valutazione e la gestione dello stress lavoro-correlato. Approccio integrato secondo il modello Management Standard HSE contestualizzato alla luce del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.* ISPESL, Roma.
- Kobasa, S.C., (1979), Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry Into Hardiness, *Journal of Personality and Social Psych.*, 37.
- Kolb, D.A., Fry, R. (1975), *Toward and applied theory of experiential learning*; in C. Cooper (ed.), *Theories of Group Process*, London: John Wiley.
- Kornhauser, A.W. (1965), *Mental Health of Industrial Worker. A Detroit Study*. Wiley, New York.
- Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer.
- Leka S., Cox, T., (Editors), *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. UK I-WHO*. 2008. pp. 80-95 (ISBN 978-0-9554365-2-9).
- Levi, L. (1971), *Society, Stress, and Disease*. Vol. 1 (1970) Oxford University Press, New York.
- Levi, L. (1992), *Psychosocial, occupational, environmental and health concepts, research results and applications*. In: G..P. Keita and S.L. Sauter (eds) *Work and Well Being: An Agenda for the 1990s*. American Psychological Association, Washington DC.
- Maes, S. (1989), Psicologia della salute: la scienza della salute e del comportamento, *Psicologia Italiana*, 3, pp. 47-53.

- Mayo, E. (1933), *The Human Problems of an Industrial Civilization*, Macmillan, New York.
- Mayo, E. (1945), *The Social Problems of an Industrial Civilization*, Harvard University Press, Boston.
- Meazzini, P (2000), *L'insegnante di qualità*, Giunti, Firenze.
- Moos, R.H. e Schaefer, J.A. (1993), *Coping Resources and processes: Current concepts and measures*, in L. Goldberger e S. Breznitz (a cura di), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, New York, Free Press.
- Murphy, L.R. (1984), Occupational stress management: a review and appraisal, *Journal of Occupational Psychology*, 57, 1, pp. 1-15.
- Nahit ES, Hunt IM, Lunt M, Dunn G, Silman AG, Macfarlane GJ. *Effects of psychosocial and individual psychological factors on the onset of musculoskeletal pain: common and sitespecific effects*. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:755-60.
- Natali, E., Rondinone, B.M., Petyx, C., Iavicoli, S. *The Perception of Psychosocial Risk Factors among European Stakeholders*. Factsheet 05 PRIMA-EF. UK I-WHO. 2008. (ISBN 978-88-6230-037-7).
- Network Nazionale per la Prevenzione del Disagio Psicosociale nei Luoghi di Lavoro. *La valutazione dello stress lavoro-correlato: proposta metodologica*. ISPELS, Roma. 2010.
- Newman, J.E., Beehr, T.A. (1979), Personal and organizational strategies for handling job stress: a review of research and opinion, *Personnel Psychology*, 32, 1, pp. 1-43.
- PRIMA-EF Network. PRIMA-EF. *Guida al contesto europeo per la gestione del rischio psicosociale. Una risorsa per i datori di lavoro e i rappresentanti dei lavoratori*. Protecting Worker's Health Series 9 (edizione italiana a cura di: Petyx, M., Petyx, C., Natali, E., Iavicoli, S.) WHO. 2008.
- Raymond, J.S., Wood, D.W., Patrick, WK (1990), Psychology doctoral training in work and health, *American Psychologist*, 45, pp. 1159-1161.
- Rosen, R.H. (1986), *Healthy Companies*, Amacon Books, New York.
- Rozanski, A., Blumental, J.A., Kaplan, J. (1999), *Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy*. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Rotter, J.b. (1966), *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs*, 33(1), 300-303.
- Selye, H. (1956), *The stress of life*, McGraw-Hill, New York.
- Sordes-Ader, F., Esparbes-Pistre, S. e Tap, P. (1997), Adaptation et strategies de coping à l'adolescence, *Spirale: Revue de Recherche en Education*, 20, pp.132-154.
- Spencer, L.M., Spencer, S.M. (1993), *Competence at Work: Models for Superior Performance*, New York, John Wiley and Sons.
- Sternberg R.J., Spear-Swerling L. (1997), *Le tre intelligenze*, Erickson, Trento.
- Stroebe, W. e Stroebe, M.S. (1995), *Social psychology and health*, Pacific Grove, Calif., Brooks/Cole; trad.it *Psicologia sociale e salute*, Milano, Mc Graw-Hill, 1997.
- World Health Organization [WHO], (1986), Constitution of the World Health Organization. In *Basic Documents* (36th ed). World Health Organization, Geneva.
- Zani, B (1999b), *Affrontare gli eventi: significato e dimensioni del coping*, in Zani e Cicognani [1999].
- Zani, B., Cicognani, E. (2000), *Psicologia della Salute*, Il Mulino, Bologna.

SITOGRAFIA

- <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/>
<http://osha.europa.eu/en/topics/stress>

2.3.6. PROGETTO “S...DRAMMATIZZO LA VIOLENZA” di Barbara Andrisani* e Paola Cornali**

Programma di intervento di informazione e formazione per il contrasto alla violenza di genere.

1. PRESENTAZIONE PROBLEMA

1.1. Descrizione e classificazione

L'ONU definisce la violenza di genere “... ogni atto di violenza fondato sul genere che comporti o possa comportare per la donna danno o sofferenza fisica, psicologica o sessuale, includendo la minaccia di questi atti, le coercizione o privazioni arbitrarie della libertà, che avvengano nel corso della vita pubblica o privata... la violenza contro le donne è la manifestazione di una disparità storica nei rapporti di forza tra uomo e donna, che ha portato al dominio dell'uomo sulle donne e alla discriminazione contro di loro, e ha impedito un vero progresso nella loro condizione...” (*Declaration on the elimination of violence against women*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, New York, 20 dicembre 1993). Secondo quanto valutato da esperti delle Nazioni Unite non esiste un paese dove le donne non siano discriminate e violate. Le violazioni che subiscono le donne sono le più svariate e comprendono violazioni dei diritti civili, politici, economici, sociali e culturali.

La violenza è pertanto un fenomeno universale e trasversale. Nelle sue varie forme, colpisce donne di ogni nazionalità, di ogni classe, gruppo etnico, religione, credo politico.

Da una ricerca svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2005), le conseguenze sulla salute delle donne vittime di violenza fanno riferimento a lesioni, disabilità permanenti, problemi di natura ginecologica, malattie a trasmissione sessuale, emicrania cronica, disturbi gastrointestinali, cardiovascolari, ecc. Inoltre, una particolare attenzione è stata rivolta dall'OMS alle patologie mentali ed alla depressione. Su questo terreno il legame tra condizioni di salute e violenza è ancora più forte: la violenza fisica, sessuale o psicologica è spesso accompagnata da disturbi della sfera psicologica e/o emozionale.

1.2. Dati epidemiologici: incidenza e prevalenza

L'ISTAT nel 2007 ha pubblicato i risultati di un'indagine multiscopo dedicata al fenomeno della violenza fisica, sessuale e psicologica nei confronti delle donne fuori e dentro la famiglia. L'indagine è stata finanziata dal Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità. Il campione comprendeva 25 mila donne tra i 16 e i 70 anni, intervistate su tutto il territorio nazionale con la tecnica telefonica. I risultati confermano che sono più di 6 milioni le donne vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita (il 31,9% della classe di età considerata). 5 milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%), quasi 4 milioni violenze fisiche (18,8%); circa 1 milione di donne ha subito stupri o tentati stupri (4,8%).

Dall'indagine emerge, inoltre, che le donne subiscono più forme di violenza contemporaneamente. Un terzo delle vittime subisce atti di violenza sia fisica che sessuale, e la maggioranza delle vittime ha subito più episodi di violenza. Il sommerso è elevatissimo: è difatti consistente la quota di donne che non parla con nessuno delle violenze subite (33,9% per quelle subite dal partner e 24% per quelle da non partner) e soprattutto non le denuncia. I partner e gli ex partner sono responsabili della quota più elevata di tutte le forme di violenza fisica e di alcuni tipi di violenza sessuale (stupro, rapporti sessuali imposti).

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, Napoli, Email: barbara.andrisani@inwind.it

** Psicologa, Psicoterapeuta CC, Napoli, Email: celihaicieliblu@inwind.it

1.3. Eziopatogenesi: fattori causativi e di mantenimento

I fattori causativi della violenza nei confronti delle donne possono essere così sintetizzati:

- *Culturali*: Idea della inerente superiorità dei maschi, sistema di valori che conferisce agli uomini il diritto di possesso sulle donne (tradizioni matrimoniali come il prezzo della sposa, la dote), concezione della famiglia come sfera privata assoggettata al controllo dell'uomo, ammissibilità della violenza come modalità di risoluzione dei conflitti, percezione rigida dei ruoli di genere, tolleranza della violenza da parte della società nei confronti della violenza di genere nei rapporti di coppia.
- *Economici*: Restrizione di accesso per le donne all'istruzione, alla formazione e all'occupazione; dipendenza economica delle donne nei confronti degli uomini, restrizioni di accesso al denaro e al credito, leggi discriminatorie per l'eredità, il diritto della proprietà, l'uso delle terre ed il loro mantenimento in seguito a divorzio o vedovanza.
- *Giuridici*: Stato giuridico inferiore delle donne (secondo legge scritta o consuetudinaria), leggi sul divorzio, conservazione o eredità dei patrimoni, non protezione da parte di polizia e magistratura.
- *Politici*: Sottorappresentanza delle donne nella politica, scarsa considerazione da parte dei politici della violenza di genere (in particolare di quella domestica).

Per quanto riguarda i fattori di mantenimento del fenomeno si cita il "ciclo della violenza" (Walker), "la sindrome dell'impotenza appresa" (descritta da Martin Seligman), gli ostacoli socioeconomici (la donna non ha accesso al denaro, non ha un impiego e fatica a trovare un lavoro che garantisca un introito sufficiente per vivere, ecc.), i problemi legati alla rete sociale (la famiglia di origine vuole che la coppia rimanga insieme e non è disponibile a fornire supporto sociale o finanziario, ecc.), gli ostacoli istituzionali (servizi sociali, forze di polizia e giudiziarie non sempre pronti ad intervenire in maniera tempestiva e realmente protettiva nei confronti della donna e dei minori).

Si ritengono fattori protettivi dal rischio di agire o subire violenza in una relazione affettiva, e sul loro incremento si lavora con i destinatari del progetto, una buona autostima, la consapevolezza della propria dimensione emotiva e la capacità di autoregolare le emozioni, buone capacità comunicative e relazionali, buone capacità di fronteggiamento rispetto alle situazioni critiche, buone conoscenze sul fenomeno della violenza e sugli stereotipi e pregiudizi presenti nella nostra società.

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

L'intervento si basa sui presupposti teorico metodologici:

- Della *RET di Albert Ellis (2002) (Di Pietro, 1999)*, secondo la quale le reazioni emotive agli eventi della vita dipendono dal modo di interpretare tali eventi. Il meccanismo che sta alla base delle reazioni emotive può essere spiegato attraverso il modello ABC, dove A rappresenta l'evento, B il pensiero rispetto all'evento e C la reazione emotiva ed il comportamento che ne derivano.
- *Dell'educazione socio-affettiva secondo il metodo integrato di Putton-Francescato (1989; 1995)* che trae spunto dalla psicologia di comunità e dalla psicologia umanistica nonché dalle tecniche di Thomas Gordon, in particolare l'ascolto attivo, il messaggio-io, la risoluzione dei conflitti con il metodo del *problem solving*. L'educazione socio-affettiva mira a sviluppare nell'individuo una positiva e realistica immagine di sé, facilita l'instaurarsi di gratificanti rapporti con gli altri e pertanto costituisce un efficace metodo di formazione di individui sani.
- *Della Survivor therapy di Lenore Walker (Hirigoyen, 2006; Filippini, 2005; Ponzio, 2004)* che ha messo in evidenza l'andamento ciclico della violenza domestica (fase della tensione, fase dello scoppio della violenza e fase delle false scuse e della falsa riconciliazione). Il ciclo si ripete come una spirale che col tempo accelera con crescente intensità e non si interrompe finché la donna non mette fine alla relazione.

- *Dell'analisi femminista e dell'immenso lavoro di conoscenza sul tema della violenza di genere* elaborato negli anni grazie all'accoglienza delle donne maltrattate dai centri antiviolenza.

- *Dell'impotenza appresa di Martin Seligman* (Morosini, Piacentini, Leveni, McDonald e Michelin, 2006) secondo cui un individuo collocato in un contesto spiacevole e incontrollabile diventerà passivo e accetterà degli stimoli dolorosi, anche quando l'evitamento è possibile ed evidente. Questo perché si sviluppa un comportamento simile a quello che caratterizza il "disturbo depressivo" e pertanto si ritiene che qualsiasi cosa si faccia non si potrà sfuggire alle situazioni negative.

3. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI INTERVENTO

3.1. Finalità

L'intervento si propone di prevenire ogni forma di discriminazione e violenza nei confronti delle donne attraverso azioni, rivolte agli/alle studenti/tesse delle scuole superiori, finalizzate a diffondere e consolidare una cultura dei rapporti tra i generi fondata sul rispetto reciproco.

L'intervento si propone inoltre di migliorare il benessere e la salute psico-sociale delle allieve e degli allievi tramite l'apprendimento di abilità e competenze utili alla gestione delle relazioni sociali, dell'emotività, ad affrontare i problemi, gli stress e le pressioni sociali.

L'intervento si propone infine di strutturare adeguati spazi e percorsi di riflessione nel contesto educativo-formativo al fine di creare un luogo nel quale le ragazze ed i ragazzi ma anche il personale docente e non docente e i familiari degli/le studenti/esse possano parlare delle loro situazioni di violenza.

3.2. Obiettivi

L'intervento si propone i seguenti obiettivi:

- Favorire lo sviluppo di una buona immagine di sé ed una sana autostima
- Incrementare la consapevolezza della propria dimensione emotiva e migliorare l'autoregolazione delle emozioni
 - Migliorare le modalità comunicative
 - Incrementare la capacità di stabilire relazioni efficaci
 - Attivare capacità personali e di fronteggiamento
 - Incoraggiare il pensiero critico
- Aumentare le conoscenze dei/le ragazzi/e sul fenomeno della violenza e delle discriminazioni di genere nelle sue diverse espressioni
 - Promuovere la costruzione di un'identità di genere libera da stereotipi e pregiudizi stimolando la riflessione sui ruoli maschili e femminili presenti nella nostra società
 - Favorire l'emersione di situazioni di violenza di genere, a livello personale, familiare e scolastico

3.3. Target

L'intervento è rivolto, con diversi livelli di coinvolgimento, ad un'intera comunità scolastica di scuola superiore composta dalle allieve e dagli allievi, dalle loro famiglie, dai docenti e dal personale non docente. Pertanto il target di età appare eterogeneo ed è compreso tra i 13 ed i 65 anni circa.

3.4. Disegno di analisi

Il progetto si colloca nella tipologia di intervento preventivo universale, formativo, informativo e di sensibilizzazione. Quasi sperimentale, semplice O1 T O2, senza gruppo di controllo.

3.5. Contenuti

- Conoscenza di sé e autostima
- Le critiche costruttive e manipolative. I nostri pensieri: conoscerli e modificarli
- Le emozioni e la loro gestione
- Lo stile comunicativo passivo, aggressivo e assertivo
- La costruzione dell'identità maschile e femminile, i ruoli e gli stereotipi di genere
- Le diverse forme di violenza alle donne nel mondo
- La violenza domestica: definizione, caratteristiche e dinamiche

3.6. Metodologie

Per ciascun ambito di intervento sono previste le seguenti metodologie:

Per il laboratorio "Sdrammatizzo la violenza" è stata utilizzata la metodologia delle *lezioni strutturate*. E' stato impostato un programma articolato in una serie di lezioni che si sviluppano in base ad una tassonomia di obiettivi. Esse hanno carattere esperienziale e includono esercitazioni individuali, lavori di gruppo, *role-playing*, discussioni. In ogni incontro vengono utilizzate *slides*, schede di lavoro, film e filmati (Andrews, Creamer, Crino, Hunt, Lampe e Page, 2003; Becciu e Colasanti, 2000 e 2010; Bollain, 2003; Borgato, 2009; Campagna del fiocco bianco, 2005; Canu, 2008; Cheli, 2004; Cosgrove, Hilemäe, Harwin, Martins, Mimoso, Pauncz, Tóth e Viegas, 2007/2008; Davis Kean, 2005; Di Pietro, 1999; Eurydice, Rete di informazione sull'istruzione in Europa, 2010; Filippini, 2005; Francescato, Putton e Cudini, 1989; Francescato e Putton, 1995; Goleman, 1998; Giannantonio e Boldorini, 2002; Giusti e Testi, 2006; Hirigoyen, 2006; Marmocchi, Dell'Aglio e Zannini, 2004; Morosini, Piacentini, Leveni, McDonald e Michelin, 2006; Passuello e Longo, 2011; Ponzio, 2004; Pope, Mc Hale, Craighead, 2008; Rizzo, 2007/2008; Sunderland, 1997; Ventimiglia, 2002).

La metodologia prescelta per lo sportello di ascolto, utile ad elaborare emozioni e sentimenti legati ad esperienze di violenza vissute direttamente, alle quali si assiste o anche agite, è il *counseling*. Quest'ultimo è una tecnica di aiuto basata sul dialogo che ha l'obiettivo di esplorare e aiutare l'utente a comprendere per poi scegliere cosa fare e, utilizzando le proprie risorse personali, raggiungere un più elevato stato di benessere. Si tratta di un intervento breve, strutturato, non occasionale e non avulso dalla rete dei servizi presenti sul territorio (Binetti e Bruni, 2003; Filippini, 2005; Hirigoyen, 2006; Maggiolini, 1997; Ponzio, 2004).

Per il laboratorio teatrale è stata utilizzata la metodologia della *drammatizzazione*. La drammatizzazione è un'esperienza di apprendimento personale e privilegiata che consente di comprendere, "vivere" i sentimenti, le circostanze, i dilemmi, le scelte e le azioni dei personaggi che si interpretano creando partecipazione ed interesse anche nello spettatore (Centro Internazionale di Formazione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro, 2002; Di Rago, 2008; Maraini, 2007).

3.7. Attività

L'intervento prevede di realizzare:

Un *laboratorio* rivolto a tutte le quinte classi denominato "Sdrammatizzo la violenza". Il laboratorio prevede la realizzazione di 8 incontri per ciascuna quinta classe di 3 ore ciascuno a cadenza quindicinale. Questi i temi degli incontri:

1° incontro – Conoscenza di sé e autostima.

2° incontro - Le critiche costruttive e manipolative. I nostri pensieri: conoscerli e modificarli.

3° e 4° incontro - Le emozioni e la loro gestione.

5° incontro – Lo stile comunicativo passivo, aggressivo e assertivo.

6° incontro - La costruzione dell'identità maschile e femminile, i ruoli e gli stereotipi di genere.

7° incontro - Le diverse forme di violenza alle donne nel mondo. Proiezione del film "Ti do i miei occhi"

8° incontro - La violenza domestica: definizione, caratteristiche e dinamiche.

Uno sportello d'ascolto rivolto agli/le studenti/esse, alle loro famiglie, a tutto il personale docente e non docente dell'istituto. Si tratta di uno spazio di ascolto dove affrontare difficoltà e disagi conseguenza di situazioni di violenza assistita/vissuta in famiglia o nella nascente relazione di coppia. Lo sportello è attivo 3 ore con cadenza quindicinale ed è condotto da psicologhe/i esperti di violenza di genere. I colloqui si svolgono nel rispetto della privacy di tutte le categorie di utenti ma comunque, per quanto riguarda gli studenti e le studentesse, nell'ottica della tutela dei/le minori. Le richieste di aiuto saranno, all'occorrenza, indirizzate ai servizi competenti (centri antiviolenza, consultori, servizi sociali, ecc.).

Un laboratorio di drammatizzazione denominato "Drammatizzo la violenza" col quale mettere in scena alla fine dell'anno scolastico uno spettacolo che propone alcune o tutte le scene tratte dal libro di Dacia Maraini "Passi Affrettati" (2007). Si tratta di un testo teatrale, tradotto in varie lingue e rappresentato sia in Italia che all'estero, che può essere considerato un vero e proprio progetto culturale volto a testimoniare contro la violenza di genere. In esso sono presentate storie di donne di tutto il mondo prigioniere di tradizioni culturali, discriminazioni e violenze. Il laboratorio è attivo due volte alla settimana tre ore per ciascun incontro.

3.7.1 Esempio di attività

A titolo esemplificativo si propone la struttura e i contenuti del secondo incontro del laboratorio "Sdrammatizzo la violenza" intitolato: "*Conoscenza di sé e autostima*".

L'incontro verte sul tema dell'autostima, intesa in una prospettiva globale secondo gli studi di Pope, McHale e Craighead, come insieme più o meno armonico, di valutazioni complessive che effettuiamo su noi stessi e che riguardano diversi ambiti della nostra persona, come ad esempio la bellezza, l'intelligenza, la cultura, le competenze, il diritto di essere amati, l'adeguatezza nei vari ruoli sociali e professionali. Il lavoro proposto ha come obiettivi:

- Stimolare accurate autodescrizioni e promuovere la consapevolezza della propria unicità
- Favorire la consapevolezza dei punti di forza e debolezza, dei propri interessi, funzioni
- Agevolare la scoperta di caratteristiche e qualità non riconosciute attraverso un *feedback* specifico

Alle/ai ragazze/i viene proposto un lavoro esperienziale che ha come obiettivo quello di favorire la consapevolezza di sé, della propria storia, dei propri interessi, dei propri punti di forza e debolezza, ecc. nonché favorire la migliore conoscenza dei membri del gruppo. L'attività consiste nella descrizione dettagliata di sé attraverso scritti, immagini tratte da riviste, disegni apposti su un foglio bristol. Successivamente i lavori vengono mostrati a tutti/e i partecipanti per conoscere meglio gli altri e farsi conoscere.

Materiali: foglio bristol, riviste, penne e colori, colla, forbici.

Tempi: 45 minuti per il lavoro individuale. 1 ora per la discussione di gruppo.

4. VALUTAZIONE

Azioni valutative, relative alle attività dei laboratori e dello sportello di ascolto, sono previste durante tutte le fasi del progetto al fine di misurare l'efficacia (intesa come il grado e l'entità di raggiungimento degli obiettivi) e l'efficienza (intesa come analisi del buon utilizzo delle risorse finanziarie ed umane) dell'intervento ma anche allo scopo di individuare precocemente eventuali disfunzioni e correggerle in corso di realizzazione.

La valutazione delle attività proposte non è semplice, perché gli effetti che si intende produrre (cambiamenti cognitivi, di atteggiamento e comportamentali maggiormente orientati al benessere individuale e sociale) spesso sono misurabili solo nel lungo periodo ed inoltre possono essere la conseguenza di diversi fattori tra loro concomitanti, ma non necessariamente riconducibili al progetto in esame.

Gli aspetti che saranno misurati sono:

- Il *processo*, vale a dire le modalità di attuazione di tutte le attività del progetto e di come esse si sviluppano rispetto alle reazioni dei destinatari. Lo scopo è di tenerle sotto controllo mentre si svolgono in modo da confermare, migliorare o modificare l'intervento. Queste misurazioni saranno effettuate ogni 2 mesi utilizzando la griglia di osservazione, la scheda di registrazione delle presenze nei laboratori, la scheda di gradimento dell'attività dello sportello, le schede di ingresso, invio e contatto con altri servizi per lo sportello, i verbali delle riunioni di equipe.

- Il *risultato*, riguarda gli effetti del programma sul gruppo target. Si propone quindi di mettere in evidenza se l'intervento abbia effettivamente raggiunto gli obiettivi prefissati e quindi se possa essere riproposto in altri contesti, modificato o abbandonato. Saranno misurati il gradimento delle varie iniziative ed i cambiamenti prodotti nei destinatari in termini di atteggiamenti, percezioni, comportamenti, conoscenze e opinioni. A tale scopo sarà effettuata una diagnosi anche in ingresso. Gli strumenti da utilizzare saranno i questionari in ingresso ed in uscita, i questionari di gradimento.

Si terrà conto dei seguenti indicatori:

- *Indicatori di risultato*

- Gradimento delle iniziative
- Gradimento della risposta degli/le operatori/trici in termini di disponibilità, accessibilità, tempestività, continuità, competenza
- Modifica degli atteggiamenti, percezioni, comportamenti, conoscenze e opinioni

- *Indicatori di output*

- N. di percorsi conclusi nei laboratori
- N. di percorsi conclusi nello sportello di ascolto
- N. di persone presenti allo spettacolo finale
- N. di casi di violenza emersi

- *Indicatori di processo*

- Svolgimento delle attività secondo le fasi del diagramma di Gantt
- Rapporto fra costi realmente sostenuti e costi previsti
- N. e tipologia di persone coinvolte nelle varie attività
- N. di frequenze ai laboratori
- N. di assenze ai laboratori
- N. di accessi allo sportello di ascolto

- N. di invii ad altri servizi da parte dello sportello
- N. di contatti dello sportello con altri servizi
- Contenuti dei verbali delle riunioni di equipe

Nella valutazione sono previsti *strumenti di self report* (questionari semistrutturati, questionari di gradimento), *griglie di osservazione* e il *Test di valutazione multidimensionale dell'autostima - TMA* di Bruce Bracken (Bracken, 1993).

Accanto agli strumenti citati sono previste schede per la presenze dei destinatari ai laboratori, schede d'ingresso allo sportello di ascolto, schede di contatto e di invio ad altri servizi verbali delle riunioni di équipe.

BIBLIOGRAFIA

- Andrews G. et al. (2003), *Trattamento dei disturbi d'ansia. Guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo*, Centro Scientifico Editore.
- Battistelli P. (a cura di) (1997), *Io penso che tu pensi... Le origini della comprensione della mente*, Franco Angeli.
- Becciu M. e Colasanti A. R. (2000), *La promozione delle abilità sociali. Descrizione di un programma di addestramento*, Edizioni A.I.PRE.
- Becciu M. e Colasanti A. R. (a cura di), *In viaggio per crescere. Un manuale di auto-mutuo aiuto per gli adolescenti: per potenziare le proprie risorse e stare bene con sé e con gli altri*, FrancoAngeli.
- Binetti P. e Bruni R. (a cura di), (2003). *Il counseling in una prospettiva multimodale*, Edizioni Magi.
- Borgato M., Tecniche di gestione della rabbia patologica, in *Psicoterapeuti-In-formazione* rivista online semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e dell'Associazione di Psicologia Cognitiva - n. 3, anno 2009. Reperibile su internet all'indirizzo www.psicoterapeutiinformazione.it/
- Bracken B. A. (1993), *Test TMA. Valutazione multidimensionale dell'autostima*, Edizioni Erickson.
- Centro Internazionale di Ricerca Innocenti dell'UNICEF per lo Sviluppo del Bambino. *La violenza domestica contro le donne e le bambine* – Innocenti Digest n. 6, giugno 2000.
- Centro Internazionale di Formazione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro. *Progetto S.C.R.E.A.M. – Stop al lavoro minorile - Sostenere i Diritti dei Bambini attraverso l'Educazione, l'Arte ed i Media – Drammatizzazione*, 2002. Reperibile su internet all'indirizzo www.learning.itcilo.org/ilo/ipecc/scream/pack_it/.../drammatizzazione.pdf
- Campagna del fiocco bianco (2005). *Manuale per la formazione e le attività educative rivolte alla scuola secondaria superiore*, White Ribbon Campaign. Reperibile su internet all'indirizzo www.fioccobianco.it/testi/pdf/Manuale_DEF_6-12-2007.pdf
- Canu R. (2008), *La violenza domestica contro le donne in Italia e nel contesto europeo ed internazionale*, Davide Zedda Editore.
- Cheli E. (2004), *Teorie e tecniche della comunicazione interpersonale. Una introduzione interdisciplinare*, Franco Angeli.
- Cosgrove S. et al., *Il potere di cambiare. Come progettare e condurre gruppi di sostegno e auto-aiuto per donne che hanno vissuto situazioni di maltrattamento domestico*, Manuale scritto e creato dalle associazioni che hanno partecipato al progetto Daphne “Survivors speak up for their dignity – supporting victims and survivors of domestic violence, 2007-2008”. Reperibile su internet al.l'indirizzo http://www.artemisiacentroantiviolenza.it/uploads/Materiali/Il_potere_di_cambiare_corr2.pdf
- CREL s.r.l. Studi Ricerche Formazione e Commissione regionale Pariopportunità donna uomo Regione del Veneto. *Violenza sulle donne. I giovani come la pensano? Risultati, esperienze e riflessioni*, Aprile 2011.

Reperibile su internet al.l'indirizzo www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/5F2F3711-3E3F-47F8-8016-57F8AB0048F7/0/studio_giovani.pdf

- Davis-Kean P.E., (2005), The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment, *Journal of family psychology*, 19(2), pg. 294-304.
- Di Pietro M. (1999), *L'ABC delle mie emozioni. Corso di alfabetizzazione socio-affettiva*, Edizioni Erickson.
- Di Rago R. (2008), *Emozionalità e teatro. Di pancia, di cuore, di testa*, FrancoAngeli.
- Albert Ellis (2009), *L' autoterapia razionale-emozionale. Come pensare in modo psicologicamente efficace*, Mario Di Pietro (a cura di), R. Mazzeo (traduttore), M. Belli (traduttore), Centro Studi Erickson.
- Eurydice, Rete di informazione sull'istruzione in Europa. *Differenze di genere nei risultati educativi: studio sulle misure adottate e sulla situazione attuale in Europa* - Agenzia esecutiva per l'istruzione, gli audiovisivi e la cultura, 2010. Reperibile su internet al.l'indirizzo <http://www.eurydice.org> (http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/120IT.pdf)
- Filippini S. (2005), *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*, FrancoAngeli editore.
- Francescato D., Putton A. e Cudini S. (1989), *Star bene insieme a scuola. Strategie per un'educazione socio-affettiva dalla materna alla media inferiore*, La Nuova Italia Scientifica.
- Francescato D., Putton A. (1995), *Stare meglio insieme. Oltre l'individualismo: imparare a crescere e a collaborare con gli altri*, Arnoldo Mondadori Editore.
- Goleman D. (1998), *Intelligenza emotiva. Che cos'è. Perché può renderci felici*, Rizzoli.
- Giannantonio M., Boldorini A. L. (2002), *Autostima assertività e atteggiamento positivo. I fondamenti e la pratica dello sviluppo personale*, Ecomind.
- Giusti E., Testi A. (2006), *L'autostima. Vincere quasi sempre con le 3 A*, Sovera Editore.
- Hirigoyen M. F. (2006), *Sottomesse. La violenza sulle donne nella coppia*, Gli struzzi Einaudi.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*, 2007, Reperibile su internet al.l'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/34552>.
- Maggiolini A. (1997), *Counseling a scuola*, Franco Angeli Editore.
- Maraini D. (2007), *Passi affrettati. Testimonianze di donne ancora prigioniere della discriminazione storica e familiare*, Ianieri editore.
- Marmocchi P., Dell'Aglio C. e Zannini M. (2004), *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*, Edizioni Erickson.
- Mischnick R. (a cura di), *Trasformazione non violenta dei conflitti – Manuale per la formazione formatori* - prodotto finale del progetto Socrates "Development of a curriculum for Training of Trainers in nonviolent conflict transformation" - Reperibile su internet all'indirizzo www.trainingoftrainers.org/img/manual_it.pdf.
- Morosini P., Piacentini D., Leveni D., McDonald G. e Michelin P. (a cura di) (2006), *La depressione – Che cosa è e come superarla – Manuale di psicoterapia cognitivo-comportamentale per chi soffre di depressione, per chi è a rischio di soffrirne e per i suoi familiari*, Avverbi Edizioni.
- Passuello M. G., Longo V. (a cura di), (2011), *A scuola di genere. Esperienze di prevenzione della violenza di genere realizzate nelle scuole superiori*, Franco Angeli.
- Passuello M. G., Sgritta G. e Longo V. (a cura di), (2008), *I generi della violenza. Geografie, modelli, politiche*, Franco Angeli.
- Ponzio G. (2004), *Crimini segreti. Maltrattamento e violenza alle donne nelle relazioni di coppia*, Baldini Castoldi Dalai editore.
- Pope A., Mc_Hale S., Craighead E. (2008), *Migliorare l'Autostima*, Edizioni Erikson.
- Rizzo A., *Le distorsioni dovute agli stereotipi di genere nell'orientamento degli adulti*, Tesi di Dottorato in Innovazione e Valutazione dei Sistemi di Istruzione, Università Roma Tre, a.a. 2007/2008.

http://dspaceroma3.caspur.it/bitstream/2307/540/3/TESE_distorsioni_stereotipi_genere_orientamento_adulti_RIZZO.pdf

Sunderland M. (1997), *Disegnare le emozioni. Espressione grafica e conoscenza di Sé*, Edizioni Erickson.

Ventimiglia C. (2002), *La fiducia tradita. Storie dette e raccontate di partner violenti*, FrancoAngeli Editore.

FILMOGRAFIA

Bollain I. - *Ti do i miei occhi* - Spagna 2003.

Ghimenti A. - *Mailcielo è sempre blu* - 2012 <https://mailcielo.esemprepubli.wordpress.com/tag/alessandra-ghimenti/>

2.3.7. PROGETTO “VE.N.E.R.E” di Marisa Micucci*, Magda Cesi** e Iva Scotto***

Verso nuove emozioni rafforzando l’empowerment. Programma psicoeducazionale di gruppo per donne vittime di violenza.

1. PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1. Descrizione e classificazione

La violenza contro le donne rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica e sociale ed è un problema che affligge le donne di tutte le età, di tutti i background culturali e di tutti i livelli socioeconomici (Warshaw, 2001).

Galles e Strass hanno definito la violenza come “qualunque atto esercitato con l’intenzione di causare dolore o lesioni ad un’altra persona, o da questa percepito come tale” (Crowell e Burgess, 1996).

La violenza di cui può essere vittima una donna può assumere diverse forme: psicologica in cui rientrano tutti quegli atti dove non vi è contatto fisico con la vittima e che provocano danni psicologici (ad es. insulti, minacce, distruzione di oggetti personali etc.); fisica in cui i comportamenti mirano a produrre un dolore fisico (ad es. schiaffi, percosse, etc.); molestia sessuale che può essere verbale, fisica, visiva, relazionale e mira a creare disagio nella vittima; violenza sessuale in cui la donna è costretta a subire un rapporto sessuale vivendo un’esperienza di totale annientamento; o prendere le forme di una persecuzione, tipica dello *stalking*. Quando la violenza è perpetrata da un partner convivente viene denominata violenza domestica. Raramente queste tipologie si presentano in modo puro, è molto più probabile che la vittima presenti forme multiple di maltrattamento.

1.2. Dati epidemiologici

Secondo le stime, in Europa ogni anno la violenza rappresenta la prima causa di morte per le donne fra i 15 e i 44 anni (OMS, 2002), ovvero la violenza uccide o ferisce gravemente più donne di quanto facciano il cancro o gli incidenti stradali. Non è possibile dire con esattezza quante siano le donne vittime di violenza (numero oscuro), molte non denunciano perché provano vergogna, sensi di colpa, paura di ripercussioni su di loro o sui propri figli. Non hanno fiducia nelle Forze dell’Ordine e nell’Autorità Giudiziaria (Baldry, 2006). Su ciò influiscono gli stereotipi sulle donne vittime (Terragni, 1997). Dati italiani, relativi al 2010, forniti dall’Osservatorio del “Telefono Rosa” e ottenuti tramite interviste ad un campione di 1782 casi (1503 italiane e 278 straniere) evidenziano che: il 61% delle violenze avviene fra le mura di casa, in Italia 4 violenze su 5 avvengono in una relazione sentimentale e solo 1 su 100 è ad opera di sconosciuti. Diminuisce dal 64% al 55% la violenza dei compagni ma aumenta quella degli ex, che passa dal 18 al 25%; i reati di *stalking* rappresentano la metà delle violenze subite e denunciate. Le donne intervistate hanno ammesso di aver subito ricatti, minacce nel 44% dei casi, violenza fisica nel 26%, violenza economica nel 13% e violenza sessuale nel 7%. Nel 78% dei casi le violenze sono ripetute più volte. In base all’indagine prevale la violenza psicologica al 31%, seguita da quella fisica al 23%. Le vittime della violenza hanno un’età tra i 35 ed i 44 anni nel 32% dei casi, sono sposate nel 50% dei casi, hanno figli nel 79%, sono diplomate nel 53% ed impiegate nel 21%. Il 12% delle di vittime dichiarare di restare con il proprio persecutore per un “sentimento d’amore”.

* Psicologa, Psicoterapeuta CC, Roma e Trevignano R.no (RM), Email: marisa.mic@libero.it

** Psicologa, Psicoterapeuta CC, Roma (RM), Email: magda30l@hotmail.com

*** Psicologa-specializzanda CBT, Roma (RM), Email: ivascotto@hotmail.com

Si tratta di violenze domestiche a danno di mogli e fidanzate: otto donne su dieci malmenate, ustionate o minacciate con armi, hanno subito le aggressioni in casa. Un milione di donne hanno subito uno stupro o un tentato stupro.

Gli autori sono degli sconosciuti una volta su quattro, di solito sono parenti (soprattutto zii e padri) e conoscenti. Come riportato da alcuni dati di un rapporto "Eures-Ansa", i femminicidi sono in aumento al nord e in famiglia, l'incremento nell'ultimo decennio è significativo: le donne uccise sono passate dal 15,3% del totale nel periodo 1992-'94 al 23,8% del biennio 2007-2008. Nel Nord, dove sono più frequenti gli omicidi in famiglia, la quota prevalente delle vittime è di sesso femminile. La regione che detiene il triste record dei femminicidi è la Lombardia, il 17,7% del totale, seguita dalla Toscana, il 10,2%, dalla Puglia con il 9,5% e dall'Emilia Romagna, con l'8,2%. Riguardo all'ambito in cui si è consumato l'omicidio, il 70,7% dei femminicidi è stato compiuto nel 2008 all'interno di contesti familiari (104 donne uccise) (Stella, 2011).

L'ISTAT nel 2010 ha stimato che sono in quasi 7 milioni le donne italiane tra i 16 e i 70 anni che hanno subito nel corso della vita, dentro o fuori della famiglia, una forma di violenza, fisica o sessuale; 1 milione 400 mila donne hanno subito forme di violenza sessuale prima dei 16 anni; oltre 7 milioni di donne hanno subito o subiscono violenza psicologica. Spesso, coloro che subiscono forme di violenza psicologica sono anche vittime di violenze fisiche o sessuali. Appena il 7,3 % di coloro che subiscono violenze fisiche o sessuali dal partner le denuncia; ciò è giustificato dal fatto che solamente una donna su tre le considera reati. Se ci si riferisce solo a "stupri o tentativi di stupro", la percentuale delle donne che si considerano vittime di un reato sale al 26,5 %.

Se la situazione italiana non è rosea, purtroppo anche a livello internazionale le cose non migliorano. In uno studio condotto nel 2010 su 10 Paesi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla violenza domestica, una percentuale tra il 15 e il 71 per cento delle donne ha riferito di aver subito violenza fisica o sessuale dal proprio marito o partner. Tra i dieci Paesi monitorati più del 50% delle donne in Bangladesh, Etiopia, Perù e Tanzania hanno riferito di aver subito violenze fisiche o sessuali da parte dei partner, con cifre sbalorditive che raggiungono il 71% nelle zone rurali dell'Etiopia. Solo in Giappone la percentuale è inferiore al 20%.

Altri studi citati dal Fondo di Sviluppo per le donne dell'ONU riportano che negli anni scorsi l'11,6 % delle donne canadesi hanno subito violenze, fisiche o psichiche, così il 30% delle donne inglesi e il 22% delle donne statunitensi. E il rapporto "*World's women 2010*" afferma che il dato delle donne che hanno subito violenza fisica almeno una volta nella vita varia dal 12 al 59 % a seconda della zona del mondo in cui vivono.

Fortunatamente, lo sviluppo della cultura dei diritti della donna sta suscitando, nella nostra società, una tendenza a rinunciare alla negazione, alla rimozione e all'omertà, riconoscendo all'abuso una componente decisiva nella determinazione di varie forme di disagio ed un'incidenza negativa su un armonico sviluppo della personalità.

1.3. Eziopatogenesi

Gli effetti della violenza sulla vittima possono essere devastanti. La letteratura scientifica conferma che subire violenza, in qualsiasi forma essa si manifesti, è un fattore di rischio aspecifico per lo sviluppo di disturbi psichiatrici. Nonostante la capacità umana di sopravvivere e di adattarsi, le esperienze traumatiche possono alterare l'equilibrio psicologico, biologico e sociale delle persone coinvolte. In donne vittime di violenza possiamo riscontrare i sintomi tipici di un Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS): shock, confusione, orrore, impotenza, dissociazione, incubi, ottundimento, evitamento e ipervigilanza (Crowell e Burgess, 1996). I "*flashback*" possono essere visivi, olfattivi, tattili o somatici e possono essere associati ad

una serie di circostanze: stimoli sensoriali associati con l'esperienza o esperienze del trauma originale, procedure mediche invasive, anniversario del trauma (Warshaw, 2001). Possono anche essere di tipo cognitivo (ideazione suicidaria o pensieri paranoici), affettivo (sentimento di terrore o di rabbia), comportamentale (obbedienza o fuga) o interpersonale (Elliot e Briere, 1995; Pearlman e Saakvitne, 1995; Turkus, 1995). Lo sviluppo di disturbi post traumatici può rendere più difficile l'uso delle risorse, lasciando le donne con un rischio ancora maggiore di essere isolate e controllate da un aggressore. Per alcune donne le sequele post-traumatiche a lungo termine dell'abuso non appaiono prima di molti anni (Warshaw, 2001) e possono favorire l'insorgenza di un episodio depressivo maggiore e di dipendenza di alcool (Breslau *et al.*, 1991, 1997). Oltre ai consueti sintomi del DPTS, possono essere presenti: dissociazione, somatizzazione, instabilità affettiva, disturbi dell'identità e dei confini della persona, comportamenti autolesionistici, comportamento sessuale impulsivo e a rischio, difficoltà nella modulazione della rabbia e degli affetti in generale, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali e frustranti, sintomi intrusivi di particolare gravità (Giannantonio, 2005). I problemi che emergono in una persona dopo essere stata esposta ad un evento traumatico non sono di tipo "causa-effetto", e cioè la conseguenza diretta ed inevitabile di quello che è successo inteso come evento storico ed oggettivo. Sono, invece, il risultato di un insieme molto complesso di variabili. In ogni caso, ciò che ne risulta, la risposta presentata dalla persona in seguito all'esposizione ad un evento traumatico, è il risultato di una complessa interazione di molte variabili, sintetizzabili nel modo seguente: tipo di evento stressante; variabili della vittima; risposta soggettiva all'evento stressante; supporto e risorse sociali (van der Kolk e McFarlane, 2004).

2. TEORIE DI RIFERIMENTO

La teoria di riferimento su cui si basa il progetto è quella dello stress e del modello scientifico del DPTS. Selye (1936, 1973) utilizzò per la prima volta il termine stress per indicare una reazione fisiologica aspecifica dell'uomo a diversi stimoli (*stressor*) che possono essere di varia natura: fisica, chimica, biologica, emotiva, ecc. Definì come stressanti quegli stimoli capaci di aumentare la secrezione dell'ormone adrenocorticotropo. Interpretando il fenomeno quale conseguenza di una risposta sistemica dell'organismo, parlò di "*sindrome generale di adattamento*", di cui individuò tre fasi: una reazione di "*allarme*", caratterizzata dall'attivazione del sistema simpatico; quella di "*resistenza*", in cui assume un ruolo fondamentale l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, attraverso la quale l'organismo cerca di trovare una forma di adattamento e di compensazione alla situazione di stress; se quest'ultima si protrae troppo a lungo si arriva alla fase di "*esaurimento*".

I primi studi sistematici riguardo all'impatto emotivo sulle vittime di violenza risalgono agli anni '70. Sebbene i sintomi emotivi, fisici e psicologici specifici, variano da persona a persona, è possibile racchiuderli in un insieme comune alla maggior parte delle vittime e classificarli in un modello conosciuto come Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS).

La frequenza della comorbidità associata al DPTS ha portato a ritenere che esista una forma più complessa di DPTS che si sviluppa in quelle persone che hanno subito abusi per un lungo periodo di tempo, tale da includere, sia sull'Asse I che sull'Asse II, le sequele di abuso cronico (Zlotnick *et al.*, 1996; Brady, 1997; Roth *et al.*, 1997). Il Disturbo Post-traumatico da Stress Complesso (Herman, 1992; Giannantonio, 2005) o Disturbo da Stress Estremo Non Altrimenti Specificato (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified: DESNOS) (van der Kolk e Fiesler, 1994) non rientra tra le diagnosi ufficialmente comprese nel DSM-IV-TR nonostante sia contemplato già nella nona edizione della International Classification of Disease (ICD-9) (Warshaw, 2001).

3. DATI DI RICERCHE SUL CAMPO (FR E FP)

Le ricerche evidenziano come siano presenti i seguenti Fattori di Rischio, di natura biologica, psicologica e situazionale, in donne vittime di violenza che sviluppano disturbi psicologici:

Fattori biologici:

- Predisposizione genetica alla vulnerabilità nei confronti di reazioni patologiche in seguito all'esposizione ad eventi traumatici
- Predisposizione biologica non genetica: come ad es. l'età (in linea di massima gli eventi traumatici generano effetti più gravi in età minori), il sesso (ad es. le donne, rispetto agli uomini, risultano più esposte alla possibilità di vivere esperienze traumatiche di maggiore gravità) (Kessler *et al.*, 1999)
- Alterazioni biologiche seguenti a precedenti esposizioni a traumi. A tal proposito è stata considerata l'ipotesi del *kindling* (Giannantonio, 2005), ovvero una sorta di sensibilizzazione biologica causata da traumi subiti

Fattori psicologici:

- Tratti di ansia e depressione preesistenti al contesto traumatico (Davidson e Connor, 1999)
- Alcuni tratti della personalità come nevroticismo ed introversione (strutture di personalità maggiormente "*incident prone*", ad esempio i borderline, i quadri dissociativi)
- Strategie di *coping* disfunzionali o limitate (Giannantonio, 2005)

Fattori situazionali:

- Scarso o assente sostegno sociale reale o percepito (tipo e grado di aiuto psicologico, cognitivo, informativo, materiale che la persona può ricevere o meno dai componenti della sua rete sociale) (Giannantonio, 2005)
- Storia anamnestica di separazione precoce da entrambi i genitori o da un genitore
- Attaccamento insicuro o disorganizzato (Liotti, 2001)
- Eventuali altri eventi traumatici vissuti nel passato
- Problematiche concomitanti alla situazione traumatica, relativi a lavoro, aspetti economici (Meichenbaum 1994)
- Paese di provenienza e di appartenenza culturale (ad es. donne immigrate, provenienti da paesi dove lo status delle donne è ritenuto inferiore e subordinato al quello dell'uomo)

Sono stati individuati anche i Fattori Protettivi che mitigano gli effetti della violenza:

Fattori personali:

- Stile di *coping* adeguato (problem focused o emotion focused, in risposta a determinate situazioni) resilienza
- Buon livello socioculturale
- Assenza di traumi nella propria storia personale passata
- Assenza di patologie psichiatriche

Fattori situazionali:

- Adeguato sostegno sociale che può funzionare da tampone (effetto buffer) agli *stressors*
- Assenza di problematiche socio-economiche

Risulta che ha meno probabilità di sviluppare un disturbo post traumatico da stress:

- Chi riceve informazioni sulle reazioni al trauma

- Chi riesce a rilassarsi
- Chi riesce a verbalizzare la propria esperienza o comunque a dare un senso e un significato all'accaduto
- chi ha una ristrutturazione cognitiva (van der Kolk, 1996)

4. PRESENTAZIONE DEL PROGRAMMA DI INTERVENTO

Il progetto "V.E.N.E.R.E" persegue lo scopo di aumentare il livello di *empowerment* dei soggetti che hanno subito queste esperienze traumatiche, di incrementare il loro senso di autoefficacia e lo stato di benessere, mirando al raggiungimento di un nuovo equilibrio bio-psico-sociale; favorire l'integrazione dei contenuti della memoria episodica (emozioni, sensazioni, immagini intrusive, flashback) con quelli della memoria dichiarativa (contenuti del pensiero esplicito, capacità di narrare e narrarsi i propri vissuti emotivi).

A conclusione dell'intervento si dovrebbero raggiungere i seguenti obiettivi:

- Incrementare il senso di autoefficacia: le donne dovrebbero avere un incremento delle loro capacità a controllare la propria vita, acquisendo un maggior senso di padronanza e di controllo su ciò che riguarda la relazione con il mondo e con l'ambiente, Ovvero, dovrebbero essere in grado di decifrare cosa accade loro, e conoscere le risorse e le possibilità fornite/consentite dall'ambiente per porre fine alla loro situazione di vittima.
- Aumentare le abilità di *coping*: le donne dovrebbero avere a disposizione strategie funzionali di *coping* sia attivo che emotivo, ad es. dovrebbero sapere quali risorse hanno a disposizione, dove e come reperirle e come utilizzarle, saper riconoscere le proprie emozioni e modularle in modo adeguato etc.
- Aumentare il sostegno sociale reale e percepito: rafforzare le relazioni sociali presenti e favorire la nascita di nuove relazioni, sollecitando l'inserimento delle donne in gruppi sociali (sportivi, religiosi etc.) così da rafforzare il sostegno sociale ed emotivo. Le donne devono imparare a chiedere aiuto in caso di necessità ai vicini, parenti, forze dell'ordine, istituzioni.
- Riconoscere ed esprimere le proprie emozioni: riconoscere le emozioni che si stanno sperimentando collegandole ad eventi e pensieri ad esse associati, poterle comunicare agli altri senza paura di essere giudicate negativamente.
- Favorire processi di pensiero più flessibili e neutrali: per esempio riguardo le concezioni sull'uomo, riuscire a considerare esempi di comportamenti positivi ed interazioni positive o neutrali di uomini nella propria vita ed in quella di chi si conosce.

Destinatari del progetto: un gruppo composto da circa 8 donne vittime di violenza in attesa di un primo colloquio presso un centro antiviolenza.

I Soggetti coinvolti sono: 3 psicologhe-psicoterapeute cognitivo comportamentali, una avvocatessa ed il gruppo di 8 donne della lista di attesa del Centro Antiviolenza.

Il disegno di analisi utilizzato per la misurazione dell'efficacia dell'intervento è di tipo quasi-sperimentale, con un pre-test e un post-test, senza un gruppo di controllo: O1-T-O2.

Per quanto concerne *la metodologia*, questo progetto di intervento utilizza la dimensione grupppale per i seguenti motivi:

- Un lavoro di gruppo di questo tipo va ad alleggerire il lavoro dei Centri Antiviolenza, consentendo di rispondere in tempi brevi alla richiesta di un primo contatto della donna con l'istituzione. Ciò che viene fatto solitamente nei primi colloqui con la donna che si rivolge al Centro Antiviolenza, viene qui fatto contemporaneamente con più donne con una ottimizzazione di tempo e risorse umane.

- Un gruppo di questo tipo mira a diventare un "rete sociale", che prende l'avvio dalla condivisione di un medesimo problema, aspetto questo che riduce il senso di stigmatizzazione e di solitudine.

- La condivisione dei problemi facilita la rivelazione di sé, ossia il racconto della propria storia personale che dà l'avvio ad una elaborazione del trauma. Il progetto "V.E.N.E.R.E" si suddivide in tre moduli.

La prima parte dell'intervento è di tipo informativo, attraverso la quale vengono date informazioni ai partecipanti sui tipi di violenza, sulle reazioni ad essa a livello personale, sociale ed istituzionale. La scelta di tale metodologia è dovuta ai dati emersi dalla letteratura secondo i quali fornire gli aspetti conoscitivi necessari risulta essere di grande efficacia, in quanto si inizia ad offrire una nuova visione della realtà, più realistica e adattativa. In definitiva si tratta di offrire gli strumenti per affrontare un problema, risorse che la persona deciderà di utilizzare quando sarà pronta a farlo. Potremmo considerare questo lavoro propedeutico ai seguenti; lo scopo di questo intervento è aiutare la donna comprendere cosa le stia accadendo offrendole una cornice concettuale che si basa sulle odierne ricerche nel campo dello stress e farle intravedere gli strumenti per affrontare la situazione sia basandosi su risorse interne (i due lavori successivi), che esterne (informazioni sui servizi a disposizione, come centri antiviolenza, o su cosa può essere fatto a livello legale). Ciò che dovrebbe giungere alla donna è il messaggio che "può fare qualcosa" per uscire dalla situazione in cui si trova (Giannantonio, 2005).

La seconda parte dell'intervento prevede una parte informativa sul riconoscimento delle emozioni basandosi sulla teoria di Ekman, ed una parte applicativa basata sull'esecuzione di protocolli auto-osservativi delle emozioni e sull'uso della tecnica dell'E.E.S. (Pennebaker, 1993). La scelta di tale tecnica è suffragata dalla ricerca scientifica che evidenzia come in un gruppo sperimentale, composto da vittime di esperienze traumatiche, veniva chiesto di scrivere, per quattro giorni consecutivi e per 15 minuti al giorno, un racconto sulle proprie esperienze traumatiche, mentre al gruppo di controllo, anche questo composto da vittime di esperienze traumatiche, veniva chiesto di scrivere su argomenti non emotivi. Dai controlli medici effettuati prima e dopo l'esercizio della scrittura è stato rilevato un miglioramento dello stato di salute nel gruppo sperimentale. L'effetto positivo viene riscontrato nei marker ematici, nella aumentata capacità dell'organismo di resistere alle malattie, nell'aumento delle funzioni immunitarie: tutti effetti che si manifestano dopo un po' di tempo dal racconto, mentre nell'immediato l'umore peggiora, emergono stanchezza e infelicità. La scrittura spinge la persona a tradurre l'esperienza in parola. Via via che l'esperienza viene raccontata i dettagli inutili spariscono dalla narrazione e restano gli elementi più importanti. Questo permette una elaborazione cognitiva che permette di inserire l'avvenimento nella propria storia personale, dandogli un significato. Per stare meglio è necessario dare un significato ai ricordi per renderli non frammentari ma coerenti, connettere pensieri ed emozioni.

La terza parte dell'intervento si occupa della Ristrutturazione Cognitiva. L'accadere di un particolare evento negativo provocato da un'altra persona (come nel caso della violenza), è in contraddizione con la convinzione di un mondo giusto e sicuro. Quando la persona riceve nuove informazioni che sono in contrasto con precedenti convinzioni o schemi, accadono due processi: l'assimilazione e l'accomodamento. L'assimilazione si riferisce al processo in cui l'informazione viene alterata o distorta per adattarsi (essere assimilata) nello schema esistente. L'accomodamento implica un cambiamento degli schemi esistenti per accettare nuove e incompatibili informazioni. Un es. di assimilazione in donne vittime di stupro può essere il senso di colpa che nasce dal pensiero di non aver resistito con successo all'aggressione sessuale. Lo scopo è aiutare le donne a non assimilare distorto l'evento bensì a ristrutturare gli schemi di riferimento in armonia con le nuove informazioni senza cadere in un processo di eccessivo accomodamento. Ad es. la donna dovrebbe arrivare a dire che non è stata colpa sua, che episodi del genere sono purtroppo comuni, ma non tutti gli uomini sono stupratori (Horowitz, 1978; McFarlane e van der Kolk, 2004).

Il progetto si articola in 4 fasi:

Fase I: formazione del gruppo, attraverso la selezione delle prime 8 donne in lista di attesa di un primo colloquio al Centro Antiviolenza.

Fase II: Pre-test: somministrazione test per la creazione di una baseline per la valutazione dell'efficacia del progetto.

Fase III: implementazione del progetto suddiviso in tre moduli.

Fase IV: post-test: somministrazione test per valutare l'efficacia del progetto implementato.

Le attività da svolgere durante la realizzazione dei 3 moduli sono:

- Compilazione test
- Lezioni frontali
- Discussioni di gruppo sulle varie tematiche proposte
- Esecuzione di protocolli autosservativi sulle emozioni
- Esecuzione di protocolli autosservativi mediante la tecnica ABC
- "Espressione Emozionale Scritta" (EES)
- Esecuzione di tecniche di Ristrutturazione Cognitiva
- Role-playing

Ad esempio, per l'esecuzione di protocolli autosservativi sulle emozioni si è programmato al principio di illustrare come si compila un protocollo autosservativo sulle emozioni, di assegnare poi alle partecipanti la compilazione di un protocollo autosservativo su una emozione piacevole ed una spiacevole, ed infine favorire e stimolare la condivisione e la lettura dei protocolli autosservativi nel gruppo.

La durata complessiva è di 17 settimane per un totale di 34 ore così suddivise:

- Il primo incontro di presentazione del progetto e svolgimento del pre-test per un totale di 2 ore;
- La durata prevista per l'implementazione del progetto è di 15 settimane per un totale di 30 ore, ripartite in 3 moduli. Ogni modulo prevede 5 incontri per un totale di 10 ore;
- L'ultimo incontro di chiusura dei lavori e svolgimento del post-test per un totale di due ore.

Gli incontri hanno cadenza settimanale.

Le risorse umane previste sono: 4 conduttori (3 psicologhe-psicoterapeute cognitive comportamentali + una avvocatessa del Centro Antiviolenza e il gruppo). Le risorse strumentali previste sono: test, brochure informativa, protocolli auto-osservativi, lavagna, computer, proiettore, fogli, penne.

5. VALUTAZIONE

Gli strumenti di misurazione per verificare l'efficacia dell'intervento in fase pre e post sono:

- Scala di Valutazione del Self-Empowerment (Bruscaglioni e Gheno, 2000)
- Toronto Alexithymia scale (Tas-20), (Parker e Bagby 1993)
- Brief Cope test (Cope), (Carver, 1989)
- Scala di valutazione dell'autoefficacia (Bandura, 1997)
- Impact of Event scale (IES-R) (Daniel *et al.*, 1996)

A seguito dell'intervento attuato ci auspichiamo la nascita di un gruppo *self-help*.

Per monitorare la stabilità nel tempo dei risultati conseguiti è previsto un *follow-up* a 6 mesi e a 1 anno

Considerati i diversi contesti socioculturali appartenenti al territorio italiano, da Nord a Sud, si evidenziano numerose e partecipate esperienze dei Centri Antiviolenza e Case Rifugio per donne vittime di

violenza, evidenziando così come la cultura ed il luogo di appartenenza non sia, ad oggi, un fattore di ostacolo all'attuazione del progetto stesso. Pertanto la riproducibilità del progetto dipende unicamente dalle risorse economiche messe a disposizione dalle Regioni, Province, Comuni o da soggetti privati.

BIBLIOGRAFIA

- Baldry A.C., (2006), *Dai maltrattamenti all'omicidio: la valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*. Frano Angeli, Milano.
- Bandura A., (1997), Scale di valutazione Autoefficacia ad. It. Caprara, cit. in Bandura, Autoefficacia. *Teoria e applicazioni*, Erickson, Trento, 2000.
- Brady, K.T., (1997), Post-traumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD, *Journal of Clinical Psychiatry*, 9 (suppl).
- Breslau, N., Davis, C., Andreski, P. (1991), Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults, *Archives of General Psychiatry*, 48: 216-222.
- Breslau, N., Davis, C., Peterson, E.L., (1997), Psychiatry sequelae of posttraumatic stress disorder in women, *Archives of General Psychiatry*, 54: 81-87.
- Bruscaglioni M., Gheno S. (2000), Scala di Valutazione del Self-Empowerment, cit. in Bruscaglioni M., Gheno S., *Il Gusto del Potere. Empowerment di persone e azienda*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Carver, (1989), Brief Cope test ad. It. Novara, Sica, Sanavio 1997, cit. in Rubini, *Test e misurazioni psicologiche*, Il Mulino, Bologna, 1984.
- Crowell N.A., Burgess A.W. (eds.), (1996), *Understanding violence Against Women*. National Academy Press, Washington, DC.
- Daniel S. Weiss e Charles R. Marmar, (1996), IES-R "Impact of Event scale" ad. It. M. Giannantonio, cit. in Giannantonio, *Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza*, Ecomind, Salerno, 2003.
- Davidson, J.R.T., Connor, K.M., (1999), Family studies of PTSD: a review, In Yeuda, R., *Risk factors for posttraumatic stress disorder*, American Psychiatric press, Washington: pp. 79-92.
- Elliott, D.M., Briere, J.N., (1995), Transference and countertransference, in Classen, C., Yalom, I., *Treating women molested in childhood*, Josey-Bass, San Francisco, CA.
- Giannantonio, M. (a cura di), (2005), *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza* (ed. II) Ecomind, Salerno.
- Herman, J.L., (1992), *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
- Horowitz, M., (1978), *Stress response syndromes*, Jason Aronson, New York
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, F., (1999), Posttraumatic Stress Disorder in the national Comorbidity Survey. *Archives General of Psychiatry*, 52: 1048-1060.
- Liotti, G., (2001), *Le opera della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Cortina, Milano.
- McFarlane, A.C., van der Kolk, B.A., (2004), Il trauma e la sua sfida alla società, in van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (a cura di), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Magi, Roma.
- Meichenbaum, D., (1994), *A clinical handbook/practical therapist manual for assessment and treating adults with post traumatic stress disorder (PTSD)*. Ontario, Canada, Institute Press, University of Waterloo.
- OMS, (2002), World report on violence and health, Geneve. www.who.int.
- Parker, Bagby, (1993), *Toronto Alexthimia scale (Tas-20)* ad. It. Caretti, V., La Barbera, D., Capraro, G., Astrolabio, Ebaladini editore, Roma.
- Pearlman, L.A., Saakvitne, K., (1995), *Trauma and Therapist*, Norton, New York.

- Pennebaker, J.B., (1993), Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications, *Behaviour Research and Therapy*, 31(6): 539-548.
- Roth, S.H., Newman, E., Newman, J., Pelcovitz, D., (1997), Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for post traumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, 10, 4: 539-555.
- Selye, H., (1936), A syndrome produced by diverse noxious agents, *Nature*, 138: 32.
- Selye, H., (1973), The evolution of the stress concept. *The American Scientist*, 61: 692-699.
- Stella, E., (2011), Violenza alle donne: Un nastro bianco contro la paura. Ad uccidere sono i fidanzati, www.larepubblica.it
- Terragni L., (1997), *Su un corpo di donna. Una ricerca sulla violenza sessuale in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- Turkus, J., (1995), Crisis intervention, in Classen, C., Yalom, I., *Treating women molested in childhood*, Josey-Bass, San Francisco, C.A.
- van der Kolk, B., (1996), The body keeps the score: approaches to the psychobiology of post-traumatic stress disorder, in van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (eds), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, Guilford, New York: 214-241.
- van der Kolk, B.A., Finkelhor, R., (1994), Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58: 145-168.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., (2004), Il buco nero del trauma, in van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (a cura di), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Edizioni Magi, Roma.
- Warshaw, C., (2001), Donne e violenza, In: Stotland, N.L., Stewart, D.E., *Aspetti psicologici nella cura della salute della donna*, (ed. II). trad. it. CIC, Roma: 2002: 477-526.
- Zlotnick, C., Zakriski, A.L., Shea, M.T., (1996), The long term sequelae of sexual abuse: support for a complex posttraumatic stress disorder, *Journal of Trauma Stress*, 9: 195-205.

CONGRESSI INTERNAZIONALI



8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies

22-25 June 2016
Melbourne Convention and Exhibition Centre
Australia

Advances and innovations in the behavioural and cognitive therapies across the world



- HOME
- INVITATION
- COMMITTEES
- HOST ORGANISATION
- KEY DATES
- PROGRAM
- CALL FOR ABSTRACTS
- SPEAKERS
- REGISTRATION
- SOCIAL FUNCTIONS
- PRE AND POST CONGRESS TOURS
- SPONSORSHIP AND EXHIBITION
- OTHER EVENTS
- HOST CITY AND VENUE
- DISCOVER VICTORIA
- DISCOVER AUSTRALIA
- INTERNATIONAL VISITORS INFORMATION
- GENERAL INFORMATION
- CONTACT US

Supported by:



187	DAYS UNTIL CONGRESS	
Add to calendar	Add to favourites	Tell a friend

Welcome to the 8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies 2016, which will be held at the Melbourne Convention and Exhibition Centre, 22-25 June 2016.



LATEST NEWS

Abstract Submissions Under Review

The abstract submission deadlines have now passed and abstracts are currently under review by the Scientific Program Committee. Submitting authors can expect to receive notification of the outcome of their submission before Christmas 2015.

Sponsorship and Exhibition Opportunities Available!

We are pleased to invite local and international organisations to sponsor and/or exhibit at WCBCT 2016. View the [Sponsorship and Exhibition page](#) for further information.

Registration Now Available

Registration for WCBCT 2016 is now open. [Click here](#) for a number of pages that will provide you with information you need to make your plans to join us in Melbourne in June 2016 for what promises to be an outstanding Congress.

Workshops Announced

We are pleased to provide a number of workshops as part of the WCBCT 2016 program. [Click here](#) to find out more information on these workshops.

Spread the Word



ROOTS
AND PRESENT
BRANCHES
OF CBT

EABCT 2016
STOCKHOLM
SWEDEN

AUGUST 31 – SEPTEMBER 3

INIZIATIVE TERRITORIALI

IL PROGETTO FATE

FAVORIRE L'ACCESSO ALLE PSICOTERAPIE EFFICACI



A partire da mercoledì 16 dicembre 2015, e per tutto il 2016, ogni terzo mercoledì del mese dalle 17.30 alle 19.00, sono previsti incontri GRATUITI e aperti al pubblico nella hall della sede dell'ENPAM:

- 16 dicembre Presentazione progetto FATE (Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci)
- 20 gennaio Imparare a gestire la rabbia, si può! Il ruolo delle abilità sociali.
- 17 febbraio Ansia e panico: prevenzione e intervento cognitivo-comportamentale.
- 16 marzo Gioie e dolori del mangiare: scelta, obbligo o controllo?
- 20 aprile Impariamo a vivere al meglio! Sviluppare le competenze per la vita quotidiana.
- 18 maggio Vivere e convivere in una città multiculturale: un aiuto concreto dalla psicologia.
- 15 giugno Benessere, attività fisica e autoregolazione a tutte le età.
- 21 settembre Dislessia e altri DSA (disturbi specifici dell'apprendimento): seminario per genitori che vogliono vederci chiaro.
- 19 ottobre SOS genitori. Guidare al meglio il percorso educativo con i propri figli.
- 16 novembre Gestire lo stress per vivere serenaWente.
- 21 dicembre Come litigare in famiglia: la gestione positiva dei conflitti.

Da aprile, tempo permettendo, gli incontri si svolgeranno nei giardini di piazza Vittorio Emanuele II. È prevista una sospensione nei mesi di luglio e agosto.

È possibile prenotarsi scrivendo a: sezioneclinica@crpitalia.eu
oppure telefonando allo 06/77207454 dal lunedì al venerdì dalle 15.00 alle 18.00



C.R.P.



In collaborazione con la **Fondazione Enpam**

Il CRP (Centro per la Ricerca in Psicoterapia)
con il patrocinio della Società Italiana di
Medicina Psicosociale (SIMPS)

Presenta:

Il Progetto FATE

Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci

Mercoledì 16 dicembre 2015 alle 17.30
Fondazione ENPAM, piazza Vittorio Emanuele II, 78

Stefania Borgo (medico, direttore del corso di specializzazione in psicoterapia Cognitivo-comportamentale e intervento psicosociale) e **Lucio Sibilìa** (medico, presidente del CRP) presentano il progetto FATE e alcuni testi che contribuiscono alla diffusione delle psicoterapie efficaci, fornendone una immagine chiara, realistica e aperta alle diverse culture.

LA DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Questo progetto è parte di una iniziativa avviata dal CRP (Centro per la Ricerca in Psicoterapia) <http://www.crpitalia.eu> per Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci (FATE). L'iniziativa FATE intende eliminare le molte barriere ancora esistenti per la diffusione al grande pubblico delle psicoterapie (PT) efficaci, cioè quelle specifiche forme di psicoterapia basate su prove sperimentali di efficacia (*evidence-based*).

L'idea portante dell'iniziativa è che le PT efficaci - oggi esistenti e documentate - possono e devono essere rese accessibili a tutti, alla pari delle terapie medico-chirurgiche. Le basi scientifiche ci sono. Queste forme di psicoterapia sono individuabili principalmente nelle terapie cognitivo-comportamentali, basate sui principi dell'apprendimento socio-cognitivo (*cognitive-social learning*), che provengono dalla sperimentazione e sono costantemente aggiornate e sottoposte a verifica. Le premesse etiche sono insite nel principio di eguaglianza e di solidarietà verso i cittadini in condizioni di disagio, insito nelle istituzioni delle società moderne. Le premesse economiche sono individuabili negli enormi costi - pubblici e privati - per l'assistenza psichiatrica, nonché nella prevalenza dei disturbi mentali non adeguatamente trattati, nei costi per la società delle disabilità e devianze a tali disturbi attribuibili, ed i costi in vite umane, come ad esempio i suicidi, nonché nella perdita di qualità di vita.

Alcune forme di intervento psicoterapico hanno dimostrato la loro efficacia anche per la prevenzione della patologia somatica e quindi per la riduzione delle spese dell'assistenza medica (costi della diagnostica e della terapia). In particolare, si tratta di quelle forme di intervento psicologico che mirano a potenziare i fattori psicosociali di protezione (come ad es. il sostegno sociale) e a ridurre i fattori di rischio di malattia, quali ad es. i fattori di stress psicosociale.

A questo scopo il CRP ha costituito un Servizio Clinico. Qui operano professionisti della salute mentale che sono stati formati nella Scuola di Specializzazione gestita dal CRP².

¹ Sede principale: 00162 Roma, Piazza O. Marucchi n.5

² Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale ed Intervento Psicosociale, riconosciuta dal MIUR nel 2003.

Gli ambiti di intervento del Servizio Clinico sono molteplici e comprendono, oltre alla psicoterapia: consulenza psicologica, diagnosi e psico-valutazione dei disturbi psichiatrici e psicoemotivi³, problemi comportamentali dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi specifici dell'apprendimento, psico-oncologia, problemi legati all'interculturalità, gestione dei conflitti, valutazione e riabilitazione neuropsicologica, sostegno genitoriale, potenziamento delle abilità di vita, consulenza psicologica per le attività sportive, sugli stili di vita e psicologia della salute, consulenze e valutazioni psicologiche a fini legali, supporto psicologico al lavoro del medico di base, supervisione a professionisti che operano in ambito psicologico, interventi psicosociali nella scuola, nonché tutti gli ambiti relativi al benessere psicologico, sia a livello individuale che sociale.

Il Centro Clinico, facendo parte di un ente di ricerca (CRP), valuta sistematicamente gli interventi effettuati ed utilizza i risultati delle valutazioni per migliorare il servizio.

In quanto Associazione scientifico-culturale senza scopi di lucro, il CRP fornisce, attraverso il Centro Clinico, terapie dette "solidali" (a basso prezzo o gratuite) per pazienti a basso reddito, miranti ad abbattere le barriere economiche che ostacolano l'accesso alle psicoterapie efficaci.

Il Centro Clinico è una realtà multiculturale: si effettuano terapie anche in lingua inglese, francese, spagnola e greca.

Il Progetto FATE mira anche ad ridurre i pregiudizi culturali che ancora ostacolano la fruizione delle psicoterapie efficaci. Richiedere un aiuto psicologico viene ancora percepito da una parte della popolazione come un segno di debolezza o motivo di vergogna. Al contrario, è un segno di maturità e di intelligenza.

Per altri, invece, la psicoterapia è considerata del tutto inutile; mentre ciò poteva essere talvolta vero in passato, non vale di regola per le procedure psicoterapiche efficaci.

³ Disturbi d'ansia, disturbi ossessivi, depressione, disturbi psicosomatici, disturbi del sonno, disturbi alimentari, difficoltà sessuali e di coppia, difficoltà relazionali ed esistenziali, abuso di sostanze, dipendenze comportamentali, compresa la ludopatia, problemi post-partum.

IL CALENDARIO DEGLI INCONTRI INFORMATIVI GRATUITI APERTI AL PUBBLICO

A partire da **Mercoledì 16 dicembre 2015 alle 17.30**
presso la Fondazione ENPAM, piazza Vittorio Emanuele II, 78 - Roma



In collaborazione con
la **Fondazione Enpam**

il CRP

(Centro per la Ricerca in Psicoterapia)

con il patrocinio della Società Italiana di Medicina Psicossociale (SIMPS)

Presenta:



Il Progetto FATE *Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci*

A partire da mercoledì 16 dicembre 2015, e per tutto il 2016, ogni terzo mercoledì del mese dalle 17.30 alle 19.00, sono previsti incontri **GRATUITI** e aperti al pubblico nella hall della sede dell'ENPAM:

- 16 dicembre** Presentazione progetto FATE (Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci). A cura di: *dott. Lucio Sibilla, dott.ssa Stefania Borgo*
- 20 gennaio** Imparare a gestire la rabbia, si può! Il ruolo delle abilità sociali. A cura di: *dott.ssa Dimitra Kakaraki, dott.ssa Roberta Collalti*
- 17 febbraio** Ansia e panico: prevenzione e intervento cognitivo-comportamentale. A cura di: *dott. Stefano Acquistucci, dott.ssa Dimitra Kakaraki*
- 16 marzo** Gioie e dolori del mangiare: scelta, obbligo o controllo? A cura di: *dott.ssa Alessia Cella, dott. Filippo Jacoponi*
- 20 aprile** Impariamo a vivere al meglio! Sviluppare le competenze per la vita quotidiana. A cura di: *dott.ssa Francesca Conte, dott. Andrea Fiacchi, dott.ssa Monica Federico*
- 18 maggio** Vivere e convivere in una città multiculturale: un aiuto concreto dalla psicologia. A cura di: *dott.ssa Natalia Perotto*
- 15 giugno** Benessere, attività fisica e autoregolazione a tutte le età. A cura di: *dott. Giorgio Damassa*
- 21 settembre** Dislessia e altri DSA (disturbi specifici dell'apprendimento): seminario per genitori che vogliono vederci chiaro. A cura di: *dott. Cristian Pagliariccio*
- 19 ottobre** SOS genitori. Guidare al meglio il percorso educativo con i propri figli. A cura di: *dott.ssa Roberta Collalti*
- 16 novembre** Gestire lo stress per vivere serenaMente. A cura di: *dott.ssa Roberta Collalti, dott.ssa Dimitra Kakaraki*
- 21 dicembre** Come litigare in famiglia: la gestione positiva dei conflitti. A cura di: *dott.ssa Natalia Perotto, dott.ssa Dimitra Kakaraki*

Da aprile, tempo permettendo, gli incontri si svolgeranno nei giardini di piazza Vittorio Emanuele II. È prevista una sospensione nei mesi di luglio e agosto.

Questo progetto è parte di una iniziativa avviata dal CRP (Centro per la Ricerca in Psicoterapia) per Favorire l'Accesso alle psicoTerapie Efficaci (FATE). L'iniziativa FATE intende eliminare le molte barriere ancora esistenti per la diffusione al grande pubblico delle psicoterapie (PT) efficaci, cioè quelle specifiche forme di psicoterapia basate su prove sperimentali di efficacia (*evidence-based*).

La Sezione Clinica del CRP è composta da una équipe di professionisti che offre servizi sia alla persona che alle organizzazioni (pubbliche e private), nel campo del miglioramento della salute fisica e psichica. Svolge attività di psicoterapia validata. È fondata sulle migliori prassi cliniche e su interventi innovativi basati sull'approccio cognitivo-comportamentale. La Sezione Clinica è una realtà multiculturale: si effettuano terapie anche in lingua inglese, francese, spagnola e greca.

È possibile prenotarsi scrivendo a: sezioneclinica@crpitalia.eu
oppure telefonando allo 06/77207454 dal lunedì al venerdì dalle 15.00 alle 18.00
www.crpitalia.eu - www.enpam.it

NEWS



Dizionario clinico di Psicoterapia. Una lingua comune

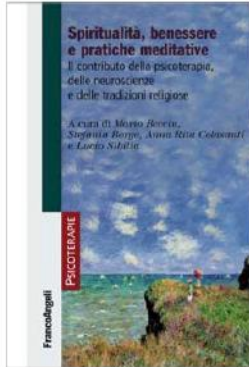
Borgo S., Sibilla L., Marks I. (2015).

Roma: Alpes Italia. Pagine 310. Euro 25,00.

Il presente volume raccoglie le prime cento voci del lessico di psicoterapia prodotto dal Gruppo di Lavoro (Task Force) del Progetto internazionale CLP (Common Language for Psychotherapy, Lingua Comune per la Psicoterapia). Si tratta del primo Dizionario in-ternazionale di psicoterapia che utilizzi un linguaggio sempli-ce, quindi scevro per quanto possibile di termini teorici, e definizioni operative, in modo che sia comprensibile sia dal pub-blico che dagli esperti di orientamenti diversi.

Questo vo-lume è il secondo libro del Progetto CLP e costituisce la prima traduzione dall'inglese ed aggiornamento del primo volume, pubblicato dal CRP nel 2010, in cui erano presenti le prime ottanta voci approvate, con l'aggiunta delle venti voci aggiuntesi successivamente.

(v. <http://www.crpitalia.eu/pubblicazioni.html>)



pp. 336, € 36,00
Cod. 1250.254

Collana: Psicoterapie

In libreria dal 5 ottobre 2015

A cura di *Mario Becciu, Stefania Borgo, Anna Rita Colasanti e Lucio Sibilia*

Spiritualità, benessere e pratiche meditative

Il contributo della psicoterapia, delle neuroscienze e delle tradizioni religiose

Storicamente nel campo della salute mentale non si è guardato alla spiritualità come ad una dimensione dell'esperienza umana che potesse essere oggetto di interesse e di approfondimento delle terapie secolari e scientifiche, considerandola come appartenente ad altri domini. Recentemente, tuttavia, gli studi riguardanti il benessere soggettivo e, particolarmente il processo di resilienza, riconoscono a tale dimensione una sorta di linfa vitale che conferisce alla persona senso di pienezza, di pregnanza, di connessione agli altri, nonché una straordinaria forza di fronte alle avversità.

In molte lingue – ebraico, latino, sanscrito – la parola spirito coincide con quella di respiro, quasi a sottolineare l'impossibilità di fare a meno di questa dimensione. Così la spiritualità che Griffith e Griffith (2002) definiscono come "quella cosa che connette l'uno al tutto" ha ritrovato un importante spazio di riflessione anche nell'ambito della salute mentale, soprattutto da parte di quei professionisti ad orientamento sistemico che intendono l'esperienza umana come istanza bio-psico-socio-spirituale.

In questa direzione, il presente volume raccoglie i contributi che alcuni autori, provenienti da ambiti disciplinari diversi (psicologia, psichiatria, filosofia, teologia, neuroscienze) hanno voluto offrire alla riflessione in tal senso.

Mario Becciu, psicologo, psicoterapeuta, presidente dell'Associazione Italiana di Psicologia Preventiva, è docente invitato presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma e didatta presso la Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitivo-Comportamentale e Intervento Psicosociale.

Stefania Borgo, neurologo e psichiatra, didatta nelle due maggiori associazioni di psicoterapia cognitivo-comportamentale (SITCC e AIAMC), è direttore del Centro per la Ricerca in Psicoterapia e della Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitivo-Comportamentale e Intervento Psicosociale.

Anna Rita Colasanti, psicologa, psicoterapeuta, è docente stabilizzato presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma e didatta presso la Scuola di Specializzazione in Terapia Cognitivo-Comportamentale e Intervento Psicosociale.

Lucio Sibilia, presidente della Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS) e fondatore del Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), ha insegnato Psichiatria e Psicologia Clinica all'Università di Roma Sapienza.

Per acquistare rivolgersi a:

Ufficio vendite
 vendite@francoangeli.it
 fax 02 26141958
 tel. 02 2837141

www.francoangeli.it

Indice

Presentazione

Parte prima

La spiritualità come fattore di benessere individuale e sociale

La speranza e la spiritualità come mediatori del benessere psicologico, di Massimo Casacchia, Laura Giusti, Rita Roncone; **La spiritualità per la pace**, di Stefania Borgo, Lucio Sibilia; **Psicoterapia cognitiva per la pace e il benessere psicosociale**, di Francesco Aquilar; **Migrazione e spiritualità**, di Katuscia Carnà; **Le pratiche meditative nella prospettiva biopsicosociale**, di Lucio Sibilia

Parte seconda

Neuroscienze e meditazione

I fondamenti neuropsicologici della meditazione mindfulness, di Cristiano Crescentini, Viviana Capurso; **Studio e comprensione dell'esperienza spirituale, religiosa e meditativa secondo l'ottica neuroscience-based**, di Tullio Scrimali; **Psicofisiologia, meditazione e spiritualità**, di Giuseppe Sacco

Parte terza

Psicoterapia e meditazione

Psicoterapia, autoregolazione emotiva e benessere, di Stefania Borgo; **Mindfulness e psicoterapia**, di Fabrizio Didonna, Alessia Minniti; **Focusing e mindfulness: similarità e differenze**, di Anna Rita Colasanti; **Un ritorno al dialogo col nostro corpo: i metodi di rilassamento**, di Roberto Picozzi; **Ipnosi e mindfulness**, di Raffaele Riccardis; **Il Sé compassionevole**, di Claudia Di Manna

Parte quarta

La meditazione negli interventi psicoeducativi e nei contesti applicativi

Le pratiche meditative nella prevenzione della sofferenza psichica e nella promozione della salute mentale, di Mario Becciu; **Dalla povertà soggettiva al benessere spirituale: l'applicazione della meditazione come percorso di cambiamento consapevole**, di Carlo Di Bernardino, Maria Chiara Angeloni, Annalisa Cigliano, Annalisa Gatta, Lediana Pasetti; **Promozione del benessere e prevenzione della salute attraverso un training di mindfulness nella scuola primaria**, di Anna Bartoccini, Antonella Macchia; **Meditazione e sport**, di Giorgio Damassa; **La mindfulness nella scuola: rassegna della letteratura ed evidenze di ricerca**, di Giulia Bianchi, Antonio Dellagiulia, Laura Bastianelli; **Le applicazioni della mindfulness nelle dipendenze patologiche**, di Maria Pozzi; **Liberi dentro. Un corso di meditazione per i detenuti del carcere di Rebibbia**, di Dario Doshin Girolami.

Parte quinta

La meditazione nelle diverse tradizioni spirituali

La meditazione nel Buddhismo Zen Soto, di Dario Doshin Girolami; **"... Tu prima di iniziare il tuo lavoro, preghi?"**. **La meditazione nella tradizione sciamanica**, di Alfredo Ancora; **La meditazione nella tradizione induista. Dalla via della suggestione alla via della conoscenza**, di Amadio Bianchi; **La meditazione nella tradizione cristiana secondo il metodo della Lectio Divina**, di Maria Pia Giudici; **Meditazione cristiana e psicoterapia. Ascoltare il corpo, guarire la mente, liberare lo spirito**, di Nello Dell'Agli; **Brevi considerazioni sulla spiritualità laica**, di Stefania Borgo - **Bibliografia - Gli autori.**

CONTRIBUTING TO PSYCHOMED

Psychomed is a triannual on-line journal on psychotherapy, behavioral medicine, health and preventive psychology, published by the Center for Research in Psychotherapy (CRP), jointly with the Italian Society of Psychosocial Medicine (SIMPS), the Italian Association for Preventive Psychology (AIPRE), LIBRA, ALETEIA.

All issues of Psychomed are available on-line at <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Contributions for Psychomed can be sent by email in Italian or English to: Dr. Dimitra Kakaraki at: psychomed@crpitalia.eu.

For information about the editorial norms, please read <http://www.crpitalia.eu/normeautori.html>.

The works will be shortly read by the Editorial Committee and the sending Author will receive a prompt feed-back.