

Introduction to Special Issue “Towards a psychology integrating low-power social groups such as migrants, elders, women, children, people with a diagnosis of disability or mental disorder”

*Rosa Maria Paniccia**, *Fiammetta Giovagnoli***

Rivista di Psicologia Clinica (Journal of Clinical Psychology) is concerned with the issues of social coexistence by proposing a clinical psychological perspective which is attentive to the relationship between the individual and the context. In this journal issue we deal with social integration and principles organizing coexistence as well.

For some time we have been reflecting on the opposition between expulsion and/or assimilation of diversities to something known on the one hand, and their recognition as strangeness to categorize and integrate on the other hand. In both literature and everyday language, these two concepts tend to be confused and assimilation to something known prevails.

With regard to issues of social coexistence, this results in dynamics of inclusion within belonging systems whose identities and aims are well defined, independently from inclusion itself. Take the case of students who are diagnosed at school: as long as inclusive assimilation is carried, both rehabilitative interventions - focused on students' deficits - and activist ones – focused on students' right to inclusion - prevail. Instead, there is lack of interventions valuing the entrance of students whose educational demand is not normalized, which could significantly contribute to the verification of school goals. In the Italian context self-referential functioning of school has been often noticed: the appearance of disability can usefully propose the failure of this self-referential process. This is possible if functioning is not based only on the right to inclusion but also integration is verified in terms of recognition of differences.

A further note on the important issue of resources. We all perceive the reduction of resources: however, different events and interventions result from this perception. Inclusion, seen as assimilation of differences, is mostly a cause of costs. In other terms, it requires resources – professionals, money, services – and expenses to get it. Integration, seen as recognition of strangeness, costs too, but also requires an increasing organizational competence from contexts adopting it. Let us go back to the example of school system which, by means of integration, verifies the limitations of its self-referential functioning and improves its ability to pursue goals. Let us think also about the lack of relationships - the integration-oriented ones – that is often reported as waste of economic resources with regard to services proposed to promote inclusive processes.

* Associate Professor at the faculty of Medicine and Psicologia of the University “Sapienza” in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

** Psychologist, Psychoterapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

Paniccia, R. M., & Giovagnoli, F. (2014). Presentazione della Special Issue “Per una psicologia dell'integrazione di categorie sociali a potere debole come migranti, anziani, donne, minori, persone con diagnosi di disabilità o malattia mentale” [Introduction to Special Issue “Towards a psychology integrating low-power social groups such as migrants, elders, women, children, people with a diagnosis of disability or mental disorder”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-4. doi: 10.14645/RPC.2014.2.515

In Italy, people perceive the waste of economic resources more than the development deriving from the inclusion of strangeness. For instance, inclusion of students diagnosed at school, as well as inclusion of immigrants within the country. On the contrary, the perception of integration is much less related to the development of organizational competence, which is fundamental for the effective economy of any context of social coexistence. Then, another important issue refers to the role of psychology which can effectively intervene on developing organizational competence rather than on favoring spending cuts. In this area – i.e. the development of organizational competence based on the ability to care for relationships – psychologists can have an important social function. The issue of integration is proposed in consideration of the spread of a defensively anomic and individualistic culture that, at least in the West, tends to deny the diversity – diagnosed or defined as gap from the norm - in turn increasing.

Let us go back to the case of disability. Medicine enables many people with disabilities to become adults, as well as many adults to prolong their life, thus becoming disabled. Meanwhile, recent international recommendations declare attention to disability based on the Universal Declaration of Human Rights. Disability goes beyond the medicalization of a disease to become a state that everyone can know firsthand, because the focus shifts from the individual disability to the barriers to participation in society, also considering symbolic dimensions such as prejudice and cultures of exclusion. In such definition of disability new issues emerge which deal with the respect for differences and the right to equal opportunities for those who have weak power such as migrants, elders, women, children, people with a diagnosis of disability or mental disorder. In other words, for all the groups at risk of exclusion.

We have invited scholars from different countries and disciplines (psychology, anthropology, history, sociology, psychoanalysis, psychiatry) to confront the issue, in order to explore its several boundaries and different approaches by theoretical contributions, researches or intervention experiences.

Presentazione della Special Issue “Per una psicologia dell’integrazione di categorie sociali a potere debole come migranti, anziani, donne, minori, persone con diagnosi di disabilità o malattia mentale”

Rosa Maria Paniccia**, *Fiammetta Giovagnoli**

La *Rivista di Psicologia Clinica* si interessa alle tematiche della convivenza attraverso una psicologia attenta alla relazione tra individuo e contesto. In questo numero ci occupiamo di integrazione sociale e, per suo tramite, dei principi organizzatori della convivenza.

Da qualche tempo stiamo riflettendo sull’antinomia espulsione e/o assimilazione delle diversità al noto da un lato, loro riconoscimento come estraneità da categorizzare e integrare dall’altro. Nella letteratura, come pure nel linguaggio comune, i due concetti tendono a confondersi con una prevalenza del primo: la riconduzione al noto.

Entro le questioni della convivenza, ciò significa il prevalere delle dinamiche di inclusione entro appartenenze viste come già definite, prima dell’inclusione stessa, nelle loro identità e nei loro scopi. Facciamo l’esempio degli alunni diagnosticati entro la scuola: se prevale l’assimilazione inclusiva, prevarranno interventi volti alla riabilitazione dei loro deficit da un lato, di militanza perché sia rispettato il loro diritto all’inclusione dall’altro. Mentre saranno carenti gli interventi volti a valorizzare, quale importante contributo alla verifica degli obiettivi scolastici, l’ingresso di alunni con una domanda educativa non riconducibile a norma. Nella situazione italiana è stato più volte verificato come la scuola tenda a funzionare in modo autoriferito; l’ingresso della disabilità può proporre un’utile occasione di fallimento dell’autoreferenza. Questo, ove non si funzioni solo in base al diritto all’inclusione, ma si metta in atto anche la verifica dell’integrazione come riconoscimento delle differenze.

Ancora una nota, sull’importante questione delle risorse. Tutti percepiamo la loro diminuzione; ma a tale percezione corrispondono sia eventi che interventi molto diversi. L’inclusione, come assimilazione di differenze, è soprattutto causa di costi. Ovvero richiede risorse – professionalità, danaro, servizi – spese per essa. L’integrazione come riconoscimento delle diversità pure costa, ma comporta anche una accresciuta competenza organizzativa dei contesti che la adottano. Torniamo all’esempio della scuola che, tramite l’integrazione, verifica i limiti dell’autoreferenza e migliora la capacità di perseguire obiettivi. Pensiamo anche alla mancanza di rapporti, di integrazione appunto, spesso denunciata come spreco di risorse, tra i servizi messi in campo per attivare processi di inclusione. In Italia la percezione di spesa eccessiva prevale su quella dello sviluppo che l’inclusione delle diversità comporta. Ad esempio, l’inclusione delle persone diagnosticate a scuola, ma anche quella degli immigrati nel Paese. Mentre è molto meno presente la percezione di un’integrazione che si accompagna a una crescita di competenza organizzativa, fondamentale per l’efficace economia di qualsiasi contesto di convivenza. Un ultimo aspetto, importante, è che la psicologia interviene molto più efficacemente sulla crescita di competenza organizzativa che sull’incentivare tagli alla spesa. Qui – sulla crescita di competenza organizzativa, basata sulla capacità di fare manutenzione delle relazioni – gli psicologi possono rivestire un’utile funzione sociale.

* Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell’Università di Roma “Sapienza”, Editor della *Rivista di Psicologia Clinica* e di *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor della *Rivista di Psicologia Clinica*, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

Paniccia, R. M., & Giovagnoli, F. (2014). Presentazione della Special Issue “Per una psicologia dell’integrazione di categorie sociali a potere debole come migranti, anziani, donne, minori, persone con diagnosi di disabilità o malattia mentale” [Introduction to Special Issue “Towards a psychology integrating low-power social groups such as migrants, elders, women, children, people with a diagnosis of disability or mental disorder”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-4. doi: 10.14645/RPC.2014.2.515

Il tema dell'integrazione viene proposto anche in considerazione dell'attuale crescita di una cultura anomica e difensivamente individualista che, almeno in occidente, tende a negare la diversità diagnosticata o altrimenti individuata come scarto dalla norma, a sua volta in crescita.

Torniamo all'esempio della disabilità. La medicina permette a molti disabili di diventare adulti e a molti adulti di prolungare la loro vita, divenendo disabili. Nel frattempo recenti indicazioni internazionali ancorano alla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo l'attenzione alla disabilità. La disabilità va oltre la medicalizzazione di una patologia per diventare uno stato che ciascuno può conoscere in prima persona, poiché l'attenzione si sposta dalla disabilità individuale alle barriere che impediscono la partecipazione nella società, di cui si considerano anche le dimensioni simboliche: i pregiudizi, le culture dell'esclusione. Nella disabilità così ridefinita fanno il loro ingresso nuove questioni, riassumibili nel rispetto per le differenze e il diritto di pari opportunità per chi le incarna entro posizioni di potere debole, come migranti, anziani, donne, minori, persone con diagnosi di disabilità o malattia mentale. In altri termini per tutte le categorie a rischio di emarginazione.

Abbiamo invitato studiosi di diversi paesi e ambiti disciplinari a confrontarsi sul tema, per esplorarne le frontiere e le diverse modalità di approccio sia attraverso contributi teorici che ricerche o esperienze di intervento.

Serious mental health disorders intersect with other social problems: Issues and intervention models to build inclusive communities

*Mary A. Jansen**, *Susan L. McCammon***, *Erika Carr****

Abstract

Those at greatest risk of marginalization, stigmatization, and isolation are those with physical and mental health impairments, people who are homeless, immigrants and refugees, and those in the criminal justice system. Women are also at great risk because they often hold positions of lower status and in many cultures are excluded from participation in education, employment, and decision making roles. Women with physical or mental health problems often become homeless, are frequently abused and suffer from extreme trauma, and become caught up in criminal activity. In contrast to a traditional mental health treatment approach that is symptom-focused, a recovery-oriented approach promotes community inclusion and full social participation. Resources are offered toward training and implementation of recovery and rehabilitation interventions.

Keywords: serious mental illness; recovery; mental health.

* Director, Bayview Behavioral Consulting, Inc.

** Ph.D., Professor and Chair, Department of Psychology, East Carolina University, Greenville, NC, USA.

*** Ph.D., Director, Inpatient Psychology Service, Connecticut Mental health Center, Assistant Professor, Department of Psychiatry Yale University.

Jansen, M. A., McCammon, S. L., & Carr, E. (2014). Serious mental health disorders intersect with other social problems: Issues and intervention models to build inclusive communities. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 5-23. doi: 10.14645/RPC.2014.2.478

Introduction

In most countries of the world, people who are stigmatized are most often socially isolated and excluded from full community participation (Stuart, 2014). Community inclusion implies full participation in all aspects of society (Salzer, Menkir, Shair, Drain, & McClaine, 2006), yet those who are most stigmatized either exclude themselves or are excluded by others from the normal aspects of everyday life. Regular jobs, continuing education, housing options of their choosing, leisure activities, friendships, family life, and civic activities and responsibilities including voting are most often not part of the repertoire of people who are stigmatized and socially excluded (Office of the UK Deputy Prime Minister, 2004).

People who experience serious mental health disorders often encounter environmental and social constraints which dramatically influence their lives in the community and this is true in virtually every country of the world (Morgan, Burns, Firzpatrick, Pinfold, & Priebe, 2007; World Health Organization, 2010). Frequently, they lack access to the supports they need in the community, are shut out of normal community life and are denied housing, avenues for social engagement, and equal employment opportunities, limiting their ability to exercise their full rights of citizenship and be fully integrated members in society (Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell, & Rowe, 2009). The literature highlights that individuals with serious mental health disorders experience isolation, loneliness, and loss, and frequently have unsatisfied desires for social connection to others and valued social roles (Davidson, Stayner, Lambert, Smith, & Sledge, 1997). Similarly, the literature highlights that for many individuals who have had serious mental health concerns their life struggles are as much struggles against socio-political experiences like stigma, marginalization, and discrimination, as they are with the effects of mental health conditions themselves (Davidson et al., 2009).

Of particular interest for this paper are people with serious mental health disorders, those who are homeless, immigrants and refugees, those in the criminal justice system, and women. There is frequently considerable overlap between and among these groups of people; the intersecting issues specific to these groups are discussed below.

People with Serious Mental Illnesses

Throughout the world, individuals with serious mental health disorders are among the poorest and most vulnerable members of society (Sayce, 2001; World Health Organization, 2005), adding further to their isolation and stigmatization. They are frequently homeless, some are immigrants or refugees and many are women. These individuals are often rejected by society, leading to a downward spiral of increased isolation, worsening mental health, and loss of social networks (Office of the UK Deputy Prime Minister, 2004). The stigmatization of people with mental health disorders is true globally (Hopper, Harrison, Janca, & Sartorius, 2007; Lauber & Rossler, 2007; Stuart, 2008; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, Leese, & INDIGO Study Group, 2009; World Health Organization, 2010), although in some developing countries individuals are more readily integrated into their communities (Hopper et al., 2007). While being included and given the opportunity for community participation is recognized as an important ingredient for recovery from serious mental illness (Bromley et al., 2013) inclusion is far from the norm in most societies, despite evidence from the World Health Organization showing that acceptance and inclusion are related to better mental health outcomes among people with the most severe forms of mental illness (Jablensky & Sartorius, 2008).

Homeless Individuals

People become homeless for a variety of reasons, some of which are related to mental illness and some of which are related to social or financial reasons. People with serious mental health disorders are often terrified of being confined, are fearful that their belongings will be stolen, are rejected from adequate housing, or are too poor to pay for decent housing. In many communities in the U.S. and Canada, the range of housing options for people

with serious mental illnesses is limited as many people need supported housing accommodations, and these are typically in short supply. Similarly, in many developing countries, governments often evict individuals who have few resources and lack the power to defend themselves (Global Urban Research Unit, n.d.). The result is that a large percentage of people with serious mental illnesses are homeless or at risk of becoming homeless (Folsom et al., 2005).

Women also become homeless for a variety of reasons. They may have serious mental health disorders with the attendant concerns mentioned above or they may not have resources to pay for housing. Their lack of resources may stem from simple unemployment to domestic abuse that forced them out of a dangerous situation and onto the streets. Women face additional challenges due to their sexual vulnerability and the fact that they often have children for whom they are responsible. Their vulnerability and need to provide for their children can have dire consequences if they are forced into unsafe prostitution or criminal activity. These experiences of women are common in developed countries (Goodman, Fels, Glenn, & Benitez, 2011) as well as in developing countries (Global Urban Research Unit, undated).

Immigrants and Refugees

Immigrants and refugees who have mental health disorders are particularly vulnerable. Given the large numbers of people moving from one country or continent to another, there are many recent immigrants and refugees that face extreme hardship combined with serious mental health disorders, for which they receive little help.

It is estimated that that in the U.S. 92% of immigrants and refugees in need of mental health services never receive them (Birman et al., 2005; Ellis et al., 2010; Kataoka, Zhang & Wells, 2002). Immigrants and refugees bring the values and beliefs of their country of origin to their new homeland; thus there are many reasons for the failure to seek or receive services. Some of these reasons include the stigma about mental illness that exists in many countries, fear of authority (especially though not exclusively, for refugees) language barriers, and cultural values that preclude receipt of services (Ellis, Miller, Baldwin, & Abdi, 2011). For example, in some cultures, the concept of mental illness is virtually non-existent because behaviors are considered to be under the control of spirits or other forces that can be controlled by indigenous healers or faith based providers (Constantine, Myers, Kindaichi, & Moore, 2004; Malarney, 2002). Even where mental illnesses are seen as true illnesses, stigma may be so great that seeking or accepting mental health services is extremely difficult if not impossible.

There are many cultures in which young people do not ordinarily make decisions or choices for themselves but defer to the wishes of their elders (Ellis et al., 2010; McKay et al., 2004). Similarly, some cultures do not afford women the opportunity to express opinions or make decisions, reserving these for male members of the family (Said-Foqahaa, 2011). In such cultures, it could be very difficult for the person with mental health problems, and particularly with serious mental illness, to access services, participate actively in the planning process, and take part in determining the future direction of his or her life.

Another cultural issue that is not often discussed involves trauma resulting from family perpetrated physical or sexual abuse. Although this occurs in many cultures, it is not officially sanctioned. However, in some cultures women and sometimes children are seen as property to be used as desired (Chaudhuri, 2005; Said-Foqahaa, 2011), and these practices can be overlooked or unofficially sanctioned. This is rarely discussed and leads to tremendous trauma for the victim and sometimes for the perpetrator as well, neither of whom will typically receive any help for the trauma.

The problems of refugees deserve special attention. In addition to the multitude of problems experienced by immigrants and other newcomers, most refugees have endured extreme abuse at the hands of those in authority (Birman et al., 2005; Ellis et al., 2011). This is a defining characteristic of becoming a refugee and can lead to somatic symptoms that may have their origin in the fear, anxiety, and trauma of the person's status as a refugee (Rohlof, Knipscheer, & Kleber, 2014). As a result, refugees generally do not trust people in authority or those who work in institutions or systems where the rules and procedures are determined by someone seen as having power. Refugees typically experience extreme fear of those around them and perceive that they and their families are in imminent danger. When all of these factors are combined (stigma from original background,

language barriers, religious beliefs about the origin of mental illness, cultural beliefs or practices related to decision making and or sexual exploitation, trauma from abuse by those in authority) and combined with priority needs for adequate food, shelter, and safety, refugees are frequently very reluctant to engage in mental health services.

Sensitivity to individuals from different backgrounds is essential if steps toward engaging an individual and his or her family are to be successful. In such cases, greater attention to family beliefs and preferences should be considered primary while attempting to involve the individual to the greatest extent possible and facilitate planning, service delivery, and ultimately recovery on the person's and family's terms. Language barriers are a frequent impediment because of the inability to communicate the many important facets of a person's life and background that may have contributed, and may still contribute to the mental health problems experienced. It is essential that services are available in multiple languages and from the cultural perspective of the person represented. Treatment considerations must be tailored to the special needs of those receiving services and trauma informed care must be a part of the mix of services. In all cases, the person's wishes about culturally influenced choices must be respected.

People Involved in the Criminal Justice System

Those involved in the criminal justice system very often have a multitude of co-occurring problems including mental health and substance abuse disorders, homelessness, a history of abuse, victimization, and trauma, and poor physical health (Folsom et al., 2005; Goodman et al., 2001; Greenberg & Rosenheck, 2008; Wenzel, Koegel, & Gelberg, 2000). In the U.S, these individuals receive little treatment for their mental health disorders and often little real help to overcome the myriad of problems that they encounter both within the justice system and after release (Simpson & Penney, 2011). The result is the revolving door of incarceration, release, homelessness, drug abuse, symptom exacerbation, and re-incarceration so often seen in this population. Combined with the highly traumatic experiences of untreated mental illness, homelessness, abuse and victimization, arrest and incarceration, the rejection and isolation experienced by individuals in this population leads to severe and extreme trauma which frequently leads to aggression and other behavioral disorders. This situation is particularly acute in the U.S. where jails, prisons, and some forensic institutions are so overcrowded that many individuals have been released without adequate treatment, supervision, or provision for community integration, often leading to their re-offending and re-incarceration. Unsupervised releases in the U.S. between 1990 and 2012 have increased 119% (Public Safety Performance Project, 2014).

A recent systematic review of studies looked at the prevalence and intersection of mental illness, homelessness, gender, victimization, and involvement with the justice system in the U.S. and found high consistency among the studies reviewed for the prevalence of these variables within a majority of the population. These authors noted the high levels of victimization in this population, especially among women and noted the paucity of literature on victimization contrasted with the much greater literature on perpetration of crime, calling attention to the double stigma surrounding mental illness and involvement with the justice system (Roy, Crocker, Nicholls, Latimer, & Ayllon, 2014).

Trauma

A large proportion of those with serious mental illness have experienced trauma. Trauma can be from sources that include physical, sexual, and emotional abuse, combat or war experiences, major illness, witnessing abuse or other traumatic events happening to others, catastrophic events, etc. Many individuals are traumatized by the mental health system itself due to the stigma, lack of respect, uncaring attitudes and sometimes dehumanizing and even abusive practices that are demonstrated even today by some mental health professionals (Jennings, 2008).

Experiencing a psychotic episode for the first time can be highly traumatic and can lead to full PTSD or to PTSD symptoms. The trauma can emanate from terror experienced as a result of the psychotic symptoms themselves or from experiences encountered in the treatment system, or both (Mueser, Lu, Rosenberg, & Wolfe, 2010).

With respect to violence, in the U.S. people with serious mental illnesses are more than twice as likely to be victims of violence than those without mental illness (Kooyman, Dean, Harvey, & Walsh, 2007; Silver, 2002), and are more likely to be victims of violence than to be perpetrators of violence (Brekke et al., 2001). A large majority of people with serious mental illnesses who have been incarcerated have experienced trauma either before being incarcerated, during incarceration, or both (Kooyman et al., 2007).

The rate of exposure to violence and the traumatic effect of this exposure are so high for people involved in the criminal justice system, and in particular for women, that most consider it the norm rather than the exception in the U.S. (Osher & Steadman, 2007). Once inside prison, both men and women with mental health disorders are also often subjected to physical violence and are more likely to be victims of violence than incarcerated persons without mental illnesses (Blitz, Wolff & Shi, 2008). Because jails and prisons (and to a lesser extent forensic psychiatric hospitals) can be highly dangerous environments and particularly so for people with serious mental illnesses, individuals often develop adaptive behaviors that help them survive (Rotter, McQuistion, Broner & Steinbacher, 2005).

Women

Women with mental health disorders who are homeless are poorer, are especially vulnerable and often have children to care for, sometimes causing them to put themselves in situations of great risk, such as selling and using drugs, engaging in prostitution, or conducting other forms of criminal and deviant behavior (Ad Hoc Working Group on Women, Mental Health, Mental Illness and Addictions, 2006; Elklit & Shevlin, 2011; Harris & Bachrach, 1990). Although some issues specific to women have been mentioned in the sections above, the distinctiveness these have on the mental health and lives of women deserves greater detail.

Worldwide, women are often subjected to physical and sexual abuse, sometimes leading to serious mental health disorders and sometimes occurring after the onset of such disorders. Women in the U.S. who experience serious mental health disorders are also at higher risk for experiences of physical or sexual abuse (Goodman, Dutton, & Harris, 1995), homelessness (Robertson, 1996), incarceration (Becker, Ansel, Boaz, & Constantine, 2011), and lower socioeconomic status (Bassuck et al., 1996), which can exacerbate the experience of stigma, marginalization, and prejudice that frequently accompanies having a diagnosis of a serious mental health disorder (Davidson et al., 2009). The literature suggests that gender has been ignored for too long in the research among those with serious mental health disorders and more attention needs to be paid to the unique experiences of women to increase their likelihood of psychological well-being (Cogan, 1998). A review of the literature documents the high prevalence of victimization of women who experience serious mental health disorders and the convergent evidence suggests that in the U.S. these experiences are associated with homelessness, substance abuse, increased symptomatology, and sexual risk behaviors (Goodman, Rosenberg, Mueser, & Drake, 1997). Although there are higher rates of trauma among this population there is paucity in the literature regarding trauma treatment, as well as examination of how trauma affects the course of serious mental health disorders among women (Mueser, Rosenberg, Goodman, & Trumbetta, 2002). The literature points out that there needs to be an increased focus on trauma treatment, residential stability, substance abuse treatment, and safety planning so individuals that experience these challenges and recent victimization can be treated more effectively and feel safe (Goodman et al., 2001). Carr, Greene, and Ponce (in press) also advocate that women's social identities such as race, ethnicity, and socioeconomic status should also be paid attention to in the intersection of serious mental health disorders and sexual objectification, as these intersecting oppressive experiences can have a unique impact on the lives of women with diverse social identities.

Women who experience serious mental health disorders and also are in the role of motherhood report the experience of motherhood as a normalizing experience and protective factor against the experience of marginalization and stigma in culture (Nicholson, Geller, Fisher, & Dion, 1993; Oyserman, Mowbray, Meares,

& Firminger, 2000). Though there are potential benefits for the role of motherhood among women with serious mental health disorders, the lack of supportive environments, while there are a multitude of challenges that are faced, contributes to the life-long fear of being able to maintain custody of children (Oyserman et al., 2000; Nicholson, Sweeney, & Geller, 1998; Sands, 1995). The research in the U.S. among women with these experiences suggests that the normal desire to have children is affected by societal attitudes that they are incompetent to care for their children, inducing a fear that children can be taken away at any time, and they are up against stereotypes from the beginning (Nicholson et al., 1998). Women also report that they have additional stresses from their mental health disorders on top of day-to-day concerns for parenting with limited available supports. The research on programs within North America in public-sector mental health services regarding the provision of parenting supports for mothers indicates there is limited attention to this salient issue and a need for more efforts towards supports, which can empower women and affect positive outcomes for children (Nicholson et al., 1993).

Women in the U.S. who are caregivers of children who experience serious mental health disorders similarly may lack the support that is needed when providing care for an individual that has unique needs. A review of the literature emphasizes the stress caregivers undergo, pointing out frequent experiences of limited assistance from the community and mental health professionals (Saunders, 2003). A qualitative study indicated themes of challenges with stigma and systems issues that can play a major impact on being able to adequately provide the care desired for a loved one with a serious mental health disorder (Veltman, Cameron, & Stewart, 2002). For example, a mother commented on the unique stigma her family experienced which was different than the level of support and coping resources offered other families who were caring for an individual with a brain injury. Other mothers expressed frustration with the lack of supports that could aid their adult children with serious mental health disorders such as the need for appropriate supportive housing or meaningful work. Another qualitative study, similarly, highlighted the experience of stigma among parents who are caregivers of those with serious mental health disorders, as well as experiences of shame and challenges with the mental health system (Pejlert, 2001). This study also expressed how significant it is for mental health professionals to be aware of their own stigma and treatment of families and made a call for professionals to seek to partner with families and offer true support for individuals that are the caregivers.

In the U.S. and Canada, for reasons that are not clear at present, the prevalence of women with serious mental illnesses is higher in forensic populations than that of men, typically estimated to be roughly twice as high, at approximately 31 percent compared to 15 percent for men (Almquist & Dodd, 2009; Blitz, Wolff, Pan, & Pogorzelski, 2005; Ditton, 1999; Sabol, & Minton, 2008; Steadman, Osher, Robbins, Case, & Samuels, 2009). Due to their increased vulnerability, women with serious mental illnesses are at special risk for physical and sexual violence, trauma, risky sexual encounters, and incarceration (Ad Hoc Working Group on Women, Mental Health, Mental Illness and Addictions, 2006; Darves-Bornoz, Lemperiere, Degiovanni, & Gaillard, 1995; Elklit & Shevlin, 2011). Compared to non-incarcerated women with mental health disorders in the justice system, they have more symptoms related to addiction, anti-social personality disorder, and post-traumatic stress disorder. Incarcerated women are more likely to have had traumatic experiences, including early sexual and physical abuse, than incarcerated men but equally likely to have substance abuse disorders (Lewis, 2006). For example, in the U.S. it has been found that 97% of homeless women with mental illness experienced severe physical and/or sexual abuse; 87% experienced this abuse both as children and as adults (Goodman, Dutton, & Harris, 1997).

Social Rejection

There is still evidence in the literature of persistent and pervasive experiences of social rejection among those who experience serious mental health disorders (Wright, Gronfein, & Owens, 2000; World Health Organization, 2010). Many individuals with serious mental health disorders have to overcome social rejection including rejection from family members, peers, friends, and the community (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005). Surveys still suggest that the public at large holds negative attitudes towards those who experience

serious mental health disorders, including employer discrimination (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999; Pescosolido, Monahan, Link, Steuve, & Kiluzawa, 1999; Wright, Gronfein, & Owens, 2000). The Independent Living Movement casts a vision that seeks to alter the stigmatized view of the “mental patient” as ostracized and shut out from society (Davidson et al., 2005; Deegan, 1992). This concept offers that individuals with serious mental health disorders self-identify as “normal” people who experience disabilities (Davidson et al., 2001; Deegan, 1993). Most countries recognize the right of all individuals, including those with disabilities, to full community integration (U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006). To this end, having a serious mental health disorder should be viewed no differently than other aspects of disability other individuals in society experience and thus, similarly, those with serious mental health disorders should be encouraged and entitled to active engagement in a meaningful life in society.

Community Inclusion and Valued Social Roles

Problems at the society level with lack of basic resources for those with serious mental health disorders present barriers to recovery and community inclusion. Typical barriers that individuals with serious mental health disorders experience are concerns with basic resources and opportunities such as affordable housing, social engagement, employment, and medical care, which is likely impacted by societal deficits in knowledge and skills in fostering and developing inviting and accessible environments for all individuals in society (Davidson et al., 2009). These issues are seen worldwide – the lack of acceptance and inclusion of people with mental health disorders is a global issue (Popay et al., 2008).

To expand, the literature highlights that individuals who experience serious mental health disorders have a notable higher incidence of homelessness and decreased access to affordable housing (Link et al., 1994; Phelan & Link, 1999). Though there has been community organizational progression in North America and many developed countries towards meeting the needs of those who are homeless and have serious mental health disorders, there are still frequent barriers to being housed due to models that delineate housing should occur for individuals only after they have complied with a set list of rules and regulations (Allen, 2003). This type of system sets individuals up for continued community exclusion due to challenges with accessing the much needed basic resource of shelter. The veracity of access to affordable housing is paramount as research indicates better mental health and quality of life for those who have stable housing and also experience serious mental health disorders (Carlsson, Frederiksen, & Gottfries, 2002; Kirkpatrick, Younger, Links, & Saunders, 1996; Shu, Lung, Lu, Chase, & Pan, 2001).

Individuals who are discharged from a hospital have a higher likelihood of being re-hospitalized than returning to work, although the benefits of employment are correlated with social functioning, symptom levels, quality of life, and self-esteem (Anthony, 1994; Mechanic et al., 2002; Marwaha & Johnson, 2003). A qualitative investigation regarding the subjective experience of employment among those with serious mental health disorders advocates that paid employment has personal meaning and promotes recovery, fostering self-esteem and pride, providing financial means, and increased coping strategies for symptoms (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008). Research indicates most people with serious mental health disorders want to work and educational attainment is a predictor in employment (Mechanic et al., 2002). The literature also suggests that interprofessional relationships and vocational specialists may play a part in enhancing employment, as well as changes in attitudes of mental health and the allocation of resources (Seebohm & Secker, 2003).

The literature espouses the value of increasing social connection to others for those who experience serious mental health disorders (Davidson et al., 2009). As expressed earlier, the experience of stigma and social rejection can impact life experience in a tremendous way (Wright et al., 2000). A large research study of individuals with serious mental health disorders in the U.S. showed that low social support increases the chance of onset of mental health symptoms and decreases chances of recovery (Pevalin & Goldberg, 2003). Social engagement and valued social roles can be realized through avenues such as social clubs, civic involvement, recreational activities, support groups, and peer groups (Davidson et al., 2009). In a similar vein, the development of specific personal meaningful activities can be mechanisms for social connection to the extent

that individuals are able to develop in confidence, contribution, and connection, by the acquirement of education, vocation, volunteering, skills, or relationships (Hendryx, Green, & Perrin, 2009; Mancini, Hardiman, & Lawson, 2005; Musick & Wilson, 2003). The literature suggests some positive outcomes from efforts to increase social support and connection via support groups, one-to-one support, or connection to natural supports (Harris, Brown, & Robinson, 1999; Heller, Thompson, Trueba, Hogg, & Vlachos-Weber, 1991; Mittleman et al., 1995).

Individuals with serious mental health disorders frequently experience co-morbid medical concerns and the literature indicates that worldwide, those with serious mental health disorders die, on average, 10 to 25 years earlier than a normal life expectancy (Colton & Manderscheid, 2006; World Health Organization, 2013). The literature demonstrates a multitude of compounding risk factors for this population such as medication side effects, physical inactivity, and use of tobacco or illicit substances, which greatly increase their medical risk (Compton, Daumit, & Druss, 2006). However, this population typically has difficulties with access to medical care and frequently receives substandard care, particularly in the U.S., and to a lesser degree in Canada (Druss, Rosenheck, Desai, & Perlin, 2002; Druss et al., 2000). Models of integrated treatment are catching ground as a method of providing more access to medical care for this at risk and vulnerable population (Druss, Rohrbaugh, Levinson, & Rosenheck, 2001).

Psychological Training and Interventions

Regrettably, most psychologists have not received the specialized training needed to help people with serious mental illnesses and the range of co-occurring disorders and social problems they encounter, recover and achieve their full potential to live a satisfying and productive life. Despite the best intentions of psychology (and other mental health professional) training programs worldwide, most continue to concentrate on traditional methods for helping individuals with mental health disorders. Antipsychotic medications have been documented as effective in treating acute psychotic episodes, in promptly treating psychosis in early stages, and in maintenance therapy to reduce relapse (Fleischhacker et al., 2014). However, these traditional models approach people and their problems from a pathology and deficits perspective that aims to control symptoms or cure the illness whereas newer, recovery and rehabilitation oriented models approach people and their problems from a functional skills model that is strengths based.

A recovery and rehabilitation model is articulated in the American Psychological Association (APA) Resolution on APA Endorsement of the Concept of Recovery for People with Serious Mental Illness (APA, 2009). In this model, treatment paradigms shift from a focus on symptom reduction to emphasizing that people can and do recover from serious mental health disorders, and incorporating empirically supported treatments and strategies which help people build competencies and social capital. Fleischhacker et al. (2014) urged provision of evidence-based, integrated care plans for people with schizophrenia. They listed the following psychosocial therapies which have been shown to improve outcomes in schizophrenia (Evidence-Based approaches): assertive community treatment, cognitive behavioral therapy for psychosis, cognitive remediation, family therapy/psychoeducation, peer support and self-help strategies, social skills training, supported employment, and integrated treatment for coexisting substance abuse disorder. Their list of Promising Approaches included cognitive adaptive therapy, healthy lifestyle intervention, interventions targeting older individuals, prodromal stage intervention, social cognition training, and social rehabilitation (Clubhouse Model). In addition, others have recommended comprehensive community support resources include safe housing; respite care; assistance and support to increase social participation, volunteering, and education; and community wellness centers (Farkas & Anthony, 2010; Tondora, 2011). However, these interventions are underutilized, and are often available only in specialized centers (Fleischhacker et al., 2014).

To provide greater detail of a few clinical interventions which provide incredible forums for the development of empowerment, destigmatization of mental illness, enhanced community inclusion, and self-management of illness, Wellness Recovery Action Plan (WRAP) groups and Illness Management Recovery groups will be highlighted (Copeland, 1997; Gingerich & Mueser, 2005). WRAP groups were initially developed by Mary Ellen Copeland, an individual with her own lived mental health experience, who developed a curriculum for self-

management of the experience of mental illness (Copeland, 1997). WRAP groups are peer-led and focus on the development of wellness tools, action plans, daily maintenance recovery plans, personal crisis planning, as well as awareness of triggers, understanding of warning signs, and increased involvement and connection to others. Additionally, WRAP is designed to help decrease and prevent the negative impact of distressing feelings or behaviors, empower individuals in their own ability to seek their own goals and dreams in life, increase quality of life, and increase personal empowerment. Notably, WRAP is also listed as an evidence based program and practice by the U.S. National Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA, 2010). Research in both the U.S. and Scotland shows that WRAP helps increase self-advocacy, has an impact on hope and recovery-related attitudes, has a positive impact over time, increases greater self-awareness, supports wellness and recovery, as well as connection and mutuality with others, and fosters discussions about mental health experiences in a positive way, reducing the negative impact of the stigmatization of mental illness (Scottish Center for Social Research, 2010; Starnino et al., 2010).

Illness Management Recovery groups (IMR) (Gingerich & Mueser, 2005), similarly have peer elements in many mental health organizations as they are often co-led by a mental health clinician and a peer, who has lived mental health experience. This provides a forum for individuals to both benefit from the expertise of a mental health professional and someone that can understand what it is like to have lived mental health experience. IMR groups are uniquely important in that they target many areas such as recovery strategies, personal goals, education about mental illness, and positive methods of managing mental illness and reducing relapse, but these groups also focus a great deal on dealing with stigma and negative attitudes in culture about mental illness, how to get needs met within mental health systems, and how to build social support and connection within the community. There are also valuable research implications of IMR, including 40 randomized clinical trials, showing that participants have increased knowledge of mental illness, take medications more often as prescribed, show reductions in relapse and hospitalization, experience reductions in severity and distress of persistent symptoms, and have increased hope (Mueser et al., 2002; Mueser et al., 2006).

As shared above, cognitive behavioral therapy (CBT) for psychosis is also a strong clinical intervention that is having implications on a global level (Kingdon & Turkington, 1994). This clinical intervention focuses on the treatment of delusions and hallucinations in those that experience psychosis to reduce distress and disability, while promoting empowerment and recovery. This includes components of helping normalize experiences related to mental illness and symptoms, provision of education about mental illness, and reduction of the negative experience of stigma. CBT is a standard of care in the United Kingdom and is growing in its advancement in the U.S. (Turkington, Kingdon, & Weidon, 2006). Research shows that there are large clinical effects on measures of positive and negative symptoms of schizophrenia, showing promise that this is a noteworthy psychological intervention for those who experience psychosis (Rector & Beck, 2001).

In order to encourage training in these new approaches, the U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration provided funding to the five largest American mental health associations to develop curricula for their professionals. The American Psychological Association (APA) developed a curriculum designed to train doctoral level psychologists in the specialized approaches they will need to help people with serious mental health disorders and the comorbid conditions they face, recover and achieve their full potential. The curriculum, released in August 2014, consists of 15 modules on a comprehensive range of topics and is entitled *Reframing Psychology for the Emerging Health Care Environment: Recovery Curriculum for People with Serious Mental Illnesses and Behavioral Health Disorders* (American Psychological Association & Jansen, 2014)¹. If graduate training programs were to incorporate this curriculum into the training of future psychologists (and likewise in the other professional disciplines participating in the curriculum development initiative), we might see broader inclusion of psychosocial interventions in care plans focused on improving functioning and fuller community participation by people with serious mental health concerns.

¹ The full curriculum is available by contacting APA at www.apa.org/pi/rtp or from the first author of this paper at mjansen@bayviewbehavioral.org.

Conclusions and Recommendations

Stigma and lack of comprehensive recovery-oriented care and community supports inhibit people with serious mental health concerns from realizing their full potential for community participation and membership. Based on their synthesis of research evidence, consultation with stakeholders, and examination of worldwide best practices, Fleischhacker et al. (2014) called for policy changes which could contribute to better lives for people living with schizophrenia. Their recommendations are broadly relevant to people with other serious mental health concerns and their families. First among their recommendations is the provision of evidence-based, integrated care by health professionals, supported by national health care systems. These interventions could include treatments aimed at reducing negative symptoms (apathy and restricted emotional expression), enhancing cognitive impairment, reducing suicide risk, and addressing such major health concerns as stopping smoking and reducing alcohol and substance abuse. As described previously, CBT for Psychosis was shown to be a cost-effective intervention in the UK, as its use was associated with reduced hospitalization costs. Cognitive remediation has shown promising results in promoting the learning of new skills, which enhances other types of psychotherapy.

A second recommendation (Fleischhacker et al., 2014) was the implementation of programs that help people with schizophrenia participate meaningfully in their communities, workplaces, and schools. Assertive Community Treatment (ACT) and supported employment are effective, but often underutilized. In a Canadian review of studies using ACT (use of a multidisciplinary team assisting with medication management, practical support with housing, etc.), reductions of homelessness and hospitalizations were documented, compared to usual care (Latimer, 1999). Research in other countries (including Denmark and the Netherlands) has yielded similar results (Aagaard & Müller-Nielsen, 2011; van Vugt et al., 2011). Studies in the U.S. have documented that ACT is effective in reducing acute psychiatric hospitalization, and increasing housing stability and satisfaction of clients and families. For example, application of ACT (in the context of a recovery-focused client experience) by a large provider in California (Telecare, undated) resulted in ACT clients spending only one-seventh the number of days in institutions compared to other clients, at a net cost savings to the county of U.S.\$2,338, 490 over a period of four years.

Housing support is also an important step in recovery. Helping people with serious mental illness obtain a stable residence (whether living independently, or with staff support) can be done in conjunction with ACT models (Nelson, Aubry, & Lafrance, 2010). Supported education for completing high school or postsecondary education assists people to meet their recovery goals and may enhance employment opportunities (Leonare & Bruer, 2007). Supported employment, and interventions to assist in building social capital and increase social connectedness promote recovery. Some communities have used a clubhouse model, such as the Fountain House model, which has been replicated throughout the world. This model includes education for clients and families, along with skills training for functioning at work and in the community, case/care management, medication management, and clinical follow-up (Macias, Rodican, Hargreaves, Jones, Barreira, & Wang, 2006).

Third among the recommendations of Fleischhacker et al. (2014) is the provision of concrete support for families and caregivers. As Lefley (2009) notes, family psychoeducation has been documented as efficacious. She provides background from the U.S. and from European studies that build a case for including family psychoeducation as standardized treatment in mental-health systems, even “obligatory,” that it be offered (Bauml, Frobose, Kraemer, Rentropo, & Pitschel-Walz, 2006). Effective psychoeducation programs are not based on the premise that family dysfunction is the cause of serious mental illness, and use of the programs should not be limited to families evaluated as having high levels of “expressed emotion” (highly critical and hostile), and should be made broadly available. Lefley offers examples of model programs, summaries of international and cross-cultural studies, and critical analysis of the complexities of implementation. She also observes that this model is used for early intervention with youth experiencing prodromal signs of developing illness, with families of children and adolescents with serious emotional problems, and with families of persons with co-occurring substance abuse. Guidance for implementation is available in the Family Psychoeducation Evidence-Based practices toolkit, available online from the U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

The fourth and fifth recommendations of Fleischhacker et al. are regular consultation with relevant stakeholders (health care professionals, organizations, and families) (and we would add, also individuals with serious mental illnesses and concerns), to inform and improve policy and provision of support, research and treatment development that is proportionate to the social and health impact of these conditions. Creating change in large systems, and moving traditional practices toward recovery-oriented care is challenging, but in the U.S. some notable progress has been made in the states of Connecticut, Delaware, New York, Ohio, and the city of Philadelphia (APA & Jansen, 2014). Transformation processes are described at the systems level by Davidson et al. (2007). Essential components include training and education to build competencies of the workforce; revising program, service, and financial structures; and evaluating and adjusting the efforts. A description of successful change at the local level (Omos-Gallo et al., 2011) highlighted the importance of visionary leadership, involving consumers, translating recovery-oriented ideas into practice, and quality improvement based on outcome measurement.

Finally, the sixth recommendation is for the establishment of educational and awareness-raising campaigns that promote understanding, positive attitudes, and reduce discrimination. Finding ways to accomplish this recommendation may be the key to marshalling the research support and impetus for systems change that are needed. A study examining data from 14 European countries determined that persons with mental illness had lower rates of self-stigma and perceived less discrimination when they lived in countries with less stigmatizing attitudes, in which they were more likely to seek treatment, and in which people expressed more comfort talking with people with mental illness (Evans-Lacko, Brohan, Majtabai, & Thornicroft, 2012).

Campaigns in the U.S. have emphasized the theme of “mental illness is an illness like any other.” For example, the National Alliance on Mental Illness (NAMI, 2014) offers this explanation of mental illness: “A mental illness is a medical condition that disrupts a person's thinking, feeling, mood, ability to relate to others and daily functioning. Just as diabetes is a disorder of the pancreas, mental illnesses are medical conditions that often result in a diminished capacity for coping with the ordinary demands of life.” Emphasizing the biological component may communicate less blame toward persons with mental health concerns, but researchers in New Zealand (Read & Harré, 2001) have documented that embracing biological and genetic causal beliefs does not reduce assumptions of dangerousness or desire for social distance. Read and Harré recommend instead, educational campaigns that reduce perceived differences, (increased contact and exposure to people using mental health services). This is in step with the recommendations of Corrigan et al. (2001), who examined strategies of education, contact, and protest. They found that contact produced the most positive changes, especially when participants interacted with persons who mildly disconfirmed the stereotypes held about them.

One vigorous step in challenging stereotypes has been taken by consumers, or persons with lived experience who have moved the concept of recovery beyond clinical improvement and functional recovery to a social transformation perspective. Notably, mental health professionals who have been diagnosed, treated, and are in recovery from schizophrenia and other SMIs have spoken out about their own experiences, and educated about the iatrogenic effects of demeaning treatment. They have advocated for shared decision-making and respectful communication, and emphasized the importance of meaningful work, psychotherapy, intimate and familial relationships, and the salience of hope, “the catalyst of the recovery process” (Freese, Knight, & Saks, 2009). As Freese et al. observed, mental health recovery not only benefits individuals with mental health disabilities by enhancing their working, learning, and fully participating in society, but also enriches the community in which they live, garnering the benefits of their contributions to the strength and health of the nation.

References

- Aangard, J., & Müller-Nielsen, K. (2011). Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: a case control study with a 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 299-305. doi: 10.3109/08039488.2010.544405

- Ad Hoc Working Group on Women, Mental Health, Mental Illness and Addictions. (2006). *Women, Mental Health and Mental Illness and Addiction in Canada: An Overview*. Canadian Women's Health Network and the Centres of Excellence for Women's Health. Winnipeg, MB: Author.
- Allen, M. (2003). Waking Rip van Winkle: Why developments in the last 20 years should teach the mental health system not to use housing as a tool of coercion. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 503–521. doi: 10.1002/bsl.541
- Almquist, L. & Dodd, E. (2009). *Mental Health Courts: A Guide to Research Informed Policy and Practice*. New York, NY: Council of State Governments Justice Center.
- American Psychological Association (2009). *Resolution on APA Endorsement of the Concept of Recovery for People with Serious Mental Illness*. Retrieved from <http://www.apa.org/about/policy/chapter-10b.aspx#endorsement>
- American Psychological Association, & Jansen, M. A. (2014). *Reframing Psychology for the Emerging Health Care Environment: Recovery Curriculum for People with Serious Mental Illnesses and Behavioral Health Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anthony, W.A. (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 3-13. doi: 10.1037/h0095578
- Bassuk, E.L., Weinreb, L.F., Buckner, J.C., Browne, A., Salomon, A. & Bassuk, S.S. (1996). The characteristics and needs of sheltered homeless and low-income housed mothers. *The Journal of the American Medical Association*, 276, 640-646. doi: 10.1001/jama.1996.03540080062031
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1-S9. doi: 10.1093/schbul/sbl017
- Becker, M.A., Ansel, R., Boaz, T., & Constantine, R. (2011). Gender differences and risk of arrest among offenders with serious mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 38, 16-28. doi: 10.1007/s11414-010-9217-8
- Birman, D., Ho, J., Pulley, E., Batia, K., Everson, M. L., Ellis, H. ... Betancourt, T. S.. (2005). *Mental Health Interventions for Refugee Children in Resettlement*. [White Paper II]. Chicago, IL: National Child Traumatic Stress Network, Refugee Trauma Task Force.
- Blitz, C.L., Wolff, N., Pan, K.Y., & Pogorzelski, W. (2005). Gender-specific behavioral health and community release patterns among New Jersey prison inmates: Implications for treatment and community reentry. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1741–1746. doi: 10.2105/AJPH.2004.059733
- Blitz, C.L., Wolff, N., & Shi, J. (2008). Physical victimization in prison: The role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 385–393. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.08.005
- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., & Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*, 52, 1358–1366. doi: 10.1176/appi.ps.52.10.1358
- Bromley, E., Gabrielian, S., Brekke, B., Pahwa, R., Daly, K., Brekke, J.S., & Braslow, J.T. (2013). Experiencing community: Experiences of individuals diagnosed as having serious mental illness. *Psychiatric Services*, 64(7), 672–679. doi: 10.1176/appi.ps.201200235
- Carlsson, I., Frederiksen, S., & Gottfries, C. (2002). Quality of life and standard of living in a randomly selected group of psychiatrically disabled people in Sweden 2 years after a psychiatry reform. *European Psychiatry*, 17, 179–187.

- Carr, E.R., Greene, B., & Ponce, A. (in press). Women and the experience of serious mental illness and sexual objectification: Multicultural/feminist theoretical frameworks and therapy recommendations. *Women & Therapy*.
- Chaudhuri, M. (Ed.). (2005). *Feminism in India*. London: Zed Books.
- Cogan, J. C. (1998). The consumer as expert: Women with serious mental illness and their relationship-based needs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 142. Carr, E.R., Greene, B., & Ponce, A. (in press). Women and the experience of serious mental illness and sexual objectification: Multicultural/feminist theoretical frameworks and therapy recommendations. *Women & Therapy*.
- Chaudhuri, M. (Ed.). (2005). *Feminism in India*. London: Zed Books.
- Cogan, J. C. (1998). The consumer as expert: Women with serious mental illness and their relationship-based needs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 142.
- Colton, C.W., & Manderscheid, R.W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease*, 3, A42.
- Compton, M.T., Daumit, G.L., & Druss, B.G. (2006). Adverse health behaviors among individuals with serious mental illnesses: A preventive medicine perspective. *Harvard Review Psychiatry*, 14, 212-222. doi: 10.1080/10673220600889256
- Constantine, M. G., Myers, L. J., Kindaichi, M., & Moore, J. L. (2004). Exploring Indigenous mental health practices: The roles of healers and helpers in promoting well-being in people of color. *Counseling and Values*, 48, 110–125. doi: 10.1002/j.2161-007X.2004.tb00238.x
- Copeland, M.E. (1997). *Wellness recovery action plan*. Brattleboro, VT: Peach Press.
- Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J.,...Kubiak, M.A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865
- Darves-Bornoz, J.M., Lemperiere, T., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bi-polar disease. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 78–84. doi: 10.1007/BF00794947
- Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 480. doi: 10.1037/0735-7028.36.5.480
- Davidson, L., Stayner, D.A., Lambert, S., Smith, P., & Sledge, W.H. (1997). Phenomenological and participatory research on schizophrenia: Recovering the person in theory and practice. *Journal of Social Issues*, 53, 767-784. doi: 10.1111/j.1540-4560.1997.tb02460.x
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M.S., O'Connell, M.J., & Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice*. New York: Oxford Press.
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M.J., Kirk, Jr., Rockholz, P., & Evans, A.C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 23-31. doi: 10.2975/31.1.2007.23.31
- Deegan, P.E. (1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 15, 3-19. doi: 10.1037/h0095769
- Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled. *Journal of Psychosocial Nursing*, 31, 7–11.

- Ditton, P. M. (1999). *Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers, Special Report NCJ-174463*. Washington, DC: US Dept. of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Druss, B.G., Rohrbaugh, R.M., Levinson, C.M., & Rosenheck, R.A. (2001). Integrated Medical Care for Patients With Serious Psychiatric Illness: A Randomized Trial. *Archives of General Psychiatry*, 58, 861-868. doi: 10.1001/archpsyc.58.9.861
- Druss, B.G., Rosenheck, R.A., Desai, M.M., & Perlin, J.P. (2002). Quality of Preventive Medical Care for Patients with Mental Disorders. *Medical Care*, 40, 129-136. doi: 10.1097/00005650-200202000-00007
- Dunn, E.C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E.S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59-62. doi: 10.2975/32.1.2008.59.62
- Elklit, A., & Shevlin, M. (2011). Female sexual victimization predicts psychosis: A case-control study based on the Danish registry system. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1305–1310. doi: 10.1093/schbul/sbq048
- Ellis, B. H., Lincoln, A., Charney, M., Ford-Paz, R., Benson, M., & Strunin, L. (2010). Mental health service utilization of Somali adolescents: Religion, community, and school as gateways to healing. *Journal of Transcultural Psychiatry*, 47(5), 789–811. doi: 10.1177/1363461510379933
- Ellis, B. H., Miller, A. B., Baldwin, H., & Abdi, S. (2011). New directions in refugee youth mental health services: Overcoming barriers to engagement. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 69–85. doi: 10.1080/19361521.2011.545047
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42, 1741-1752. doi: 10.1017/S0033291711002558
- Farkas, M., & Anthony, W.A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 114-129. doi: 10.3109/09540261003730372
- Fleischhacker, W. W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T. R. E., Carpenter, W., Duckworth, K. ... Woodruff, P. (2014). Schizophrenia—Time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl. 3), S164-S194. doi: 10.1093/schbul/sbu006
- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S.,... Jeste, D.V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry*, 162, 270-376. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.370
- Freese, F. J., III, Knight, E. I., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and other diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 370-380. doi: 10.1093/schbul/sbn175
- Gingerich, S., & Mueser, K.T. (2005). Illness management and recovery. In R. E. Drake, M. R. Merrens & D. W. Lynde (Eds.), *Evidence-based Mental Health Practice: A Textbook* (First ed., pp. 395-424). New York: W. W. Norton & Company Ltd
- Global Urban Research Unit (n.d.). *The Nature and Extent of Homelessness in Developing Countries*. Newcastle, UK: University of Newcastle upon Tyne.
- Goodman, L. A., Fels, K., Glenn, C., & Benitez, J. (2011). *No Safe Place: Sexual Assault in the Lives of Homeless Women*. Harrisburg, PA: National Resource Center on Domestic Violence.
- Goodman, L. A., Dutton, M. A., & Harris, M. (1995). Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 468-478.

- Goodman, L., Dutton, M., & Harris, M. (1997). The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill women. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 51-70. doi: 10.1037/h0079669
- Goodman, L.A., Rosenberg, S. D., Mueser, K.T., & Drake, R.E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 23*, 685-696. doi: 10.1093/schbul/23.4.685
- Goodman, L.A., Salyers, M.P., Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Swartz, M., Essock, S.M.,... 5 Site Health and Risk Study Research Committee (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: Prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 615-632. doi: 10.1023/A:1013026318450
- Greenberg, S. A., & Rosenheck, R. A. (2008). Jail incarceration, homelessness, and mental health: A national study. *Psychiatric Services, 59*, 170-177. doi: 10.1176/ps.2008.59.2.170
- Harris, M., & Bachrach, L. (1990). Perspectives on homeless mentally ill women. *Hospital and Community Psychiatry, 41*, 253-254.
- Harris, T., Brown, G.W., & Robinson, R. (1999). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. I. Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 174*, 219-224. doi: 10.1192/bjp.174.3.219
- Heller, K., Thompson, M.G., Trueba, P.E., Hogg, J.R., & Vlachos-Weber, I. (1991). Peer support telephone dyads for elderly women: Was this the wrong intervention? *American Journal of Community Psychology, 93*, 53-74. doi: 10.1007/BF00942253
- Hendryx, M., Green, C.A., & Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 36*, 320-329. doi: 10.1007/s11414-008-9151-1
- Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., & Sartorius, N. (2007). *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Jablensky, A., & Sartorius, N. (2008). What Did the WHO Studies Really Find? *Schizophrenia Bulletin, 34*, 253-255. doi: 10.1093/schbul/sbm151
- Jennings, A. (2008). *Models for Developing Trauma-Informed Behavioral Health Systems and Trauma-Specific Services – 2008 Update*. Alexandria, VA: National Center for Trauma Informed Care.
- Kataoka, S.L., Zhang, L., & Wells, K.B. (2002). Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1548-1555. doi: 10.1176/appi.ajp.159.9.1548
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Kirkpatrick, H., Younger, J., Links, P., & Saunders, P. (1996). Life after years in hospital: What does it hold? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*, 75-78. doi: 10.1037/h0095418
- Kooyman, I., Dean, K., Harvey, S., & Walsh, E. (2007). Outcomes of public concern in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 191*, s29-s36. doi: 10.1192/bjp.191.50.s29
- Latimer, E.A. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 443-454.
- Lauber, C., & Rossler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry, 19*, 157-178. doi: 10.1080/09540260701278903

- Lefley, H.P. (2009). *Family psychoeducation for serious mental illness*. New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/9780195340495.001.0001
- Leonare, E.J., & Bruer, R.A. (2007). Supported education strategies for people with severe mental illness: A review of evidence based practice. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(1), 97-109.
- Lewis, C. (2006). Treating incarcerated women: Gender matters. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(3), 773-789. doi: 10.1016/j.psc.2006.04.013
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-33. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1328
- Link, B.G., Susser, E., Stueve, A., Phelan, J., Moore, R.E., & Struening, E.L. (1994). Lifetime and five-year prevalence of homelessness in the United States. *American Journal of Public Health*, 84, 1907-1912. doi: 10.2105/AJPH.84.12.1907
- Macias, C., Rodican, C. F., Hargreaves, W. A., Jones, D. R., Barreira, P. J., & Wang, Q. (2006). Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatric Services*, 57, 1406-1415. doi: 10.1176/ps.2006.57.10.1406
- Malarney, S.K. (2002). *Culture, Ritual and Revolution in Vietnam*. Honolulu, HI: University of Hawaii Press.
- Mancini, M.A., Hardiman, E.R., & Lawson, H.A. (2005). Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 48-55. doi: 10.2975/29.2005.48.55
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349. doi: 10.1007/s00127-004-0762-4
- McKay, M.M., Hibbert, R., Hoagwood, K., Rodriguez, J., Murray, L., Legerski, J., & Fernandez, D. (2004). Integrating evidence-based engagement interventions into "real world" child mental health settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(2), 177. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh014
- Mechanic, D., Bilder, S., & McAlpine, D. D. (2002). Employing persons with serious mental illness. *Health Affairs*, 21(5), 242-253. doi: 10.1377/hlthaff.21.5.242
- Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., Ambinder, A., Mackell, J. A., & Cohen, J. (1995). A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *The Gerontologist*, 35(6), 792-802. doi: 10.1093/geront/35.6.792
- Morgan, C., Burns, T., Firzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 477-483. doi: 10.1192/bjp.bp.106.034942
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., & Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123-143. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00173-6
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., ... Herz, M. I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272-1284. doi: 10.1176/appi.ps.53.10.1272
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Suppl. 1), S32-S43. doi: 10.1093/schbul/sbl022

- Mueser, K. T., Lu, W., Rosenberg, S. D., & Wolfe, R. (2010). The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Research, 116*, 2-3, 217-227. doi: 10.1016/j.schres.2009.10.025
- Musick, M.A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science and Medicine, 56*, 259–269. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00025-4
- National Alliance on Mental Illness (2014). *Mental Illnesses. What is mental illness?* Retrieved from http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness
- Nelson, G., Aubry, T., & Lafrance, A. (2010). A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(3), 350-361. <http://dx.doi: 10.1037/0002-9432.77.3.350>
- Nicholson, J., Geller, J.L., Fisher, W.H., & Dion, G.L. (1993). State policies and programs that address the needs of mentally ill mothers in the public sector. *Hospital and Community Psychiatry, 44*, 484-489.
- Nicholson, J., Sweeney, E. M., & Geller, J. L. (1998). Focus on women: mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services, 49*, 635-642. doi: 10.1176/ps.49.5.635
- Office of the UK Deputy Prime Minister. (2004). *Mental Health and Social Exclusion. London, England: Social Exclusion Unit.* Retrieved from <http://www.socialfirmsuk.co.uk/resources/library/mental-health-and-social-exclusion-social-exclusion-unit-report>.
- Olmos-Gallo, P. A., Starks, R., DeRoche Luszczakoski, K., Huff, S., & Mock, K. (2011). Seven key strategies that work together to create recovery based transformation. *Community Mental Health Journal, 47*, 1-8.
- Osher, F.C., & Steadman, H.J. (2007). Adapting evidence-based practices for persons with mental illness involved with the criminal justice system. *Psychiatric Services, 58*(11), 1472–1479. doi: 10.1176/ps.2007.58.11.1472
- Oyserman, D., Mowbray, C.T., Meares, P. A., & Firminger, K.B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*, 296-315. doi: 10.1037/h0087733
- Pejlert, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents' narratives. *Health & Social Care in the Community, 9*, 194-204. doi: 10.1046/j.0966-0410.2001.00301.x
- Pescosolido, B.A., Monahan, J., Link, B.G., Steuve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The Public's View of the Competence, Dangerousness, and Need for Legal Coercion of Persons with Mental Health Problems. *American Journal of Public Health, 89*, 1339-45. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1339
- Pevalin, D.J., & Goldberg, D.P. (2003). Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness. *Psychological Medicine, 33*, 299–306. doi: 10.1017/S0033291702006864
- Phelan, J., & Link, B.G. (1999). Who are “the homeless”? Reconsidering the stability and composition of the homeless population. *American Journal of Public Health, 89*, 1334–1338. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1334
- Popay, J., Escorel, S., Hernandez, M., Johnston, H., Mathieson, J., & Rispel, L. (2008). *Understanding and Tackling Social Exclusion: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Public Safety Performance Project (2014). *Max Out: The Rise in Prison Inmates Released Without Supervision.* Washington, DC: The Pew Charitable Trusts.

- Read, J., & Harré, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of 'mental patients.' *Journal of Mental health, 10*, 223-235. doi: 10.1080/09638230123129
- Rector, N. A., & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(5), 278-287. doi: 10.1097/00005053-200105000-00002
- Robertson, M. (1996). Mental health problems of homeless women and differences across subgroups. *Annual Review of Public Health, 17*, 311-366. doi: 10.1146/annurev.pu.17.050196.001523
- Rohloff, H. G., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2014). Somatization in refugees: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*, 1793- 1804. doi: 10.1007/s00127-014-0877-1
- Rotter, M., McQuiston, H. L., Broner, N., & Steinbacher, M. (2005). The impact of the "Incarceration Culture" on re-entry for adults with mental illness: A training and group treatment model. *Psychiatric Services, 56*(3), 265–267. doi: 10.1176/appi.ps.56.3.265
- Roy, L., Crocker, A.G., Nicholls, T.L., Latimer, E.A., & Ayllon, A.R. (2014). Criminal behavior and victimization among homeless individuals with severe mental illness: A systematic review. *Psychiatric Services, 65*(6), 739-750. doi: 10.1176/appi.ps.201200515
- Sabol, W.J., & Minton, T.D. (2008). *Jail Inmates at Midyear 2007*. Washington, DC, Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Said-Foqahaa, N. (2011). Arab women: Duality of deprivation in decision-making under patriarchal authority. *Journal of Women of the Middle East and the Islamic World, 9*, 234–272.
- Salzer, M., Menkir, S., Shair, J., Drain, R., & McClaine, L. (2006). *Tools for Transformation Series: Community Inclusion*. Philadelphia, PA: Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services.
- Sands, R.G. (1995). The parenting experience of low-income single women with serious mental disorders. *Families in Society, 76*, 86-96.
- Saunders, J.C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing, 24*, 175-198. doi: 10.1080/01612840305301
- Sayce, L. (2001). Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin, 25*, 121-123. doi: 10.1192/pb.25.4.121
- Seebohm, P., & Secker, J. (2003). Increasing the vocational focus of the community mental health team. *Journal of Interprofessional Care, 3*, 281–291.
- Scottish Center for Social Research (2010). *An evaluation of wellness planning in self-help and mutual support groups*. Edinburgh, Scotland: Scottish Centre for Social Research.
- Shu, B., Lung, F., Lu, Y., Chase, G., & Pan, P. (2001). Care of patients with chronic mental illness: Comparison of home and half-way house care. *International Journal of Social Psychiatry, 47*, 52–62. doi: 10.1177/002076400104700205
- Silver, E. (2002). Mental disorder and violent victimization: The mediating role of involvement in conflicted social relationships. *Criminology, 40*, 191–211. doi: 10.1111/j.1745-9125.2002.tb00954.x
- Simpson, A.I., & Penney, S.R. (2011). The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*(5), 299–306. doi: 10.1002/cbm.823
- Starnino, V. R., Mariscal, S., Holter, M. C., Davidson, L. J., Cook, K. S., Fukui, S., & Rapp, C.A. (2010). Outcomes of an illness self-management group using wellness recovery action planning. *Psychiatric rehabilitation journal, 34*(1), 57-60. doi: 10.2975/34.1.2010.57.60

- Steadman, H.J., Osher, F.C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatric Services, 60*, 761–765. doi: 10.1176/ps.2009.60.6.761
- Stuart, H. L. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: Past, present, and future perspectives. *World Psychiatry, 7*(3), 185-188.
- Stuart, H. (2014). Definition and process of Stigma. In Okpaku, S. O. (Ed.), *Essentials of Global Mental Health* (pp. 78-84). Cambridge, UK: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9781139136341.011
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2010). *National registry of evidence-based practice and programs: Wellness Recovery Action Plans*. Retrieved from <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=208>
- Telecare (n.d.). Assertive Community Treatment: Promising Practices & Lessons Learned. *What Telecare Has Discovered About Barriers to Effectiveness and overcoming Service Challenges*. Assertive Community Treatment: Promising Practices & Lessons Learned. Telecare Corporation. Retrieved from <http://www.telecarecorp.com/images/medialibrary/BRO ACT Lessons Learned v8.pdf>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & INDIGO Study Group (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet, 373*(9661), 408-415. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6
- Tondora, J. (2011). *Person-centered Care: From Theory to Practice*. Retrieved from: <http://www.ct.gov/dmhas/cwp/view.asp?a=2913&q=456036>.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Weiden, P. J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 163*(3), 365-373. doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.365
- U.N. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006). *The Convention in Brief*. Retrieved from <http://www.un.org/disabilities/convention/convention.shtml>
- U.S. Department of Health and Human Services (2010). Family Psychoeducation Evidence-Based Practices (EBP) Kit. Retrieved from <http://store.samhsa.gov/product/Family-Psychoeducation-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA09-4423>
- van Vugt, M.D., Kroon, H., Delespaul, P.A., Dreef, F.G., Nugter, A., Roosenschoon, B.J., ... Mulder, C.L. (2011). Assertive community treatment in the Netherlands: Outcome and model fidelity. *Canadian Journal of Psychiatry, 56*(3), 154-160.
- Veltman, A., Cameron, J. I., & Stewart, D. E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 108-114. doi: 10.1097/00005053-200202000-00008
- Wenzel, S. L., Koegel, P., & Gelberg, L. (2000). Antecedents of physical and sexual victimization among homeless women: A comparison to homeless men. *American Journal of Community Psychology, 28*, 367-390. doi: 10.1023/A:1005157405618
- World Health Organization (2005). *Promoting and Protecting the Rights of People with Mental Disorders*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2010). *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013 - 2020*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(1), 68-90. doi: 10.2307/2676361

Changes need change: A psychosociological perspective on participation and social inclusion

Roberto Falanga*

Abstract

This article aims to contribute on the reflection concerning new political measures and complex social demands in democratic systems worldwide. On recognizing the growing fragmentation of social systems and the effects on both social and individual identities, political participatory mechanisms are required to assume the increasing diversity and inequality among social groups and actors in innovative ways. On the basis of my academic and on-the-field experience with participatory practices aimed at including civil society in policymaking processes, I have acknowledged that there is a widespread necessity to look at the ways the relationship between political institutions and citizens can change through participation. I support this view by making reference to some of the findings of my PhD Thesis concerning participatory processes and public administration which put a light on the necessity of social inclusion measures' enhancement.

Organizational and cultural embedding of public sector in participatory policymaking is a key issue in this article in that public policies represent complex chains of processes making sense of citizens and groups' identities and activities. Participatory formulation and/or implementation of public policies cannot help but be related to relational patterning among social groups as well as between political institutions and societies. Understanding the multiple ways through which participation in policymaking can work in different political and social systems, the article proposes an in-depth reflection on the ways change can be achieved by public authorities. Supported by psychosociological theories and within an interdisciplinary approach, the final goal is that of opening the debate on the extents through which governments can effectively coordinate participatory processes towards inclusive goals. Indeed, political institutions are very unlikely to work out effective participatory processes without undergoing extensive cultural transformations and, therefore, ensure high impact on fragmented societies.

Keywords: psychosociology; participation; change; social inclusion.

* Psychologist, Doctor of Sociology, Postdoc researcher at the Institute of Social Sciences for the European Project MOPACT, Portugal.

Falanga, R. (2014). Changes need change: A psychosociological perspective on participation and social inclusion. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 24-38. doi: 10.14645/RPC.2014.2.471

Participatory processes and social inclusion

International, national and local scenarios present an increasing complexity in terms of governance, due to complex issues coming from societies and pressures from political and financial entities at multiple scales (EU, 2008; OECD, 2009; UN, 2008). Governments worldwide are demanded to provide new policy instruments which require adequate responses to profound challenges to political and administrative rationales. On the one hand, the emphasis on transparency and accessibility through structural changes in political institutions has aimed to get closer administrative decisions to civil society. On the other hand, the effort to make interaction between citizens and political systems more effective has been sustained by governmental devices, such as administrative decentralization. A new generation of public policies has especially been claiming for institutional integration and the adoption of new strategic approaches capable of taking into account multi-level governing systems at the international scale (Donolo, 2006; Peters & Pierre, 2001, 2012; Sousa Santos, 2006).

Political systems are required to provide adequate spaces for inclusive decision-making involving politicians, civil service systems and society (EU, 2000). The idea of reforming the State in terms of interactive devices and power redistribution started to become an official general claim from the 1990s. In the last few decades, public, semi-private, private, and non-profit bodies as well as citizens, interest groups and enterprises, have come to be (re-)considered as key actors for effective policymaking outcomes (Kohler-Koch, 1998; Rhodes, 1996). In line with New Governance conceptions (Kooiman, 2003; Peters, 2001), Denhardt and Denhardt (2007) have emphasized the necessity to overcome narrow references to either political/legal (Weber, 1947) or like-market principles of new management in public sector (Osborne & Gaebler, 1992). By postulating the model of “New Public Service”, the authors argue that global context is demanding new forms of implementing public policies, so as to make public administrations more responsive to the demands of the environment. Understanding public interest as the result of new possible interactions beyond the mere addition of private interests, political institutions are demanded to foster horizontal models of interaction for effective collaboration, by both downsizing strict hierarchical structures and multiplying decision centers in order to get closer to local instances.

The origin of participatory policymaking is connected to the first experiences aimed to reform political systems in Latin America in the end of 1980s. The replacement of economic resources on behalf of social-justice-oriented investments has made participatory budgeting one of the most important phenomena in this field of new practices. The perception of enlarged participation in decision-making, as well as the attention paid to social inequalities has been considered as an effective way to integrate deliberation into public debate (Avritzer, 2006; Avritzer & Navarro, 2003). Fiscal decentralization and transparency have represented key issues in enabling a more direct relationship of accountability between citizens and local government. In that context, participation has essentially meant re-orientating urban and social inequalities on the basis of governmental needs to reform governance apparatuses (Cabannes, 2004; Sousa Santos, 2003).

Since the first Brazilian experiments, participation has spread exponentially in Latin America first and Europe, Africa and Asia later on. When Europe has started to look at participation as a potential gateway to set up innovative devices for public policies' formulation and/or implementation, many States have acknowledged the evidence of new social frameworks demanding interactive institutional designs for policymaking with political systems. Drawing an overall difference within Europe, the diffusion of participation has been characterized first by political party involvement in southern Countries such as Spain, Italy and Portugal, with a standing role of left-wing parties. Needs of administrative modernization have rather characterized northern and eastern European Countries, such as Germany, France, England and Belgium (Sintomer, 2005; Sintomer & Allegretti, 2009). In the last two decades a general concern on public sector effectiveness and efficiency has canalized issues of “democratization” through actions of rationalization of the incoming social demands, including those from new spreading social movements (Della Porta, 2011). In these terms, participation has in some cases displayed the role of change by actually playing function of control over social protests while in other cases succeeded in matching goals of redistribution and social inclusion. Several countries in Europe have assumed the opportunity to make participation a device for citizenry trust recovery, less electoral abstention, and effective solutions within increasing uncertainty in complex transnational networks and multi-scale economic, financial and political pressures. As the OECD (2009) has put it:

[g]iven the complexity and scale of emerging governance challenges, governments cannot hope to design effective policy responses, nor to strengthen legitimacy and trust, without the input, ideas and insights of as wide a variety of citizens' voices as possible. Public engagement will increasingly be recognised as another lever of governance – and become part of the standard government toolkit of budgeting, regulatory, e-government and performance management tools (OECD, 2009, p. 17).

Participatory democracy has been conceived as a set of principles and practices aimed at complementing representative democracy, yet different from forms of direct democracy, such as petitions and referendums. Nowadays, participatory democracy includes a wide range of experiences setting new spaces of legitimized deliberation between political institutions and civil society beyond the traditional adversary model of political debate. In social and political sciences, scholars have been compelled to make sense of such a varied scenario. Before the multiplication of approaches and results the very definition of participation has become a challenging work of analysis and reflection (Arnstein, 1971; Bobbio, 2006; Cornwall, 2008; Farrington, Bebbington, & Wellard, 1993; Fung, 2006). On requiring citizen expertise to integrate political and technical expertise, new frameworks of interaction between political and civic societies have demanded profound changes in policymaking rationales.

Worldwide, participation to public decisions in new deliberative arenas has become one of the most widespread new governance phenomena. Mainly at local scale, consultative and co-decisional processes have framed new opportunities for civil society to have a say on and to influence public policymaking towards a varied range of goals, such as reforming public sector as well as enhancing social inclusion¹. Several examples could be provided on the dissemination of participation in terms of uses, approaches and political areas. One of the key areas of participation is definitely represented by processes aimed at the (re)distribution of resources and investments within budgetary expenditures, such as processes of participatory budgeting (cf. Sintomer & Allegratti, 2009). Participation of civil society and local stakeholders has also been adopted within the field of environmental and urban planning. From initial impulse to implement local processes of “Agenda 21” in 1990s (cf. Aalborg Charter issued in 1994), recent debate has turned the engagement of local actors towards goals of sustainable development even more critical. In these terms, international agencies and public authorities have been compelled to set new agendas (Bina, 2013). Participatory mechanisms have been employed also for goals of social and entrepreneurial inclusion. Public aids for new initiatives, networks, start-ups, as well as the implementation of different combinations of private-public projects have in many cases taken benefit of extended debates on new challenges for social inclusion in Europe (Gaventa & Barret, 2010).

The fragmentation of society and the subsequent isolation of some sectors of society require to critically approach new interactions between political and social systems as well as within the political institutions themselves. Scientific Literature generally pinpoints the risk of exclusion for people under the minimum level of economic and educational resources (Barnes, Newman, Knops, & Sullivan, 2003; Beresford, 2001), as well as social groups such as, *inter alia*, women (McDowell Santos, 2007) and older people (Thornton, 2000)². When participation is explicitly demanded to cope with social inclusion, in terms of governance it

¹ Participatory processes do not rely on a common theoretical-methodological framework. The inclusion of social actors and stakeholders to policymaking has taken place in different ways, according to a large variety of factors. However, it can be of some help to keep in mind that participation can be alternatively articulated into two distinct families of approaches: consultative and co-decisional. The former family collects those initiatives aimed at gathering opinions, suggestions, and recommendations improving final decisions. The latter includes approaches aimed to provide new actors with quotes of decision-making power (e.g. through vote). Furthermore, it is essential to underline that policymaking processes per se represent all but a linear chain of phases. However public policies analysts agree on the existence of at least two phases: the formulation (identification and definition of problems followed by proposition of solutions to be achieved through the enactment of policies) and the implementation (intervention on the identified problems through the delivery of public services). Though inherently embedded such division is functional to see at what stage participation of new actors takes place. Therefore new actors can be included in either formulation or implementation phase, as well as in the two of them for the same policy.

² According to social groups, further insights come up as regards social discrimination. The author of the text is currently analyzing senior citizens' forms of social exclusion and potential enhancement of participation for the FP7 Project MOPACT (<http://mopact.group.shef.ac.uk>). As regards this social group, for example, the most discriminated

implies working towards effective devices of interaction and deliberation. For the reduction of social marginality to pass from general principle on civil society rights' to be part of the participatory mechanisms' goals, some deep changes are needed in policymaking. Governmental systems should first declare whether they intend to walk the way of social inclusion through such mechanisms or not. When this point becomes clear and responsibility is assumed by political representatives, the accomplishment of inclusive goals does require attentive efforts at the administrative level. The formulation and implementation of public policies is not only a matter of political intentions, but also an organizational affair. The coordination of standard vertical lines of rule and new horizontal networks within and over public administration, calls upon the reconfiguration of democratic goals and governance actions to pursue effective policies. Looking at the ways political institutions conceive and work out participatory devices, it is evident that referring to strict bureaucratic rationale shows a narrow pathway towards the accomplishment of participation complex mission. In this sense, internal connections and relationships constructed towards the implementation of participation say something about the different models that sustain the implementation of participation. As a result, it is not a look at the "quality" of participation *per se* as an abstract model or set of good practices, but rather the complex phenomena demanding new political intentions and integrated administrative designs to reveal the deep meanings of participation. The next sessions of the article provide evidence of that.

Political institutions and society

The history of participation is indissolubly framed within the transformations of the role of the State and, therefore, governments at different scales. When the links between who governs and who is governed become weak, participation is potentially adopted to recover democratic trust and work towards social inclusion. Political institutions own transformative goals once assuming that their overarching mission is the governance of societies in transformation. From the 1970s onwards, social sciences have been paying large attention to organizational cultures spotting the widespread trend to pass from control-based forms of "bureaucratic" logic towards instruments emphasizing the effect of sharing organizational values (Bonazzi, 2002). The focus on cultural traits and features of successful private enterprises and public organizations became a new asset for social sciences. In Japan and USA mainly, the search for new models of interpretation concerning organizational life became a critical challenge³. In this scenario, Frost, Moore, Louise, Lundberg, Martin (1985) have proposed three sets of issues giving reason to the affirmation of the cultural perspective in organizational studies: (1) economic difficulties, productivity decline and competition problems with corporations: culture is singled out as a possible tool for achieving better performance; (2) social forces leading to a growing tendency for people to want more from work than simply a paycheck as the quality of work became more important; (3) widespread dissatisfaction with "structural" knowledge produced by standard organization theories: mere quantitative approaches were seen as inappropriate and accused of having produced superficial and irrelevant results.

As precisely regards political institutions, the debate set up by Northern American and Scandinavian new-institutionalist schools from the end of 1970s on, has also focused on organizational and cultural dimensions. One of the principal reasons for this "cultural wave" has been the acknowledgment that ways in which people are either demanded or willed to act, as well as to cope with transformative environments, do not necessarily coincide with what they actually do (Argyris & Schön, 1978). The potential contradiction between the understanding of the reality and the ways reality itself is played and displayed has opened new areas of study in policy analysis too (Yanow, 1996). By approaching formal structures as rational symbols,

subgroups are: women, individuals with dementia, people with communication impairment, minority ethnic groups, LGBT persons, and people living in rural areas.

³ It was especially the idea of quality that allowed Japanese philosophy on management to interact with western theories. The control on the product used to be specialized and distinguished from the whole process, fostering the idea of low quality products liable of strict control. Japanese philosophy points out the control on the process and remarks on the passage from mechanical philosophy to social innovation (cf. Ouchi, 1981).

scholars have focused on different aspects of public organizations, such as planning procedures; decision-making processes and rituals; symbolic functions of organizational reforms (Brunsson, 1990; Brunsson & Olsen 1993; March & Olsen 1989). The focus on symbols and cultural elements has aimed to make sense of rational aspects employed and needed to work organizational goals out (Alvesson, 1993; Morgan, 2006).

In this sense, by understanding organizations as shared systems of meanings, culture does not only represent something out of the system, but rather a structural element of organizational identity and behavior. There exists an intrinsic difference between the normative course of action and cultural embedding. People continuously shape and signify organizational environments and it implies using procedures and rationalizing choices while making sense of their actions. Weick (1995) is considered one of the key scholars concerned with symbolical processes within organizations. Culture is meant as both a frame and content of social actors' lifestyles, which constantly manipulate the multiple symbols of their environment. In interpreting different codes and signifying their context, actors actually enact their organizational life. At the same time, they cannot help but construct ambiguous definitions of organizational reality. The author (Weick, 1995) proposes the concept of "sensemaking" as a process especially evident when the working environment looks fairly "implausible" or new "objects" get into ordinary life. The focus is drifted towards the narratives that actors construct in order to legitimize their actions and the whole organizational life. Uncertain situations are likely to make the managers realize the worth of defining problems as a key task for their professions and a mission for organizations (Pellizzoni, 2005; Schön, 1983). As a result, decision-making has to be meant as a process, not only an output as stressed by the paradigm of rational thinking (Crozier & Friedberg, 1981).

Social sciences have become increasingly interested in the plurality of rationalities governing actions and behaviors. Social and institutional identities are constructed through interaction, resulting in the establishment of devices and channels aimed at making respective interlocutors communicate. Political institutions are complex organizations coping with both standard procedures and missions of change and consequently, are placed in an exclusive space of intertwining instances, interests and powers. For these reasons, the increasing fragmentation of western societies reflected in the breach of dialogue between citizens and political institutions represents a key issue for both political institutions and scholars. The French school of psychosociology has interestingly fostered a dialogue with clinical sociology and aimed to make sense of the current context. The loss of "*universitas*" has made multiple and empty ethics proliferate in "*societas*" where people have become more and more isolated and objects of mass communication (Enriquez, 2008). The reverence for excellent performances, the transformation of the citizen in mere consumer, the reduction of long-term planning, the money seduction, as well as the social persuasion and the job exploitation put emphasis on the perverse connection between the destruction of professional vocation and the fragmentation of systems of belonging (Sainsaulieu, 1988). Labor force policies set perpetual mobility as a way to prevent the crystallization of interests and, as a result, end up preventing the constitution of stable work social links. In this sense, mobility is likely to correspond to dynamics of personnel's interchangeability, turning "change" into a strategic internal policy presented as a value to be accomplished. In public sector, for example, this factor is relevant in that lifelong career does not only represent a "material good" but also a symbolic one, and often a principal value expressing the organized and consolidated sacredness of the job (Bolognini, 1986). In the situation where agencies are contracted for short periods, outsourcing policies – in compliance with labor fluidity's principles and job mobility – can be considered either "constructive" when addressed to multiply public resources or "destructive" when conceived as resetting to zero "old public" with "new private" systems. Patterns of organizational authority are considered to become increasingly oriented to vanishing collective investment and leading people to lack of shared common references (Pagés, De Gaulejac, Bonetti, & Descendre, 1998). De Gaulejac (2005) argues that capitalist system has simultaneously imposed and justified people suffering, generating widespread social disorientation and angst. Yet new political devices are demanding public institutions to shift from questions concerning abstract transformations to questions assuming effective citizen-oriented changes.

Alors que la société semble prête à implorer du fait de l'exclusion d'un nombre de plus en plus élevé de personnes, il est temps de redéfinir des formes d'intervention des institutions sur les territoires en crise, afin de

réduire le décalage entre la demande sociale et les réponses institutionnelles (De Gaulejac, Bonetti, & Fraise, 1995, p. 11)⁴.

The scenario is complex in that multiple internal and external agencies as well as social actors advocate for new effective political actions and towards this aim, more and more governing systems try to respond through innovative mechanisms. The analysis of the relationship between political institutions and civil society cannot underestimate the profound impact of these transformative dynamics at the organizational level of public sector. Any institutional change passes through cultural organizational changes that compel scientific research to focus on the very complexity of political institutions' identities. The conception and implementation of participatory processes represent a possible case of the "movement" of organizational sets through new connections between political institutions with civil society, as well as inside of the institutions themselves, through new functions undertaken by "old" and "new" agents of policymaking. On reformulating skills and competences in response to transformative contexts and political wills, these new mechanisms represent a unique prism through which to understand current challenges of democratic regimes. The establishment of new political commitment, as well as new administrative areas, roles and functions opens up new questions concerning margins of change. At the organizational level, political institutions are compelled bargaining new political commitment towards effective policymaking; at the cultural level, public institutions are demanded to reformulate the heritage of bureaucratic structure and standardized procedures.

A psychosociological perspective

The participation of social actors in public policymaking creates new political and symbolical spaces that need to be analyzed in terms of change. New explorative thoughts and strategies are likely to be constructed through the implementation of devices aimed at reforming public policymaking and at the same time to construct new possible "semantics" of inclusive governance. Participatory policymaking could be seen as the byproduct of the multiple understandings and narratives constructed by interest groups, policy constituencies and scholars producing new potential frameworks and solutions for social problems. By restructuring settings of problems' definition and solution, new conditions for more complex models of policymaking are likely to be set up. The chance to make different forms of knowledge, know-how and power encounter implies the constitution of spaces where it is not one "truth" to be claimed, but rather the most plausible and shared vision to drive actions (Falanga, 2013a; Falanga & Antonini, 2013).

When psychosociology approaches political environments, it has to make a much-needed reference to the wide field of studies oriented to grasp the cultural worth of change of new actors and agencies. Culture is meant as a byproduct enrooted in processes of social construction providing different types and levels of legitimization to members' identity and actions (Barus-Michel, Enriquez, & Lèvy, 2002; Carli & Paniccchia, 2003; Grasso & Salvatore, 1997; Kaneklin & Olivetti Manoukian, 2011). Understanding the construction of contingent rationales in public organizations as the status of collective and shared symbolical instances, psychosociology can contribute towards better understanding of both explicit and implicit rules of "games". Such rules cope incessantly with sorting out agreements and contradictions that can either reinforce or reverse organizational "basic assumptions" (Schein, 2009). With this respect, Carli and Paniccchia (1981) have proposed to take into consideration two co-existent psychological dimensions that characterize organizations: the "institutional" level expressing unconscious dynamics constructed and performed by the members, and the "organizational" level where social interactions are coordinated by means of rational devices. As the authors put it:

[I]a struttura sociale, quindi, può essere analizzata lungo il duplice livello organizzativo ed istituzionale e la dinamica simbolica, così com'è stata elaborata nell'ambito della teoria psicoanalitica, può dar ragione di queste due modalità di funzionamento dei sistemi trasformativi (Carli & Paniccchia, 1981, p. 141)⁵.

⁴ "As society seems ready to implode because of the exclusion of a constantly growing number of people, it is time to redefine the institutions' forms of intervention on crisis-hit territories, to reduce the gap between social demand and institutional answers."

The tension between such dimensions calls upon questions about the epistemic worthiness implied in any organizational change, even when apparently referring just to structural dimensions. Understanding organizational contexts as the expression of shared emotional symbolization, psychosociology provides interpretive models of reality making sense of the self-reflective knowledge produced by individuals and groups about their environment (Olivetti Manoukian, 2007). When understanding change as socially constructed, negotiated, and locally interpreted, participatory processes provide unique settings for these dynamics to be “exposed”: on the one hand, the decision to undertake interactive processes reveals political projects concerning administrations and contexts; on the other hand, the ways governments receive, elaborate, manage and work out such political projects reveals patterns of multiple relationships either sustaining or resisting to participatory processes. When participation does not take into consideration cultural dimension, it is likely to provide the fertile ground for awkward outcomes such as the “mythical” refusal of the past represented as “the problem”, and the idealization of the future, imaged as “the hope”.

Governments, like any organization, are likely to produce internal forms and forces of resistance to change so as to preserve the general equilibrium. Yet they are simultaneously demanded to tackle effective transformations in public policies’ formulation and implementation through participation. Whether explicitly or implicitly shared or claimed, forms of conflict or boycott reveal the cultural dimension of transforming routines, affecting interests and reframing imaginaries. When passing through defensive routines and norms, attempts to change reveal how deep the challenge to understand organizational cultures is (Janis, 1972). New rules of the game, new forms of control and also new “areas of freedom” may “worry” systems because they potentially question sources of power and possibly threaten spaces of autonomy. As Crozier and Friedberg (1981) put it:

[l]es rapports de force se transforment quand une capacité meilleure commence à faire ses prevues à travers une forme d’organisation nouvelle. Mais un changement de rapports de force n’entraîne pas nécessairement le développement d’une capacité nouvelle, et un changement de la nature et des règles du jeu: il pourra s’agir d’un simple renversement d’élites (Crozier & Friedberg, 1981, p. 392)⁶.

This point is especially relevant when considering participation as both process and potential organizational change, arising instances of systemic and interactive resistance (Kykyri, Puutio, Wahlstrom, 2010). Interestingly, Argyris and Lindblom (1994) have debated forms of resistance in unfreezing defensive patterns of organizational behavior, due to tacit assumptions on power of people. However, the same power is likely to impeding change. Argyris (1991; 1994) distinguishes between defensive and productive reasoning when concerned with producing results in policy statements. Even though the world of action is dynamic and uncertain, people are likely to feel more comfortable with false certainties generated by deterministic reasoning, and often resist evidence even when they disconfirm “theories-of-action”. Distinguished by “theories-in-use” for theories of action inferred from how people actually behave, the author has proposed a theory of organizational learning in terms of not questioning fundamental design, goals, and activities (single-loop), or coping with inhibition of change since people learn to communicate inconsistent messages by acting as if they are not inconsistent (double-loop). According to this perspective, people are likely to share convictions at an underground level and “cover-up” goals. The strength of emotion-based agreement is anything but an easy issue to deal with when lacking adequate conceptual theories and methods (Carli, 2006).

Participation implies making political and administrative actors open a space for negotiation and reformulation of identities, interests and objectives. It is evident that it opens to an emotional-based ambivalent situation where the defensive preservation of the past and the idealization of innovative futures

⁵ “The social structure, therefore, can be organizationally and institutionally analyzed. The symbolic level, as it has been developed within the framework of psychoanalytic theory, may account for these two modes of operation in transformative systems”.

⁶ “The balances of power are transformed when a better capacity starts making its forecasts through a new form of organization. But a change in the balances of power does not necessarily lead to the development of a new capacity, and a change in the nature and rules of the game: it might be a simple reversal of elites.”

may end up shocking – at both organizational and cultural levels – with goals of change. The question is crucial, inasmuch as one of the critical points has been the bureaucratic segmentation of the problems to be tackled through “sectorialized” policymaking and the challenge of participatory processes to achieve a more integrated vision of social problems. Participatory processes demand the (re)organization of administrative levels, systems and connections in order to sustain their effective impact on inclusive measures of society in policymaking. At the level of formulation and implementation, it is necessary to look at the ways such processes are conceived in connection with the whole administrative architecture, as well as at the ways they either produce new models of work or reproduce “familiar” schemes of either bureaucratic or market-like fashions. My argument is that it is not a matter of imagining new models of organization, but rather to make the vertical and horizontal ways of working consistent with the exigencies of participatory policymaking. In this sense, the enactment of participation processes own a great potential in terms of public sector “reinvention” to be reflected onto new inclusive social policies’ measures. Change does not rely on the (re)production of organizational divisions, but rather on new agreements between representative elected officials and administrative units towards new models of relationship with civil society and marginal groups. In other words, it is not just a matter of organizational arrangements, but mainly and foremost a complex question concerning the institutional dimensions of political systems, evident in the ways they themselves go through traditional and innovative governance actions (Falanga, 2013b).

When we look at the ways participation is conceived and worked out, we are likely to understand where participation is placed in the mind of the political institution and, therefore, how identities and cultures are established and possibly redefined towards its enactment.

A psychosociological action-research: the case of the Municipality of Lisbon

It is essential to tackle attentive analyses of the political institutions, in order to grasp the ways participation is worked out and how cultural dimensions match organizational actions. In the last few decades, Portugal’s central public administration has been the subject of both comprehensive and sectorial reforms aimed at improving public sector. Mozzicafreddo and Gouveia (2011) argue that public administration reforms in Portugal are to be framed within the process of State modernization in the OECD area, which began in the middle of 1970s and whose main concerns have been: reduction of costs of administrative apparatus and financial resources for more efficiency; solution of dysfunctions in service organization, civil servants’ commitment, responsibility and accountability; and enhancement of quality in public service. The reorganization of the State after the dictatorial regime ended in 1974 has been especially concerned with improving welfare State measures and reforming professional workers’ categories. Some of the principal issues addressed by political institutions have regarded labor organization, performance control, coordination of procedures, codified administrative language, influence peddling, and permeating recruitment (cf. Salis Gomes, 2011).

In the 1990s, some forms of participatory experiences have been carried out by local administrations in partnership with citizens, in order to strengthen weak connections with political institutions in terms of increasing electoral disaffection. From 2007, the Mayor of the Municipality of Lisbon started promoting some interactive devices and since October 2008, a big debate has been running between executive and legislative powers in order to establish effective reforms of local administration. In 2007, the Municipality undertook a pivotal version of Participatory Budget and, at the end of May 2011, instituted the administrative unit “Division of Organizational Innovation and Participation” (DIOP). At an administrative level it has meant the creation of one division addressed to manage, on behalf of the overall mission of governance, initiatives concerning both innovation and participation. DIOP was inserted in the Department of modernization and information systems, while politically responding to the political area of “economy, innovation, administrative modernization and decentralization”. The DIOP was demanded to manage three participatory processes: Participatory Budget, Local Agenda 21 and Simplis (the latter concerning internal simplification and de-bureaucratization). In the same year the BIP/ZIP program for the enhancement of local partnerships intervening in priority parts of the city (“Bairros de Intervenção Prioritaria / Zonas de Intervenção Prioritaria”) was implemented in accordance with the critical areas identified between 2009 and 2010 by the “Local Housing Program”. The Bip/Zip program responds to both Local Housing Program

(PLH) and Municipal Direction of “Housing and Social Development”, as well as politically depending on the political area of “Housing, Social Development, Gebalis, Municipal arbitrary committee”.

In my PhD Thesis, my case-study has concerned the 2012 edition of the four mentioned participatory processes set out by the Municipality of Lisbon: Participatory Budget, Local Agenda 21, Simplis and Bip/Zip. The four processes are considered as participatory for opening the door of policymaking to new actors, though structured and methodologically developed in different ways. For this reason, the very transversal definition of “participation” should start by considering some principal organizational features regarding a number of principal aspects. First, both the administrative teams were created in 2011 in response to overall changes regarding the whole administrative apparatus. In this sense, the initiation of the two units has involved constituting new working groups concerned with participatory processes at different stages of their “history”. The Participatory Budget started in 2007 and at that time Lisbon was the first European capital to develop a participatory budget at the municipal level. Together with the Youth Participatory Budget, at its second edition in 2012, this type of process is addressed to place part of the budgetary amount for public investments in the hands of citizens who are allowed to propose and decide upon new projects that potentially fit principles and criteria for the € 2.5 millions of available budget. As regards the Local Agenda 21, EU has made explicit reference to the need to improve sustainability in national strategic plans for local development. The first edition in 2012 has represented a pivotal experience aimed to integrate environmental, social, cultural, economic and urban planning aspects. Through participatory forums, direct interaction with key community actors and enquiries to the population, Local Agenda 21 was settled only in the northern area of the city. Looking at the possibilities for participation to become a tool for internal improvement of the Municipality too, in 2008 the program Simplis was initiated in response to the national program “Simplex” aiming to consult internal officials on goals of debureaucratization and simplification. Finally, as regards the BipZip program, the key mission entails the enhancement of local partnerships among third sector organizations and, in some cases, with Parish Councils, in order to support urban regeneration. Projects are proposed and implemented by local partnerships which can rely on BipZip program supervision and financial support (total budget at hand of about €1 million for a provision of a range of between €5000 and €50,000 per project).

The enactment of participatory processes requires questioning intriguing organizational issues and undertaking complex cultural challenges. However scientific literature has been surprisingly limited on this issue. Assuming the key role played by public administration in participation as the core issue of my investigation in Lisbon, I have observed both back-office and frontline functions of administrative teams, as well as interviewed civil servants on their experiences with participation. My purpose was to explore their experiential knowledge through the observation of their work as well as through the analysis of their narratives drawn from the interviews. The design of the semi-structured interviews was based on the general topic “participation” and formulated through an open question. According to the “Emotional Analysis of Text” methodology (EAT), it implies grasping profound processes of symbolic representations set through collective instances that each individual expresses along the interview (Carli & Paniccia, 2002). Hence, after having interviewed 29 civil servants engaged in participatory processes in both back-office meetings and frontline interactions, I have set interpretive hypotheses concerning the resulting four Clusters and their relationship between and with the three Factorial Axes structuring the Factorial Space. In psychosociological terms, the Factorial Space is the symbolical space where the cultural instances expressed by the interviewees are organized. Carli and Paniccia (2002) define this space as “Local Culture” characterized by the articulation of Cultural Patterns that present themselves as clustered groups of co-occurring keywords. With regard to the interpretation of the four Cultural Patterns, it has implied analyzing each list of co-occurring keywords by considering both the etymological origins of the corresponding headwords and their emotional significance in psychological terms.

The EAT methodology has been part of the whole process of action research, and the interpretive analysis of the interviews has integrated the observation of both internal and external levels of the processes’ management. The outcomes of the analysis are to be interpreted according to psychosociological models and criteria. The findings of the action research inform about the different ways participation is symbolically represented by civil servants and opens a gateway for a new look at cultural dimensions emerging at the organizational level when innovative processes are undertaken by public authorities.

One of the four Cultural Patterns specifically shines a light on the argument explored in this article. On claiming the need of the organizational commitment for social inclusion, this Cultural Pattern makes a clear

point on the responsibility of governments with civil society's rights⁷. Social exclusion represents one of the main risks not only for the democratic system itself but for participation as well. Administrative mechanisms should be designed towards goals of social inclusion and be supported by clear political intentions. Democracy is seen as a system concerned with social equity and justice. It should not be surprising that the cultural pattern interrogates the proper pillars of participation when questioning administrative goals and capacities in terms of social inclusion and integration. The accomplishment of such a mission requires a relevant cultural effort in terms of governance in that it cannot rely on mere individual "sensitivity", either political or technical, but rather on integrated political projects. As a result, participatory processes should be considered as part of new political and administrative networks aimed at both solving specific cases of marginality and upholding the integration of social fabric.

This Cultural Pattern highlights the relation between effective administrative designs and democratic goals of participation⁸. On the one hand the integration of administrative networks of policymaking is functional for effective outcomes. On the other hand social inclusion is meant as the democratic result of human integrity and civil society's rights relying on integrated visions of communities. The two instances are not independent one and other. The very evidence provided by this Cultural Patterns is the link that is explicitly made between the administrative operationalization of participation and the achievement of goals of social inclusion. Public authority and society cannot be seen as separated actors eventually gathered within new random deliberative arenas. The risk at stake is that of conceiving participation as the "just" technique expected to solve punctual social "dysfunctions". When not entailing the whole governance system, single processes risk fostering very high expectations of total change (i.e. myth of bad past to be overtaken through the achievement of good future) which are unlikely to be accomplished. Participation, in the view of civil servants, is rather demanded to be a byproduct of new political and administrative networks displaying a clear role in preventing phenomena of social isolation and marginalization. The demand for administrative coordination bridges the demand for place-based integration. Political institutions are demanded to enact participation with internal goals of broad policymaking coordination towards external goals of territorial integration. In this sense, the co-existence of short-term and long-term policies could be hopefully improved by setting new synergic systems of multi-level participation. Different actors and different sectors of public administration could turn participation into the grassroots rationale moving the implementation of new governance devices. Integration of innovative processes within the administrative organization and inclusion of new decision-makers from civil society are all but independent or even conflicting goals of participation. These findings confirm that participatory initiatives should not be isolated within the political systems since they need adequate networks to work out their goals of change. Furthermore, the proper mission cannot help but entailing democratic goals of equity, justice and therefore social inclusion. Pursuing new organizational and institutional forms (and reforms) does represent one of the most challenging aims for participatory policymaking. It requires integrated political planning while "upsetting" the administrative rationale towards extensive changes in the relationship with civil society.

Conclusive reflections: towards what change?

By looking at participation as a varied set of initiatives that are committed worldwide to deal with scenarios in transformation, I argue that participation reveals the challenging and overlapping interaction between dimensions of tradition and innovation for new political measures and initiatives. The settlement of

⁷ The final result of the EAT provides four different Cultural Patterns, each of them putting evidence on specific emotional aspects revealed through the interviews. Apart from the one described in this article, the other three clusters have synthetically highlighted: the need to tackle organizational reforms while considering civil servants as key contributors for change when promoting participation; the role played by effective participatory designs in including civil servants as active part of the processes; the (new) political concern of civil servants with governance actions at both local and over-local scales (for more details, cf: Falanga, 2013a).

⁸ The keywords emerged in this Cultural Pattern are: survive (sobreviver), cycle (ciclo), son (filho), parents (pais), civil (civil), homeless (sem abrigo), religion (religião), buy (comprar), family (família), live (viver), media (middle), menina (girl), class (classe), (durg addict (toxicodependente).

participatory processes understood as an innovative device aimed at gathering new actors of policymaking cannot help but generating ambivalent emotions, desires and fears related to the maintenance of known equilibrium and the pursuit of unknown futures. Such “in-between” conditions can and must be studied by psychosociology since the discipline has been committed for decades with contexts in change. Indeed, psychosociology provides an integrated theoretical framework and a lively set of methodologies addressed to analyze, understand and extract interpretive hypotheses concerning cultural changes. Towards this aim it is necessary to adopt conceptual frameworks and methodologies that allow observing changes brought about by participation. It is also necessary that such frameworks were able to look through the normative and organizational mutations of governance systems so as to link them with what is unexpressed or what it is expressed but hardly comprehensible without the right theories and methods. My approach of investigation is concerned with analyzing forms of knowledge and know-how carried by the multiple agencies and actors who have a relevant impact in signifying their contexts. In the case of participation, I have had the opportunity to go through and beyond administrative members’ narratives and provide new evidence on what moves change-oriented governance initiatives.

Towards the aim, I have focused on the administrative level which is demanded to turn participation an operational device for effective governance. In 2012 I have developed an action/research involving the four participatory processes promoted by the Municipality of Lisbon. By following both internal and external work of the administrative teams as well as by interviewing the 29 civil servants engaged in the processes, I have presented in this article some of the results of the analysis. One of the Cultural Patterns emerged through the interpretive analysis of the collected narratives, makes thorough reference to what enacting democratic goals of social inclusion implies from their point of view. Assuming social inclusion as a democratic goal and expecting that, as such, political systems should take it into account when promoting participation, it requires serious consideration at the organizational level. There is no social inclusion without administrative integration of the administrative agencies working on public policymaking which, in turn, should be supported by clear political intentions on the goals of participation.

New interactive policymaking processes can be seen as one of the possible expressions of change in political institutions. The contribution of psychosociology intersecting the commitment with organizational development and new participatory policymaking processes can provide new knowledge on cultural challenges. When matching such knowledge with the insights stemming from new methods and interdisciplinary perspectives to studies concerning policy innovations and public administration changes, new complex understanding on participatory processes are likely to be achieved. As illustrated with the case of Lisbon in this article, participation is demanded to put in relation goals of social inclusion with new administrative settings and ways of working together. Organizational integration has a direct effect on the ways public policies, including the participatory ones, are formulated and worked out. It is by bridging these two dimensions that, more generally, we are likely to increase critical knowledge on the ways political institutions work towards goals of social inclusion.

Participation owns the potential to encourage shared reflection and self-reflection by (re)narrating the multiple stories of political institutions and societies. The inclusion of marginalized and excluded social actors and groups into innovative processes implies conceiving new organizational and cultural ways through which political institutions can set up effective processes. The complex set of instances connected with effective political measures makes a case in point on changes carried on by processes needing a broader cultural change supported by public organizations.

References

- Alvesson, M. (1993). *Cultural perspectives on organizations*. New York: Cambridge University Press.
- Argyris, C. (1991). The use of knowledge as a test for theory: The case of public administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 1(3), 337-354.
- Argyris, C. (1994). Initiating change that perseveres. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 4(3), 343-355.

- Argyris, C., & Lindblom, C.E. (1994). A dialogue with Professors Lindblom and Argyris. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 4(3), 357-366.
- Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. London: Addison-Wesley.
- Arnstein, S. (1971). A ladder of citizen participation. *Journal of the Royal Town Planning Institute*, 57(4), 176-182. doi: 10.1080/01944366908977225
- Avritzer, L. (2006). New public spheres in Brazil: Local democracy and deliberative politics. *International Journal of Urban and Regional Research*, 30(3), 623-37. doi: 10.1111/j.1468-2427.2006.00692.x
- Avritzer, L., & Navarro, Z. (Eds.). (2003). *A inovação democrática no Brasil* [Democratic Innovation in Brazil]. São Paulo: Cortez.
- Barus-Michel, J., Enriquez, E., & Lèvy, A. (2002). *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions* [Vocabulary of Psychosociology. References and positions]. Paris: Edition érés.
- Barnes, M., Newman, J., Knops, A., & Sullivan, H. (2003). Constituting “the public” in public participation. *Public Administration*, 81(2), 379-399. doi: 10.1111/1467-9299.00352
- Beresford, P. (2001). Service users, social policy and the future of welfare. *Critical Social Policy*, 21(4), 494-512.
- Bina, O. (2013). The green economy and sustainable development: an uneasy balance between the imperatives of crisis management and persisting contradictions. *Environment and Planning C-Government and Policy*, 31, 1023-1047. DOI: 10.1068/c1310j
- Bobbio, L. (2006). Dilemmi della democrazia partecipativa [Dilemmas of participatory democracy]. *Democrazia e Diritto*, 4, 7-26.
- Bolognini, B. (1986). Il mito come espressione dei valori organizzativi e come fattore strutturale [Myth as both expression of organizational values and structural factor]. In P. Gagliardi (Ed.), *Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa* [Enterprises as cultures. New perspectives for organizational analysis] (pp. 79-101). Turin: Isedi.
- Bonazzi, G. (2002). *Come studiare le organizzazioni* [How to study organizations]. Bologna: Il Mulino.
- Brunsson, N. (1990). Deciding for responsibility and legitimization: Alternative interpretations of organizational decision-making. *Accounting, Organization and Society*, 15(1-2), 47-59.
- Brunsson, N., & Olsen, J.P. (1993). *The Reforming Organization*. London: Routledge.
- Cabannes, Y. (Ed.). (2004). *72 frequently asked questions about participatory budgeting*. UN-HABITAT. Retrieved from: <http://www.internationalbudget.org/themes/PB/72QuestionsaboutPB.pdf>
- Carli, R. (1976). Trasformazione e cambiamento [Transformation and change]. *Archivio di Psicologia, Psichiatria e Neurologia*, 1-2, 148-194.
- Carli, R. (2006). La collusione e le sue basi sperimentali [Collusion and its experimental bases]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2-3, 179-189. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni* [Psychosociology of organizations and institutions]. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi [The emotional analysis of text: A psychological tool to read texts and discourses]. Rome: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [The analysis of demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.

- Cornwall, A. (2008). Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3), 269–283. doi: 10.1093/cdj/bsn010
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1981/1977). *L'acteur et le système* [The actor and the system]. Lonrai: Éditions du Seuil.
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managériale et harcèlement social* [The insane society of management: managerial ideology, power, and social harassment]. Paris: Seuil.
- De Gaulejac, V., Bonetti, M., & Fraisse, J. (1995). *L'ingénierie sociale* [Social engineering]. Paris: Alternatives Sociales Syros.
- Della Porta, D. (2011). *Democrazie* [Democracies]. Bologna: Il Mulino.
- Denhardt, R.B., & Denhardt, J.V. (2007). *The new Public Service: serving, not steering*. New York/London: M.E. Sharpe.
- Donolo, C. (2006). *Il futuro delle politiche pubbliche* [The future of public policies]. Milan: Mondadori.
- Enriquez, E. (2008). Prospettive e blocchi della società occidentale [Perspectives and blocks of the western society]. *Spunti*, 11, 23-49.
- European Union (2000). Charter of fundamental rights of the European Union (2000/C 364/01). *Official Journal*, December 18, 2000.
- European Union (2008). Treaty of Lisbon (2008/C 115/01), *Official Journal*, May 9, 2008.
- Falanga, R. (2013a). *Developing Change. A Psychosociological action research with Civil Servants engaged in Participatory Processes*. PhD Thesis University of Coimbra. Retrieved from: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/24148>
- Falanga, R. (2013b). Participation and Public Sector. A Democratic Challenge. *Universitas Humanas*, 10 (2), 11-20. doi: 10.5102/univhum.v10i2.2998
- Falanga, R., & Antonini, M. (2013). Transforming cities, societies and policies. Psychological reflections on participatory processes' experiences. *CES Contexto Debates: Rethinking Urban Inclusion Spaces, Mobilizations, Interventions*, 2, 572-587.
- Farrington, J., Bebbington, A., Wellard, K., & Lewis, D.J. (1993). *Reluctant partners: Non-governmental organisations, the state and sustainable agricultural development*. London: Routledge.
- Frost, P., Moore, L.F., Louis, M.R.L., Lundberg, C.C., & Martin, J. (Eds.). (1985). *Organizational culture*. Beverly Hills: Sage.
- Fung, A. (2006). Varieties of participation in complex governance. *Public Administration Review Special Issue: Collaborative Public Management*, 66, 66-75. doi: 10.1111/j.1540-6210.2006.00667.x
- Gaventa, J., & Barret, G. (2010). So what differences does it make? Mapping the outcomes of citizen engagement. *Working Paper, Institute of Development Studies, Development research Centre Citizenship, Participation and Accountability*, 347, 1-72. Retrieved from: <http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/Wp347.pdf>
- Grasso, M., & Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità: Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia* [Thought and decision-making: Contribution for the critics to the individualist perspective in psychology]. Milan: Franco Angeli.
- Janis, I.L. (1972). *Victims of groupthink*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kaneklin, C., & Olivetti Manoukian, F. (2011/1990). *Conoscere l'organizzazione* [Knowing the organization]. Rome: Carocci.
- Kohler-Koch, B. (1998) A evolução e transformação da governação europeia [Evolution and transformation of European governance]. *Análise Social*, 23, 659-684.

- Kooiman, J. (2003). *Governing as Governance*. London: Sage Publications Ltd.
- Kykyri, V., Puutio, R., & Wahlstrom, J. (2010). Inviting participation in organizational change through ownership talk. *Journal of Applied Behavioral Science*, 46(1), 92-118. doi: 10.1177/0021886309357441
- March, J.G., & Olsen, J.P. (1989). *Reforming Institutions: The Organisational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- McDowell Santos, C. (2007). Democracia Participativa e género. Notas para uma agenda de pesquisa feminista [Participatory democracy and gender. Notes for an agenda of feminist research]. In L. Avritzer (Ed.), *A participação social no Nordeste* [Social participation in the Northeast] (pp. 237-254). Belo Horizonte: UFMG Editora.
- Morgan, G. (2006) *Images of organization*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mozzicafreddo, J., & Salis Gomes, J. (2011). (Eds.). *Projectos de inovação na gestão pública* [Innovation projects in public management]. Lisbon: Editora Mundos Sociais.
- OECD (2009). *Focus on citizens: Public engagement for better policy and services*. Public governance and territorial development Directorate. Retrieved from: <http://www.sourceoecd.org/governance/9789264048867>
- Olivetti Manoukian, F. (2007). Formazione e organizzazione [Training and organization]. *Spunti*, 10, 107-144.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Ouchi, W. (1981). *Theory Z*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Pagés, M., De Gaulejac, V., Bonetti, M., & Descendre, D. (1998). *L'emprise de l'organisation* [The enterprise of the organization]. Paris: Presses Universitaires de France.
- Pellizzoni, L. (Ed.). (2005). *La deliberazione pubblica* [Public deliberation]. Rome: Meltemi.
- Peters, G.B. (2001). *The Future of Governing*. Lawrence: University Press of Kansas.
- Peters, G.B., & Pierre, J. (2001). *Politicians, Bureaucrats and Administrative Reform*. London: Routledge.
- Peters, G.B., & Pierre, J. (2012). Introduction: The Role of Public Administration in Governing. In G.B. Peters, & Jon Pierre (Eds.), *The Sage Handbook of Public Administration* (pp. 1-12). London: SAGE. doi: 10.4135/9781446200506
- Rhodes, R.A.W. (1996). The new governance: Governing without governance. *Political Studies*, 44, 652-667. doi: 10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x
- Sainsaulieu, R. (1988). *L'identité au travail* [Identity at work]. Paris: Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- Salis Gomes, J. (2011). Perspectivas da moderna gestão pública em Portugal. In J. Mozzicafreddo, & J. Salis Gomes (Eds.), *Administração e política: Perspectivas de reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos* (pp. 77-102). Oeiras: Celta Editora.
- Schein, E.H. (2009). *The Corporate Culture Survival Guide: New and revised edition*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schön, D.A. (1983). *The reflexive practitioner*. New York: Basic Books.
- Sintomer, Y. (2005). Los presupuestos participativos en Europa: retos y desafíos [Participatory budgeting in Europe: threats and challenges]. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 31, 63-92.
- Sintomer, Y., & Allegretti, G. (2009). *I bilanci partecipativi in Europa: Nuove esperienze democratiche nel vecchio continente* [Participatory budgeting in Europe: new Democratic experiences in the old continent]. Rome: Ediesse.

- Sousa Santos, B. (Ed.). (2003). *Democratizar a democracia: Os caminhos da democracia participativa* [Democratizing democracy: Pathways of participatory democracy]. Porto: Edições Afrontamento.
- Thornton, P. (2000). *Older people speaking out. Developing opportunities for influence*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- UN United Nations (2008). *People Matter: Civic engagement in Public Governance*. New York: UN Department of Economic and Social Affairs
- Weber, M. (1947). *The theory of social and economic organization*. London: The Free Press of Glencoe.
- Weick, K. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks: Foundations for Organizational Science SAGE Publications.
- Yanow, D. (1996). *How Does a Policy Mean? Interpreting policy and organisational actions*. Washington, DC: Georgetown University Press.

World War II aftermath and the “rehabilitation” of the *displaced persons*

Silvia Salvatici*

Abstract

The essays examines the programmes implemented in the refugee camps in Europe in the years following World War II. These programmes aimed at rehabilitating the displaced persons both physically and morally. In particular, the essay focuses on the activities developed by the United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) and the International Refugee Organization (IRO).

Keywords: WWII aftermath; rehabilitation; displaced persons; UNRRA; apathy.

* Associate Professor of Contemporary History, University of Teramo, Italy.

Salvatici, S. (2014). Il secondo dopoguerra e la “riabilitazione” delle displaced persons [World War II aftermath and the “rehabilitation” of the displaced persons]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 39-47. doi: 10.14645/RPC.2014.2.490

Il secondo dopoguerra e la “riabilitazione” delle *displaced persons*

Silvia Salvatici*

Abstract

Il saggio ricostruisce i programmi realizzati nei campi profughi europei nel secondo dopoguerra allo scopo di “curare” le *displaced persons* nel fisico e nel morale. In particolare, vengono esaminati i programmi della United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) e dell’International Refugee Organization (IRO), che costituiscono un importante laboratorio anche per le successiva attività dell’Organizzazione delle Nazioni Unite.

Parole chiave: secondo dopoguerra; riabilitazione; *displaced persons*; UNRRA; apatia.

* Professore Associato di Storia Contemporanea, Università di Teramo, Italia.

Salvatici, S. (2014). Il secondo dopoguerra e la “riabilitazione” delle *displaced persons* [World War II aftermath and the “rehabilitation” of the *displaced persons*]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 39-47. doi: 10.14645/RPC.2014.2.490

La fine del secondo conflitto mondiale lascia sullo scenario europeo, segnato dai lutti e dalle distruzioni, una moltitudine di uomini e donne che sono stati vittime di deportazioni di massa o hanno dovuto abbandonare i loro paesi di origine con l'avanzata dei fronti di combattimento. Si tratta di circa 7 milioni di persone nella sola Germania occidentale, dove si addensa il 90% delle *displaced persons* (DPs): questo è il neologismo introdotto dagli Alleati per indicare i profughi che rappresentano una delle drammatiche eredità della guerra (Salvatici, 2008).

I milioni di *displaced* che popolano i campi della Germania non costituiscono solo una delle componenti dell'emergenza umanitaria post-bellica, rappresentano anche un'inquietante minaccia per il conseguimento di quella stabilità che deve allontanare lo spettro della tragedia appena consumatasi e portare un nuovo ordine. La breve pubblicazione realizzata nel 1946 dalla Russell Sage Foundation di New York¹, con lo scopo di fornire alle Nazioni Unite informazioni utili all'elaborazione di appropriate linee di intervento, si conclude per esempio sottolineando con forza che:

in paesi così terribilmente minati dal collasso delle economie e ancora così indebolite spiritualmente dalle influenze nichilistiche del Nazismo e del Fascismo, il fallimento nell'affrontare in maniera costruttiva il problema dei rifugiati e dei profughi si potrebbe rivelare fatale per la ricostruzione morale, politica e spirituale dell'Europa².

La preoccupazione per l'"emergenza" rappresentata dai profughi sembra essere originata soprattutto dal fatto che la loro massiccia presenza risulta in contraddizione con quel principio di nazionalità ormai da tempo affermato a fondamento degli Stati, e che adesso torna in gioco nella difficile ricomposizione di un ordine internazionale. I *displaced*, infatti, sono "non solo senza una casa, ma anche senza un Paese" e dunque sono privati dei "legami morali e legali" che stanno alla base del rapporto fra gli individui e lo Stato, grazie ai quali uomini e donne divengono cittadini e cittadine (Vernant, 1951). L'unica soluzione per sciogliere la contraddizione di cui i profughi sono portatori sembra dunque essere la reintroduzione di quei "legami morali e legali", perseguibile attraverso due opzioni: ripristinare i vecchi legami e dunque provvedere al ritorno delle persone "senza un Paese" nei luoghi di origine, oppure costruire dei nuovi legami attraverso il *resettlement* in un altro paese.

Inizialmente è la prima opzione, quella del rimpatrio, ad essere privilegiata dalle autorità militari alleate, che si occupano delle *displaced persons* coadiuvati dall'UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration), la prima agenzia delle Nazioni Unite. Ma già dalla fine del '46 l'orientamento comincia a cambiare, di fronte alla constatazione che la quasi totalità dei profughi provenienti dall'Europa orientale rifiuta di tornare nei propri luoghi di origine, che non esistono più come Stati indipendenti perché annessi dall'Urss (come nel caso dei baltici), oppure sono stati inclusi nell'area di influenza sovietica (come nel caso dei polacchi). Per gli ebrei, invece, è soprattutto l'esplosione del nuovo antisemitismo postbellico a vanificare ogni ipotesi di ritorno verso i paesi dell'est europeo. Con il naufragare del progetto di rimpatrio dei *displaced* le autorità militari alleate, l'Onu e alcuni governi occidentali cominciano a pensare a una massiccia operazione di *resettlement* indirizzata verso mete diverse, inizialmente solo europee e poi anche oltre oceaniche. Il piano che si viene via via definendo, prevede la migrazione delle *displaced persons* attraverso programmi di lavoro concordati con i diversi governi, disposti a impiegare le donne e soprattutto gli uomini provenienti dai campi nelle fabbriche, nelle campagne, nelle miniere, nei servizi domestici. Ad occuparsi di questi programmi è in primo luogo l'International Refugee Organization, la nuova agenzia delle Nazioni Unite che nel 1947 sostituisce l'UNRRA e resta operativa fino al 1951.

¹ Le citazioni di documenti storici presenti in fondi archivistici sono riportati in note a piè di pagina, le traduzioni delle citazioni sono dell'autrice (*ndr*).

² Pierce, W. (15 ottobre 1946). *Preliminary Summary of Report on Refugees and Displaced Persons: an Urgent United Nations Problem*. Reports files, box 1. UNRRA, Bureau of Services, Division of Repatriation and Welfare. United Nations Archives (UNA), New York.

Malati di apatia

In questa fase si accentua la preoccupazione per gli effetti che la lunga permanenza nei centri collettivi può avere sul comportamento delle *displaced persons*. Secondo il giudizio di tutti coloro che sono deputati alla cura della popolazione profuga, il passare del tempo consente una migliore organizzazione dei campi, per esempio dal punto di vista igienico-sanitario, ma fa aumentare l'incidenza del disagio psicologico, che viene considerato tanto diffuso da costituire un tratto peculiare del *displacement*. Uno degli elementi su cui si torna con maggiore frequenza – nei documenti delle autorità militari, nei rapporti dell'UNRRA e dell'IRO, nelle indagini condotte dagli studiosi – è quello del rapporto fra le condizioni di vita all'interno dei campi e lo svilupparsi di comportamenti riconducibili a una ben definita "psicologia del rifugiato", i cui caratteri sarebbero facilmente riconoscibili. Il tratto prevalente è identificato all'unanimità nell'apatia, considerata una conseguenza del fatto che i DP's "hanno perduto il ruolo che avevano in passato all'interno di una società organizzata, e dunque vegetano", trascorrendo le proprie giornate nell'assoluta monotonia di una quotidianità dominata dall'ozio, dalla mancanza di spirito di iniziativa, dall'attesa passiva (Holborn, 1955, p. 352)³. Questa immagine della vita dei DP's sprofondata nell'inerzia appare ambigua rispetto all'identificazione delle cause del fenomeno, poiché da un lato descrive il *displacement* come condizione che ineluttabilmente conduce all'inattività e all'assenza di volontà, dall'altro presenta i profughi come persone comunque incapaci di reagire, inclini all'indolenza e alla dipendenza. È in questa prospettiva che il disagio psicologico finisce per essere associato, in maniera più o meno esplicita, alla rilassatezza o addirittura alla corruzione morale.

Una simile associazione è sottesa alla denuncia della perdita dei ruoli sociali che viene collegata allo sradicamento. Le donne, ad esempio, non sono più ritenute capaci di essere madri. La convinzione che la "vocazione materna" si sia affievolita tra le profughe traspare dalle frequenti dichiarazioni sull'alto tasso di figli illegittimi, sui casi di abbandono o addirittura di vendita dei bambini, sul ricorso all'infanticidio: dopo il ritrovamento del corpo di un neonato sepolto dall'immondizia nel grande campo di Hanau, per esempio, ad essere ricercata è "la madre crudele", insistentemente definita così nei rapporti della polizia del campo⁴. Ma non mancano le osservazioni che espressamente giudicano tutti questi fenomeni come il segnale dell'inevitabile inquinamento della natura femminile all'interno dei campi. "La vita di angustie che [le donne] hanno condotto negli anni scorsi ha prodotto una grave degenerazione dell'istinto materno"⁵, scrive un'operatrice dell'IRO nel 1948; proprio per arginare il processo di "degenerazione" verificatosi nei campi e ripristinare un adeguato "istinto materno" tra coloro che vi abitano, vengono avviati corsi di rieducazione specifici, rivolti soprattutto alle più giovani e pensati per l'acquisizione di tutte le capacità proprie di una moglie e madre esemplare. Allo "snaturamento" delle madri si fa inoltre corrispondere quello dei bambini, considerati vittime della degenerazione degli adulti e ancor più indifesi di fronte alle difficoltà intrinsecamente connesse alla "vita da profughi". La natura "selvaggia" dei piccoli *displaced* diventa così un argomento ricorrente tra gli operatori che lavorano nel settore, ma torna spesso anche negli articoli dedicati ai DP's dalla stampa internazionale; la descrizione che ne emerge è quella di un'infanzia alterata nella sua stessa "essenza", come dimostrerebbero l'elevato grado di maturità e l'eccessivo disincanto dei più giovani abitanti dei campi, ma anche la loro tendenza a mentire, a truffare il prossimo, ad avere atteggiamenti aggressivi.

Tanto la perdita dello "spirito materno" quanto la corruzione dell'infanzia costituiscono fenomeni preoccupanti a fronte di un progetto di ricostruzione sociale, morale e politica che muove con decisione verso la riaffermazione della famiglia e dei suoi valori. La "psicologia del rifugiato" – che riguarda centinaia di migliaia di persone addensate nel cuore di quell'Europa ferita dalla guerra a cui il progetto di ricostruzione è rivolto – costituisce in questo senso un ostacolo inquietante. I rilievi sulla corruzione morale non

³ Si tratta di considerazioni molto ricorrenti, pur con sfumature differenti; è Louise W. Holborn a sintetizzarle in quella che lei stessa definisce la "psicologia del rifugiato".

⁴ Si veda il *Security Report* per il campo di Hanau del 17 ottobre 1947, United State European Command Headquarters (EUCOM), Civil Affairs Division (CAD) DP's Section, General correspondence, box 660 RG 549, National Archives and Records Administration, College Park, Maryland, USA.

⁵ Si veda la relazione della Child Welfare Consultant, Mlle Yvonne de Jong *Quels sont les principaux problèmes concernant les enfants réfugiés?*. Enfants non accompagnés 39/1 juillet – décembre 1948. AJ43/599. Archives Nationales, Paris.

riguardano soltanto alcuni specifici soggetti, ma si rivolgono a un più generale e astratto profilo di profugo, che viene così descritto in un rapporto militare redatto nella primavera del '47:

il suo guardaroba è solitamente costituito da ciò che indossa più pochi capi di abbigliamento pigiati in una borsa. [...] Ha imparato a diffidare di promesse e pezzi di carta. Tutto il suo universo si muove intorno all'aver di che nutrirsi e un riparo. Nello slang americano egli appare e si comporta come un "bum" [mangiapane a ufo]. Al contrario, il Tedesco è ben vestito, meglio nutrito, e vive in una casa. Egli è molto corretto nei suoi modi quando si rivolge agli ufficiali americani⁶.

L'immagine con cui viene restituita questa contrapposizione schematizza, sovrapponendoli, il "tipico" modo di presentarsi e il "tipico" modo di comportarsi del DP, entrambi spiegati alla luce della condizione oggettiva in cui egli si trova, ma considerati tratti costitutivi di un atteggiamento morale a sua volta "tipico" degli abitanti dei campi. L'identificazione di questo atteggiamento non resta semplicemente al centro degli stereotipi condivisi dai militari, diventa anche oggetto di una concettualizzazione specifica nella riflessione teorica sulla "psicologia del rifugiato".

Il percorso più articolato di questa concettualizzazione si trova nel saggio intitolato *D.P. Apathy*, contenuto all'interno di un volume collettaneo pubblicato dall'Unesco nel 1956; qui il disagio psicologico dei *displaced* è direttamente connesso alla loro elaborazione di una "nuova morale", che viene illustrata attraverso le testimonianze degli stessi DPs, raccolte nel corso di una specifica indagine. Secondo le citazioni riportate nel testo, uno degli intervistati avrebbe affermato che:

[tra i profughi] c'è stata una profonda crisi dovuta al repentino venir meno delle antiche tradizioni, delle cose in cui credere e in cui sperare. I sintomi di questa crisi sono stati depressione e nervosismo. Gli effetti di questa crisi hanno condotto a una nuova morale, se si può chiamare morale. Essa ha le seguenti caratteristiche: ignorare la disciplina se questo è necessario per il tuo benessere o per quello della tua famiglia, evitando nello stesso tempo di commettere crimini contro un'altra persona (Bakis, 1955, p.85).

Un'altra citazione offre ulteriori spiegazioni sulla "nuova morale" sviluppatasi nei campi:

se i *displaced* avessero osservato rigidamente tutte le regole imposte loro, la maggior parte sarebbe morta per fame o per le malattie causate dalla malnutrizione. [...] Perfino una persona dotata delle migliori intenzioni non può rispettare tutte le regole se vuole mantenersi in vita. Per esempio non si può condannare una madre che si procura cibo e perfino medicine al mercato nero per i suoi bambini malnutriti. [...] È difficile accusare gli orfani di guerra che sono stati educati dalla durezza del mondo se sono guidati dalla cattiva influenza del male e violano le leggi (Bakis, 1955, p.85).

L'autore del saggio, e della ricerca a cui si attribuisce la raccolta di queste testimonianze, è uno psicologo estone, ricercatore presso l'università di Tartu e lui stesso DP in Germania fino al 1950, quando approda negli Stati Uniti: nel momento in cui il volume dell'Unesco viene pubblicato, Eduard Bakis è docente allo Sterling College in Kansas. La riflessione di Bakis offre dunque un punto di vista particolare, poiché si colloca a pieno titolo tra gli studi che assumono il *displacement* come specifico oggetto di analisi, ma nello stesso tempo è espressione di uno sguardo che proviene dall'interno e non può essere neutro. Da questo incrocio emerge una proposta interpretativa che da una parte fa propria, rafforzandola, l'idea ricorrente di un comportamento "tipico" dei DPs irrispettoso delle regole e contrario ai comuni principi etici. Dall'altra parte si tenta di giustificare quello stesso comportamento, sottraendolo alla sfera dell'illegalità e dell'immoralità: la vita che i profughi sono costretti a condurre, afferma Bakis attraverso le parole dei suoi "testimoni", è tale da imporre un ripensamento del confine fra il lecito e l'illecito. Non è un caso che nell'argomentazione sull'emergere di una "nuova morale" all'interno dei campi compaiano anche gli esempi delle madri e dei bambini, ovvero di quei soggetti rispetto ai quali le inquietudini per la degenerazione dei comportamenti sono maggiori.

⁶ National Archives and Records Administration (NARA), Headquarters EUCOM, CAD DPs Section. General correspondence. box 663 RG 549. College Park, Maryland, USA.

“Ridiventare normali esseri umani”

Le attività svolte nei campi prima dall'UNRRA e poi dall'IRO, secondo gli accordi presi con le autorità militari, non hanno come obiettivo il semplice soddisfacimento dei bisogni primari delle *displaced person*, ma la loro più complessiva “riabilitazione”, come indicato dalla denominazione stessa della prima agenzia delle Nazioni Unite (la United Nations Relief and Rehabilitation Administration, appunto). L'idea della riabilitazione non è certo nuova nell'ambito dell'assistenza umanitaria, proviene dalla tradizione filantropica e più precisamente dall'intento di non limitarsi all'aiuto immediato dei “bisognosi”, ma di restituire loro la capacità di provvedere da soli a se stessi. “Aiuta la gente ad aiutare se stessa” è il motto dell'UNRRA, che riformulando il già consolidato principio del self-help rimanda all'esigenza di creare le condizioni necessarie perché uomini, donne e bambini oggi sfamati e rivestiti dagli aiuti internazionali possano, nell'immediato futuro, provvedere a loro stessi autonomamente.

La via principale per questo processo di riabilitazione è individuata nel lavoro. I profughi, cioè, devono essere impegnati in attività lavorative o di formazione professionale che da un lato possono consentire loro di acquisire nuove competenze, dall'altro devono garantire la tutela (o la riacquisizione) di un equilibrio psicologico e della necessaria integrità morale. Nei documenti relativi all'amministrazione dei campi, il lavoro viene costantemente indicato come il miglior rimedio per combattere l'apatia e l'indolenza. Intorno alla funzione moralizzatrice che la piena occupazione può avere tra la popolazione profuga c'è un consenso generalizzato, ampiamente condiviso anche dalle agenzie delle Nazioni Unite chiamate ad implementare le direttive delle autorità militari. Nel valutare i risultati di due anni di impegno sul campo, alla vigilia del passaggio di consegne all'International Refugee Organization, il direttore per la zona americana della Employment Division dell'UNRRA ritiene che sia “incalcolabile l'impatto complessivo [avuto] dal programma con il quale si è sostituito l'ozio improduttivo, distruttivo e fonte di disordini con costruttive attività di lavoro”⁷. Al di là dell'enfasi posta sui presunti risultati ottenuti dall'organizzazione, queste parole sintetizzano il ruolo attribuito all'occupazione dei DP, “costruttiva” perché genera individui nuovi, capaci di sostentarsi e dotati di “rispettabilità sociale e dignità personale”. I profughi che lavorano hanno intrapreso questo percorso di trasformazione, che trova il suo naturale completamento nell'apprendimento di nuove competenze professionali, acquisite “secondo i metodi dei paesi occidentali”⁸. Le attività svolte da migliaia di DP al servizio dell'esercito hanno raggiunto – secondo i funzionari dell'IRO chiamati nel 1951 a dare una valutazione complessiva sui programmi di reclutamento dei *displaced* – un duplice obiettivo: “in primo luogo hanno avuto un ruolo potente nella ricostruzione del morale [dei profughi] e in secondo luogo hanno consentito a giovani uomini privi di ogni specializzazione di imparare mestieri molto richiesti in tutti i paesi”⁹. Rigenerazione dei costumi e conquista di una qualifica utile a collocarsi nel mercato del lavoro appaiono dunque intrinsecamente connesse: due facce del medesimo processo di “riabilitazione”, affidato anche alle attività di formazione professionale, che si sviluppano a partire dall'autunno del '45.

Sono questi presupposti a spingere il direttore della Employment Division dell'UNRRA ad affermare che la storia della sua divisione:

⁷ UNRRA, Office of the Historian. Monographs, Documents and Publications 1942-1948, History of Employment Division (part 1), S-1021-0080-10. United Nations Archives, New York.

Considerazioni analoghe si riscontrano ampiamente anche nei documenti delle autorità militari di entrambe le zone; si vedano per esempio le linee programmatiche della Prisoners of War (PW) & DPs Division del 6 ottobre 1945, Civilian Labour: vol. 1, 1945 Jul.-Nov., FO 1052/20, The National Archives, Kew, Richmond, UK e lo scambio di corrispondenza fra United States Forces, European Theater (USFET) e Office of Military Government for Germany (OMGUS), United States nel luglio del '46 in Omgus, Records of the CAD, PW & DP Branch, 230.14 Employment of United Nations Displaced Persons (UNDP). box 156 RG 260. National Archives and Records Administration, College Park, Maryland, USA.

⁸ Più precisamente nel rapporto di fine mandato dell'IRO su lavoro e formazione professionale si osserva che i profughi al servizio dell'esercito non solo imparano un mestiere “ma lo fa[nn]o secondo i metodi dei paesi Occidentali: essi acquisi[scono] la volontà di lavorare e le conoscenze [necessarie] per riuscire positivamente”, *Cumulative Narrative Report 1st July 1947 – 1st July 1949. Employment and vocational training*, pp. 10-11. History of the US Zone of Germany. AJ/43/435. Archives Nationales, Paris.

⁹ *Cumulative Narrative Report 1st July 1947 – 1st July 1949. Employment and vocational training*, pp. 10-11. History of the US Zone of Germany. AJ/43/435. Archives Nationales, Paris.

è in realtà la storia dei DP ansiosi di ridiventare normali esseri umani. Essi hanno accettato di lavorare e volentieri hanno seguito i corsi di formazione nella speranza di potere, attraverso il recupero dell'abitudine al lavoro e l'acquisizione di nuove qualifiche, affrontare di nuovo il mondo come esseri umani liberi¹⁰.

Alle dipendenze degli Alleati gli "ex schiavi del nazismo", fiaccati e demotivati "dalla lunga attesa nei campi"¹¹, devono compiere un percorso ideale che li trasformi in lavoratori compatibili con le democrazie occidentali. È il buon esito di questo percorso che la direttrice della Reinhardt Kaserne sembra descrivere nella lettera di referenze redatta nell'ottobre del '47 per Natalia Danilenko, la profuga polacca che per due anni ha fedelmente prestato servizio nel reparto del campo dedicato all'approvvigionamento. Valerie Paling sorvola sulle competenze acquisite dalla donna – classe 1901, il marito è occupato nello stesso reparto – e insiste piuttosto sulle qualità umane che ha dimostrato di possedere, che fanno di lei una brava lavoratrice, una *displaced* ideale e una desiderabile concittadina. "Ha goduto della piena fiducia degli abitanti del campo e degli operatori dell'UNRRA e dell'IRO. Le siamo grati per il suo leale servizio", scrive l'operatrice delle Nazioni Unite, "siamo sicuri che in qualunque posto si troverà, [Natalia Danilenko] darà sempre un contributo utile e coscienzioso alla società"¹².

Rieducare alla maternità

Ai programmi di lavoro è assegnato un ruolo cruciale, ma la riabilitazione viene considerata un processo olistico, nella convinzione che apatia e pigrizia riguardino tutta la sfera comportamentale dei *displaced*. Le iniziative realizzate per restituire alle donne il loro "istinto materno" sono in questo senso indicative. Orgogliosa dei risultati raggiunti dal Maternity Center del campo di sua competenza, la Welfare Officer M. Boverat, afferma in un rapporto destinato al quartier general dell'UNRRA che "si è potuto osservare uno straordinario miglioramento, [poiché] i bambini sono puliti, le finestre degli alloggi vengono aperte più spesso e ogni giorno si possono vedere le mamme spingere i passeggini lungo la strada". Grazie alla rieducazione delle madri *displaced* "è [perfino] scomparsa l'orribile diffusione dell'impetigine, conseguenza della sporcizia e della mancanza di cure per i bambini"¹³. Anche il "Baby Show", organizzato in un altro campo, si propone di incoraggiare le madri a prendersi meglio cura dei loro figli. L'ideatrice dell'iniziativa è una Welfare Officer che gode di grande stima da parte del direttore della sua squadra, secondo il quale Miss Flatt "ha davvero a cuore il benessere delle persone"¹⁴. Durante lo "show" una giuria valuta il grado di pulizia e lo stato di salute dei bambini; i tre che ottengono il punteggio più alto vengono premiati con dei "prodotti di lusso" (coperte colorate o giocattoli) arrivati da Londra, mentre tutti i partecipanti ricevono premi di consolazione come saponette o grembiulini che il laboratorio di cucito del campo ha ricavato da scampoli di stoffa¹⁵. Anche le madri dei bambini più puliti e in buona salute ricevono un premio: un paio di ferri da calza e un gomito di cotone, in modo che in futuro possano esercitare ancor meglio il loro ruolo di cura. Oltre a promuovere quelle che vengono ritenute le migliori pratiche per occuparsi concretamente dei bambini, i rappresentanti dell'UNRRA celebrano la maternità anche da un punto di vista simbolico. Nel 1947, la seconda domenica di maggio, "Il Giorno della Mamma" viene festeggiato in tutti i campi che

¹⁰ UNRRA, Office of the Historian. Monographs, Documents and Publications 1942-1948, History of Employment Division (part I), S-1021-0080-10. United Nations Archives, New York.

¹¹ Sono le parole d'esordio del rapporto finale dell'Employment Division dell'UNRRA per la zona statunitense, UNA, S-1021-0080-11, UNRRA, Office of the Historian. Monographs, Documents and Publications 1942-1948, History of Employment Division (part II).

¹² Zone américaine d'Allemagne, 34/2 Documents concernant les camps de la zone américaine. 37 Archives de la Reinhardt Kaserne à Neu Ulm, 1947-1951, AJ/43/821. Archives Nationales, Paris.

¹³ Germany Mission, Subject files of Assembly Centers and Camps in the Central Registry of the British Zone 1944-1947- BZ/AC Assembly Centers (and camps) – 785. Welfare History, S-0422-0005-08. United Nations Archives, New York.

¹⁴ British Zone Headquarters' subject files of regional units and teams 1945-1947. Welfare Monthly Narrative Reports, S-0408-0037-04. United Nations Archives, New York.

¹⁵ British Zone Headquarters' subject files of regional units and teams 1945-1947. Welfare – Assembly Centers - Welfare Reports, S-0408-0037-05. United Nations Archives, New York.

cadono sotto la giurisdizione del Team 256, nella zona britannica della Germania¹⁶. Questa festa annuale, profondamente radicata nella tradizione americana, viene reinterpretata come parte dei programmi di welfare destinati ai *displaced*, perché costituisce una forma di intrattenimento e nello stesso tempo consente di ribadire l'importanza della maternità e della sua *performance*.

Gli studi hanno messo in evidenza come per le donne profughe del secondo dopoguerra l'esperienza della maternità sia stata cruciale per superare il trauma delle violenze subite durante il conflitto, e anche per questo nei campi si registra una crescita repentina del tasso di natalità (Grossmann, 2007). Tuttavia, per i rappresentanti delle organizzazioni umanitarie la questione fondamentale risiede soprattutto nelle modalità in cui le *displaced* esercitano il ruolo materno, ovvero nel modello di maternità a cui ci si aspetta che esse si adeguino. Per esempio Nora O'Connor – Welfare Officer dell'UNRRA nella città di Gießen – nelle memorie redatte dopo il suo ritorno in Gran Bretagna, sottolinea la sua indignazione per la reazione di alcune madri polacche, contrarie alla cucina collettiva installata per loro all'interno del campo:

Il giorno dell'inaugurazione il mio ufficio era assediato da donne isteriche e minacciose, che agitavano i pugni e urlavano che avrebbero distrutto la cucina. Loro sapevano meglio dell'UNRRA come nutrire i loro figli etc. etc. Il vice-direttore [del centro collettivo] si occupò di loro con calma e pazienza (mentre io schiumavo di rabbia dietro di lui)¹⁷.

L'episodio narrato da Nora O'Connor mette in evidenza come, a dispetto della ricorrente denuncia della loro apatia, le madri polacche tengano molto ad esercitare il proprio ruolo materno, che però si ritiene non essere interpretato nella giusta maniera. I rappresentanti dell'UNRRA addetti alla "riabilitazione" dei profughi reinterpretano e ridefiniscono il modello materno determinato nel corso del tempo dalle politiche di welfare nei paesi occidentali¹⁸; le attività che si sviluppano all'interno dei campi a partire da questi presupposti costituiscono un'eredità importante per i programmi delle Nazioni Unite destinati alle madri e ai bambini negli anni Quaranta e Cinquanta (Morris, 2010). E nei decenni successivi proprio la complessa esperienza della "riabilitazione" delle società europee colpite dalla guerra contribuirà a dare forma alle politiche di sviluppo realizzate nell'emergente Terzo mondo (Mazower, 2011).

Bibliografia

- Bakis, E. (1955). D.P. Apathy. In H.B.M. Murphy (Ed.), *Flight and Resettlement* (pp. 84-85). Paris: UNESCO.
- Gordon, L. (1994). *Pitied but Not Entitled: Single Mothers and the History of Welfare, 1890-1935*. New York: Free Press.
- Grossmann, A. (2007). *Jews, Germans and Allies: Close Encounters in Occupied Germany*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Holborn, L.W. (1955). *L'Organisation Internationale pour les Réfugiés: Agence spécialisée des Nations Unies 1946-1952*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kunzel, G. (1993). *Fallen women, problem girls: Unmarried mothers and the professionalization of social work, 1890-1945*. New Haven & London: Yale University Press Kunzel.
- Mazower, M. (2011). Reconstruction: The historiographical issues. *Past and Present*, 210(Suppl. 6), 17-28. doi: 10.1093/pastj/gtq038

¹⁶ *Monthly Progress Report*, 1946, May, UNRRA Team 256, British Zone Headquarters' subject files of regional units and teams 1945-1947. Narrative and Special Reports of Teams in the Field, S-0408-0005-01, Archives, United Nations New York.

¹⁷ Miss N. (Nora) O'Connor. 1323 87/14/1. Imperial War Museum [IWM], London.

¹⁸ Sulla definizione di un modello di maternità attraverso le politiche di welfare si veda Gordon (1994), Kunzel (1993), Pedersen (1993), Rose (1998).

- Morris, J. (2010). UNICEF, Syphilis and the State: negotiating female citizenship in the post-Second World War world. *Women's History Review*, 19(4), 631-650. doi: 10.1080/09612025.2010.502407
- Pedersen, S. (1993). *Family dependence and the origins of welfare state in Britain and France 1914-1945*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N.E. (1998). *Workfare on fair work: Women, welfare, and government work programs*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Salvatici, S. (2008). *Senza casa e senza paese: Profughi europei nel secondo dopoguerra*. Bologna: Il Mulino.
- Vernant, J. (1951). *The Refugee in the Post-war World: Preliminary report of survey of the refugee problem*. Geneva: United Nations.

Violence against women: Theoretical perspectives and experiences of integration and prevention in the outskirts and in the province of Naples

*Valentina Scognamiglio**, *Roberta Di Capua***

Abstract

Violence against women is an age-old problem of our culture that has recently become one of the main topics of scientific and media debate. After positioning the phenomenon in the theoretical framework of psychoanalysis, emphasizing the difficulty of recognizing the Other as such, will be explained the methods of psychodynamic intervention of two doors listening anti violence. The phenomenon of violence against women is considered in its relational nature, as the perverse relationship dynamic can be illustrated as a “meshing” (Racamier, 1992/1993) consists of two parts, the mold and the counter, which fit perfectly. We believe that the psychological intervention and the initial reception in front of this issue must confront the difficulty of symbolization of users who turn to services, which can result in the same difficulties of operators to maintain its position as the professional front to a dynamic strongly linked. By focusing on these critical issues can recognize the violence, give it a name, set up a thought about the dynamics that were the domain of acting out and start the process of personal empowerment, which runs parallel to that of empowerment social, thanks to the synergy of subjects, agencies, institutions and services, private or not, who make up the network as they strive to combat violence against women. In this regard, it will be described the intervention of prevention promoted in a school in the outskirts of Naples, to promote a culture of gender among the younger generation, discovering the pleasure of meeting “the stranger”.

Keywords: violence; women; symbolization; integration; psychoanalysis.

* Psychologist, reception worker at the Association “Le Kassandre”, Ponticelli, Napoli.

** Psychologist at the Helpdesk against violence “Lilith”, San Sebastiano al Vesuvio and San Giorgio a Cremano, Napoli.

Scognamiglio, V., & Di Capua, R. (2014). Donne vittime di violenza: Prospettive teoriche ed esperienze di integrazione e prevenzione nella periferia e nella provincia di Napoli [Violence against women: Theoretical perspectives and experiences of integration and prevention in the outskirts and in the province of Naples]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 48-59. doi: 10.14645/RPC.2014.2.482

Donne vittime di violenza: Prospettive teoriche ed esperienze di integrazione e prevenzione nella periferia e nella provincia di Napoli

Valentina Scognamiglio*, Roberta Di Capua**

Abstract

La violenza contro le donne è un annoso problema della nostra cultura che recentemente è diventato uno dei principali argomenti di dibattito mediatico e scientifico. Dopo aver inquadrato il fenomeno nella cornice teorica della psicoanalisi, ponendo l'accento sulla difficoltà di riconoscere l'Altro in quanto tale, saranno illustrate le metodologie di intervento a stampo psicodinamico di due Sportelli antiviolenza. Il fenomeno della violenza contro le donne viene considerato nella sua natura relazionale, in quanto la dinamica relazionale perversa può essere illustrata come un "ingranamento" (Racamier, 1992/1993) costituito da due parti, lo stampo e il controstampo, che si incastrano perfettamente. Riteniamo che l'intervento psicologico e di prima accoglienza di fronte a tale problematica si scontri con la difficoltà di simbolizzazione delle utenti che si rivolgono ai servizi, che può tradursi nella stessa difficoltà degli operatori e delle operatrici a mantenere la propria posizione di professionisti di fronte ad una dinamica fortemente invischiante. Mettendo a fuoco queste criticità è possibile riconoscere la violenza, darle un nome, istituire un pensiero su dinamiche che erano dominio dell'acting out e avviare il processo di empowerment personale, che corre parallelamente a quello di empowerment sociale, grazie alla sinergia di soggetti, agenzie, istituzioni e servizi, privati e non, che costituiscono la rete che si impegna a contrastare la violenza contro le donne. A tale proposito, sarà descritto l'intervento di prevenzione realizzato in una scuola superiore della periferia di Napoli, volto a promuovere una cultura di genere tra le nuove generazioni, scoprendo il piacere di incontrare "l'estraneo".

Parole chiave: violenza; donne; simbolizzazione; integrazione; psicoanalisi.

* Psicologa, operatore di accoglienza presso l'Associazione "Le Kassandre", Napoli, quartiere Ponticelli.

** Psicologa presso lo Sportello antiviolenza "Lilith" di San Sebastiano al Vesuvio e San Giorgio a Cremano, Napoli.

Scognamiglio, V., & Di Capua, R. (2014). Donne vittime di violenza: Prospettive teoriche ed esperienze di integrazione e prevenzione nella periferia e nella provincia di Napoli [Violence against women: Theoretical perspectives and experiences of integration and prevention in the outskirts and in the province of Naples]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 48-59. doi: 10.14645/RPC.2014.2.482

Introduzione

Il nuovo concetto di salute proposto dall'OMS a partire dal 2001 (WHO, 2001), che può essere identificato facendo riferimento ad un benessere diffuso che coinvolge l'individuo in tutte le sue dimensioni, fisica, psichica e sociale, ha completamente modificato le modalità con cui, anche da un punto di vista psicologico, ci si rivolge alle cosiddette categorie "deboli". In questo articolo ci occuperemo, in quanto operatrici di due sportelli antiviolenza, situati uno nella periferia e l'altro nella provincia napoletana, di riflettere sulla possibilità di favorire l'integrazione di donne vittime di violenza, evitando però di etichettarle come soggetti deboli, ritenendo fondamentale, per il raggiungimento di uno stato di benessere che riguardi il soggetto nella sua totalità, promuovere nelle utenti l'avvio e lo sviluppo di un processo di autonomia.

La definizione di violenza contro le donne trova nelle differenti culture e nelle diverse parti del mondo accezioni specifiche. Con la Dichiarazione 48/104 del 1993¹ le Nazioni Unite si impegnano a combattere il fenomeno ed enunciano come violenza sulle donne qualsiasi atto di violenza in base al sesso che produca o che sia in grado di produrre danni o sofferenze fisiche, sessuali, psicologiche, coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella sfera pubblica che in quella privata. Questa definizione include ogni forma di violenza, per cui la valutazione del fenomeno nelle varie realtà sociali e culturali non è compito facile. Il fenomeno della violenza di genere è stato per anni un fenomeno sommerso, tutt'ora i dati scarseggiano, basti pensare che l'ultima indagine dell'ISTAT risale al 2006. Si tratta di un'indagine telefonica che coinvolse donne tra i 16 e i 70 anni, da cui emerse che una donna su tre aveva subito, almeno una volta nella vita, violenze fisiche o psicologiche; inoltre, il 96% delle donne intervistate dichiarò di non aver mai denunciato i fatti alle autorità (ISTAT, 2006).

Nonostante la violenza di genere nella nostra cultura sia un problema datato, solo negli ultimi anni sono state promulgate leggi a riguardo. Il Consiglio di Europa ha ratificato il 17 maggio 2011 la Convenzione di Istanbul², un trattato considerato come il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante per proteggere le donne contro qualsiasi forma di violenza. La Convenzione di Istanbul si pone come obiettivo quello di prevenire la violenza domestica, di proteggere la vittima e punire gli aggressori ed è anche il primo documento ufficiale in cui compare una definizione di violenza di genere. Sulla base delle indicazioni provenienti dalla Convenzione di Istanbul, in Italia, il 15 ottobre 2013, è stata approvata la Legge 119/2013³, che mira a rendere più incisivi gli strumenti della repressione penale dei reati di stalking, violenza sessuale, e maltrattamenti in famiglia. Per quanto riguarda le normative regionali, la regione Campania l'11 febbraio 2011, ha approvato la Legge n. 2⁴ riconoscendo la violenza di genere, in tutte le sue forme, da quella subita in ambito familiare, extrafamiliare, a quella subita in ambito lavorativo, come violazione dei diritti fondamentali della persona. Gli obiettivi che si intendono perseguire, grazie all'applicazione di questa legge, sono quelli di attuare interventi di prevenzione primaria, fornire il sostegno e il recupero psicologico delle donne vittime di violenza, attraverso l'istituzione di centri antiviolenza, case accoglienza e la formazione continua degli operatori. La regione Campania si è mostrata così sensibile al fenomeno, emanando una legge apposita, ancor prima dell'approvazione della Convenzione di Istanbul. Nonostante ciò, i centri antiviolenza, si confrontano quotidianamente con le difficoltà dovute agli scarsi contributi finanziari, che vengono stanziati dalle amministrazioni locali, per contrastare il fenomeno della violenza di genere.

La mission delle associazioni con le quali collaboriamo è, da un lato, sostenere le vittime di violenza nel processo di elaborazione dei loro vissuti traumatici, promuovendo anche un processo di re-integrazione delle stesse all'interno del tessuto sociale; dall'altro, favorire la diffusione di una cultura che valorizzi le differenze di genere, partendo dal presupposto che anche tra le nuove generazioni vi è una difficoltà nell'assimilazione e accettazione delle differenze e dell'estraneità (Carli & Paniccia, 2003). A tal proposito

¹ Vienna Declaration and Programme of Action Adopted by the World Conference on Human Rights in Vienna on 25 June 1993. Per approfondimenti si veda: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx>.

² Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, CETS N. 210, Istanbul 2011. Per approfondimenti si veda: http://www.pariopportunita.gov.it/images/stories/documenti_vari/UserFiles/PrimoPiano/Convenzione_Istanbul_violenza_donne.pdf

³ Legge 119 del 15 ottobre 2013 "Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province".

⁴ Legge 2 dell'11 febbraio 2011 "Misure di prevenzione e di contrasto alla violenza di genere".

Carli e Panniccia (2003) sostengono che l'estraneo è l'amico ignoto e, che in quanto tale, non è assimilabile in categorie note. Ciò che è sconosciuto, infatti, può spaventare e favorire processi di esclusione. In particolare, relativamente alla violenza di genere, secondo Luce Irigaray, il genere maschile "gioca con il suo altro, ma non si accoppia con l'altro e finisce per dimenticare il proprio genere e distruggerne il radicamento. Si altera e preferisce alterarsi, soffrire e morire, piuttosto che incontrare l'altro" (Irigaray, 1987/1989, p. 151), nel desiderio dell'assoluto che cela il rifiuto della frustrazione, della privazione e della consapevolezza della propria finitezza e della propria dipendenza, che sono punti essenziali in vista del lavoro del negativo nella relazione con l'altro. In questo articolo, quindi, ci muoveremo, su due versanti: in primo luogo, illustreremo il nostro modello di accoglienza, di ascolto e di accompagnamento di donne vittime di violenza, mettendo in evidenza i vantaggi che abbiamo riscontrato nell'assunzione di un'ottica psicodinamica⁵, e di una modalità di intervento, fondata sul lavoro di équipe; in secondo luogo, partendo dal presupposto da cui muove la stessa Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948, che sancisce l'uguaglianza degli esseri umani indipendentemente dal sesso, dalla razza e condizione di altro genere e anche in seguito all'approvazione della Convenzione di Istanbul, entrata in vigore il 1 agosto del 2014, evidenzieremo l'importanza di implementare degli interventi di sensibilizzazione nelle scuole, volti a favorire la valorizzazione delle differenze di genere, e l'integrazione all'interno del tessuto sociale dei gruppi sociali più deboli (in questo caso, le donne vittime di violenza). Riteniamo fondamentale, infatti, ricercare nuovi modi di entrare in relazione che sovvertono le relazioni di potere attualmente dominanti, che pongano al centro dello scambio con l'Altro la sua verità, decostruendo pregiudizi e stereotipi e riformulando la concezione degli stessi generi, attualmente castranti per gli individui e per la società.

Il riconoscimento dell'Altro e la relazione perversa

Freud, nei suoi scritti sulla femminilità, afferma: "della vita sessuale della bambina, sappiamo ancora meno di quella del maschietto. Non dobbiamo del resto vergognarci di ciò: del resto anche la vita sessuale della donna adulta è un dark continent per la psicologia" (Freud, 1926/2003, p. 379). Freud, sin dall'inizio della sua attività, aveva riscontrato delle difficoltà nell'esplorazione dello sviluppo psicosessuale della femminilità. L'essere femminile, in quanto semplicemente diverso, e quindi non assimilabile alle categorie di ciò che è noto, può spaventare. Le due associazioni⁶ presso le quali collaboriamo, offrono uno spazio di ascolto e di sostegno a donne in difficoltà, direzionando così il focus del nostro interesse sia per quanto riguarda la ricerca che l'attività clinica, verso la comprensione della femminilità nelle sue mille sfaccettature. Il nostro obiettivo è sempre stato quello di evidenziare la diversità, in quanto specificità, dell'essere

⁵ In particolare, ci proponiamo di evidenziare, quanto sia importante utilizzare delle modalità di intervento, che adottino una prospettiva di cambiamento non legata semplicemente all'individuo, ma che considerino l'individuo inserito in un contesto.

⁶ L'Associazione "Le Kassandre è un'associazione di promozione sociale, nata nel 2004 e attiva sul territorio di Ponticelli, situato nella periferia est di Napoli. L'Associazione è nata con l'intento di diffondere una cultura impegnata nella valorizzazione della differenza di genere, e nel garantire la diffusione di pari opportunità tra uomini e donne. Le azioni dell'Associazione sono volte da un lato a contrastare il fenomeno della violenza di genere attraverso l'attivazione di uno sportello di ascolto, gestito da volontari, e attraverso l'opportunità di poter usufruire di consultazioni di natura psicologica e legale; dall'altro lato, vengono effettuati degli interventi di prevenzione primaria nelle scuole e sono organizzate periodicamente attività di promozione culturale e di sensibilizzazione (seminari, eventi culturali, cineforum etc.), volte a coinvolgere un bacino di utenza più ampio. Lo Sportello antiviolenza "Lilith" nasce nel 2010 in seno all'Associazione di volontariato "Sotte'n'coppa", già attiva da circa dieci anni nella zona vesuviana, operando sul territorio di San Sebastiano al Vesuvio e dal 2013 ha una sede a San Giorgio a Cremano. Era forte, in quegli anni, l'esigenza di un servizio di questo tipo radicato sul territorio, data l'assenza di Istituzioni con l'obiettivo di fronteggiare il fenomeno, nonostante il Comitato sui diritti delle donne del Parlamento Europeo abbia raccomandato nel 1987 la presenza di un Centro antiviolenza per ogni 10000 abitanti. Lo Sportello è da anni impegnato in azioni di contrasto e prevenzione della violenza di genere, agendo su livelli trasversali proprio in virtù della complessità drammatica di tali fenomeni. Sono attivi progetti di prevenzione in ambito scolastico, gruppi di self-help per le donne vittime di violenza, oltre alla consulenza psicologica, legale e di orientamento al lavoro. Da settembre 2010, l'Associazione è stata riconosciuta ufficialmente dalla Rete nazionale antiviolenza.

femminile, mettendone in luce le peculiarità e mostrando come in tutta la gamma delle nostre attività di sostegno psicologico, di sensibilizzazione sul territorio, di integrazione nel tessuto sociale di donne in difficoltà, facciamo di queste peculiarità i principi di orientamento delle nostre azioni di intervento.

La prima teorizzazione freudiana rispetto allo sviluppo psicosessuale della donna si basa sull'individuazione di una similarità tra lo sviluppo psicosessuale femminile e lo sviluppo psicosessuale maschile. Freud (1905/2003), in una prima fase della sua teorizzazione, fornisce una descrizione dello sviluppo sessuale e psichico femminile, rifacendosi ad un modello simmetrico secondo il quale prima della pubertà non è possibile individuare una differenza sessuale⁷. La scoperta dell'assenza del pene comporta l'affievolirsi dell'attività onanistica, così che la passività prende il sopravvento ed è possibile la svolta verso il padre, detentore del pene che la madre non le ha concesso (Freud, 1933/2003). In effetti, la possibilità della donna di riconoscersi tale, secondo la teoria freudiana, nasce in seguito all'accettazione dell'assenza del pene (che nel maschio rappresenta solo una minaccia), e quindi in seguito al riconoscimento di questo vuoto, di questa mancanza⁸. Nella letteratura psicoanalitica è facile ritrovare una rappresentazione della femminilità come qualcosa di insondabile, inspiegabile. Le origini di questa rappresentazione possono essere rinvenute nel fatto che la vagina, in quanto prototipo di uno spazio cavo, e quindi di una mancanza, attiva una serie di angosce relative al fantasma di castrazione. Poiché l'organo genitale femminile non è visibile, può essere espressione, su un piano fantasmatico, della realizzazione di quella angoscia di castrazione, che è alla base dello sviluppo psicosessuale maschile (Andrè, 2008). La vagina diviene così il rappresentante di un desiderio insaziabile, pervasivo, che in quanto tale stimola il perturbante, definito da Freud (1919/2003) come ciò che spaventa, che genera angoscia, ma che comunque è familiare, in quanto è noto da lungo tempo⁹. Anche Lacan (1970/1982) cercherà di esplorare e fornire una spiegazione all'enigma della femminilità. L'insondabile, il non misurato, rappresentato dalla femminilità sarà definito da Lacan con l'espressione "l'Altro godimento" complementare al godimento maschile, espressione della norma e, del godimento universale. Il godimento Altro di Lacan, è espressione di quella inafferrabilità dell'essere femminile che la rende estranea, non familiare, in quanto non vi è un significante, come accade per l'uomo con il fallo, nel quale la donna possa identificarsi. Da questo potrebbe discendere il bisogno femminile di trovare conferma della propria esistenza in un altro, ad esempio nel proprio partner, e ne potrebbe discendere anche la difficoltà nell'accettare che l'altro sia diverso da sé.

Nell'orizzonte psicoanalitico e accademico attuale è interessante il contributo di Žižek (2007/2008), che individua come nucleo centrale della violenza il rapporto con l'Altro. Questo Altro, infatti, non può essere davvero un Altro: può essere ben tollerato, a meno che non si presenti come alterità radicale. All'interno delle relazioni di coppia, il pericolo "dell'Altro", diviene ancora più evidente, in quanto presuppone che entrambi i membri che la compongono riconoscano all'altro una propria individualità e una propria autonomia.

Nel contesto italiano, Sandra Filippini è stata l'analista che si è maggiormente occupata di questo tema da un punto di vista psicoanalitico (Filippini, 2005; Ponsi & Filippini, 2003), coniando il termine di *perversione relazionale*, che si riferisce a quella dinamica che si attiva all'interno di una coppia e che si sostanzia in una serie di comportamenti messi in atto da uno dei due partner allo scopo di controllare e dominare l'altro, di sottometterlo e di trattarlo come una cosa non umana.

Filippini (2005) individua il punto di origine delle dinamiche del maltrattamento nel peculiare profilo di personalità del perpetratore, che si situa a metà tra il narcisismo e la perversione, considerando come ancoraggi principali della sua argomentazione i concetti di perversione narcisistica di Racamier (1992/1993) e di perversione relazionale di Anna Maria Pandolfi (1999).

Quello che Filippini definisce *perpetratore* della violenza psicologica nella coppia, non è un narcisista *tout-court*: è necessario che all'assetto narcisistico¹⁰ di personalità si accompagni il tratto della perversione¹¹.

⁷ A differenza del maschietto, secondo Freud, la bambina effettuerà un cambio d'oggetto con la scoperta dell'assenza del pene e con la pubertà un cambiamento anche della zona erogena, e cioè dal fallo alla vagina.

⁸ Dall'interpretazione alterata della teoria freudiana della femminilità, vi saranno molte psicoanaliste post-freudiane, che criticheranno il loro maestro, nella definizione dello sviluppo psicosessuale femminile, sulla base di quello maschile.

⁹ In questo caso, la femminilità potrebbe essere angosciata perché riattiva l'angoscia di castrazione infantile, che il bambino cerca di "negare" durante la fase del periodo di latenza, e durante il periodo della pubertà, dirigendo al libido dalle figure genitoriali verso "nuovi oggetti".

¹⁰ Come sostengono Carli e Paniccia: "L'estraneo è colui che non si può dire di conoscere al di fuori della relazione con

Hirigoyen (2005/2006) sostiene che un perverso narcisista sa trovare nell'altro il punto debole che gli permette di esercitare il proprio potere. Queste persone, secondo l'autrice, non hanno sensibilità, hanno sviluppato la loro intelligenza in maniera *separata* dalla loro affettività. Non si fanno degli scrupoli a far soffrire l'altro, non provano senso di colpa. Il loro scopo è ottenere il potere, essere superiori all'altro. Questo funzionamento nasconde un grande vuoto interiore, se provano a guardarsi, constateranno che non hanno una buona immagine di loro stessi. Dato che non possono guardarsi, attaccano l'altro per rinvigorirsi. Il legame di coppia, d'altra parte, espone entrambi i partners all'incontro con l'altro, con ciò che è estraneo, con un "oggetto", che ha una propria peculiarità e che in quanto tale non può essere controllato. Carli (2000), sostiene che la negazione dell'estraneità dell'altro, può raggiungere livelli tali che per esempio, nel caso della violenza sessuale, alla vittima viene attribuito il proprio desiderio sessuale, mostrando così l'incapacità di distinguere tra sé e l'altro. A tal proposito è importante evidenziare quanto sostiene Carli (2001): vedere l'estraneo significa aver sviluppato una competenza a star ben con sé stessi, a saper gestire la propria solitudine. La solitudine è la *conditio sine qua non* per poter comunicare con l'estraneo, in quanto è una "competenza" che permette al soggetto di superare la confusione tra mondo esterno e mondo interno, tra sé e l'altro.

Alla luce di tutte queste considerazioni, la dinamica relazionale perversa appare connotata da un'ostilità costante ed insidiosa e può essere immaginata come un "ingranamento" costituito da due ruote dentellate perfettamente incastrate: quando lo stampo del perpetratore, modellato dalla strategia difensiva relazionale perversa, incontra un controstampo, ovvero quello della vittima, modellato da precoci esperienze di sottomissione, violenza e trascuratezza, si realizza l'ingranamento.

La metodologia degli Sportelli antiviolenza tra processi di simbolizzazione e integrazione

Dopo aver sinteticamente fornito delle linee generali, che costituiscono una cornice teorica per inquadrare la dinamica relazionale perversa che si viene a instaurare in situazione di violenza, delineeremo la metodologia adottata dai Centri antiviolenza con i quali collaboriamo, cercando di mettere in luce quali sono gli strumenti attraverso i quali può essere garantito un processo di integrazione delle donne vittime di violenza. La metodologia adottata dallo Sportello "Lilith" e dallo Sportello di ascolto de "Le Kassandre" prevede che tutte le figure professionali siano coinvolte in riunioni d'équipe e supervisioni dei casi seguiti dai Centri, al fine di promuovere maggiore comunicazione tra le differenti professionalità e di costituire un gruppo di lavoro in grado di svolgere, al momento della supervisione, la funzione di cassa di risonanza per contenuti emozionali difficilmente elaborabili singolarmente, in modo da offrire un servizio sempre più efficiente alle donne che si rivolgono alle strutture. In virtù di quest'ultimo punto, i Centri si impegnano nella costituzione e nella promozione di sinergie per contrastare l'incidenza del fenomeno sul territorio. La creazione di sinergie per la prevenzione e il contrasto della violenza alle donne è uno degli obiettivi metodologici più importanti di entrambi gli sportelli antiviolenza, coinvolgendo organizzazioni lavorative, servizi sociosanitari, Istituzioni, associazioni, situati sul territorio, al fine di promuovere l'empowerment personale e sociale, quest'ultimo inteso come processo intenzionale attraverso il quale le persone di una comunità locale possono accedere più facilmente alle risorse e accrescere il controllo su di esse. Perché un percorso possa essere istituito in tal senso è certamente importante la conoscenza delle varie agenzie, ma la *conditio sine qua non* è individuabile nell'unione delle diverse competenze per trovare risorse creative e innovative a vantaggio della comunità locale. A tal fine, sono già esistenti protocolli di intesa, convenzioni e accordi formali che ufficializzano il desiderio da un lato e il bisogno dall'altro, di lavorare insieme, mettendo in gioco le varie risorse per promuovere il benessere delle donne.

I Centri offrono vari servizi:

- prima accoglienza;
- consulenza psicologica;

lui" (Carli & Panniccia, 2003, p. 62).

¹¹ Anche se il termine perversione ha avuto in psicoanalisi, una sua specifica declinazione, in questo caso, indica una relazione, in cui viene ad essere negata l'esistenza dell'altro, e viene ad essere "pervertita" la relazione, in quanto il perpetratore trionfando sull'altro nega la sua dipendenza da quest'ultimo.

- gruppi di self-help;
- consulenza legale;
- orientamento al lavoro (con specifica attenzione alla violenza economica).

L'accoglienza è l'attività di ascolto e di protezione offerta alle donne adulte italiane e straniere che si rivolgono allo Sportello per motivi di maltrattamento, subito principalmente in ambito domestico.

Il primo contatto con l'utenza è in genere telefonico, a cui segue l'accoglienza vera e propria strutturata in uno o due incontri. La richiesta più frequente che le donne maltrattate muovono al Centro è quella del supporto legale. È importante riconoscere che questa rappresenta la richiesta più facile da porre in quanto è legata, se non addirittura schiacciata, sul piano concreto.

Nei casi in cui la donna è in pericolo di vita la prerogativa è quella di trovare una sistemazione nelle case rifugio. Nella maggior parte dei casi lo Sportello non è l'organismo competente a gestire le situazioni di emergenza, che sono di competenza delle Forze dell'Ordine. Generalmente è possibile riconoscere un evento critico che ha condotto le donne ad intraprendere un percorso di reazione alla condizione di maltrattamento, la cui prerogativa è la possibilità di istituire un pensiero sulla relazione violenta, facendo un'analisi approfondita della propria realtà relazionale in una situazione in cui si sentono protette. L'accesso ai percorsi di sostegno è spesso il frutto di un lungo passato di violenze, dato che è drammaticamente sporadico che ci si rivolga alle strutture di competenza dopo il primo episodio di violenza, che viene spesso coperto da giustificazioni e dalla speranza che si tratti di un "caso" senza seguito.

Durante la prima accoglienza vengono fornite alle donne le informazioni relative ai servizi offerti dal Centro e al contempo si esplora la durata e l'entità della condizione della signora e la presenza e l'eventuale consistenza della rete sociale. Quest'ultimo aspetto è certamente centrale nella decisione di intraprendere il percorso di uscita dalla violenza, costituendo un'importante risorsa per queste donne. Troppo spesso, però, il comune denominatore di tante storie uniche e al contempo simili ascoltate dalle operatrici, è l'isolamento.

Il primo ostacolo che gli operatori e le operatrici che trattano il problema della violenza intra-familiare incontrano, è la difficoltà da parte degli attori coinvolti, di riconoscerla. Aldilà di ciò che viene presentato come violenza fisica, è imprescindibile dare un nome agli episodi che vengono raccontati nella stanza dell'accoglienza, definendoli come meritano. Ogni tipo di violenza, infatti, è prima di tutto psicologica in quanto mira all'annichilimento dell'Altro, ed è espressione di una relazione di potere in cui l'Altro, in questo caso l'Altra, non esiste come oggetto separato.

Il nucleo della difficoltà degli operatori nell'affrontare e nell'analizzare questi fenomeni è insito nella difficoltà di pensare l'impensabile: il trauma, infatti, per antonomasia, irrompe nella vita psichica e squarcia le connessioni di senso, mettendo in scacco la simbolizzazione. Nella clinica ad orientamento psicoanalitico, la violenza pone all'apparato psichico e a quello culturale una duplice richiesta, in quanto necessita di un limite che "la psichizzi e la culturalizzi" (Garella, 2009, p.15). L'apparato psichico è infatti un apparato di significazione, mosso dall'imperativo di dare forma, immagine e nome a ciò che abita il singolo e la cultura: la caratteristica della psiche umana è il costante lavoro di costituire, come oggetto del pensiero, gli eventi feroci che la natura pone. Di fronte alla violenza, è possibile riscontrare una sorta di cortocircuito del pensiero e di ogni attività simbolica, dove assume il ruolo da protagonista il vuoto, in quanto sia l'universo psichico che quello culturale appaiono vuoti di rappresentazioni organizzate, ma pieni di particelle e substrutture a-simboliche. In questo scenario, la violenza appare come una modalità schiacciata sul piano concreto, senza possibilità di istituire il pensiero, a sua volta cortocircuitato, di riconoscere e al contempo negare la propria individualità e l'alterità dell'oggetto.

Le peculiarità del trauma del legame perverso rischiano di investire anche la relazione con gli operatori: accanto alla messa in scacco del pensiero dell'utente (rispetto al trauma), del legame perverso, si affaccia per gli operatori il rischio di colludere. La collusione viene definita come simbolizzazione affettiva del contesto relazionale ed è alla base della vita psichica umana, ma in contesti quali il colloquio clinico (o l'accoglienza) è fondamentale che non si assecondino i desideri inconsci dell'utente (Carli & Panniccia, 2003). Il prezzo di tutto ciò è commettere un agito, al posto della sospensione dell'azione al fine di gettare luce sulla situazione e promuovere consapevolezza, che è l'obiettivo del lavoro psicologico. Il desiderio inconscio delle utenti può essere individuato nella richiesta salvifica mossa alle operatrici, ponendosi in una posizione di vittima e ponendo le basi per l'instaurarsi di una dinamica fusionale in cui la risposta collusiva delle operatrici e degli operatori è alimentata da fantasie di onnipotenza, generando un quadro relazionale inconscio in cui l'utente diventa una persona non adulta, che non è in grado di scegliere da sé il proprio bene.

Riproporre questa dinamica in cui è un altro il detentore del controllo sulla propria vita, in cui è un altro a prendere le decisioni, paralizza ogni possibilità di cambiamento, relegando queste donne al ruolo di spettatrici della propria vita. Uno degli obiettivi dei Centri è proprio quello di creare le condizioni affinché queste donne possano essere soggetti attivi, con grande vantaggio dell'immagine di sé e dell'autostima, fine che si traduce nel lasciare libere le utenti di prendere decisioni e di avviare il processo di empowerment personale. Se le psicologhe e le operatrici di prima accoglienza offrissero delle prescrizioni, indicando perentoriamente la strada da percorrere, non fornirebbero alle donne gli strumenti per comprendere la propria posizione nella relazione perversa, lasciando intatto un modello relazionale radicato che le espone al rischio della coazione a ripetere. Queste donne, infatti, hanno spesso una storia alle spalle permeata di episodi violenti che, nella sedimentazione delle esperienze, si sono strutturati in un modello relazionale introiettato, che è difficile da modificare. Grazie al lavoro delle operatrici e delle psicologhe, la riflessione sulla violenza domestica negli anni si è spostata sempre di più verso un vertice di osservazione relazionale, in quanto non è possibile prescindere dal rapporto con l'altro.

Il lavoro nei Centri antiviolenza mostra come l'esperienza dell'altro, che è la forma più immediata e primaria di ogni forma di esperienza, può legarsi in maniera inestricabile all'esperienza della paura e del senso di impotenza così dolorosa e disorganizzante da creare uno stampo relazionale profondamente radicato, in parte inconscio e in parte implicito, in cui alle classiche strategie intrapsichiche si accompagna anche un repertorio difensivo/offensivo spiccatamente interpersonale.

La sensazione di impotenza controtransferale, vissuta dalle operatrici dei Centri antiviolenza, nel momento in cui le utenti abbandonano l'iniziale determinazione nell'intraprendere un percorso di fuoriuscita dal circuito della violenza, per riunirsi con i loro compagni, è espressione della condizione di inermità e di impotenza che loro stesse provano nei confronti dei loro carnefici e che trae le sue radici inconse dalla sensazione di impotenza, che è all'origine della vita e che ci pone alle dipendenze dell'Altro (Nunziante Cesaro, Stanziano, & Riccardi, 2012). L'ambivalenza di queste utenti rispetto alla possibilità di poter uscire dalla violenza suscita nell'operatore che accoglie la domanda della paziente anche sentimenti di rabbia. A tal proposito è importante ricordare che non si può pensare allo psicologo come una persona che interviene su un'altra persona, lo psicologo tenta di istituire una relazione che non vada a colludere con la domanda del paziente, che in questo caso potrebbe essere quella di riattualizzare una dinamica di dipendenza da un Altro e quindi di assunzione, nell'*hic et nunc*, di un ruolo passivo (Carli & Panniccia, 2003). Favorire l'integrazione tra le varie parti del Sé diventa così elemento essenziale del lavoro con le utenti, condizione di possibilità per favorire processi di integrazione sociale, che a sua volta, in particolare in ambito lavorativo, permette di spostare una grande quantità di componenti libidiche e narcisistiche. I due processi, quello di integrazione psichica e di integrazione sociale, appaiono così intrecciati nella loro influenza reciproca.

Il piacere dell'incontro con l'estraneo

Dopo esserci soffermate nel descrivere sinteticamente il diverso sviluppo psicosessuale dell'uomo e della donna e aver considerato la possibilità che questo possa influire sull'instaurarsi di legami patogeni, approfondiremo come la differenza di genere possa essere alla base della costituzione di sistemi di appartenenza fondati esclusivamente sulla simbolizzazione affettiva dell'altro facente parte dello stesso sistema e sulla negazione della sua estraneità (Carli, 2001). I sistemi di appartenenza, per potersi arricchire, hanno bisogno di un continuo scambio con l'altro e quindi con ciò che è estraneo.

I sistemi di appartenenza che non sono aperti allo scambio esauriscono le loro risorse nella ripetizione nel tempo della stessa dinamica relazionale. Questi sistemi vengono definiti familistici, in quanto la dinamica relazionale, che viene agita al loro interno, è scontata ed è data. Quando non vi è alcun interesse per la conoscenza dell'estraneo, lo scopo del sistema di appartenenza è quello di mantenere lo status quo (Carli, 2004).

Per poter conoscere l'estraneo è, invece, necessario aprirsi alla comunicazione e questo comporta l'avvio di un processo di decostruzione degli stereotipi e dei pregiudizi che facilitano il processo di comprensione della realtà attraverso la costruzione di categorie ad alto livello di polisemia. La comunicazione, però, tra sistemi d'appartenenza e estraneo, può avvenire solo a patto che vengano stabilite delle regole di gioco, che rappresentano quei regolatori che permettono di aprire i sistemi di appartenenza alla diversità senza che questa apertura diventi distruttiva (Carli, 2000). In assenza di regole di gioco, si può incorrere in due

situazioni: o vi può essere la negazione dell'estraneità dell'altro, quando l'altro viene assimilato al proprio sistema di appartenenza e non gli viene riconosciuta alcuna peculiarità; oppure si può incorrere, nel caso in cui vengano negate tutte le regole di gioco, nell'impossibilità di poter comunicare con l'altro, che viene così a configurarsi come un nemico (Carli & Paniccchia, 2003).

Partendo da un'analisi approfondita della cultura locale¹² delle nuove generazioni (Carli, 2001) che sono ancora fortemente appiattite in sistemi di appartenenza in cui l'estraneità dell'altro risulta minacciosa per il Sé, l'Associazione "Le Kassandre" ha partecipato, in collaborazione con alcune scuole del territorio di Ponticelli, a progetti, volti a favorire la valorizzazione della diversità di genere tra le nuove generazioni, attraverso la diffusione di una cultura volta all'integrazione di ciò che è avvertito come "estraneo". In particolare, il progetto "Parità a scuola", realizzato con una scuola superiore di Ponticelli, e in rete con altre scuole presenti sul territorio, ha inteso favorire la valorizzazione di una cultura di genere tra i giovanissimi, ritenendo fondamentale, per il contrasto alla violenza di genere, promuovere un cambiamento innanzitutto culturale. Questo progetto, nato nell'ambito della prevenzione primaria, prevedeva l'utilizzo di metodologie attive: l'intervento non veniva progettato a priori, facendo riferimento a modalità di intervento di tipo individualista, ma attraverso una puntuale analisi della domanda del contesto, tenendo in debita considerazione la relazione che si viene a stabilire tra lo psicologo e l'utenza. Questi interventi, erano rivolti alle classi superiori di un istituto tecnico, dotate di una loro specifica cultura locale, di loro sistemi di appartenenza e di loro miti collusivi (Carli, 2000).

Partendo così dall'esplorazione di questa cultura locale, è stato possibile avviare un processo di decostruzione degli stereotipi di genere. Il nostro compito, in quanto psicologi, è stato quello di ripristinare la curiosità per la diversità, di promuovere un processo di conoscenza dell'estraneo (in questo caso dell'altro sesso). Ogni intervento, è stato co-costruito insieme agli alunni delle varie classi, tenendo conto delle loro esigenze ed evitando di "cadere" in dinamiche collusive.

Durante questi incontri, nella prima parte dell'intervento, sono state utilizzate delle metodologie attive, come il *role-playing*, il *focus-group*, il *brain-storming*; nella seconda parte si è fatto riferimento alla metodologia della *peer education*¹³, secondo la quale gli stessi alunni divenivano "formatori" dei loro pari. In particolare, il *role-playing* ha permesso agli alunni di apprendere dall'esperienza (Bion, 1962/1972) attraverso la rappresentazione di determinati stereotipi sociali, attraverso la sperimentazione di ruoli diversi da quelli ordinari, e attraverso l'individuazione di particolari strategie di coping.

La partecipazione degli alunni in prima persona, l'utilizzo di metodologie attive, le discussioni di gruppo rispetto alla differenze di genere e alle perplessità e incertezze nel confrontarsi con ciò che è avvertito come "estraneo", ha reso possibile la diffusione di una cultura dell'integrazione dell'Altro che, sebbene diverso, rappresenta una risorsa per il proprio sistema di appartenenza e per il conseguimento di nuovi obiettivi di sviluppo. Così, dall'iniziale estraneità rispetto al tema, e dall'iniziale bipartizione che si era venuta a creare all'interno del gruppo-classe tra uomini e donne, nel corso degli incontri, i ragazzi si sono messi in gioco, attivando un processo di riflessione rispetto agli stereotipi appartenenti alla loro cultura.

Conclusioni

La nostra esperienza all'interno di associazioni impegnate nel contrasto alla violenza di genere ci ha permesso di constatare quanto l'angoscia dell'incontro con l'Altro, possa avere delle ripercussioni estremamente invalidanti per il benessere fisico psichico e sociale di un individuo.

Partendo dal presupposto che la difficoltà dell'incontro con l'Altro nasce dalla difficoltà dell'incontro con se stessi, con le proprie insicurezze, riteniamo fondamentale, in quanto psicologhe, aiutare queste donne nel processo di simbolizzazione dei propri vissuti, partendo dalle loro difficoltà relazionali nell'incontro con l'"estraneo". Parallelamente a questo percorso, è necessario affiancare un percorso di sensibilizzazione a più largo raggio, coordinato da professionisti qualificati, con l'obiettivo di diffondere una cultura che valorizzi l'"estraneità", che non può condividere, per definizione, quelle regole del gioco che non sono state negoziate,

¹² Quando si parla di cultura locale, si fa riferimento al processo di simbolizzazione affettiva del contesto da parte di coloro che appartengono allo stesso

¹³ La *peer-education* permette di produrre un processo di cambiamento all'interno di relazioni tra pari, favorendo così anche il processo di empowerment dei singoli soggetti.

ma che sono istituite entro la simbolizzazione collusiva del contesto.

Ogni volta che una utente varca la soglia della sala adibita alla prima accoglienza, le operatrici e le psicologhe sono chiamate a fare i conti con la motivazione che le spinge a ricoprire quel ruolo e che le obbliga a lasciare libero uno spazio d'azione, a non saturare lo spazio entro cui si sviluppa la relazione con la donna che chiede aiuto, da cui potranno emergere contenuti e significati che permetteranno di riconoscere aspetti di Sé fino ad allora celati e di tessere la narrazione della propria storia.

Alle volte il lavoro deve partire con il dare nome alla violenza, che troppo spesso non è riconosciuta come tale, come Hyrigoyen (2005/2006) ha magistralmente illustrato. La violenza fisica è prima di tutto psicologica e le donne che si rivolgono ai Centri antiviolenza portano le cicatrici di queste esperienze non solo sulla pelle.

La violenza di genere è un fenomeno variegato che si presenta con vari aspetti: la violenza psicologica, la violenza economica, la violenza fisica, quella sessuale, fino al femminicidio. La matrice relazionale è connotata dal possesso e dalla confusione, la storia personale è confusa e nebulosa. La dinamica relazionale, invischiante e perversa, erode il senso critico della donna, che non è più in grado di riconoscere la violenza.

L'obiettivo del lavoro con le utenti è quello di creare una sorta di "stanza tutta per sé", dove possano esplorare i propri vissuti e dare un senso all'esperienza, dove sia possibile essere riconosciuti come soggetti all'interno di una relazione che riconosce all'Altra il diritto di esistere.

Kaës (2002/2004) sostiene che l'*idem* latino, da cui derivano i termini di identità e identificazione, sembra implicare, nel concetto dell'identico a me, la comparazione di due dimensioni: il me e l'altro da me. È possibile ritenere che, affinché l'identità dell'individuo giunga a strutturarsi consapevolmente, è necessario che sia avvenuto (o che stia avvenendo) il riconoscimento della distanza e della differenza esistente tra Sé e Altro da Sé, cosicché "l'identità si costruisce da dentro e, nel rapporto con ciò che non è soggetto, da fuori" (Kaës, 2002/2004, pag. 188). Sembra, dunque, che l'identità e il valore della differenza vadano di pari passo con la presa di consapevolezza della realtà, dei suoi principi e dei suoi limiti e col riconoscimento dell'oggetto come altro da me, che implica la differenza tra generazioni e sessi.

In questo lavoro è stato illustrato quanto possa essere difficile riconoscere la differenza, quanto le sfere del personale e dell'estraneo siano sovrapponibili in modo inquietante e quanto il mancato riconoscimento dell'altro sia caratterizzato da una potenza distruttrice e mortifera. Questi elementi sono presenti nelle narrazioni delle utenti dei Centri antiviolenza. L'*hic et nunc* si connette così all'*illic et tunc*, chiamando in causa due *shibboleth* della teoria psicoanalitica, quali la coazione a ripetere, l'*après coup* e la situazione di violenza attuale mostra le sue radici nella preistoria dell'individuo.

Queste considerazioni hanno profonde implicazioni nel lavoro con le utenti, che non sempre può limitarsi ad una sorta di sostegno fornito dai quattro incontri di counseling, come la prassi di gran parte dei Centri antiviolenza prevede, ma richiede un lavoro "in profondità" che premetta l'emergere dei conflitti fondanti la vita psichica, pena il fallimento di qualsiasi azione "sul piano di realtà" che permetta lo scatto evolutivo in grado di aprire la possibilità di interrompere la circolarità della coazione.

Ringraziamenti

Si ringraziano l'Associazione "Le Kassandre", Lo Sportello antiviolenza "Lilith" e l'Associazione "Sott'e'ncoppa" per il costante lavoro di contrasto alle violenze sessuali svolto sul territorio.

Bibliografia

Andrè, J. (2008). Il corpo alle prese con la femminilità [The body in the throse of womanhood]. *Riv. Psicoterapia psicoanalitica*, 2, 131-144.

Bion, W.R. (1972). *Apprendere dall'esperienza* [Learning from experience] (A. Armando, P. Bion & S. Bordin, Trans.). Roma: Armando Editore (Original work published 1962).

Carli, R. (2000). *Il contributo della psicologia per lo sviluppo della convivenza nella città* [The contribution of psychology to develop coexistence in the city]. Retrieved from <http://www.spsonline.it/lettura>.

- Carli, R. (2001). Convivere [Coexistence]. In F. Di Maria (Ed.), *Psicologia della convivenza* [Psychology of coexistence] (pp.1-5). Milano: Franco Angeli.
- Carli, R. (2004). Mito collusivo e domanda della realtà: Una prospettiva di lettura della socializzazione a scuola [Collusive myth and demand of reality: A reading perspective of the socialization at school]. In R. Carli (Ed.), *Culture giovanili: Proposte per un intervento psicologico nella scuola* [Youth culture: Proposals for psychological intervention at school] (pp.19-61). Milano: Franco Angeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of the intervention in clinical psychology]. Bologna: il Mulino.
- Filippini, S. (2005). *Relazioni Perverse: La violenza psicologica nella coppia* [Perverse relationships: The psychological violence in the couple]. Milano: Franco Angeli.
- Freud, S. (2003). Tre saggi sulla teoria sessuale [Three essays on the theory of sexuality]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF*, (Vol. 4, pp. 447-546). Torino: Boringhieri (Original work published 1905).
- Freud, S. (2003). Il Perturbante. [The Uncanny]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF*, (Vol. 9, pp. 219-256). Torino: Boringhieri (Original work published 1919).
- Freud, S. (2003). Il problema dell'analisi condotta da non medici. [The question of analysis conducted by not medicals]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF*, (Vol. 10, pp. 179-258). Torino: Boringhieri (Original work published 1926).
- Freud, S. (2003). Introduzione alla psicoanalisi: Nuova serie di lezioni [New Introductory Lectures on Psycho-Analysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), *OSF*, (Vol. 11, pp. 121-284), Torino: Boringhieri (Original work published 1933).
- Garella, A. (2009). Violenza e simbolizzazione [Violence and symbolization]. In A. Garella & R. Musella (Ed.), *Violenza e simbolizzazione* [Violence and symbolization] (pp. 11-17). Bari: La Biblioteca by ASPPI.
- Hirigoyen, M.F. (2006). *Sottomesse: La violenza sulle donne nella coppia* [Subdued: The violence against women in the couple] (S. Pico, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 2005).
- Irigaray, L. (1989). *Sessi e genealogie* [Sex and genealogies] (L. Muraro, Trans.). Milano: la Tartaruga (Original work published 1987).
- ISTAT (2006). La violenza contro le donne. Indagine multiscopo sulle famiglie: "Sicurezza delle donne" [Violence against women inside and outside the family]. Retrived from <http://www3.istat.it>
- Kaës, R. (2004). *La polifonia del sogno. L'esperienza onirica comune e condivisa* [The polyphonic texture of intersubjectivity in the dreams] (C. Neri, Trans.). Roma: Borla (Original work published 2002).
- Lacan, J. (1982). *Radiofonia: Televisione* [Radiophony and Television] (G.B. Contri, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1970).
- Nunziante Cesàro, A., Stanziano, G., & Riccardi, E. (2012). La rana e lo scorpione: Percorsi di autonomia e differenziazione per le donne vittime di violenza [The frog and scorpions: Paths of autonomy and differentiation for women victims of violence]. In C. Arcidiacono, I. Di Napoli, (Eds.), *Sono caduta dalle scale: I luoghi e gli attori della violenza di genere* [I fell down the stairs: The places and actors of gender violence] (pp. 173-186). Milano: Franco Angeli.
- Pandolfi, A.M. (1999). *Le perversioni relazionali nella coppia e nella famiglia* [Relational perversion in couple and family]. Relazione presentata al Convegno Internazionale CeRP "Lo psicoanalista con e senza divano: Individui, famiglie, istituzioni tra psicosi e perversioni". Verona 12 e 13 novembre 1999.
- Ponsi, M., & Filippini, S. (2003). *Narcisismo e perversione relazionale* [Narcissism and relational perversion]. Relazione tenuta al seminario: "Profili clinici del narcisismo", Convitto della Calza,

Firenze, 22 febbraio 2003. Retrived from <http://www.spifirenze.it>

Racamier, P. C. (1993). *Il genio delle origini: Psicoanalisi e psicosi* [The genius of origins: Psychoanalysis and psychosis] (C. M. Xella, Trans.). Milano: Cortina (Original work published 1992).

WHO (2001). *The World Health Report: Mental health, new understanding, new hope*. Retrived from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42390#sthash.ab6D30DB.dpuf>

Žižek, S. (2008). *La violenza invisibile* [Violence] (C. Capraro, A. Zucchetti, Trans.). Milano: Rizzoli (Original work published 2007).

In-home elder care. The case of Italy: The badante

Rosa Maria Paniccia**, *Fiammetta Giovagnoli, *Andrea Caputo******

Abstract

From the emergency of the progressively aging population, expectations of 26 families from Centre-South Italy were explored with regard to the figure of badante (the private family assistant) who was required for in-home care of their elder members. Families were asked why and for what reasons they necessitated badanti; interviews were then examined by Emotional Text Analysis. Results highlight that families consider assistance mainly as a community issue rather than a family one, in contrast with the model of “Mediterranean” welfare adopted in Italy. Death is considered as the only issue the whole family has to face, while traditionalist culture promoted by the “ambivalent familism” of the State assigns family’s females to handle all problems of caring for not self-sufficient elderly members. Badante is represented as a strangeness that releases family’s resources and consents families to think about youth and future. Psychology is never mentioned; family does not expect to receive any help from psychology with regard to this relevant problem of social coexistence. The research study suggests the importance of an offer of psychological intervention on problems concerning the aging of population, by promoting psychological profession in terms of both competence and image, alongside of the intervention which is exclusively based on diagnosis/therapy/rehabilitation for elderly people.

Keywords: elder; in-home care; family; marginalization; text analysis.

* Associate Professor at the faculty of Medicine and Psychology of the University “Sapienza” in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

** Psychologist, Psychoterapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

*** Psychologist-Psychoterapist, PsyD in Health Psychology, PhD student in Dynamic and Clinical Psychology, University of Rome “Sapienza”, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology)

Paniccia, R. M., Giovagnoli, F., & Caputo, A. (2014). L'assistenza domiciliare per anziani. Il caso dell'Italia: La badante [In-home elder care. The case of Italy: The badante]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 60-83. doi: 10.14645/RPC.2014.2.506

By 2050, in the EU the number of people aged over 65 will grow by 70%, that of people over 80 by 170% (<http://ec.europa.eu>). In Italy, 93% of people with disabilities (aged six years and older) live in the family. They are two million 600 thousand, 4.8% of the Italian population, and 80% are over 65 years old. In this age people with disabilities are 18.7%; while 44% of them is over 80 years old (Solipaca, 2010). In our country, the aging of the population has a greater pace than in any other European country; the adopted model of “Mediterranean” welfare is characterized by the prevalence of pension expenditure and monetary contributions to families than expenditure for providing services (Del Favero, 2010)¹.

The burden of care affects families, but while we can't longer rely on the unpaid labor of housewives, our culture does not change: the family no longer provides care directly but manages it (Pugliese, 2011). The author refers to familist culture: values and interests of families are opposed to civil society and the State (Ginzborg, 1994). The low availability of services is consistent with this culture: although it is believed that the strengthening of the relationship networks of older people is the most effective support for them, generally these networks do not have this purpose . In Italy it is considered that the most appropriate response to the care of elderly parents is provided by their daughters, and that they have to be only devoted (Bramanti & Carra, 2011). While women are evading this obligation, the “badante” (the italian word for the private in-home elder caregiver, who is mostly female) is represented as a surrogate that assumes the role in which one does not intend or can no longer stay (Sgritta, 2009). We have defined this relational dynamic as “short-circuit of the replacement function”. It occurs when the professional action is not technical, but it is in lieu of emotional acting outs which characterize the culture of the client; that is acting outs the client fails to support and devolve upon a service role (Paniccia, 2012a) . If elderly people are not self-sufficient, initially one tries to handle this situation in the family; when one turns to external aid, from then on household cleaning, personal hygiene and all the needs of elderly people are progressively delegated. However, any responsibility still is assigned to family, despite there are uncertain boundaries between what the family deals with and what the “badante” does. “Badanti” are not recruited at brokerage houses, but through personal and informal contacts. The use of public services seldom appears, and only at a later time, because services are not seen as able to provide help: their performances are deemed as rigid and standardized (Noci, 2010).

In addition to the familism characterizing the family context, there is what Chiara Saraceno (1994) defines as “ambivalent familism ” according to which in Italy, despite there are statements of principle on the importance of the family, several tasks are delegated to family which does not receives any substantial support . The sense of this ambivalence is explained by the phenomenon of “badanti”, which represent an essential aid as affirmed by the Ministry of Labor (Del Favero, 2010). The presence of “badanti” is considered symptomatic of the inability of Italian social policies to face emerging issues. In particular, it is noted that this phenomenon pursues the preservation of the "traditional" family, whose changes are not handled or supported. The implicit aim of this "traditionalist" choice is the perpetuation of women's role in assistance to anyone who needs it in the family (Pugliese, 2011; Sgritta, 2009).

It is not easy to have a clear description of caretaking because of heterogeneity and lack of data and partly because the relationship between families and badanti often takes place in the underground. One of the current estimates, not among the highest ones, suggests that badanti are 774,000, including 700,000 foreigners, and that 6.6 % of elderly people over 65 has one badante; this percentage increases in northern Italy. Household spending is estimated at around 9.352 billion euro (Pasquinelli & Rusmini, 2008). In half of the cases the cost is covered by the income of the assisted person, the rest is covered or integrated by family members; while public subsidies are marginal (Fondazione Leone Moressa, 2011²). Despite the indispensability of the caretaking function, only a badante in three has a employment contract and many badanti are without residency permit: the irregular foreign badanti are almost half of the total illegal foreigners (Pasquinelli & Rusmini, 2008). Data on badanti with employment contracts highlight that they are generally asked to live in the same home of assisted people and to work over 16 hours a day to offer a care which is often multi-demanding: to keep company, giving nursing care,

¹ For fother information, consult: http://ec.europa.eu/health-eu/index_it.htm

² The survey included 600 Italian families having a contractual relationship with a badante; it is worth noting that data on the phenomenon were patchy and scarce because of the irregular nature of these contracts.

clean the house, cook, less frequently doing the shopping or paying bills. Everything happens as if the family gets bigger without accepting a clear difference between itself and the external aid. Besides, the lack of regular employment contracts and the possibility of not defining the rules of the help relationship can be seen as functional to the familist culture characterizing both the family and the State. The salary ranges from € 500 to € 1,000 plus room and board (Fondazione Leone Moressa, 2011). The high bid and low costs have allowed access to this type of assistance for families of middle and lower-middle class (Casula, 2011).

In all European countries there are restrictive immigration policies that feed the underground and therefore the presence of illegal workers living particularly exploitative working conditions; the badante's condition, characterized by gender inequality, immigration from poor countries, illegal citizenship and employment contract, lack of definition of professional skills, staying in the house of the assisted people, has been compared to the entry of assistant in a total institution (Chiaretti, 2005). In addition, this condition seems to be characterized by opposite dynamics: e.g. family's tendency to be closed and incorporate the badante in the home or to be open to a stranger (ibid.), exploitation of the badante or badante's function of breadwinner for one's family of origin, as well as trigger of economic and cultural development of both countries of origin and immigration (Casula, 2011). Because home is also as a place of employment relationships, we also note comparisons of cultures and changes in homework, which was traditionally based on the relationship between two women, the first belonging to a low or low-middle class, the second belonging to higher or medium-higher class. The assistants often belong to a middle class in their country while in Italy they do not necessarily work for families with higher class: indeed, they sometimes work in lower-class families compared to theirs (Sarti, 2010).

The situation is rapidly changing. The migratory phenomena are constantly changing, and badanti arrived in recent years are younger, they prefer not to sleep in the house of their assisted people, expect to settle more permanently and look at their assistance work as a temporary job. This contrasts with the expectations of the families mentioned before: families generally tend to restrict badanti's personal autonomy, integration into the external society and possibilities for professional development (Sgritta, 2009). The conflict is exacerbated by the persistence of illegality, favored by the impoverishment of families for the ongoing economic crisis and the last Flow Decree which provided 65,000 new clearances for domestic workers and badanti, despite there are 400,000 applications for regularization (Pasquinelli & Rusmini, 2008). In addition, families represent another source of change. They are growing in numbers despite the scarce growth of the general population, and a more impressive increase exists with regard to families composed of elderly people, especially elderly people living alone (Pugliese, 2011).

While social relations are in a state of change, complexity and crisis, the psychological and psychiatric views mainly focus their attention on the individual. There are central issues such as functional assessment, diagnosis of normal or pathological depression, the motivation of elderly people to adopt an active lifestyle, the "Art of Growing Old" (Cesa-Bianchi, 2003). The concept of "psychological well-being" of elderly people, developed along a permanent overlap between subjective and objective factors able to promote it, is based on individual skills and in particular on cognitive abilities, which allow the autonomy and the control of situations considered as basis for satisfactory social relationships (Antonelli, 2000). The same author says that elderly people are rarely questioned about their expectations, and that health workers dealing with them tend to have poor regard for them and to encourage their dependence on themselves.

Bringing attention to the quality of relationships rather than on the individual skills of elderly people, we note that elders need to be secured because they are subjects at high risk of exclusion. In the recent past, when the traditional family and community relationships were affected by industrial revolution, the elderly were left to themselves and to the public and private charity. Up to the improvement and extension of the system on welfare and retirements, they represented the most important part of the area of poverty (Pugliese, 2011). The WHO (Sethi et al., 2011) denounces the violence towards the elderly. A research study conducted in Europe (Strümpel & Hackl, 2011) wants to break the silence on violence against elderly people, particularly women, the most attacked gender in both early and old age. In several countries, including Italy, socio-health workers and home assistants start to be trained with regard to this issue. It is noted that in Italy the phenomenon has been scarcely studied; the response rate to the questionnaires sent to service organizations working for the elderly or against

violence has been poor too. The Italian custom of assigning families to care their elder members is noted to promote violence, such as abandonment, against the elderly people living alone. In 2010, the European Charter of Fundamental Rights for the elderly in need of care and assistance to long-term was drafted (AGE, 2010a, 2010b). There is concern about having little time to change attitudes toward the elderly which are inadequate to the present time but that are still perpetuated, starting from the twentieth century that is perceived as very far (WHO, 2012). All this happens while the WHO promotes home care as a possible future of a welfare system that needs to be innovated (Tarricone & Tsouros, 2008); however, despite the importance of this issue, in EU comparative data on home assistance are reported as too scarce (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2012).

Aims of the research study

Based on the issues previously discussed, our aim was to explore the function of a psychology dealing with the problem of in-home elder care with a perspective attentive to the systems of social coexistence rather than to the state of deterioration or resilience of elderly people. The research study involved 26 families with an elder whom in-home care had been required for. Exploratory methodology was adopted to identify the families' expectations toward this type of service. In addition, the study aimed at understanding the specific demand that families addressed to the psychological profession,

Method

The 26 open-ended interviews

Twenty-six families were contacted. We started with four families known by the interviewers, followed by other families indicated by the respondents as potentially interested in the proposed research. Twenty-four interviews were carried out to family members of elderly people that were interested in being interviewed, two interviews were carried out directly to assisted elderly people, who said to be interested in answering because they were clients of the badante. We proposed an open-ended interview with a single trigger question, characterized by the keywords "assistance", "when", "for what reasons", "a person". The following was the question: "When and for what reasons did you decide to contact a person for your elder family member's assistance?". The key word "assistance" refers to the function families addressed to, "when" introduces the time when families had a need, "for what reasons" suggests all the potential motivations (without further specification), the term "a person" was preferred in order to avoid using the words badante or home assistant, assuming that these different roles could evoke different emotional experiences. In addition, we wanted to identify how families represented the function of psychology in relation to the investigated problem. The interview setting was designed for this purpose. The interviewers introduced themselves as belonging to the Chair in Clinical Psychology, that was interested in exploring the demand of families having a not self-sufficient elder member in order to improve the provision of services³. This introduction made it also possible to infer families' expectations toward psychology from interviews' data. This specific goal was not made explicit in the trigger question so that families could focus on their problems rather than on the professional role of interviewers.

³ The research group was composed of a professor in clinical psychology of the Faculty of Medicine and Psychology at the University of Rome "Sapienza", a PsyD in clinical psychology and six students preparing for degree: Laura Corvo, Carmen Di Benedetto, Rossana Diciolla, Joselita Moltisanti, Stefania Palladoro.

Emotional text analysis

All the interviews were recorded and transcribed in order to form a single textual corpus that was afterwards analyzed by Emotional Text Analysis (AET). AET allows the detection of “dense words” within the textual corpus, i.e. words that have high emotional polysemy and low ambiguity. Then, it consents to obtain some clusters of dense words positioned on a factorial space, thus providing a mapping which refers to the collusive representation that the study participants have about the theme initially proposed by the trigger question. The collusive representation of the theme refers to the emotional dynamics through which interviewed people represent it (Carli & Paniccia, 2002).

Illustrative variables

The group of families interviewed was characterized by having recently past or current experiences with a badante who provided home assistance to one of its elder family members. The illustrative variables considered in association to textual data were: respondent’s region of residence, domicile in a small town or in a big city (administrative center), gender and elder member’s vital status (alive or deceased) at the time of the interview (Table 1). Some information were not investigated such as those relating to the badante, e.g. country of origin or employment contract modalities because inquiring them would have immediately raised the problem of regular employment conditions, while we wanted to verify if and how this problem emerged. The gender of the elder member was not taken as illustrative variable either. The research aim was just to carry out an initial exploration.

Table 1. *Illustrative variables of the sample of families with an elder member (n=26)*

Respondent’s gender						
		<i>Male</i>	<i>Female</i>			
		9	17			
Family's residence						
		<i>Small town</i>	<i>Big city (administrative center)</i>			
		9	17			
Italian region of residence*						
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>Abruzzo</i>	<i>Tuscany</i>	<i>Latium</i>	<i>Campania</i>	<i>Apulia</i>	<i>Sicily</i>
2	2	1	5	6	2	8
Elder member’s vital status						
		<i>Alive</i>	<i>Deceased</i>			
		17	9			

Note. The symbol * indicates the variables that were not used for the analysis because of their high dispersion in the sample.

Region of residence was not used as illustrative variable in association to textual data because most of the regions belonged to Center-South Italy. It is noticeable that in the North of the country there is higher growth of community services and the lowest percentage of monetary transfers for not self-sufficient elderly people; while

in the South and Islands services for elderly people are low-level and without development and there are high pressures for monetary transfers, despite any particular epidemiological situation exists (Del Favero, 2010).

Results

Figure 1 illustrates the graphic representation of the detected collusive dynamic which, in statistical terms, is conceived as a factorial space with three clusters.

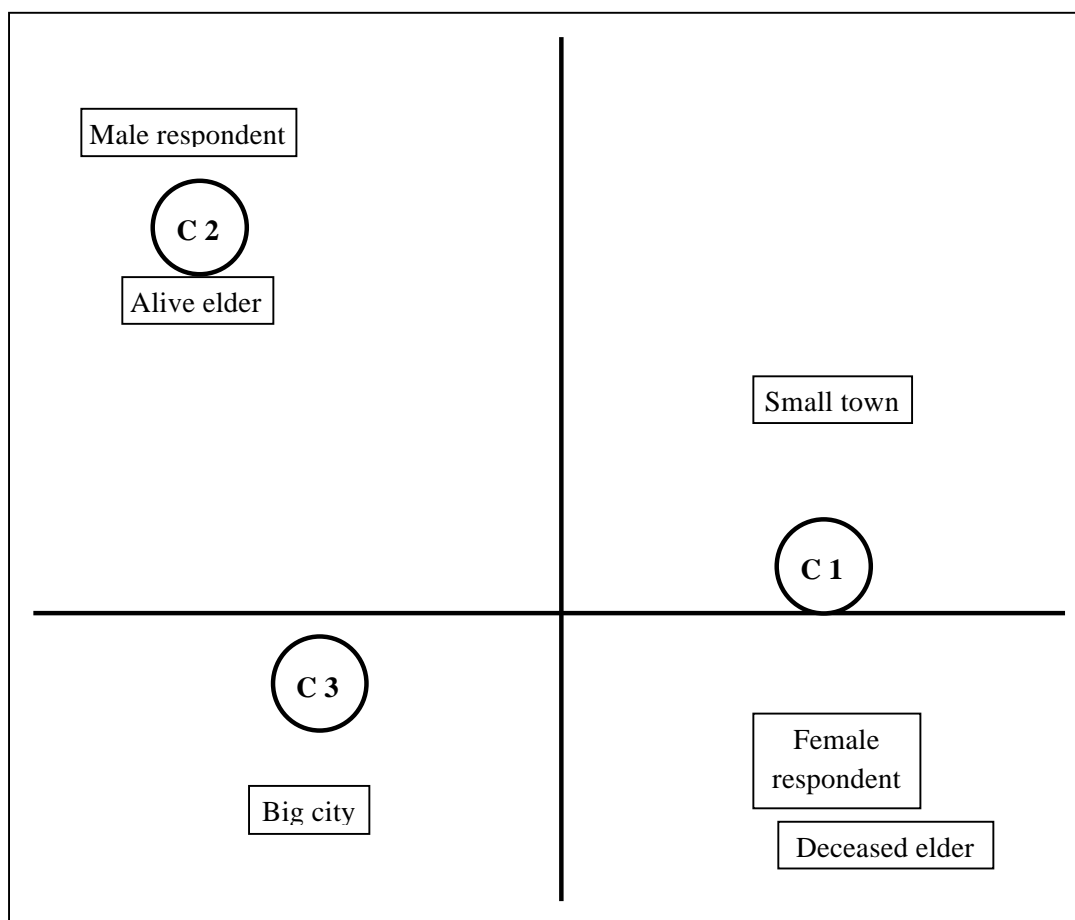


Figure 1. Factorial space

Table 2. Relationship between clusters and factors (cluster centroids)

	Factor 1	Factor 2
C. 1	0.513	- 0.053
C. 2	-0.671	1.128
C. 3	-0.446	-0.324

Table 3. Relationship between clusters and illustrative variables (Chi-square)

Illustrative variable	C. 1	C. 2	C. 3
<i>Respondent's gender</i>			
Female	12.62		
Male		24.45	
<i>Family's residence</i>			
Small town	12.80		
Big city			9.95
<i>Elder's vital status</i>			
Alive		19.38	
Deceased	11.14		

Table 4. Clusters of dense words ordered by Chi-square

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>
42.24 illness	109.15 pay	62.93 work
28.29 mum	69.85 contributions	41.75 elder
23.03 brother	69.85 ensure	31.95 Italy
22.01 bed	60.52 pension	24.59 parents
19.03 mother	60.52 euro	23.44 needs
18.64 dog	52.85 board	21.79 romanian
15.65 physician	44.00 newspaper	21.36 child
13.42 daddy	44.00 home	19.49 language
12.17 lift up	44.00 cooperative companies	17.89 heavy
11.35 doctor	44.00 lodging	17.81 family
11.35 pain	35.16 hiring	16.13 baby
11.21 Alzheimer	35.16 free	16.06 young
10.52 depression	35.16 wretch	15.56 university
10.52 fall	35.16 dignity	15.54 culture
9.70 drugs	30.01 expenses	
8.89 Parkinson		
8.89 wait		
8.79 forget		
8.63 sleep		

Cluster 1

Cluster 1 is opposed to cluster 3 and 2 on the first factor. Illustrative variables: *female respondent, small town, deceased elder.*

The first couple of dense words is composed of **illness** and **mum**. Illness comes from evil, what causes a damage. Mum refers to the early dependence relationship, the only one which is both total and functioning. A profound emotional contradiction emerges: the person who protects the relationships which is mainly held in trust is attacked by evil. Then comes the word **brother**. The first response to the affiliative dependence corrupted by evil is peer relationship. The following word is **bed**: its etymology evokes relax. There is a pause of action. Then comes **mother**. It does not refer to mum, but to the power to generate and shape. Brothers are confronted with a corrupted relationship and a stopped generativeness. The following word is **dog**. The faithful dependence. A system of relationships is in crisis: the dependent and held in trust asymmetry has to be replaced by symmetry; generativeness and movement are suspended, unconditional loyalty is singled out. Then comes the word **physician**. The crisis of the relationship is medicalized, as also suggested by the word “doctor”. The following word is **daddy**: medicalization precedes the paternal function that is evoked as affection rather than as authority. Then comes **lift up**: raising something; after the pause of action movement returns thanks a help, but the word fall appears later. Cluster is characterized by the hard movement of stopping, lifting up and then falling. The following words are **doctor, pain, alzheimer, depression**. The medicalization of crisis individualizes, overlaps and confounds physical pain and emotional suffering. Then comes the word **fall**: being carried down by one’s weight force after having lifted up (we note that in Italian language the verb fall has the same etymological root of dead body); then come the words **drugs** and **parkinson**. The following words are **wait**: turn one’s mind and soul to a person who is arriving or something that is going to happen; **forget**: lose the memory; sleep: suspension of consciousness, but also euphemistic metaphor of “death”, a word that is later present in the cluster. The cluster expresses the loss of initiative and contact with the world, marked by suffering.

In summary: Cluster 1 refers to family and women who assist the elderly until death; family relationships based on a trustful and dependent affiliation are destroyed, one fights against impotence that gradually prevails, going towards death accompanied by the medicalization of crisis. The association with the illustrative variable *female gender* recalls the traditional feminine function of assistance to a family member who is in trouble. The variable *deceased elder* stresses that this is the relational context in which absolute impotence and death take place. The variable *small town* seems to refer to the traditionalist culture dealt with in the cluster.

Cluster 3

Cluster 3 is opposed to Cluster 1 on the first factor and to cluster 2 on the second factor. Illustrative variables: *big town.*

The first two words are **work** and **elder**. Work refers to investing one’s efforts to get a goal. An elder person is who does not work anymore and thus has not goals: the cluster is characterized by the breaking of a fundamental organizer of social relations. In cluster 1 elders’ frailty is related to illness, in cluster 3 to the loss of a social role. Then comes the word **Italy**: territory whose population recognizes itself as belonging to a central power and having a shared story and identity. The breakdown of the relationship concerns the wider membership to the nation. The following word is **parents**: the family context is evoked in addition to the national one. Then comes **needs**: what is required for the development of something; claim to excessively or inappropriately have benefits to which one believes to be entitled. In this cluster the breakup of a civic, political relationship, and of a social coexistence grounded on common purposes is associated to the rights and needs of families and parents. Then comes the word **romanian**: it refers to the country of origin of lots of women providing in home care to elderly people; a foreigner meets shared and national needs, not only the family’s ones. Then there is the word **child**: also elders’ children are considered but only after the foreign woman. The word **language** then evokes the indispensable means to share thoughts and feelings. Badante is requested to substitute one of the elder’s children, without being an actual child; therefore, a new language is needed to communicate and define an unknown

situation. Then comes the word **heavy**: what is tolerated with difficulty and greatly wearies. Being involved in the breakdown of a relevant relationship, replacing children with a foreign woman, having new communication codes is hard. The following word is **family**: a less salient word than Italy and badante in relation to the issue elderly/work/parents. Then come **baby** and **young**: persons who are opposed to elderly people in the life time; family is near to baby, youth, beginning, hope; elderly seems to be a national issue. The following words are **university** and **culture**: symbols of emancipation; family should be left free to invest in the future, assistance to elderly is also a responsibility of the country; if the family cannot find external resources to cope with assistance, it risks the loss of social role and future, as well as elderly people do.

In summary: In cluster 3 the country is opposed to family of cluster 1, in terms of political and community issues regarding assistance needs of elderly people who have lost their role in society; however, the country needs a foreigner, extraneous to family, to face the challenge thus assigning him/her hard duties that pertain to elder's children. Only death is considered a private, family and feminine issue in cluster 3.

Cluster 2

This cluster is associated to the positive pole of the second factor where it is opposed to cluster 3; while clusters 3 and 2 are opposed to cluster 1 on the first factor. Illustrative variables: *respondent's male gender, alive elder*.

The first couple of dense words is composed of **pay** and **contributions**. Pay comes from the latin *pacare*, that stands for calm. Giving the due money. Contribution: what one personally offers for a community aim. Then comes the word **ensure**: protect from a damage or danger. The following term is **pension**: a fixed amount that the State or social security institutions give to entitled people, because of past work services, age limits or severe disability. Then come the words **euro** and **board**. Money and food, what is necessary to live. In order to protect oneself from a danger, a person is requested to pay individually but also to contribute as part of society. The following word is **newspaper**: daily publication reporting the most relevant everyday events. Then comes **home**, which refers to what happens in the house. A service that takes place in a private site rather than in a public one: for instance, care provided at patient's home rather than in hospital. At home, in family, the effort to continue living is renovated day by day. The following term is **cooperative company**: an association that is based on the contributions of all members working together. In order to face a daily need for survival a provident exchange is enacted at home. In addition to cooperative company, the words "Commune" and "State" occur later in the cluster. Assistance refers to home care but also the context of both private and public services is considered. Then comes **lodging**: dwelling; **hiring**: employ also by irregular or temporary forms; **free**: no charge, but also without right or reason. A strenuous effort to address the problem emerges; after services and payments there is freeness, the doubt about the duty of providing them; hiring and lodging evoke private negotiation, even irregular: badante comes to mind. Other occurring words are **wretch**, unfortunate person who has doom, but also who has committed a fault or imprudence, and then **dignity**: moral nobility characterizing a person who is worthy of respect. When the problem becomes completely private, a dramatic emotionality emerges: one – the elder, the family or badante himself/herself – has doom and risks the loss of dignity, deserves respect. One is at risk of **marginalization**. The following term is **expenses**: cost. The feeling of having to pay is highlighted again, which is very intense in this cluster and of which we mention the figurative sense: serve the sentence, expiate.

In summary: One has to pay individually and collectively contribute to continue living beyond the working age: a public issue emerges concerning the relationship with care services. If this issue becomes private, there is risk of marginalization. With regard to illustrative variables: the elder is *alive* and the *respondent is a male* who seems to have the task of mediating with care services.

Conclusions

The present research study aimed at detecting the expectations of 26 families with an elder member whom in-home care had been required for. In addition, the study aimed at understanding the specific demand that families addressed to the psychological profession.

On the first factor, a destroyed family membership (Cluster 1) and the breakdown of social coexistence in the country (Clusters 3 and 2) are opposed. They refer to systems of relationships in crisis because of elders' illness or inactivity. With regard to illness, crisis can be solved only by death in a "traditional" family (Cluster 1). Instead, the problem of inactivity relates to a wider context, characterized by two different cultures. On the one hand (Cluster 3), resources for future are recovered thanks to the entry of badante in the family as extraneous. On the other hand (Cluster 2), there are care services hardly negotiating survival in the conflicting relationship between public and private sphere; badante is still present but is assimilated to the family's doom.

Badante – characterized by a vague, unformalized and often illegal role – is represented by emotionally dense meanings: badante evokes the deficiencies of care services, however she also represents an innovative resource because consents that family can overcome isolation. Only death can solve problems of a self-closed family. We note that badante is not assimilated to traditional female figures and is not absorbed by family: otherwise, badante would be mentioned in Cluster 1.

With regard to the whole factorial space, we have to consider that interviewed families belonged to Center-South Italy, characterized by scarcity of care services for elderly assistance both in quantitative and qualitative terms. The main issue which seems to organize the factorial space is as follows: care has to be dealt with by society, not only by family. Family has to work hard and pay in order to gain the contribution of the community or to substitute its absence. Death is the only matter entrusted to the family. In this case "ambivalent familism" of the country occurs, which delegates all problems of assistance for not self-sufficient elders to the female part of the family. Badante represents an essential resource coming from a stranger elsewhere that consents to think about future but it requires learning a language, a new code. Psychology is not mentioned. Maybe it can be connected to the word "university" of cluster 3, which deals with issues about future, because interviewers introduced themselves as belonging to university context; however family does not expect any help from psychology with regard to this important problem of social coexistence.

Perspectives

In-home elder care is currently changing, both the informal (mainly delegated to female members of the family and based on unformalized competences) and the formal one (regulated and grounded on formalized competences). Families demand not to be left alone with their problem within the family context, that is strongly changing too. As also proposed by respondents, future research could explore differences in emotional dimensions concerning assisted elders on the one side, and other family members on the other side. This could consent to better examine families' problems.

With regard to intervention, it is almost clear that it could be useful to develop clinical psychological competences for intervening on the mistrust relationship between families and public and private care services in order to integrate them. We should promote the offer of a psychological intervention – in terms of a more positive image and recognizability - which is grounded on the knowledge of problems posed by the progressively aging population, alongside of competences about diagnosis/therapy/rehabilitation for elderly people.

References

AGE (2010a). *European Charter of rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance*. Retrieved from <http://www.age->

platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf

- AGE (2010b). *Accompanying guide*. Retrieved from http://www.age-platform.eu/images/stories/22495_EN_06.pdf
- Antonelli, E. (2000). L'assistenza agli anziani e il loro benessere psicologico: Lo stato della ricerca [Elder care and psychological well-being: the state of research]. *Rassegna di Psicologia*, 17, 31-51.
- Bramanti, D., & Carrà, E. (2011). (Eds). *Buone pratiche nei servizi alla famiglia: Famiglie Fragili e Famiglie con anziani non autosufficienti* [Good practices in family services: Frail families and families with not self-sufficient elders]. Retrieved from http://www.osservatorionazionalefamiglie.it/index.php?option=com_content&view=article&id=726:-buone-pratiche-nei-servizi-alla-famiglia-famiglie-fragili-famiglie-con-anziani-non-autosufficienti&catid=76:2011&Itemid=93
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional text analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: Franco Angeli.
- Casula, C. (2011). Immigrazione e lavoro domestico e di cura in Italia: nuovo asservimento o emancipazione femminile nel mercato del lavoro globale? [Immigration and home and care work in Italy: new subservience or women's emancipation in global labor market?]. *Sociologia@DRES: Quaderni di ricerca*, 1, 1-38. Retrieved from file:///C:/Documents%20and%20Settings/utente/Documenti/Downloads/quaderno_lavoratrici_domestiche_straniere_01_06_2011.pdf
- Cesa-Bianchi, M. (2003). *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare* [Young forever? The art of growing old]. Bari: Laterza.
- Chiaretti, G. (2005). (Ed.). *C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto* [Has health a place in new labor market? Physicians and sociologists compared]. Milano: Franco Angeli.
- Del Favero, A.L. (2010). (Ed.). *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia* [Technical report on not self-sufficiency in Italy]. Retrieved from <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/9B939247-1A95-468A-9A54-6E58BE0DD85C/0/RapportosullanonautosufficienzainItalia27072010.pdf>
- Fondazione Leone Moressa (2011). *Quali badanti per quali famiglie?* [What badanti for what families?]. Retrieved from http://www.fondazioneleonemoressa.org/newsite/wp-content/uploads/2012/06/Quali-badanti-per-quali-famiglie_completo.pdf
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. (2012). *Home care across Europe: Current structure and future challenges*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf
- Ginsborg, P. (1994). (Ed.). *Stato dell'Italia* [State of Italy]. Milano: Il Saggiatore-Bruno Mondadori.
- Noci, E. (2010). Il sostegno alle famiglie che curano nell'ottica della sussidiarietà [Support for families that care from the view of subsidiarity]. *La Rivista di Servizio Sociale*, 1. Retrieved from <http://www.rivistadiserviziosociale.it/it/articoli.aspx?a=37>
- Paniccia, R.M. (2012a). Psicologia Clinica e disabilità: La competenza a integrare differenze [Clinical Psychology and disability: The competence in integrating differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2012b). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola: Da ruoli confusi a funzioni chiare [Disability assistants for autonomy and social integration at school: From confused

roles to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Pasquinelli, S., & Rusmini, G. (2008). *Badanti: la nuova generazione: Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura* [Badanti: the new generation. Characteristics and trends of private care work]. Retrieved from http://www.qualificare.info/upload/DOSSIER_Badanti_la_nuova_generazione.pdf
- Pugliese, E. (2011). *La terza età* [The third Age]. Bologna: Il Mulino.
- Saraceno, C. (1994). *Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi* [Ambivalent familism: family policies in Italy from postwar period to the current one]. Bologna: Il Mulino.
- Sarti, R. (2010). *Nello spazio aperto della casa: "badanti" al tempo della crisi* [Within open space of the house: "badanti" in times of crisis]. Retrieved from <http://www.qualificare.info/home.php?list=archivio&id=480>
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Iborra Marmolejo, I., ... Ulvestad Kärki, F. (Eds.). (2011). European report on preventing elder maltreatment, Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.
- Sgritta, G.B. (2009). *Badanti e anziani in un welfare senza future* [Badanti and elders in a welfare without future]. Roma: Edizioni Lavoro.
- Solipaca, A. (Eds.). (2010). *La disabilità in Italia: Il quadro della statistica ufficiale* [Disability in Italy: Overview of official statistics]. Roma: ISTAT. Retrieved from http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf
- Strümpel, C., & Hackl, C. (2011). The Breaking the Taboo projects – raising awareness of, and training staff in, community health and care services on violence against older women within families. *Journal of Adult Protection*, 13(6), 323-335. doi: 10.1108/14668201111194230
- Tarricone, R., & Tsouros, A.D. (2008). *Home care in Europe: The solid facts*. Milan: World Health Organization. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/home-care-in-europe.-the-solid-facts>
- World Health Organization (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day*. Geneva: WHO. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/en/

L'assistenza domiciliare per anziani. Il caso dell'Italia: La badante

Rosa Maria Paniccia**, *Fiammetta Giovagnoli, *Andrea Caputo******

Abstract

A partire dall'emergenza invecchiamento della popolazione, sono state esplorate le attese di 26 famiglie del Centro Sud Italia che hanno individuato nella badante (come viene chiamata l'assistente familiare privata) l'assistenza domiciliare per un loro anziano. Alle famiglie è stato domandato quando e perché hanno chiesto questo tipo di aiuto; le interviste sono state sottoposte ad Analisi Emozionale del Test. I risultati dicono che per le famiglie l'assistenza va affrontata innanzitutto dalla collettività e non dalla famiglia, contraddicendo il modello di welfare "mediterraneo" adottato in Italia. Solo la morte è questione che resta alla famiglia, mentre la cultura tradizionalista promossa dal "familismo ambivalente" dello Stato, incarica la componente femminile della famiglia di tutti i problemi di assistenza per un proprio membro non autosufficiente. Quanto alla badante, simbolizza un'estraneità che libera risorse della famiglia permettendo a quest'ultima di pensare ai giovani e al futuro. La psicologia non è mai evocata; la famiglia non si attende aiuto da essa per questo rilevante problema di convivenza. La ricerca dice che va promossa un'offerta di intervento psicologico sui problemi di convivenza posti dall'invecchiamento, sia in termini di competenza che di rappresentazione della professione, che affianchi quello che si occupa esclusivamente di diagnosi-cura-riabilitazione dell'individuo anziano.

Parole chiave: anziano; assistenza domiciliare; famiglia; emarginazione; analisi del testo.

* Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor della Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

*** Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia della Salute, Dottorando in Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica.

Paniccia, R. M., Giovagnoli, F., & Caputo, A. (2014). L'assistenza domiciliare per anziani. Il caso dell'Italia: La badante [In-home elder care. The case of Italy: The badante]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 60-83. doi: 10.14645/RPC.2014.2.506

Entro il 2050, nell'UE il numero delle persone oltre i 65 anni d'età crescerà del 70%, quello delle persone oltre gli 80 del 170% (<http://ec.europa.eu>). In Italia il 93% delle persone con disabilità (dai sei anni in su) vive in famiglia. Sono due milioni e 600 mila, il 4,8% della popolazione italiana; l'80% ha più di 65 anni. In questa classe di età le persone con disabilità sono il 18,7 %. Dopo gli 80 anni, sono il 44 % (Solipaca, 2010). Nel nostro paese l'invecchiamento della popolazione ha un ritmo maggiore che in ogni altro paese d'Europa; si segue il modello di welfare 'mediterraneo', caratterizzato da prevalenza di spesa pensionistica e contributi monetari alle famiglie rispetto a quella destinata ai servizi (Del Favero, 2010)¹.

Il carico dell'assistenza grava sulle famiglie, ma mentre non ci si può più basare sul lavoro non retribuito delle donne di casa, non cambia la cultura: la famiglia non fornisce più la cura direttamente ma la gestisce (Pugliese, 2011). L'Autore parla per questo di cultura familista: valori e interessi della famiglia si contrappongono a società civile e Stato (Ginzborg, 1994). I pochi servizi presenti colludono con questa cultura: nonostante si ritenga che il potenziamento delle reti di relazione dell'anziano sia per loro il supporto più efficace, in genere non hanno questa finalità. In Italia si ritiene che la risposta più adeguata alla cura di genitori anziani sia data dalle loro figlie, e che queste abbiano bisogno solo di dedizione (Bramanti & Carrà, 2011). Mentre le donne vanno sottraendosi a tale obbligo, si cerca nella badante (come viene definita l'assistente domiciliare privata, in maggioranza di genere femminile) un surrogato che ricalchi il ruolo al quale non si intende o non si può più stare (Sgritta, 2009). Abbiamo definito questa dinamica relazionale "corto circuito della funzione sostitutiva". Esso si realizza quando l'azione professionale non è qualificata da una tecnica, ma è sostitutiva di agiti emozionali che caratterizzano la cultura del cliente; agiti che quest'ultimo non riesce a sostenere e che affida a un ruolo di servizio (Paniccchia, 2012a). Con l'anziano non autosufficiente, inizialmente si cerca di gestire la situazione in famiglia; quando si ricorre all'aiuto esterno, prima si delegano le pulizie domestiche, poi l'igiene personale, poi tutte le esigenze dell'anziano. Ma si pensa che ogni responsabilità resti alla famiglia, con incerti confini tra ciò di cui si occupa la famiglia e ciò di cui si occupa la badante. Le badanti non sono reperite presso agenzie di intermediazione, ma attraverso contatti personali e informali. Il ricorso ai servizi pubblici compare eventualmente, e solo in un secondo momento, poiché non li si pensa in grado di dare aiuto: le loro prestazioni sono ritenute rigide e standardizzate (Noci, 2010).

Al familismo della famiglia si affianca quello che Chiara Saraceno (1994) definisce "familismo ambivalente", per cui in Italia si fanno affermazioni di principio sulla rilevanza della famiglia, mentre le si delegano compiti senza supporti sostanziali. Il senso di tale ambivalenza viene chiarito dal fenomeno delle badanti, un aiuto definito essenziale dallo stesso Ministero del Lavoro (Del Favero, 2010). Il badando viene ritenuto sintomatico dell'incapacità delle politiche sociali italiane di cogliere problemi emergenti. In particolare, si rileva come persegua la salvaguardia della famiglia "tradizionale", di cui non si colgono né si supportano i cambiamenti. Un implicito della scelta "tradizionalista" è la perpetuazione del ruolo femminile di assistenza a chiunque ne abbia bisogno in famiglia (Pugliese, 2011; Sgritta, 2009).

Non è semplice avere un quadro del badando, per disomogeneità e mancanza di dati; anche perché la relazione famiglia – badanti spesso si realizza nella clandestinità. Una delle stime effettuate, non tra le più alte, propone che le badanti siano 774.000 mila, di cui 700.000 straniere, e che il 6,6% degli anziani ultra 65enni ne abbia una; la percentuale aumenta in Italia del Nord. La spesa delle famiglie si aggirerebbe su 9 miliardi 352 milioni di euro (Pasquinelli & Rusmini 2008). Nella metà dei casi il costo è coperto dal reddito dell'assistito, per il resto è integrato o coperto dai familiari; i sussidi pubblici sono marginali (Fondazione Leone Moressa, 2011). Nonostante l'indispensabilità della funzione, solo una badante su tre ha un contratto di lavoro e molte sono senza permesso di soggiorno: le badanti straniere irregolari sono quasi la metà degli stranieri irregolari (Pasquinelli & Rusmini, 2008). Dai dati sulle badanti con contratto, si vede che in genere si chiede loro di vivere nell'abitazione dell'assistito e di lavorare oltre 16 ore al giorno; spesso si domanda di offrire un'assistenza polifunzionale: fare compagnia, dare cure anche infermieristiche, pulire la casa, cucinare; meno di fare la spesa o pagare le bollette. Tutto avviene come se la famiglia si allargasse senza mai accettare una precisa differenza tra sé e l'aiuto. Per

¹ Per approfondimenti, consultare http://ec.europa.eu/health-eu/index_it.htm

altro la mancanza di regolari contratti e la possibilità di non definire le regole del rapporto di aiuto può essere vista come funzionale alla cultura familista, della famiglia come dello Stato. La retribuzione va dai 500 € ai 1000 € più vitto e alloggio (Fondazione Leone Moressa, 2011²). L'alta offerta e i costi contenuti hanno permesso l'accesso a questo tipo di assistenza anche a famiglie di ceto medio e medio basso (Casula, 2011).

In tutti gli stati europei si coniugano politiche migratorie restrittive, che alimentano la clandestinità e di conseguenza la presenza di lavoratori irregolari in condizioni di particolare sfruttamento; la condizione della badante, sommando disuguaglianza di genere, immigrazione da paesi poveri, irregolarità nella cittadinanza e nel contratto di lavoro, mancata definizione delle competenze professionali, permanenza nella casa dell'assistito, è stata paragonata all'ingresso dell'assistente in un'istituzione totale (Chiaretti, 2005). Per altro, si rileva che è una condizione attraversata da tensioni: tra chiusura che ingloba la badante nella casa e apertura della famiglia all'estraneo (Chiaretti, 2005), tra sfruttamento e funzione di apripista della badante per il proprio nucleo familiare, come pure di volano di sviluppo economico e culturale per entrambi i paesi, di provenienza e di immigrazione (Casula, 2011). Se si guarda alla casa come sede di rapporti di lavoro, vediamo anche confronti di culture e cambiamenti nella relazione di servizio domestico, che tradizionalmente prevedeva un rapporto tra due donne, una di classe bassa o medio-bassa, l'altra di classe alta o medio-alta. Le assistenti spesso in patria appartengono a un ceto medio e in Italia non lavorano necessariamente per famiglie di ceto superiore al loro: talvolta, anzi, lavorano in famiglie di ceto inferiore (Sarti, 2010).

La situazione è in forte mutamento. I fenomeni migratori sono in continuo cambiamento, e quanto alle badanti giunte negli ultimi anni, sono più giovani, preferiscono non dormire nella casa dell'assistito, hanno attese di insediamento più stabili e una prospettiva di lavoro di assistenza più transitoria. Ciò contrasta con le attese delle famiglie prima ricordate: esse limitano l'autonomia personale, l'integrazione nella società esterna, la possibilità di formarsi delle assistenti (Sgritta, 2009). Il conflitto viene accentuato dalla persistenza dell'illegalità, favorita dall'impovertimento delle famiglie per la persistente crisi economica e dall'ultimo decreto flussi che ha previsto 65.000 nuovi nulla osta per colf e badanti, a fronte di 400.000 domande di regolarizzazione (Pasquinelli & Rusmini, 2008). Un'altra fonte di cambiamento sono le stesse famiglie. Cresce il loro numero a fronte di una scarsa crescita della popolazione, e un aumento più impressionante si registra tra famiglie di soli anziani e soprattutto di anziani soli (Pugliese, 2011).

Mentre le relazioni sociali sono in uno stato di cambiamento, complessità e crisi, l'ottica psicologica e psichiatrica punta soprattutto l'attenzione sull'individuo. Sono centrali questioni come la valutazione funzionale, la diagnosi di depressione normale o patologica, la motivazione delle persone anziane ad adottare uno stile di vita attivo, l'"arte di invecchiare" (Cesa-Bianchi, 2003). Il concetto di "benessere psicologico" dell'anziano, studiato entro una permanente sovrapposizione tra fattori soggettivi e oggettivi capaci di favorirlo, si fonda su competenze individuali e in particolare sulle capacità cognitive, che permettono quell'autonomia e quel controllo delle situazioni, supposti alla base di rapporti sociali soddisfacenti (Antonelli, 2000). La stessa Autrice dice che gli anziani sono molto di rado interpellati sulle loro attese, e che la tendenza del personale sanitario cui sono affidati è di non considerarle e di incoraggiare la dipendenza da loro.

Riportando l'attenzione sulla qualità dei rapporti più che sulle capacità individuali dell'anziano, appare che quest'ultimo avrebbe bisogno di essere garantito in quanto soggetto ad alto rischio di emarginazione. È recente il passato in cui, travolti i tradizionali rapporti familiari e comunitari dalla rivoluzione industriale, gli anziani furono abbandonati a se stessi e alla pubblica e privata carità. Fino al miglioramento e alla generalizzazione del sistema di welfare e dei pensionamenti, rappresentavano la parte più importante dell'area della povertà (Pugliese, 2011). L'OMS (Sethi et al., 2011) denuncia la violenza verso gli anziani. Una ricerca in ambito europeo (Strümpel & Hackl, 2011) vuole rompere il silenzio sulla violenza verso gli anziani, in particolare donne, il genere più aggredito in tenera età come in vecchiaia. Per iniziare a formarli si interpellano in vari paesi, tra cui l'Italia, operatori dei servizi socio sanitari e assistenti domiciliari. Si nota che in Italia il fenomeno è studiato in misura eccezionalmente bassa; altrettanto bassa è stata la risposta ai questionari inviati a organizzazioni di

² Si tratta di un'indagine su 600 famiglie italiane che hanno un rapporto contrattuale con la badante; va notato che i dati sul fenomeno sono disomogenei e carenti per la natura spesso irregolare del rapporto di lavoro.

servizio agli anziani o antiviolenza. Quanto alla consuetudine italiana di affidare l'anziano alla famiglia, si rileva che favorisce la violenza, ad esempio l'abbandono, verso l'anziano solo. Nel 2010 si stila una Carta dei diritti europea per anziani bisognosi di cure e assistenza a lungo termine (AGE, 2010a; AGE, 2010b). C'è la preoccupazione di avere poco tempo per cambiare atteggiamenti sulla vecchiaia inadeguati all'oggi ma che si perpetuano, nati in un XX secolo che si sente lontanissimo (WHO, 2012). Tutto questo mentre il WHO promuove l'assistenza domiciliare come possibile futuro di un welfare da rinnovare profondamente (Tarricone & Tsouros, 2008) e si denuncia, quanto alla situazione europea, che nonostante l'importanza della questione, le informazioni comparative sull'assistenza domiciliare sono carenti (Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson, & Saltman, 2012).

Obiettivi della ricerca

A partire da tali questioni, ci siamo chiesti quale funzione può avere una psicologia che affronti il problema con un'ottica attenta ai sistemi di convivenza più che allo stato di deterioramento o di resilienza dell'individuo anziano. La ricerca ha coinvolto 26 famiglie con un anziano per cui è stata richiesta un'assistenza domiciliare. È stata adottata una metodologia esplorativa per individuare le attese delle famiglie nei confronti di questo tipo di servizio. Inoltre si voleva capire di che tipo fosse la domanda rivolta alla psicologia.

Metodologia

Le ventisei interviste aperte

Le ventisei famiglie sono state contattate iniziando da quattro famiglie conosciute dagli intervistatori, per proseguire con altre indicate dai primi intervistati come potenzialmente interessate. Ventiquattro interviste sono state fatte a familiari di anziani interessati a essere intervistati; in due casi l'intervistato è l'anziano assistito, interessato a rispondere perché committente diretto della badante. Abbiamo proposto un'intervista aperta, con una sola domanda-stimolo, caratterizzata dalle parole chiave "assistenza", "quando", "per quali motivi", "una persona". Questa la domanda: "Quando e per quali motivi avete deciso di rivolgervi ad una persona per l'assistenza del vostro familiare anziano?". La parola chiave "assistenza" rimanda alla funzione richiesta; "quando" introduce il tempo in cui si è verificata l'esigenza; "per quali motivi" evoca la motivazione lasciandola aperta; con "una persona" si è evitato di scegliere il termine badante o assistente domiciliare, nell'ipotesi che l'uno o l'altro rimandino a vissuti diversi del ruolo. Inoltre si voleva individuare in che modo le famiglie si rappresentino la funzione della psicologia in rapporto al problema. Il setting dell'intervista è stato pensato per questo scopo. Gli intervistatori si sono presentati come cattedra di psicologia clinica, interessata a conoscere la domanda delle famiglie con un anziano non autosufficiente, al fine di migliorare l'offerta di servizi³. Questa presentazione ha permesso di inferire dai dati anche le attese nei confronti della psicologia; non abbiamo ripetuto tale obiettivo nella domanda per tenere l'attenzione delle famiglie sul loro problema più che indirizzarla verso il nostro ruolo.

³ Il gruppo di ricerca era composto da un docente di psicologia clinica della Facoltà di Medicina e Psicologia di Roma Sapienza, una specialista in psicologia clinica, e cinque laureandi: Laura Corvo, Carmen Di Benedetto, Rossana Diciolla, Joselita Moltisanti, Stefania Palladoro.

L'Analisi Emozionale del Testo

Le interviste sono state registrate, trascritte in un unico corpus e sottoposte a AET, Analisi Emozionale del Testo. L'AET individua nel corpus le "parole dense", ovvero parole con alta polisemia emozionale e bassa ambiguità, le clusterizza e le dispone su un piano fattoriale; tale mappatura di parole dense corrisponde alla rappresentazione collusiva che il gruppo degli intervistati ha del tema proposto nella domanda stimolo. La rappresentazione collusiva del tema è la dinamica emozionale con cui gli intervistati se lo rappresentano (Carli & Paniccia, 2002).

Variabili illustrative

Il gruppo intervistato è caratterizzato dal fatto che le famiglie avevano avuto un'esperienza, nel recente passato o in corso, con un'assistente domiciliare per uno dei suoi anziani. Le variabili illustrative considerate sono state Regione di residenza, domicilio in un piccolo o grande centro (capoluogo di Provincia), sesso dell'intervistato, se l'anziano era vivo o morto al momento dell'intervista. Non sono state indagate variabili concernenti la badante, come paese di provenienza o modalità contrattuali, che avrebbero subito sollevato il problema della regolarità del rapporto, che volevamo vedere se emergeva e in che forma. Non è stata assunta come variabile illustrativa neppure il sesso dell'anziano. L'obiettivo era di effettuare un'esplorazione del tutto iniziale.

Tabella 1. *Variabili illustrative del campione di famiglie con un anziano (n=26)*

Genere dell'intervistato						
		<i>Maschio</i>	<i>Femmina</i>			
		9	17			
Residenza della famiglia						
		<i>Piccolo centro</i>	<i>Grande centro</i>			
		9	17			
Regione di residenza*						
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>Abruzzo</i>	<i>Toscana</i>	<i>Lazio</i>	<i>Campania</i>	<i>Puglia</i>	<i>Sicilia</i>
2	2	1	5	6	2	8
Stato dell'anziano						
		<i>Vivo</i>	<i>Morto</i>			
		17	9			

Note. Il simbolo * indica le variabili del campione che non sono state utilizzate nelle analisi a causa della loro elevata dispersione.

Non abbiamo utilizzato la variabile Regione di residenza per differenziare i dati, avendo un gruppo di Regioni appartenenti al Centro-Sud Italia. Può essere interessante ricordare che nel Nord del paese c'è crescita di servizi territoriali per anziani non autosufficienti e la più bassa percentuale di trasferimenti monetari; nel Sud e nelle Isole i servizi per gli anziani sono senza sviluppo e di basso livello e le pressioni per ottenere trasferimenti monetari sono alte, senza che vi siano particolari situazioni epidemiologiche (Del Favero, 2010).

Risultati

In Figura 1 è illustrata la rappresentazione grafica della dinamica collusiva rilevata che, in termini statistici, è concepita come uno spazio fattoriale con tre cluster.

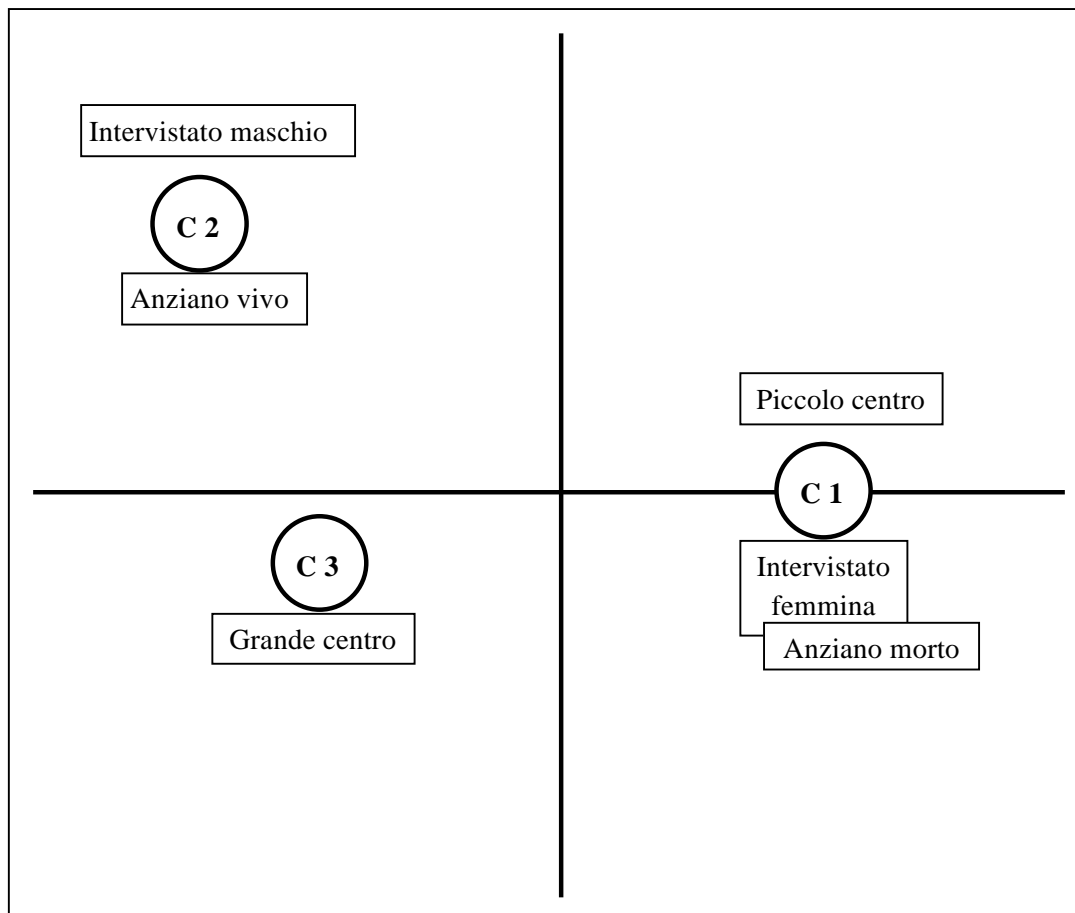


Figura 1. Lo spazio fattoriale

Tabella 2. Rapporto tra cluster e fattori (centroidi dei cluster)

	Fattore 1	Fattore 2
C. 1	0.513	- 0.053
C. 2	-0.671	1.128
C. 3	-0.446	-0.324

Tabella 3. *Rapporto tra cluster e variabili illustrative (Chi-quadro)*

Variabili illustrative	C. 1	C. 2	C. 3
<i>Genere dell'intervistato</i>			
Femmina	12.62		
Maschio		24.45	
<i>Residenza della famiglia</i>			
Piccolo centro	12.80		
Grande centro			9.95
<i>Stato dell'anziano</i>			
Vivo		19.38	
Morto	11.14		

Tabella 4. *Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro*

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>
42.24 malattia	109.15 pagare	62.93 lavoro
28.29 mamma	69.85 contributi	41.75 anziano
23.03 fratello	69.85 assicurare	31.95 Italia
22.01 letto	60.52 pensione	24.59 genitori
19.03 madre	60.52 euro	23.44 esigenze
18.64 cane	52.85 vitto	21.79 rumena
15.65 medico	44.00 giornale	21.36 figlio
13.42 papà	44.00 domiciliare	19.49 lingua
12.17 alzare	44.00 cooperative	17.89 pesante
11.35 dottore	44.00 alloggio	17.81 famiglia
11.35 dolore	35.16 ingaggio	16.13 bambino
11.21 Alzheimer	35.16 gratuito	16.06 giovane
10.52 depressione	35.16 disgraziata	15.56 università
10.52 cadere	35.16 dignità	15.54 cultura
9.70 farmaci	30.01 spese	
8.89 Parkinson		
8.89 aspettare		
8.79 dimenticare		
8.63 dormire		

Cluster 1

Il C1 si oppone al C 3 e al C 2 sul primo fattore. Variabili illustrative: intervistato di *genere femminile, piccolo centro, anziano morto*.

La prima coppia di parole dense è **malattia** e **mamma**. Malattia da male, ciò che arreca danno. Mamma: il primo rapporto di dipendenza, l'unico al tempo stesso totale e funzionale. C'è una profonda contraddizione emozionale: chi tutela la relazione più affidata è aggredito dal male.

Segue **fratello**. La prima risposta alla dipendenza affiliativa guastata dal male è il rapporto tra pari.

Segue **letto**; l'etimologia rimanda al distendersi. C'è una pausa nell'azione. Poi **madre**. Non è la mamma, ma il potere di generare e dare forma. I fratelli si confrontano con il guastarsi della dipendenza e un arresto della generatività. Segue **cane**. La dipendenza fedele. Un sistema di relazioni è in crisi: l'asimmetria dipendente e affidata deve essere sostituita dalla simmetria; la generatività, il movimento sono sospesi, la fedeltà incondizionata è chiamata in causa.

Segue **medico**. La crisi di relazione è medicalizzata; più avanti ci sarà "dottore". Segue **papà**: la medicalizzazione precede e la funzione paterna, evocata più nella veste affettuosa che autorevole.

Segue **alzare**: sollevare qualcosa; dopo il fermo nell'azione il movimento, con un aiuto, riprende; ma più avanti ci sarà la parola cadere. Il cluster è segnato dal movimento faticoso di chi si ferma, si rialza o viene alzato, e infine cade.

Seguono **dottore, dolore, Alzheimer, depressione**. La medicalizzazione della crisi individualizza, sovrappone e confonde male fisico e sofferenza emozionale. Seguono **cadere**: si viene riportati giù dal proprio peso dopo che ci si era alzati; ricordiamo che cadere ha la stessa etimologia di cadavere; poi **farmaci, Parkinson**.

Seguono **aspettare**: essere rivolti con mente e animo a persona che deve arrivare o a cosa che deve accadere; **dimenticare**: perdere la memoria; **dormire**: sospensione della coscienza, ma anche metafora eufemistica della morte, parola successivamente presente nel cluster. Il cluster esprime la perdita di iniziativa, di contatto con il mondo, segnate da dolore.

In sintesi: il C1 è quello della famiglia e delle donne che assistono l'anziano fino alla morte; le relazioni familiari organizzate dall'affiliazione dipendente sono distrutte, si lotta contro un'impotenza che man mano prevale, si va verso la morte accompagnati dalla medicalizzazione della crisi. La variabile illustrativa *genere femminile* ricorda la funzione femminile tradizionale, di assistenza a un membro della famiglia in difficoltà. *Anziano morto* sottolinea che questo è il contesto relazionale a cui viene affidato il momento dell'impotenza totale e della morte. *Piccolo centro* sembra in rapporto con la cultura tradizionalista del cluster.

Cluster 3

Il C 3 si oppone al C 1 sul primo fattore e al C 2 sul secondo. Variabile illustrativa: *grande centro*

Le prime due parole sono **lavoro** e **anziano**. Lavorare: impegnare la propria fatica per uno scopo. Anziano è chi non lavorando più, non ha più scopi; il cluster inizia con la rottura di un fondamentale organizzatore della relazione sociale. Nel C1 la fragilità dell'anziano è connessa alla malattia, nel C3 alla perdita di un ruolo sociale.

Segue **Italia**: territorio la cui popolazione si riconosce in un potere centrale, una storia, un'identità condivise. La rottura della relazione riguarda l'appartenenza più ampia, quella alla nazione. Segue **genitori**: si evoca, dopo il contesto/nazione, quello della famiglia. Segue **esigenze**: quanto è richiesto per lo svolgimento di qualche cosa; pretesa di avere, in misura eccessiva o importuna, prestazioni cui si ritiene di avere diritto. Il cluster mette insieme la rottura di una relazione civica, politica, e della convivenza organizzata da scopi, con i diritti e le esigenze della famiglia e dei genitori.

Segue **rumena**: la nazionalità di molte badanti; una straniera risponde a un'esigenza non solo familiare, ma prima ancora collettiva, nazionale. Segue **figlio**: si arriva ai figli, ma dopo la straniera. Segue **lingua**: indispensabile mezzo per scambiare pensieri e sentimenti. Si pensi quanto alla badante si chieda di sostituire una figlia, senza essere una figlia. Va trovata una lingua per comunicare, per nominare una situazione inedita. Segue **pesante**: che si sopporta con difficoltà, che affatica notevolmente. Incaricarsi di una rottura della relazione di

così ampia portata, mettere una straniera al posto dei figli, trovare nuovi codici è faticoso.

Segue **famiglia**: una parola meno centrale di Italia e della badante in rapporto alla questione anziani/lavoro/genitori. Seguono **bambino** e **giovane**: coloro che si contrappongono all'anziano nella parabola della vita; la famiglia è vicina al bambino, al giovane, all'inizio, alla speranza; l'anziano sembra questione della nazione, del paese. Seguono: **università, cultura**; i simboli dell'emancipazione; la famiglia va lasciata libera di investire sul futuro, l'assistenza all'anziano spetta anche al paese: se la famiglia non può trovare risorse fuori di lei per far fronte all'assistenza, rischia la perdita di ruolo sociale e futuro, insieme all'anziano.

In sintesi: nel C 3 alla famiglia del C 1 si contrappone il paese, con una questione politica, collettiva, concernente le esigenze di assistenza di un anziano che ha perso il suo posto nella collettività; ma è un paese che non potrebbe far fronte all'impegno senza una straniera, estranea alla famiglia, con cui attuare un faticoso passaggio di compiti, che sarebbero dei figli. Solo la morte del C 3 è questione privata, familiare e femminile.

Cluster 2

È in rapporto con il polo positivo del secondo fattore dove si oppone al C 3; C 3 e C 2 si oppongono al C 1 sul primo fattore. Variabili illustrative: *intervistato di genere maschile, anziano vivo*.

La prima coppia di parole dense è: **pagare** e **contributi**. Pagare da *pacare* (latino), tranquillizzare. Versare il denaro dovuto. Contributo: quanto si dà personalmente per un fine collettivo. Segue **assicurare**: proteggere da un danno o pericolo. Segue **pensione**: rendita che lo stato o gli istituti di previdenza corrispondono a chi ne ha diritto, in relazione a una precedente attività lavorativa, per raggiunti limiti di età o stati di grave menomazione. Seguono **euro** e **vitto** (da vivere). Il danaro e il cibo, ciò che è necessario per vivere. Per proteggersi da un pericolo, per vivere, si deve pagare singolarmente ma anche contribuire collettivamente.

Segue **giornale**: pubblicazione giornaliera con i più notevoli fatti quotidiani. Segue **domiciliare**: quanto avviene nella casa di qualcuno. Una prestazione che invece che in un luogo pubblico si realizza in sede privata: ad esempio una cura che invece che in ospedale viene fatta nel domicilio del paziente. Presso la casa, la famiglia, l'impegno per sopravvivere si rinnova giorno dopo giorno.

Segue **cooperativa**: società fondata sul contributo di tutti i soci, operando insieme. Ci si organizza in uno scambio previdente per fronteggiare presso la propria casa una giornaliera esigenza di sopravvivere; dopo cooperativa, più in basso nel cluster si trovano parole come Comune, Stato. L'assistenza si organizza in casa ma si pensa al contesto dei servizi sia privati che pubblici.

Segue **alloggio**: abitazione; poi **ingaggio**: assunzione alle proprie dipendenze, anche irregolare o temporanea. Poi **gratuito**: senza pagamento, ma anche senza diritto o motivo. Procedo un faticoso impegno per affrontare il problema; dopo il contesto dei servizi e i molti pagamenti c'è la gratuità, il dubbio sul dovere di farli; ingaggio e alloggio rimandano alla contrattazione privata, anche irregolare: viene alla mente la badante.

Seguono prima **disgraziata**, persona che ha sorte avversa, ma anche che ha commesso una colpa o grave imprudenza, poi **dignità**: nobiltà morale, qualità di persona meritevole di rispetto. Quando il problema diventa del tutto privato, fa irruzione un'emozionalità drammatica: qualcuno - l'anziano, la famiglia, ma anche la stessa badante - ha sorte avversa, rischia la perdita della dignità, merita rispetto. Qualcuno è a rischio di emarginazione. Poi **spese**: costo. Torna il sentimento del dover pagare, molto intenso in questo cluster, di cui ricordiamo il senso figurato: scontare la pena, espiare.

In sintesi: si deve pagare singolarmente e contribuire collettivamente per vivere oltre l'età in cui si lavora: si pone la questione come pubblica, c'è il problema del rapporto con i servizi. Se diventa privata, si rischia l'emarginazione. Notiamo le variabili illustrative: l'anziano è vivo, e ne parla un intervistato di genere maschile, cui sembra affidato il compito di mediare con i servizi.

Conclusioni

La ricerca intendeva individuare le attese di 26 famiglie con un anziano per cui è stata richiesta un'assistenza domiciliare. Inoltre si voleva capire quale fosse la domanda rivolta alla psicologia.

Sul primo fattore si contrappongono una appartenenza familiare distrutta (C 1) e la rottura dei rapporti di convivenza entro il contesto paese (C 3 e C 2). Si tratta di sistemi di relazione in crisi per la malattia o l'inattività dell'anziano. Nella malattia la crisi viene risolta solo dalla morte entro una famiglia "tradizionale" (C 1). Il problema dell'inattività è invece riferito a un contesto allargato, e vediamo contrapporsi due culture. Da un lato (C 3), grazie all'ingresso della badante in qualità di estranea, si recuperano risorse per il futuro. Dall'altro (C 2), appaiono i servizi entro un faticoso contrattare sopravvivenza nella conflittuale relazione pubblico/privato; torna la badante, ma in questo caso è viene assimilata alla sorte avversa della famiglia.

La badante – dal ruolo confuso, non formalizzato, spesso illegale - viene investita di significati emozionalmente densi: rivela le deficienze dei servizi, ma rappresenta anche una risorsa innovativa in quanto permette alla famiglia di uscire dall'isolamento. Alla famiglia chiusa in sé solo la morte "risolve" il problema. Notiamo che la badante non viene assimilata alle figure femminili tradizionali né inglobata nella famiglia: l'avremmo trovata nel C 1.

Consideriamo il piano fattoriale nel suo insieme, ricordando che le famiglie intervistate sono del Centro Sud Italia, territorio caratterizzato da scarsità, sia per numero che per qualità, di servizi dedicati all'assistenza degli anziani. La questione che organizza il piano è: l'assistenza va affrontata dalla collettività e non dalla sola famiglia. La famiglia per conquistare il contributo della collettività o per sostituirne l'assenza deve faticare, pagare. Solo la morte è questione affidata alla famiglia. In questo caso si sta al "familismo ambivalente" del paese, che incarica la componente femminile della famiglia di tutti i problemi di assistenza per un proprio membro non autosufficiente. La badante simbolizza una essenziale risorsa che arriva da un altrove straniero, che permette di pensare la futuro, ma richiede di apprendere una lingua, un codice nuovo. La psicologia non è evocata. Forse si può connettere alla parola "università" del C3, quello del futuro, visto che gli intervistatori si sono presentati riferendosi a essa; ma sostanzialmente la famiglia non si attende aiuto dalla psicologia entro questo rilevante problema di convivenza.

Prospettive

L'assistenza domiciliare agli anziani informale (affidata prevalentemente alle donne della famiglia e basata in larga parte su competenze non formalizzate) e formale (regolamentata e fondata su competenze formalizzate) è in cambiamento. La domanda delle famiglie è di non essere emarginate con il loro problema entro il solo contesto familiare, per altro pure in forte cambiamento.

Sul piano della ricerca, va sviluppata la differenza, proposta anche dagli intervistati, tra esplorazione dei vissuti degli anziani assistiti da un lato, degli altri membri della famiglia dall'altro. Questo permetterebbe una migliore articolazione del problema portato dalle famiglie.

Sul piano dell'intervento, appare fin da ora che si tratterebbe di sviluppare competenze psicologico cliniche capaci di intervenire sulle reciproche diffidenze per integrare le risorse famiglia/servizi pubblici e privati. Va promossa un'offerta – anche in termini di riconoscibilità, di immagine - di un intervento psicologico fondato sulla conoscenza dei problemi posti dall'invecchiamento della popolazione, che affianchino le competenze che si occupano di diagnosi-cura-riabilitazione dell'individuo anziano.

Bibliografia

AGE (2010a). *European Charter of rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance*. Retrieved from http://www.age-platform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_EN_v4.pdf

- AGE (2010b). *Accompanying guide*. Retrieved from http://www.age-platform.eu/images/stories/22495_EN_06.pdf
- Antonelli, E. (2000). L'assistenza agli anziani e il loro benessere psicologico: Lo stato della ricerca [Elder care and psychological well-being: the state of research]. *Rassegna di Psicologia*, 17, 31-51.
- Bramanti, D., & Carrà, E. (2011). (Eds). *Buone pratiche nei servizi alla famiglia: Famiglie Fragili e Famiglie con anziani non autosufficienti* [Good practices in family services: Frail families and families with not self-sufficient elders]. Retrieved from http://www.osservatorionazionalefamiglie.it/index.php?option=com_content&view=article&id=726:-buone-pratiche-nei-servizi-alla-famiglia-famiglie-fragili-famiglie-con-anziani-non-autosufficienti&catid=76:2011&Itemid=93
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional text analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: Franco Angeli.
- Casula, C. (2011). Immigrazione e lavoro domestico e di cura in Italia: nuovo asservimento o emancipazione femminile nel mercato del lavoro globale? [Immigration and home and care work in Italy: new subservience or women's emancipation in global labor market?]. *Sociologia@DRES: Quaderni di ricerca*, 1, 1-38. Retrieved from file:///C:/Documents%20and%20Settings/utente/Documenti/Downloads/quaderno_lavoratrici_domestiche_straniere_01_06_2011.pdf
- Cesa-Bianchi, M. (2003). *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare* [Young forever? The art of growing old]. Bari: Laterza.
- Chiaretti, G. (2005). (Ed.). *C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto* [Has health a place in new labor market? Physicians and sociologists compared]. Milano: Franco Angeli.
- Del Favero, A.L. (2010). (Ed.). *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia* [Technical report on not self-sufficiency in Italy]. Retrieved from <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/9B939247-1A95-468A-9A54-6E58BE0DD85C/0/RapportosullanonautosufficienzainItalia27072010.pdf>
- Fondazione Leone Moressa (2011). *Quali badanti per quali famiglie?* [What badanti for what families?]. Retrieved from http://www.fondazioneleonemoressa.org/newsite/wp-content/uploads/2012/06/Quali-badanti-per-quali-famiglie_completo.pdf
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. (2012). *Home care across Europe: Current structure and future challenges*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf
- Ginsborg, P. (1994). (Ed.). *Stato dell'Italia* [State of Italy]. Milano: Il Saggiatore-Bruno Mondadori.
- Noci, E. (2010). Il sostegno alle famiglie che curano nell'ottica della sussidiarietà [Support for families that care from the view of subsidiarity]. *La Rivista di Servizio Sociale*, 1. Retrieved from <http://www.rivistadiserviziosociale.it/it/articoli.aspx?a=37>
- Paniccia, R.M. (2012a). Psicologia Clinica e disabilità: La competenza a integrare differenze [Clinical Psychology and disability: The competence in integrating differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2012b). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola: Da ruoli confusi a funzioni chiare [Disability assistants for autonomy and social integration at school: From confused roles to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Pasquinelli, S., & Rusmini, G. (2008). *Badanti: la nuova generazione: Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura* [Badanti: the new generation. Characteristics and trends of private care work]. Retrieved from http://www.qualificare.info/upload/DOSSIER_Badanti_la_nuova_generazione.pdf
- Pugliese, E. (2011). *La terza età* [The third Age]. Bologna: Il Mulino.
- Saraceno, C. (1994). *Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi* [Ambivalent familism: family policies in Italy from postwar period to the current one]. Bologna: Il Mulino.
- Sarti, R. (2010). *Nello spazio aperto della casa: "badanti" al tempo della crisi* [Within open space of the house: "badanti" in times of crisis]. Retrieved from <http://www.qualificare.info/home.php?list=archivio&id=480>
- Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Iborra Marmolejo, I., ... Ulvestad Kärki, F. (Eds.). (2011). European report on preventing elder maltreatment, Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.
- Sgritta, G.B. (2009). *Badanti e anziani in un welfare senza future* [Badanti and elders in a welfare without future]. Roma: Edizioni Lavoro.
- Solipaca, A. (Eds.). (2010). *La disabilità in Italia: Il quadro della statistica ufficiale* [Disability in Italy: Overview of official statistics]. Roma: ISTAT. Retrieved from http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf
- Strümpel, C., & Hackl, C. (2011). The Breaking the Taboo projects – raising awareness of, and training staff in, community health and care services on violence against older women within families. *Journal of Adult Protection*, 13(6), 323-335. DOI: 10.1108/14668201111194230
- Tarricone, R., & Tsouros, A.D. (2008). *Home care in Europe: The solid facts*. Milan: World Health Organization. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/home-care-in-europe.-the-solid-facts>
- World Health Organization (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day*. Geneva: WHO. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/en/

Families with a child with a disability: The expectations toward services and psychology

Rosa Maria Paniccia*, **Fiammetta Giovagnoli****, **Fiorella Bucci*****, **Andrea Caputo******

Abstract

Twenty families with a school-age child with a disability, mainly coming from central Italy, were interviewed about what they thought about services they used. The interviews were analyzed by Emotional Text Analysis. Results highlight that families feel as strongly dependent on services, both public and private, experienced as centered on a healthcare technicality that is not able to accompany them towards a future where therapy and rehabilitation are not sufficient anymore. At the same time, the medical profession is recognized as the most present because it predominates in all services, both the healthcare and the educational ones. It is the only profession which gets in contact with families when at last they remain alone with the unresolved and hopeless problem regarding the future of their children with disabilities. As revealed by data, the school system is the single service that is not related to healthcare and aims at socialization. However, inclusion of persons with disabilities into a wider social context, compared to the family one, stops when finishing school. Also the school system is experienced as self-referential and unable to accompany people with disabilities toward a livable future. Psychological profession seems to be assimilated to the medical one, based on diagnostic and therapeutic self-referential techniques, and it does not help families in avoiding isolation and lack of future. The medical culture prevails because it is experienced as necessary and effective; however, this prevalence also highlights the significant failure of integration, as demonstrated by the lack of future and destiny of isolation experienced by persons with disabilities and their families.

Keywords: disability; integration; family; coexistence; psychological intervention.

The Seventies represented a turning point in the history of disability: diversity became a value, while both isolation and differential treatment deriving from stigma started to be condemned. Disability - mainly seen as

* Associate Professor at the faculty of Medicine and Psychology of the University "Sapienza" in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

** Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

*** Ghent University, Department of Languages & Cultures, Center for Intercultural Communication and Interaction (CICI). Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy. Mail: fiorella.bucci@gmail.com

**** Psychologist-Psychotherapist, PsyD in Health Psychology, PhD student in Dynamic and Clinical Psychology, University of Rome "Sapienza" Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology). Mail: andrea.caputo@uniroma1.it

Paniccia, R. M., Giovagnoli, F., Bucci, F., & Caputo, A. (2014). Famiglie con un figlio disabile: La domanda nei confronti dei servizi e della psicologia [Families with a child with a disability: The expectations toward services and psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 84-107. doi: 10.14645/RPC.2014.2.514

something pertaining infancy - was left to be dealt with by family and, after the elimination of special education classes in Italy, also by the school system. Starting from the end of the fifties, disability research turned its attention to family studies focused on the pathology of family's response to a child with a disability. Simultaneously, family members of people with a disability started to account their experiences and to denounce the persistence of stigma and the lack of support (Nehring, 2011). Thanks to the contributions of persons with a disability and their families, a movement for a "social model of disability" was created that contested the medical model according to which the adaptation of people with a disability was subordinated to their sick role acceptance (Biklen, 1985; Schianchi 2012; Zola, 1993). As reported by several authors, the focus on family's pathological response, regarded as a constant bias over time beyond the research progress (Zanobini, Manetti, & Usai, 2002), contributed to consider families as inadequate. This also led to rejection and scarce listening in service workers dealing with families (Ianes, 1991; Vianello, 2001). Nowadays, people with a disability and their families consider research and services as not sufficiently attentive to their problems - in Italy they associate themselves in militant-like organizations. While some of the literature highlights the stigma on families, another part deals with the diagnostic and rehabilitative techniques, thus ignoring the problems affecting the relationship between people with disabilities and their families on the one hand, services and technical professionals on the other hand.

After 1990 stress and adaptation became the most widely used constructs, especially in the Anglophone field; currently, we talk about resilience as the ability of "positive reaction" to the stress caused by disability. Among the factors enhancing resilience, information gains increasing importance according to a cognitive perspective: the more one knows about disability, the more the stigma decreases as well as the consequent family anguish. In addition, resilience is recognized as something that can be fostered by the family belief system about disability. Thus, within the perspective of positive psychology, "a sense of hope, a positive view of the future, and coherence" (Nehring, 2011 p. 672) should be developed. However, intervention on beliefs remains an open question. Stress studies are based on diagnosis, rather than on the family's problems, such as studies that compare parents of children with Down syndrome and those with autism. Little is known about fathers, despite they are found to be the most concerned about their children's future (Nehring, 2011). However this issue remains marginal as well as the adults' disability, that is a very important problem experienced by families. In Italy, 92.2% of young people with a disability (11-34 years) remain in the family of origin, compared to 67.8% of the total youth population. Only 16% of people with a disability aged 15-74 work, compared to 49.9% of the general population. Gender is a very influential variable: the 72% of workers with functional limitations are men. Moreover, despite a well-advanced law on disability, the actual situation is characterized by exclusion and marginalization (National Institute of Statistics - ISTAT, 2012).

At the same time, according to the recent international guidelines on disability, the focus moves from individual impairment to social disadvantage as declared by the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2006, that was ratified in Italy by the Ministry of Social Solidarity in 2007 (Assemblea generale delle Nazioni Unite, 2007), and by the current International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2010). These guidelines propose two very different models of integration, which may conflict if they are not well conceived: the first model relies on the right to inclusion of social groups at risk of exclusion; the second one refers to the development of a competence in finding resources from the interaction of individual differences within the contexts of social coexistence. The National Council of Economy and Labor (CNEL) (2009, pp. 5-6) defines integration as "accepting differences and basing one's own life and actions on the values of equality and solidarity". The value of inclusion prevails, thus suggesting a culture based on rights, duties, guilt. It sustains the conflicting relationship between the parties - for example, between public and private sphere or services and families - but not the skills to integrate differences. Furthermore, the reduction of integration to inclusion does not promote the development of a competence in intervening on the processes of coexistence, comparable with the well-established medical expertise, which still remains the most important reference point. Many cases at risk of marginalization are medicalized. This means that substitutive competences such as those to diagnose, treat and rehabilitate the individual are preferred, while the integrative ones which enhance relational skills are running low. According to this perspective, a demand arises that can be dealt with by clinical psychology that is relationship-focused (Paniccia, 2012a, 2012b). Indeed, a growing literature now proposes a view of disability as a product of the interaction between individual and environment (Soresi & Nota, 2003).

Aim of the study

This paper proposes a study which included 20 families with a child with a disability. It was based on an explorative research method and aimed at detecting families' collusive¹ representations in terms of emotional expectations toward the function of social, health and educational services, both public and private, in dealing with disability. In addition, it aimed at understanding the specific demand that families addressed to the psychological profession.

Method

The twenty-six open-ended interviews

The sample of families, mainly coming from central Italy, was recruited and contacted through a private cooperative organization, a rehabilitation hospital center and informal personal contacts. The sampling criterion was "families which used a service with regard to the disability of their school-age child".

Given the explorative aim of the study, unstructured interviews using a single trigger question were administered to the family members (one for each family with a child with a disability) who were interested in participating in the research study. The trigger question included the keyword "services", whose public or private nature and function (care, therapy, education, etc.) were not specified on purpose so that participants could freely refer to services that came to their mind. The question was "When and for what reasons did you use services and what do you think about them?". No further questions were made with regard to child's disability diagnosis in order to specifically focus on the problems that disability created in the family context, rather than on diagnosis itself. The study also aimed at detecting families' representations of psychological function. Indeed, interviewers introduced themselves as belonging to the Chair in Clinical Psychology, that was interested in exploring the demand of families with a child with a disability also in order to improve training opportunities offered to its students². This introduction made it also possible to infer families' expectations toward psychology from interview data. This specific goal was not made explicit in the trigger question so that families could focus on their problems rather than on the professional role of interviewers³.

The Emotional Text Analysis

All the interviews were recorded and transcribed in order to form a single textual corpus that was afterwards analyzed by Emotional Text Analysis (AET). AET allows the detection of "dense words" within the textual corpus, i.e. words that have high emotional polysemy and low ambiguity. Then, it consents to obtain some clusters of dense words positioned on a factorial space, thus providing a mapping which refers to the collusive representation that study participants have with regard to the theme initially proposed by the trigger question (Carli & Paniccia, 2002).

The illustrative variables

¹ The model of collusion was put forward by Carli and Paniccia at the beginning of the eighties (Carli & Paniccia, 1981) and later refined and extended so as to lay the foundations for analysis of the demand and more generally to propose a psychoanalytical theory of social relations and coexistence. It is a model with the relationship, not the single individual, as its unit of analysis. The model is based on collusive affective symbolization, that is, on the affective symbolization concerning the same context, which constructs the relationship between those who share that context.

² According to a psychological clinical model, the initial introduction defines the intervention setting which organizes the relationship between researcher and study participants.

³ The research group was composed of a professor in clinical psychology of the Faculty of Medicine and Psychology at the University of Rome "Sapienza", a PsyD in clinical psychology and six students preparing for degree: Beniamino Conforti, Sara Ceccacci, Lucia Malberti, Maddalena Mealli, Fabiana Fusco, Viviana Vettorel.

In Table 1 the variables of the sample are shown. The degree of kinship between study participants and children with disabilities, child's gender and age, the presence of child's brothers/sisters and the family's residence were used as illustrative variables, in association with textual data.

Table 1. *Variables of the sample of families with a child with a disability (n=20)*

Degree of kinship between the study participant and the child						
<i>Mother</i>	<i>Father</i>	<i>Couple of parents</i>	<i>Grandmother</i>			
13	4	2	1			
Child's gender						
<i>Male</i>		<i>Female</i>				
14		6				
Child's age						
<i>0-5 years old</i>	<i>6-14 years old</i>	<i>Over 14 years old</i>				
2	12	6				
Family's residence						
<i>Small town</i>		<i>Big city (administrative center)</i>				
16		4				
Child's brothers/sisters						
<i>Only child</i>		<i>One or more brothers/sisters</i>				
4		16				
Child's school grade*						
<i>Kindergarten</i>	<i>Preschool</i>	<i>Primary school</i>	<i>Lower secondary school</i>	<i>Higher secondary school</i>	<i>Finished school</i>	
1	1	9	5	3	1	
Italian region*						
<i>Tuscany</i>		<i>Latium</i>	<i>Campania</i>	<i>Calabria</i>	<i>Sicily</i>	
7		8	2	2	1	
Child's disability diagnosis*						
<i>Autism</i>	<i>Psychomotor and language disorder</i>	<i>Down syndrome</i>	<i>Infant brain injury</i>	<i>Tetrasomy</i>	<i>Epilepsy and psychomotor retardation</i>	<i>Spina bifida</i>
6	5	3	3	1	1	1

Note. The symbol * indicates the variables that were not used for the analysis because of their high dispersion in the sample.

Results

The Figure 1 illustrates the graphic representation of the detected collusive dynamic which, in statistical terms, is conceived as a factorial space with four clusters.

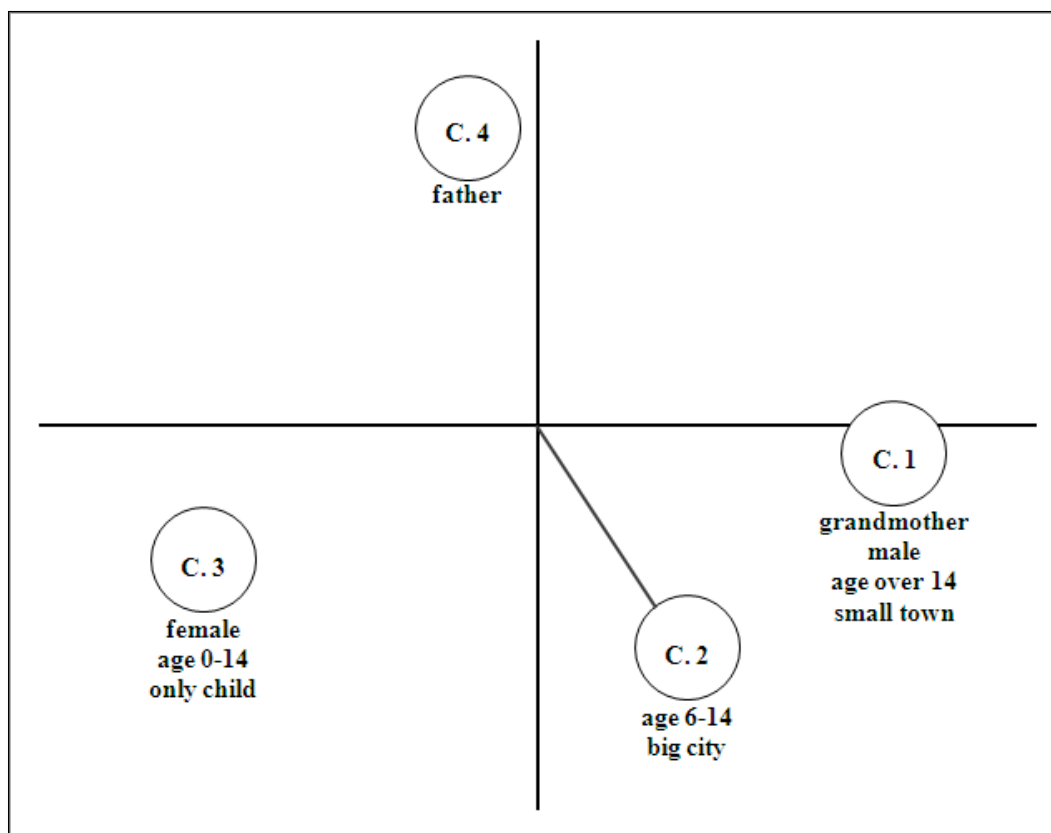


Figure 1. Factorial space.

Table 2. Relationship between clusters and factors (cluster centroids)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
C. 1	0.856	- 0.094	- 0.505
C. 2	0.522	- 0.750	1.149
C. 3	- 0.804	- 0.451	- 0.214
C. 4	- 0.169	1.003	0.242

Table 3. Relationship between clusters and illustrative variables (Chi-square)

Illustrative variable	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4
<i>Child's gender</i>				
Female			44.63	
Male	11.15			4.26

<i>Child's age</i>			
0 - 5		3.66	18.63
6 - 14		18.59	45.13
Over 14	191.69		7.74
<i>Degree of kinship</i>			
Mother			6.43
Father			5.52
Grandmother	13.59		23.54
Couple of parents	7.79		
<i>Family's residence</i>			
Small town	21.97		3.46
Big city.		44.34	2.01
<i>Child's brothers/sisters</i>			
Brothers/sisters	4.37		4.18
Only child		2.07	9.54

Table 4. *Clusters of dense words ordered by Chi-square*

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>	<i>Chi-square/Word</i>
39.69 grandmother	55.05 crisis	63.57 private	131.13 teacher
29.37 mum	48.23 operation	62.24 public	126.56 support
27.39 eat	43.87 epilepsy	62.24 therapy	85.36 school
22.49 cunning	26.86 resolve	44.37 psychomotricity	63.28 maestra
22.49 bad	21.88 check	40.10 logopedy	28.97 involve
20.88 doctor	21.88 joke	38.24 cognitive-behavioral	26.74 integrate
20.60 daddy	21.42 husband	29.79 law 104	26.74 normal
14.29 cry	16.61 friends	26.38 diagnosis	26.40 class
13.06 argue	15.95 drug	26.38 advice	19.26 cooperate
13.06 dirty	15.25 realize	24.89 economic	19.26 pool
13.06 mother-in-law	12.92 hospital	24.06 physiotherapy	17.97 admission
11.18 cook	10.85 medical record	24.06 healthcare	16.04 sharing
9.31 vice	10.85 electroencephalogram	23.43 wait	16.04 sensibility
9.31 throw away	9.80 medical doctors	21.98 rehabilitation	14.84 maternal
9.31 complain	9.32 bed	21.98 right	14.15 working
7.95 calm	9.32 be sick	20.48 absence	12.82 gentle
7.95 future	9.17 illness		

Cluster 1

The major illustrative variables related to this cluster are: *grandmother, male, small town, age over 14*.

The first meeting of co-occurring dense words is between **grandmother** and **mum**. The female parental role and a dual, fusional relationship are evoked. The maternal bond seems to perpetuate *ad libitum*, beyond generations. The inability to change, the lack of future appear at the center-stage.

The third word is **eat**: the survival, you cannot live without eating; the infant's dependency on his mother; to eat means pleasure, enjoyment but also possession, improper possession; that is loving greedily, possessively: I could eat you up. By reading jointly the first three words, grandmother- mum-eat, we can see the draft of a fundamental bond, essential for living, a satisfying as well as possessive, regressive, all-consuming, endless tie; the one between mothers and eternal infants, without fathers.

The next instance is **cunning**: the person who acts with skilful sagacity for her personal profit, by resorting to all possible expedients. The exclusive mother-child relationship, already compromised by repetitiveness, is then threatened by craftiness. The enemy disguised as a friend is cunning.

Then comes **bad**, in Italian *cattivo*, which literally comes from the Latin *captivus*, prisoner; the person who loses her independency by succumbing and because of that becomes damaged and enraged. The fusional relationship is getting damaged over and over.

The following word is **doctor**: the medical doctor. Disability, as other criticalities concerning social coexistence, turns to medical science. The term does not refer to the specialist as we will see in other clusters, but rather to the general practitioner, the family doctor, the only stranger who sets foot on this dual relationship which is plunging into crisis.

The next is **daddy**. Father role becomes weaker inside a family where the maternal dual relationship dominates and perpetuates, so giving way to the medical doctor. Like the term mum, also the father is mentioned by a word recalling an eternal childhood: daddy.

Neither the doctor nor the dad are able to contain the relational crisis. Then come the words **cry** and **argue**.

The futureless relationships end up with imploding. Then comes **dirty**: stained but also unfair, dishonest, devoid of virtue. Then the feeding mothers come back again: the next instances are in fact **mother-in-law** and **cook**. Then comes **vice**: what deviates from the straight and narrow path; shortcoming. The repetitiveness which characterizes this cluster is giving rise to a rapid decline of the relationships.

Then comes **throw away**: fiercely distancing oneself from what is dirt, defective, what is damaging the food, ruining the relationship. Then follows **complain**: protesting, fiercely lamenting for. The next word is **calm**: after crying, arguing, complaining about the dirt, the vice, we meet the calm arising from the fantasy of throwing away and fiercely relieving oneself.

Follows the word **future**: what is going to happen, a time for purposes, projects, movement, not for calm.

The last words are **scream, worry, murder**.

In summary, cluster 1 is the repertoire of the implosion within the maternal dual relationship.

We want to mention the psychoanalytical literature on this subject (Mannoni, 1964/1971) and integrate it with interpretative categories of the context: since the ancient times women had been entrusted with the role of caring for anyone who could be assimilated to a baby: the sick person, the dying person, the person with disabilities (Pomeroy, 1978). We want to consider now the illustrative variables linked to this cluster. *Age over 14*: one goes beyond child development to get in the sphere of adulthood, considerably neglected by both health-social care services and scientific literature. *Male*: the impossibility of separation seems to be stronger in case of males with disability - as data presented by ISTAT in 2012 seem to suggest - about the influence of gender. *Grandmother*: the overwhelming majority of the family members who accepted to be interviewed for this research were mothers and just one grandmother. *Dirt and vice* recall the stigma arising from a guilty deviance. We want to remember the literature written by people with disability and their families that points out repeatedly the problems of stigma and of isolation. We notice the isolation of these families and remember that those who suffer from stigma are the ones with poor chances of control over the source of their disrepute; those who are placed into disadvantageous positions to deal with an identity marked by the diversity from an expected norm (Goffman, 1963/1983). One that has no power to define oneself becomes the subject of categorization, annihilated by the categorization of others who are the guardians of the norm. This element has to be compared with the other clusters, where family depends on hospital, school, specialized knowledges. In cluster 1 the experience of stigma survives and conformism prevails even in its feminization. The repertoire is linked to the variable *small town*.

We notice the absence of psychology. No competencies are employed, with the exception of family doctor. Two words seem to represent a demand for intervention: calm: a state of tension attains solution; future: an entangled relationship gains again a future, a new movement. Two intervention models can be outlined: to solve problems on the one hand, to deal with the relationships concerned by disability on the other.

Cluster 3

Cluster 3 is opposed to cluster 1 on the first factor. Illustrative variables: *age 0-14, female, only child*.

The first couple of words is **private – public**. Private means belonging to one individual or to an inner circle, separated from what belongs to everybody and is therefore for public use. Is disability a private matter? Does it concern that specific individual or family? Or is it public and does it concern everybody? The cluster starts off with this crucial question.

The next dense word is **therapy**: employing means and methods in order to fight illness; measures adopted to repair negative situations, especially when regarding the community. As an illness that causes inability in effectively fulfilling social roles and forces into therapy, disability concerns everyone. Then come the words **psychomotricity, logopedy, cognitive-behavioral therapy**: a sequence of specialized competences which will be joined hereinafter by physiotherapy and psychotherapy. Also psychology appears in this cluster, among the techniques for treating illness. At the first position within the psychotherapeutic field we have the cognitive-behavioral therapy aimed at treating inappropriate behaviors. The opening question about who has to deal with disability seems solved by the representation of disability as an illness and by the obligation to heal.

The next instance is **law 104**⁴, which highlights the right of people with disability to inclusion. Right to inclusion and obligation to heal lay the foundations for a specific culture of disability based on three terms: rights/duties/medicalization.

Then comes **diagnosis**. According to the clinical examination of the patient, the laboratory and instrumental investigations, a morbid condition is identified. A relationship between a technician who holds criteria and evaluation instruments and a layman which is subjected to examination is shaped.

Then the word **advise** appears: the warning to do or not to do something. Someone depends on someone else's knowledge. The medicalized relationship demands for the acceptance of the prescription, the suspension of subjectivity and of the power to define the problem on the patient's side.

Then comes the word **economic**: the economic and emotional costs of that relational dependency starts to merge.

The following terms are **physiotherapy**, again a kind of therapy; **healthcare**, the prevailing context, the mark of everything is arising within this cluster.

Then comes **wait**: turning one's mind and spirit to someone who is expected to come or to something which is expected to happen. The family depends on the expert and wait: an advice, a diagnosis, a therapy.

The last sequence of words is formed by **rehabilitation** and **right**, both reaffirm the experience of right and therapy; finally we have the word **absence**: absent means what is not there where it is supposed to be, what is missing. An absence responds to the wait. The expectation of rehabilitation and right is disappointed. Even more: waiting is lack of relationship.

In summary, the main question founding this cluster is: does disability concern the family or the social context? This conflict seems to be resolved through the right to inclusion and the medicalization of disability,

⁴ "Framework-Law for the assistance, the social integration and the rights of the handicapped people". Approved by the Italian parliament and published in February 17th, 1992; the law was later revised several times, its last integrations dating from March 2000 (Law n. 53) and March 2001 (Decree Law n. 151). For the first time in the Italian legislative system this law established an organic set of rules, principles and orientations concerning disability in every sphere of social life: prevention and rehabilitation, access to different levels of education and training, work, mobility, access to tourism, sport and leisure facilities, access to information and communication media, family support, personal assistance services, residential facilities. Law 104 promoted a new social representation of disability, by adopting the WHO's definition of handicap (1980) centered on the person and his/her relationship with the social context, rather than on just type and severity of the deficit, and by affirming the commitment for full respect of human dignity, greatest autonomy and participation, functional and social rehabilitation, fighting against social exclusion.

i. e. the obligation to treat it. Therefore it seems possible for disability to become a public, non-private matter just through a process based on a system of obligation.

The relationship is characterized by the expectation of inclusion and therapy: right mobilizes on the one hand, specialized knowledge and competencies generate dependency on the other. The cluster ends with an absence, a lack: of relationship, rehabilitation and right.

On the first factor the opposition between cluster 1 and cluster 3 more distinctly shows the limits of right to inclusion and medicalization: as the children with disability grows up, they and their family remain alone with their problem. Cluster 3 is characterized by the illustrative variable *age from 0 to 14*, while cluster 1 correlates with *age over 14*. Rights, obligation to heal, medicalization do not respond to the question with which cluster 3 starts off: that is the need for competence in dealing with and fostering coexistence with disability, rather than just obligation to include and treat the individual with a disability. Other significant illustrative variables are *female* and *only child*. In this cluster there is a strong commitment to rights and therapy, even though that is an experience that forewarns a disappointment. Perhaps a male child with a disability, less immediately evokes the hope to find a context of social coexistence able to accept him, being male a gender from which more autonomy is expected. Regarding the only child, we could relate it to the great commitment experienced by family, not only in terms of expenses.

Cluster 4

Cluster 4 is located on the positive polarity of the second factor (no other cluster on the opposite polarity). Illustrative variable: *father*.

The first words are **teacher** and **support**⁵. Teaching, in Italian *insegnare*, from the Latin *in – signare*: impressing a sign on a white paper, a seal on a soft surface; *insegnare* means also to indicate, to point out. One defines and shapes what is shapeless. The communication is one-way. Support: to hold up, to bear, to protect, to sustain, to feed. Someone weak and undefined has to be directed, hold up, borne. Then comes the word **school**, the place of teaching and support; in many cases the only context where a person with a disability can find social relations different from family. Follows the word **maestra**⁶, primary school or kindergarten teacher; in Italy that role is mostly held by women.

Then comes **involve**, engage, interest, let someone share in something: integration comes through motivation. At the same time, to involve means also to drag someone in a responsibility or a damage: the special education teacher can be assimilated to the student with a disability and marginalized with him.

Then comes **integrate**, a word with two meanings: including someone at risk of exclusion, giving recognition to diversities within a situation of social coexistence. In the first case the unknown is brought back to what is known (what is shapeless is shaped, who is weak is sustained), in the second instance diversity can be recognized in its peculiarity. The relationship seems to be characterized by a critical balance between motivating and damaging, making equal what is different and recognizing diversity.

The next word is **normal**: following the norm, the square to measure right angles, conforming to the norm, usual. Then comes **class**, group of individuals sharing a common and specific set of behaviors if compared to other groups; elementary unit of a school. The class highlights the expectation for uniformity, internal homogeneity and difference hierarchically ranked in relation to other classes. The assimilation of the unknown to what is known prevails.

The next word is **cooperate**, working, employing physical and mental resources together: the relationship is of cooperation, it does not demands for adaptation to a model. The normalizing relationship opens up to the exchange. Then comes **pool**: reeducation through physical activity; the term evokes also the holy healing waters of the ancient times.

The final words are **admission, sharing, sensibility, maternal, working, gentle**.

In summary. The main feature of cluster 4 is school, family is in the background.

We could speak of a self-centered school if the diversity was just brought back to the educational standard, but normalization seems to coexist with a captivating and risky involvement. The conflict between

⁵ In Italian the expression “*insegnante di sostegno*” is used, which is literally translatable as “support teacher”, meaning a teacher specialized in working with students with a physical or intellectual disability, who helps the main teacher. We could consider this figure somehow equivalent to what in English is usually referred to as special education teacher.

⁶ In Italian.

normalization and exchange has always been present within school; disability is an incentive to develop and a resource for school as it brings attention back to the problem of development. However a maternal and gentle care tries to resolve the conflict by means of the dedication to the person with a disability, more than reflecting on the questions raised by disability.

The maternal culture of cluster 1 comes back, but cluster 4 is linked to the illustrative variable *father*: this is a multifaceted cluster. We want to remind the first factor: it was characterized by the opposition between obligation to treat on the one hand and family's isolation on the other one. The second factor highlights that social context which is compelled by law to foster inclusion: school. By looking at the factorial space as a whole, we notice that school – second factor – does not tackle the problem of isolation – first factor – according to the interviewees' experience. However cluster 4 reveals interesting resources in the lively dynamics between conforming and understanding, normalization and involvement. School remains a field which is worth the investment. It is useful to remind here that in the Italian school system there are psychologists assigned to deal with disability, however they are not mentioned in the cluster. Our hypothesis is that an image of psychology as a profession able to deal with the conflict dynamics showed in the cluster - which requires a competence to intervene on the relationships, rather than on rehabilitation or diagnosis specializations - has not been established enough.

Cluster 2

Cluster 2 is located on the positive polarity of the third factor (no other cluster on the opposite polarity). Illustrative variables are: *big city* and *age 6-14*.

The first couple of words is **crisis – operation**. Crisis: a sudden modification, negative or positive, in a state, for example in the course of an illness; a peak or a sudden onset of aggressive short-lasting morbid conditions; short and aggressive onset of an emotional state; intense disruption in someone's life. Operate: effort, competence devoted to a task, to be effective.

The next words are **epilepsy** and **resolve**. Epilepsy, from Greek *πιληψία*, being caught, stricken; sudden onset and end of various psychophysical manifestations even profoundly aggressive. Resolve: to clarify a complicated thing; to make a decision; progress towards healing. Then comes **check**, in Italian *accertamento*, from Latin *cernere*: to separate, to chose; to verify the existence, the nature, the quality of people and things. All the opening five words of the cluster reaffirm the sudden and critical onset of something and the need for rapid intervention in order to verify, to resolve.

Then comes **joke**. To do something showing the wish to have fun and not to give words and things their usual sense and weight. The experience evoked by the first five words of the cluster is reaching a turning point: crisis turns into joke. Joke appears as something unbelievable, something unreal. The following words are **husband** and **friends**, someone who loves and is beloved: during the crisis, up against the confusion, one calls his/her closest relationships, looks for solidarity among the loved ones. The subject of the crisis is the wife and the mother, the protagonist in cluster 1.

Then comes the word **drug**: poison, medication; substance inducing useful or dangerous body modifications. Generally a remedy. The crisis solution is sought among the loved ones and in a dangerous but healing drug.

Then we meet the word **realize**: giving recognition to something already known, but not immediately recognized; it is not a joke, one becomes aware of the crisis, realizes its meaning.

The last **instances are hospital, medical record, electroencephalogram, medical doctors, bed, be sick, illness**. Crisis finds its own place in the medical setting par excellence: the hospital.

In summary: through cluster 2, the third factor gives expression to the experience of crisis, of the effort to realize what is happening, of the unthinkability⁷; closest relationships are the first ones entrusted with the crisis, then comes the most institutional healthcare procedure: the hospital. Although psychology could take charge of making the crisis experience thinkable, it is absent.

⁷ In terms of the model of the Analysis of the Demand, here adopted, the emotional dynamic by which people symbolize the context that they share, the experience in which they are taking part can follow two opposite pathways: it can be reified, in which case we have what we describe as emotional reification when the emotions experienced in a relationship are acted, transformed into outer facts; or it can be felt, recognized by thinking and so assumed as resource. The specificity of the clinical psychologist's methodology consists of thinking, with the client, of the emotions experienced in their relationship and using them to construct hypotheses for the development of the client.

Conclusions

The aim of this research study was to identify the emotional expectations of 20 families with a school-aged child with a disability, regarding the role of healthcare, social and educational services.

The first factor shows an opposition between obligation to treat which is assigned to specialized competences on the one hand and hopeless isolation of disability inside family on the other. Treatment correlates with people with disability aged 0 to 14, while isolation correlates with people over 14. Psychology is present among the aforementioned specialized competences.

In the second factor, through only one cluster, school comes under the spotlight with the following features: it is compelled to include; it does not tackle the problem of isolation pointed out by cluster 1. Nonetheless this cluster reveals interesting resources in the lively dynamics between conforming and understanding, normalization and involvement. Psychology is absent from the repertoire.

On the third factor, there is only one cluster that expresses the experience of crisis, of disability as a dramatic event whose meaning is hard to trace. The first aid seems to be sought in affective relationships; later on the experience of crisis finds a prevailing response in medicalization. Again psychology is absent from the repertoire. Psychology is assimilated to medical professions specialized in rehabilitation and therapy. There is no expectation that psychology's aim might be fostering social coexistence: for example within school or in the relationship between family and services.

By looking at the factorial space in the light of the contexts here mentioned, we can see one cluster centered on school, one on hospital, one on rehabilitation techniques, one on family, the latter being isolated. The keystone of the factorial space is not the problem of disability, but the different cultures of the various services in question, all of them asking family to adjust and leaving it alone in the end. According to our data, the "pathologic" response of families is linked to their isolation: the problem is the competence in coexisting within the social system. Medicalization of disability dominates over the entirety of the contexts, school included. Notably the latter does not respond to the demand for integration in people with disabilities. Integration remains an uncovered area of intervention. It is evoked as a duty or as a value rather than as a competence that has to be developed. Psychology itself seems medicalized and missing as intervention aimed at the integration of disability.

Prospects of development

To invest, in terms of research and intervention, in integrative competencies, which shall be based on the understanding of disability-related problems and should support those competences specialized in diagnosis-therapy-rehabilitation.

References

- Assemblea generale delle Nazioni Unite (2007). *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* [Convention on rights of people with disabilities]. Roma: Comitato Italiano per l'UNICEF.
- Biklen, D.P. (1985). Mainstreaming: from Complicance to Quality. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 58-61.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional text analysis: A tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- CNEL (2009). *Osservazioni e proposte. Integrazione scolastica degli alunni con disabilità* [Notes and proposals. School integration of students with disabilities]. Retrieved from <http://www.portalecnel.it>
- Goffman, E. (1983). *Stigma: L'identità negata* [Stigma] (R. Giammanco, Trans.). Milano: Giuffrè (Original work published 1963).

- Ianes, D. (1991). Il sostegno alla famiglia con handicap nell'ottica della community care. In F. Folgheraiter & P. Donati (Eds.), *Community care: Teoria e pratica del lavoro sociale di rete* [Community care: Theory and practice of social networking] (pp. 145-218). Trento: Erickson.
- ISTAT (2012). *Inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'autonomia personale - Anno 2011. Statistiche Report* [Social inclusion of people with limited personal autonomy – 2011 year. Statistics Report]. Retrieved from <http://www.istat.it>
- Mannoni, M. (1971) *Il bambino ritardato e la madre* [Child with retardation and the mother] (A. Novelletto, Trans.). Torino: Boringhieri (Original work published 1964).
- Nehring, W. (2011). Intellectual disability in the family. In M. Craft-Rosenberg, & S. Pehler (Eds.), *Encyclopedia of family health*. (pp. 672-676). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412994071.n224
- Paniccia, R.M. (2012a). La competenza a integrare differenze [The competence to integrate differences]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2012b). Gli assistenti all'autonomia e all'integrazione per la disabilità a scuola: Da ruoli confusi a funzioni chiare [Assistants autonomy and integration for disability at school: From confused roles to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica, 2*, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Pomeroy, S.B. (1978). *Donne in Atene e a Roma* [Goddesses, Whores, Wives, and Slaves: Women in Classical Antiquity] (L. Comoglio, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Schianchi, M. (2012). *Storia della disabilità: Dal castigo degli dei alla crisi del welfare* [History of disability: From god's punishment to crisis of welfare]. Roma: Carocci.
- Schonell, F.J., & Watts, B.H. (1957). A first survey of the effects of a subnormal child on the family unit. *American Journal of Mental Deficiency, 61*, 210-219.
- Soresi, S., & Nota, L. (2003). Le famiglie delle persone con disabilità. In F. Moderato e P. Moderato (Eds.), *Progetti di intervento psicologico* [Psychological intervention projects] (pp. 691-706). Milano: McGraw-Hill.
- Vianello, R. (2001). *La famiglia del minore in situazione di handicap: Una risorsa da potenziare* [Family of minors with handicap: A resource to be developed]. Retrieved from <http://www.erikson.it>
- Zanobini, M., Manetti, M., & Usai, M.C. (2002). *La famiglia di fronte alla disabilità: Stress, risorse e sostegni* [Family facing disability: Stress, resources and aids]. Trento: Erickson.
- Zola, I.K. (1993). *Self, Identity and Naming Question: Reflections on the Language of Disability*. Palo Alto: Health Markets Research.
- WHO (2010). *International classification of functioning, disability and health*. Geneve: WHO.

Famiglie con un figlio disabile: La domanda nei confronti dei servizi e della psicologia

Rosa Maria Paniccia^{*}, Fiammetta Giovagnoli^{}, Fiorella Bucci^{***}, Andrea Caputo^{****}**

Abstract

A 20 famiglie con un figlio disabile in età scolare del Centro Sud Italia è stato chiesto cosa pensano dei servizi ai quali si sono rivolte; le interviste sono state sottoposte ad Analisi Emozionale del Test. I risultati dicono che le famiglie si sentono fortemente dipendenti dai servizi, sia pubblici che privati, che vivono come autocentrati intorno a una tecnicità sanitaria incapace di accompagnarle verso un futuro ove cure e riabilitazione non sono più sufficienti. Al tempo stesso la professione vissuta come più presente è quella medica, che attraversa tutti i servizi, sia sanitari che scolastici, predomina in essi ed è l'unica che entra in famiglia quando questa in fine si ritrova da sola con il problema irrisolto e disperante del futuro del disabile. La scuola è l'unico servizio non sanitario presente nei dati, ed è il solo con finalità di socializzazione, ma l'inclusione del disabile in un contesto sociale più ampio di quello della famiglia si conclude con la fine della scuola stessa, che nella percezione delle famiglie si dimostra a sua volta autocentrata e incapace di accompagnare il disabile verso un futuro vivibile. La professione psicologica appare assimilata a quella medica entro tecniche diagnostiche e riabilitative autocentrate, e non aiuta le famiglie a evitare l'isolamento senza futuro. La cultura medica prevale nel vissuto anche grazie alle sue indispensabilità ed efficacia, ma tale prevalenza ci parla anche del sostanziale fallimento dell'integrazione, dimostrato dal vissuto di assenza di futuro e dal destino di isolamento per i disabili e le loro famiglie.

Parole chiave: disabilità; integrazione; famiglia; convivenza; intervento psicologico.

* Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor della Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

*** Università di Gent, Dipartimento di Lingue e Culture, Centro per l'Interazione e la Comunicazione Interculturale (CICI). Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica. Mail: fiorella.bucci@gmail.com

**** Psicologo-Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia della Salute, Dottorando in Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza", Editor della Rivista di Psicologia Clinica. Mail: andrea.caputo@uniroma1.it

Paniccia, R. M., Giovagnoli, F., Bucci, F., & Caputo, A. (2014). Famiglie con un figlio disabile: La domanda nei confronti dei servizi e della psicologia [Families with a child with a disability. The expectations toward services and psychology]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 84-107. doi: 10.14645/RPC.2014.2.514

Gli anni Settanta rappresentano una svolta nella storia della disabilità: la diversità diventa un valore, si colpevolizzano isolamento e trattamenti differenziati fondati sullo stigma. La disabilità – vista soprattutto come infantile – viene riconsegnata alla famiglia. In Italia, con la fine delle classi speciali, anche alla scuola. La ricerca già dalla fine degli anni Cinquanta aveva rivolto l'attenzione alla famiglia, individuando la prevalenza di una risposta patologica alla disabilità dei figli. In parallelo i familiari dei disabili pubblicavano le loro esperienze denunciando la persistenza dello stigma e la mancanza di supporti (Nehring, 2011). A partire dai disabili e dalle famiglie si crea un movimento per un “modello sociale della disabilità”, che ha come bersaglio il modello medico che subordina l'adattamento all'accettazione da parte del disabile del ruolo di malato (Biklen, 1985; Schianchi, 2012; Zola, 1993). Per diversi Autori l'attribuzione alla famiglia di una risposta patologica, che si ritiene essere un pregiudizio persistente negli anni al di là del procedere della ricerca (Zanobini, Manetti, & Usai, 2002), equivale a ritenerla inadeguata; da ciò deriva il rifiuto e il non ascolto della famiglia da parte dagli operatori dei servizi (Ianes, 1991; Vianello, 2001). Disabili e famiglie ritengono che ricerca e servizi non siano sufficientemente attenti ai loro problemi – in Italia si creano loro associazioni con caratteristiche militanti – una parte della letteratura segnala pregiudizi nei confronti delle famiglie, un'altra parte si occupa delle tecniche diagnostiche e riabilitative ignorando il conflitto tra disabili e famiglie da un lato, servizi e tecnici dall'altro.

Dopo il 1990 stress e adattamento diventano i costrutti più usati, specie in ambito anglofono; oggi si parla di resilienza come capacità di “reazione positiva” allo stress provocato dalla disabilità. Tra i fattori favorevoli la resilienza si individua l'informazione vista nell'ottica cognitiva: più si sa sulla disabilità, più decresce lo stigma e di conseguenza l'angoscia nella famiglia. Si nota per altro che la resilienza è favorita dal sistema di credenze della famiglia circa la disabilità; entro l'ottica della psicologia positiva, occorrerebbe sviluppare “a sense of hope, a positive view of the future, and coherence” (Nehring, 2011, p.672). Rimane la questione di come si interviene sulle credenze. Lo stress viene studiato più in base alla diagnosi che ai problemi delle famiglie. Ad esempio, comparando genitori di bambini con sindrome Down o con autismo. Dei padri, sullo sfondo, si rileva che sono i più preoccupati per il futuro (Nehring, 2011); tale questione resta ai margini delle ricerche insieme alla disabilità adulta, che invece è un problema molto avvertito dalle famiglie. In Italia il 92.2% dei giovani disabili (11-34 anni) resta nella famiglia di origine, rispetto al 67.8% del totale della popolazione giovanile. Solo il 16% dei disabili di 15-74 anni lavora, contro il 49.9% del totale della popolazione. Molto influente è il genere: il 72% degli occupati con limitazioni funzionali sono uomini. Inoltre nonostante una legislazione all'avanguardia, la realtà è caratterizzata da esclusione e marginalizzazione (Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT, 2012).

Al contempo nelle recenti indicazioni internazionali sulla disabilità ci si sposta dalla menomazione individuale allo svantaggio sociale come dichiarato nel 2006 dalla Convenzione Europea sui diritti delle persone con disabilità, ratificata in Italia con una legge del 2007 dal Ministero della Solidarietà Sociale (Assemblea generale delle Nazioni Unite, 2007) e dall'attuale Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (WHO, 2010). In tali indicazioni coesistono due modelli di integrazione molto diversi, che non pensati possono confliggere: da un lato il diritto all'inclusione delle categorie sociali a rischio di emarginazione; dall'altro le competenze dedicate a trovare risorse nell'interazione di diversità entro contesti di convivenza. Il CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) definisce l'integrazione “accettare le differenze e ispirare la propria vita e la propria azione ai valori dell'uguaglianza e della solidarietà” (2009, pp. 5-6). Il valore dell'inclusione prevale, proponendo una cultura basata sui diritti, i doveri, la colpa. Essa sostiene il conflitto tra parti – ad esempio tra pubblico e privato, servizi e famiglie – ma non le competenze a integrare differenze. Inoltre la riduzione dell'integrazione all'inclusione non favorisce lo sviluppo di una competenza a intervenire sulla convivenza confrontabile con le consolidate competenze mediche, che rimangono l'ancoraggio più rilevante. Molti casi a rischio di emarginazione sono medicalizzati; prevalgono le competenze sostitutive che intervengono per diagnosticare, curare e riabilitare l'individuo, e scarseggiano quelle integrative che potenzino competenze relazionali. Da questo nasce una domanda di cui si può occupare la psicologia clinica che si occupa di relazioni (Paniccia, 2012a, 2012b). Cresce una letteratura che parla di disabilità come prodotto dell'interazione tra individuo e ambiente (Soresi & Nota, 2003).

Obiettivi della ricerca

La ricerca che presentiamo ha coinvolto 20 famiglie con un figlio disabile. La ricerca, fondata su una metodologia esplorativa, intendeva individuare le attese delle famiglie nei confronti dei servizi sociosanitari e scolastici, pubblici e privati. Inoltre si voleva capire di che tipo fosse la domanda rivolta alla psicologia.

Metodologia

Le interviste aperte

Le famiglie sono state contattate attraverso una cooperativa privata, un centro riabilitativo ospedaliero e conoscenze personali; il criterio per individuarle è stato “famiglie che si sono rivolte a un servizio per la disabilità di un figlio in età scolare”. Dato l'intento esplorativo abbiamo chiesto a un membro della famiglia, quello che si è dichiarato interessato a partecipare, di rispondere a un'intervista aperta, con una sola domanda stimolo. La domanda era caratterizzata dalla parola chiave “servizi”, appositamente non definiti sia nel loro statuto pubblico o privato, che nella loro funzione (di cura, riabilitazione, formazione o altro); si voleva lasciare all'intervistato la possibilità di indicare quali servizi gli venissero alla mente. La domanda era questa: “Quando e per quali motivi vi siete rivolti ai servizi e cosa ne pensate?”. Per tenere l'attenzione sul problema che la disabilità crea nel contesto familiare e non sulla diagnosi, non abbiamo rivolto precise domande su quest'ultima.

Inoltre si voleva individuare in che modo le famiglie si rappresentino la funzione della psicologia. Gli intervistatori si sono presentati come cattedra di psicologia clinica, interessata a conoscere la domanda delle famiglie con un figlio disabile, al fine di migliorare l'offerta formativa della cattedra stessa verso i suoi studenti¹. Questa presentazione ha permesso di inferire dai dati anche le attese delle famiglie nei confronti della psicologia; non abbiamo esplicitato tale obiettivo nella domanda stimolo per tenere l'attenzione delle famiglie sul loro problema più che indirizzarla verso il nostro ruolo.

L'Analisi emozionale del testo

Le interviste sono state registrate, trascritte in un unico corpus e sottoposte ad Analisi Emozionale del Testo (AET). L'AET individua nel corpus testuale le “parole dense”, ovvero parole con alta polisemia emozionale e bassa ambiguità, le clusterizza e le dispone su un piano fattoriale; tale mappatura di parole dense corrisponde alla rappresentazione collusiva che il gruppo degli intervistati ha del tema proposto nella domanda stimolo (Carli & Paniccchia, 2002).

Le variabili illustrative

In Tabella 1 sono mostrate le variabili che caratterizzavano il gruppo di famiglie. Abbiamo utilizzato quali variabili illustrative in associazione ai dati testuali: il *grado di parentela*, *l'età e il sesso del disabile*, se è *figlio unico o ha fratelli* e se il luogo di residenza è un *piccolo o grande centro*.

¹ Il gruppo di ricerca era composto da un docente di psicologia clinica della Facoltà di Medicina e Psicologia di Roma Sapienza, una specialista in psicologia clinica, e sei laureandi: Beniamino Conforti, Sara Ceccacci, Lucia Malberti, Maddalena Mealli, Fabiana Fusco, Viviana Vettorel.

Tabella 1. Variabili del gruppo di famiglie con un figlio disabile (n=20)

Grado di parentela tra intervistati e disabile						
<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Coppia di genitori</i>	<i>Nonna</i>			
13	4	2	1			
Sesso del disabile						
<i>Maschio</i>		<i>Femmina</i>				
14		6				
Età del disabile						
<i>0-5 anni</i>	<i>6-14 anni</i>	<i>Oltre 14 anni</i>				
2	12	6				
Luogo di residenza						
<i>Piccolo centro</i>		<i>Grande centro</i>				
16		4				
Presenza di fratelli/sorelle del disabile						
<i>Figlio unico</i>		<i>Uno o più fratelli/sorelle</i>				
4		16				
Scuola frequentata dal disabile*						
<i>Asilo nido</i>	<i>Scuola materna</i>	<i>Scuola elementare</i>	<i>Scuola media</i>	<i>Scuola superiore</i>	<i>Scuola terminata</i>	
1	1	9	5	3	1	
Regione*						
<i>Toscana</i>		<i>Lazio</i>	<i>Campania</i>	<i>Calabria</i>	<i>Sicilia</i>	
7		8	2	2	1	
Tipologia di disabilità*						
<i>Autismo</i>	<i>Deficit psicomotori e del linguaggio</i>	<i>Sindrome di Down</i>	<i>Lesioni cerebrali infantili</i>	<i>Tetrasomia</i>	<i>Epilessia e ritardi psicomotori</i>	<i>Colonna bifida</i>
6	5	3	3	1	1	1

Nota. Il simbolo * indica le variabili che non sono state utilizzate nelle analisi a causa della loro eccessiva dispersione.

Risultati

In Figura 1 è riportata la rappresentazione grafica della dinamica collusiva rilevata; sotto un profilo statistico si tratta di uno spazio fattoriale con 4 cluster.

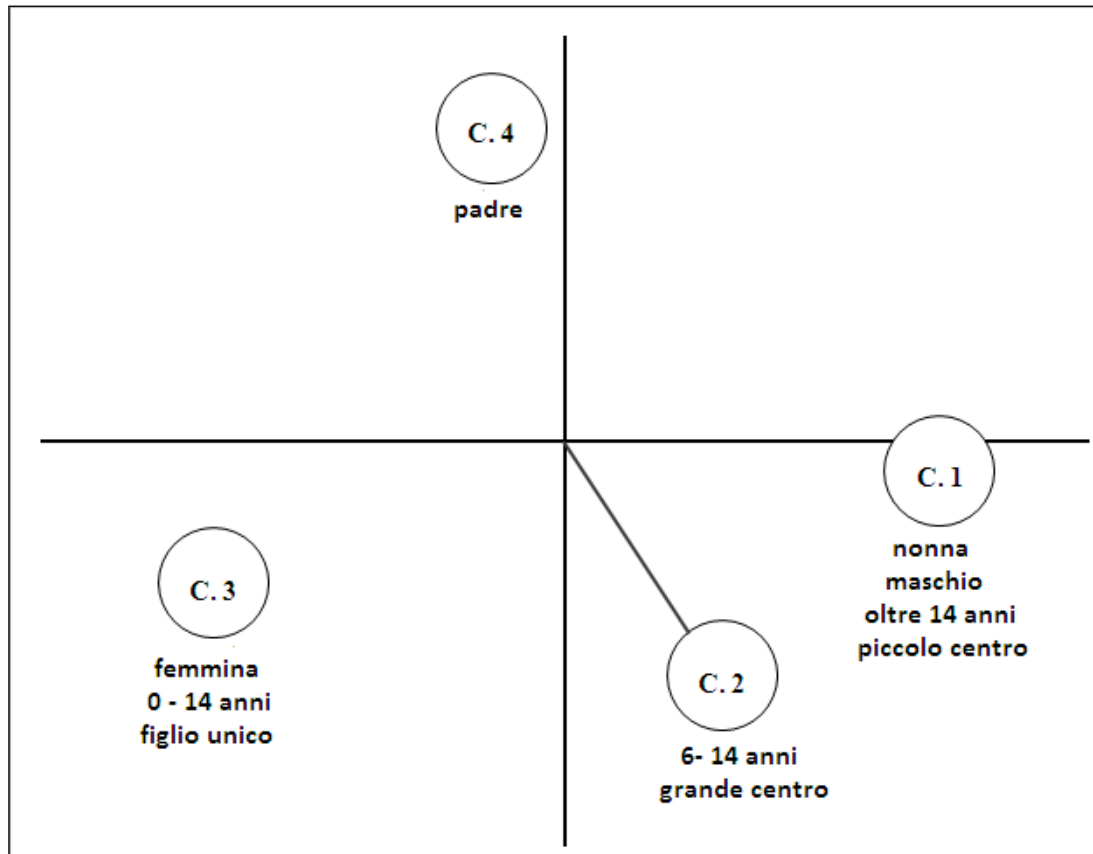


Figura 1. Lo spazio fattoriale

Tabella 2. Rapporto tra cluster e fattori (centroidi dei cluster)

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
C. 1	0.856	- 0.094	- 0.505
C. 2	0.522	- 0.750	1.149
C. 3	- 0.804	- 0.451	- 0.214
C. 4	- 0.169	1.003	0.242

Tabella 3. Rapporto tra cluster e variabili illustrative (Chi-quadro)

Variabili illustrative	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4
<i>Sesso del disabile</i>				
Femmina			44.63	
Maschio	11.15			4.26

<i>Età del disabile</i>			
0 - 5		3.66	18.63
6 - 14		18.59	45.13
Oltre 14	191.69		7.74
<i>Grado di parentela intervistati e disabile</i>			
Madre			6.43
Padre			5.52
Nonna	13.59		23.54
Coppia di genitori	7.79		
<i>Luogo di residenza</i>			
Piccolo centro	21.97		3.46
Grande centro		44.34	2.01
<i>Presenza di fratelli/sorelle del disabile</i>			
Fratelli/sorelle	4.37		4.18
Figlio unico		2.07	9.54

Tabella 4. Cluster di parole dense in ordine di Chi-quadro

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>
39.69 nonna	55.05 crisi	63.57 privato	131.13 insegnante
29.37 mamma	48.23 operazione	62.24 pubblico	126.56 sostegno
27.39 mangiare	43.87 epilessia	62.24 terapia	85.36 scuola
22.49 furbo	26.86 risolvere	44.37 psicomotricità	63.28 maestra
22.49 cattivo	21.88 accertamenti	40.10 logopedia	28.97 coinvolgere
20.88 dottore	21.88 scherzo	38.24 cognitivo-comport.	26.74 integrare
20.60 babbo	21.42 marito	29.79 legge 104	26.74 normale
14.29 piangere	16.61 amici	26.38 diagnosi	26.40 classe
13.06 litigare	15.95 farmaco	26.38 consigliare	19.26 collaborare
13.06 sporco	15.25 rendersi conto	24.89 economico	19.26 piscina
13.06 suocera	12.92 ospedale	24.06 fisioterapia	17.97 inserimento
11.18 cucinare	10.85 cartella clinica	24.06 sanità	16.04 condividere
9.31 vizio	10.85 elettroencefalogramma	23.43 aspettare	16.04 sensibilità
9.31 buttare	9.80 medici	21.98 riabilitazione	14.84 materna
9.31 reclamare	9.32 letto	21.98 diritto	14.15 lavorare
7.95 calmo	9.32 stare male	20.48 assenza	12.82 gentile
7.95 futuro	9.17 malattia		

Cluster 1

Con questo cluster sono in rapporto le variabili illustrative *nonna, maschi, piccolo centro, età del disabile oltre i 14 anni*.

La prima coppia di parole dense co-occorrenti è **nonna** e **mamma**. Si evoca il ruolo genitoriale femminile e la relazione duale più dipendente e fusionale. Al tempo stesso si perpetua il legame materno *ad libitum*, oltre le generazioni. La mancanza di un possibile cambiamento, del futuro si pone al centro del cluster. Poi viene **mangiare**: la sopravvivenza, se non si mangia si muore; il poppante che dipende dalla mamma; mangiare è godimento ma anche appropriarsi impropriamente: mangiarci sopra; è amare avidamente, possessivamente: ti mangerei di baci. Si delinea un legame fondamentale, necessario per sopravvivere, appagante. Ma anche possessivo, e se mettiamo insieme nonna-mamma-mangiare, regressivo, divorante, senza fine; quello di madri con figli eternamente poppanti, senza padri. Segue **furbo**: chi agisce con abile accortezza per il proprio tornaconto, ricorrendo a espedienti. Il legame esclusivo tra madri e figli, già compromesso dalla ripetitività, è insidiato dalla furbizia. Furbo è il nemico mascherato da amico.

Segue **cattivo**, dal latino *captivus*, prigioniero; chi soccombendo perde l'indipendenza e per ciò diventa danneggiato, rabbioso. La relazione fusionale si guasta sempre di più. Segue **dottore**: il medico. La disabilità, come altre situazioni di convivenza in crisi, si rivolge alla medicina. Non è lo specialista di altri cluster; è il medico di famiglia, l'unico estraneo che metta piede in questa relazione fusionale in crisi.

Segue **babbo**; il padre vede indebolire la sua funzione in una famiglia dove si perpetua la relazione duale materna e cede il passo al medico. Come la mamma, è nominato con il linguaggio di un'infanzia eterna: babbo.

Né il dottore né il babbo arginano la crisi della relazione. Seguono **piangere** e **litigare**. I rapporti senza futuro implodono. Segue **sporco**; imbrattato, ma anche spregevole, privo di onestà o virtù.

Poi tornano madri che nutrono: **suocera** e **cucinare**; poi **vizio**, ciò che devia dalla retta via, che ha un difetto. La ripetitività che caratterizza il cluster sfocia in un veloce deteriorarsi delle relazione. Segue **buttare**: allontanare violentemente da sé ciò che è sporco, vizioso, che guasta il nutrimento, deteriora il rapporto. Poi **reclamare**: protestare, lagnarsi con violenza. Poi **calmo**: al piangere, litigare, reclamare per lo sporco, il vizioso, segue la calma che deriva dal buttare, liberarsi violentemente.

Segue **futuro**, ciò che deve avvenire; il tempo dei desideri, dei progetti, del movimento, non della calma. Seguono parole tra cui ricordiamo **gridare, preoccupare, ammazzare**.

In sintesi, il cluster 1 è quello dell'implosione entro la relazione duale materna. Ricordiamo la letteratura psicoanalitica in proposito (Mannoni, 1964/1971), integrandola con categorie di lettura del contesto: fin dall'antichità la funzione attribuita alle donne è di assistere chiunque sia assimilabile a un bambino: i malati, i disabili, i moribondi (Pomeroy, 1975/1978). Consideriamo le variabili illustrative. *Oltre i 14 anni*: si va oltre l'età dello sviluppo infantile, entra in campo l'età adulta trascurata da servizi e letteratura scientifica. *Maschi*: l'impossibilità di separazione è probabilmente più sentita per il disabile maschio; come sembrano anche suggerire i dati ISTAT (2012) sull'influenza di genere. *Nonna*: la netta maggioranza dei familiari che si sono proposti per l'intervista sono madri e una nonna. Sporco e vizio richiamano lo stigma derivante da una colpevole devianza. Ricordiamo la letteratura prodotta dai disabili e dalle famiglie, che insiste sullo stigma e l'isolamento. Notiamo l'isolamento di queste famiglie, ricordando che è segnato da stigma chi ha scarse possibilità di controllare l'informazione per lui discreditante, chi è posto in contesti poco favorevoli alla gestione di un'identità segnata da diversità dalla conformità attesa (Goffman, 1963/1983). Chi non ha potere di definirsi viene classificato, azzerato dentro la classificazione di altri, tutori della conformità. Questo dato va confrontato con gli altri cluster, dove la famiglia è dipendente dall'ospedale, la scuola, le professioni specialistiche. Nel cluster sopravvive il vissuto dello stigma e prevale il conformismo anche nella sua femminilizzazione; ricordiamo che è in rapporto con la variabile illustrativa *piccolo centro*. Notiamo l'assenza della psicologia. Non ci sono competenze che intervengano tranne il medico di famiglia. Sofferamoci su due parole che rimandano a una domanda delle famiglie. Calmo: uno stato di tensione viene risolto. Futuro: a una relazione in stallo viene ridato un futuro, viene rimessa in movimento. Si

delineano due modalità di intervento: risolvere problemi da un lato, intervenire sulle relazioni in rapporto con la disabilità dall'altro.

Cluster 3

Al cluster 1 sul primo fattore si contrappone il 3. Variabili illustrative: *età da 0 a 14 anni, sesso femminile, figlio unico.*

La prima coppia di parole è **privato – pubblico**. Privato è ciò che è proprio di un singolo o di una ristretta cerchia di persone, distinto da ciò che appartiene a tutti e che per questo è pubblico. La disabilità è privata, di quell'individuo, di quella famiglia, o pubblica, propria di tutti? Il cluster esordisce con un interrogativo cruciale.

Segue **terapia**: l'attuazione di mezzi e metodi per combattere le malattie; provvedimenti adottati per porre rimedio a situazioni giudicate negative, soprattutto per la collettività. La disabilità concerne tutti se è una malattia che, rendendo incapaci di assolvere efficacemente i ruoli sociali, obbliga alla terapia. Seguono **psicomotricità, logopedia, terapia cognitivo-comportamentale**: una sequenza di specialismi cui si aggiungeranno, nel proseguimento del cluster, fisioterapia, psicoterapia. Anche la psicologia è in questo cluster, tra le tecniche che trattano la malattia. Al primo posto nel campo psicoterapeutico la terapia cognitivo-comportamentale, finalizzata a correggere comportamenti inadeguati. L'interrogativo su chi debba occuparsi della disabilità sembra risolto dal suo configurarsi come malattia e dall'obbligo della cura.

Segue **legge 104**, che pone l'accento sul diritto all'inclusione del disabile. Diritto all'inclusione e obbligo di curare la disabilità/malattia configurano una cultura della disabilità basata sulla triade diritti/doveri/medicalizzazione.

Segue **diagnosi**. Si riconosce una condizione morbosa in base all'esame clinico del malato, alle ricerche di laboratorio e strumentali. Si configura una relazione tra un tecnico dotato di criteri e strumenti di valutazione e un profano esaminato. Segue **consigliare**, il ponderato avvertimento che si dà a qualcuno di fare o non fare una cosa. Qualcuno dipende dal sapere di un altro. La relazione medicalizzata richiede l'adesione alla prescrizione, sospendendo la soggettività e il potere di definizione del problema da parte del paziente. Segue **economico**: emergono i costi economici ed emotivi di tale dipendenza.

Seguono **fisioterapia**, ancora una terapia; **sanità**, il contesto prevalente, la sigla di tutto ciò che emerge nel cluster 3.

Segue **aspettare**: essere con la mente e con l'animo rivolti a persona che deve arrivare o a cosa che deve accadere. La famiglia dipende da chi sa più di lei e attende: il consiglio, la diagnosi, la terapia. Seguono **riabilitazione e diritto**, che ribadiscono il vissuto del diritto e della cura; quindi c'è la parola **assenza**. Assente è ciò che non è dove dovrebbe essere, che manca. All'attesa risponde l'assenza, la delusione dell'attesa di riabilitazione e diritto. Ancora: l'attesa è assenza della relazione.

In sintesi. Nel cluster 3 è centrale un interrogativo fondamentale: la disabilità concerne la famiglia o il contesto sociale? Il conflitto viene risolto con il diritto all'inclusione e con la medicalizzazione della disabilità e il dovere di curarla. I passaggi che fanno della disabilità un problema pubblico e non privato sono fondati su obblighi. La relazione è caratterizzata dall'attesa dell'inclusione e della cura: mobilitata da un diritto da un lato, messa nella dipendenza dagli specialismi dall'altro. Il cluster si conclude con un'assenza: di relazione, riabilitazione e diritti. Sul primo fattore al cluster 3 si contrappone il cluster 1, dove il diritto all'inclusione e la medicalizzazione rivelano più chiaramente limiti: con il crescere del figlio disabile si resta soli con la disabilità. Nel cluster 3 c'è la variabile illustrativa *da 0 a 14 anni*, nel cluster 1 *oltre i 14 anni*. Diritti, dovere della cura, medicalizzazione non risolvono la questione che il cluster pone in esordio, che ha bisogno di competenza a occuparsi di convivenza con la disabilità e non solo di obblighi di includere e curare il disabile. Altre variabili illustrative sono *sesso femminile e figlio unico*. In questo cluster c'è molto investimento su diritti e cura, anche se con un vissuto che preannuncia la delusione. Forse il figlio disabile di sesso maschile, genere da cui di più ci si attende autonomia, suscita da subito meno speranze di potergli

trovare un contesto di convivenza in grado di accettarlo. Quanto al figlio unico, potremmo metterlo in relazione con il grande investimento vissuto dalla famiglia, non solo in termini di spesa.

Cluster 4

Il cluster 4 si colloca sul polo positivo del secondo fattore (nessun cluster sull'altro polo). Variabile illustrativa: *padre*.

Le prime parole sono **insegnante** – **sostegno**. Insegnare: imprimere un segno su una carta bianca, un sigillo su una superficie morbida; insegna chi indica. Si definisce e modella l'informe. La comunicazione è a una via. Sostegno: sopportare, reggere, proteggere, nutrire. Qualcuno che è debole e indefinito va indirizzato, supportato, sopportato. Segue **scuola**, il luogo dell'insegnamento e del sostegno; in molti casi l'unico in cui il disabile trova una socialità diversa dalla famiglia. Segue **maestra**, chi insegna nelle scuole elementari o materne; in questi ruoli le donne sono più degli uomini.

Segue **coinvolgere**, interessare, rendere partecipe: si integra motivando. Ma coinvolgere è anche trascinare in una responsabilità o in un danno: l'insegnante di sostegno può essere assimilata al disabile e con lui emarginata. Segue **integrare**, parola che ha due significati: includere qualcuno che rischia l'esclusione, riconoscere le differenze entro una situazione di convivenza. Nel primo caso l'ignoto viene ricondotto al noto (l'informe viene modellato, il debole sostenuto), nel secondo ne viene riconosciuta la specificità. La relazione è in equilibrio critico tra motivare e danneggiare, rendere uguale a sé e conoscere la diversità.

Segue **normale**; che segue la norma, la squadra per misurare gli angoli retti; conforme alla norma, consueto. Segue **classe**, raggruppamento d'individui che manifesta comportamenti unitari e specifici rispetto a quelli di altri raggruppamenti; unità elementare di una scuola. La classe sottolinea l'attesa di uniformità, l'omogeneità interna e la differenza gerarchizzata con altre classi. Prevalde l'assimilare l'ignoto al noto. Segue **collaborare**, lavorare, impiegare insieme risorse fisiche o mentali: la relazione è cooperante; non comporta l'adeguamento a un modello. La relazione normalizzante si apre allo scambio. Segue **piscina**: la rieducazione permessa dall'attività fisica; ma si pensa anche alle sacre acque risanatrici dell'antichità. Seguono **inserimento, condividere, sensibilità, materna, lavorare, gentile**.

In sintesi. Il cluster 4 è caratterizzato dalla centralità della scuola, la famiglia è sullo sfondo. Potremmo dire autocentratura della scuola, se la diversità fosse solo riportata alla normalità scolastica. Ma alla normalizzazione si affianca un coinvolgimento implicante e rischioso. Il conflitto tra normalizzazione e scambio è da sempre presente nella scuola; la disabilità è motivo di sviluppo e risorsa per essa quando lo riporta all'attenzione. Ma un prendersi cura gentile e materno tenta di risolvere il conflitto con la dedizione al disabile, più che pensando le questioni poste dalla disabilità. Rientra in campo la cultura materna presente nel cluster 1. Al cluster si associa però la variabile illustrativa *padre*: questo è un cluster articolato, ricco di differenze. Ricordiamo il primo fattore, caratterizzato dall'obbligo di curare la disabilità su un polo, dall'isolamento della famiglia sull'altro. Nel secondo appare il contesto sociale cui la legge impone l'inclusione: la scuola. Se guardiamo il piano fattoriale nel suo complesso, notiamo che la scuola – secondo fattore – non affronta, nel vissuto degli intervistati, il problema dell'isolamento, primo fattore. Tuttavia il cluster propone risorse nella vivace dinamica tra conformismo e conoscenza, normalizzazione e coinvolgimento. La scuola resta un ambito su cui investire. Ricordiamo che nella scuola italiana sono presenti psicologi dedicati alla disabilità, ma non compaiono nel cluster. Non è stata proposta alla famiglia un'immagine di professione psicologica in grado di trattare la dinamica conflittuale presente nel cluster, che richiede competenze a intervenire sulle relazioni più che specialismi riabilitativi e diagnostici.

Cluster 2

Il cluster 2 si colloca sul polo positivo del terzo fattore (nessun cluster sull'altro polo). Le variabili illustrative sono *grande centro* e *anni 6-14*.

La prima coppia di parole è **crisi – operazione**. Crisi: repentina modificazione, in senso favorevole o sfavorevole di uno stato, ad esempio il corso di una malattia; esacerbazione o insorgenza improvvisa di fenomeni morbosi violenti di durata relativamente breve; breve e violento accesso di uno stato emotivo; forte perturbazione nella vita di qualcuno. Operare: impiegare in qualcosa fatica e competenza, avere efficacia. Seguono **epilessia** e **risolvere**. Epilessia da *πιληψία*, essere preso, colpito; insorgenza e cessazione repentina di varie manifestazioni psicofisiche anche molto violente. Risolvere: chiarire una cosa complicata; prendere una decisione; in medicina evolvere verso la guarigione. Segue **accertamenti**, da cernere: separare, scegliere; verificare l'esistenza, la natura, la qualità di persone o cose. Le prime cinque parole del cluster ribadiscono tutte l'insorgenza improvvisa e critica di qualcosa su cui intervenire rapidamente per accertare e risolvere. Segue **scherzo**. Fare qualcosa mostrando di volersi divertire e di non dare alle parole o alle cose il significato e il peso che hanno usualmente; sorpresa sgradita; cosa senza importanza. Il vissuto espresso dalle prime cinque parole del cluster subisce una svolta: la crisi diventa uno scherzo. Sembra uno scherzo qualcosa a cui non si vuol credere, che si vive con un senso di irrealtà.

Seguono **marito, amici**, chi è amato e ama: nella crisi, nello spaesamento, si convocano le relazioni più vicine, si cerca solidarietà negli affetti. Il soggetto della crisi è la moglie, la madre, il cui protagonismo viene ribadito dal cluster 1.

Segue **farmaco**; veleno, medicamento; sostanza capace di produrre in un organismo vivente modificazioni utili o dannose; rimedio in genere. Il rimedio alla crisi è cercato negli affetti e in una medicina pericolosa ma risolutoria.

Segue **rendersi conto**: si riconosce qualcosa che si sa, ma che subito non si era riconosciuta; non è uno scherzo, si riprende il filo della crisi, ci si rende conto.

Seguono **ospedale, cartella clinica, elettroencefalogramma, medici, letto, stare male, malattia**. La crisi trova un contesto nel luogo medico per eccellenza: l'ospedale.

In sintesi: con il cluster 2, terzo fattore, viene espresso il vissuto della crisi, della difficoltà di rendersi conto di ciò che accade, della non pensabilità; la crisi viene affidata al contesto delle relazioni affettivamente più vicine, e subito dopo alle procedure della sanità nella loro forma più istituzionalizzata, l'ospedale. La psicologia, che pure potrebbe incaricarsi della pensabilità della crisi, è assente.

Conclusioni

La ricerca intendeva individuare le attese di 20 famiglie con un figlio disabile in età scolare nei confronti dei servizi sociosanitari e scolastici. Inoltre si voleva capire quale fosse la domanda rivolta alla psicologia.

Sul primo fattore si contrappongono l'obbligo della cura affidata agli specialismi da un lato, l'isolamento disperato della disabilità nella famiglia dall'altro. Alla cura è associata l'età del disabile 0-14 anni, all'isolamento l'età oltre i 14 anni. La psicologia compare tra gli specialismi.

Nel secondo fattore, con un solo cluster, appare la scuola, obbligata all'inclusione, che non interviene sul problema dell'isolamento proposto dal cluster 1. È tuttavia un cluster che propone risorse nella vivace dinamica tra conformismo e conoscenza, normalizzazione e coinvolgimento. La psicologia è assente nel cluster.

Sul terzo fattore, con un solo cluster, si colloca il vissuto della crisi, della disabilità come evento drammatico cui si stenta a dare senso, che in prima battuta è affidato ai rapporti affettivi, ma trova poi un contesto prevalente nella medicalizzazione. La psicologia è assente nel cluster.

La psicologia è assimilata alle professioni mediche di riabilitazione e cura e non ci si attende che intervenga sui contesti di convivenza. Ad esempio entro la scuola, o sulla relazione tra famiglia e servizi.

Se consideriamo il piano fattoriale sotto il profilo dei contesti evocati, vediamo un cluster centrato sulla scuola, uno sull'ospedale, un altro sugli specialismi riabilitativi, uno in cui c'è la famiglia, isolata. L'organizzatore del piano fattoriale non è il problema disabilità, ma le differenti culture dei vari servizi, che propongono alla famiglia di adeguarsi, per lasciarla infine da sola con la disabilità. Stando ai dati, la risposta

“patologica” delle famiglie è connessa al loro isolamento: è un problema di competenza a convivere entro il sistema sociale. La medicalizzazione della disabilità è prevalente in tutti i contesti, inclusa la scuola, che non risponde all’esigenza di integrazione dei disabili, che resta un’area di intervento scoperta. Quanto all’integrazione, è presente più come obbligo e come valore che come competenza a attuarla. La stessa psicologia appare medicalizzata e assente nell’intervento sulla competenza a integrare la disabilità.

Prospettive

Investire, in termini di ricerca e intervento, su competenze integrative, fondate sulla conoscenza dei problemi posti dalla disabilità, che affianchino quelle che si occupano di diagnosi-cura-riabilitazione.

Bibliografia

- Assemblea generale delle Nazioni Unite (2007). *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* [Convention on rights of people with disabilities]. Roma: Comitato Italiano per l’UNICEF.
- Biklen, D.P. (1985). Mainstreaming: from Complicance to Quality. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 58-61.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L’analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Emotional text analysis: A tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- CNEL (2009). *Osservazioni e proposte. Integrazione scolastica degli alunni con disabilità* [Notes and proposals. School integration of students with disabilities]. Retrieved from <http://www.portalecnel.it>
- Goffman, E. (1983). *Stigma: L’identità negata* [Stigma] (R. Giammanco, Trans.). Milano: Giuffrè (Original work published 1963).
- Ianes, D. (1991). Il sostegno alla famiglia con handicap nell’ottica della community care. In F. Folgheraiter & P. Donati (Eds.), *Community care: Teoria e pratica del lavoro sociale di rete* [Community care: Theory and practice of social networking] (pp. 145-218). Trento: Erickson.
- ISTAT (2012). *Inclusione sociale delle persone con limitazioni dell’autonomia personale - Anno 2011. Statistiche Report* [Social inclusion of people with limited personal autonomy – 2011 year. Statistics Report]. Retrieved from <http://www.istat.it>
- Mannoni, M. (1971) *Il bambino ritardato e la madre* [Child with retardation and the mother] (A. Novelletto, Trans.). Torino: Boringhieri (Original work published 1964).
- Nehring, W. (2011). Intellectual disability in the family. In M. Craft-Rosenberg, & S. Pehler (Eds.), *Encyclopedia of family health*. (pp. 672-676). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412994071.n224
- Paniccia, R.M. (2012a). La competenza a integrare differenze [The competence to integrate differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2012b). Gli assistenti all’autonomia e all’integrazione per la disabilità a scuola: Da ruoli confusi a funzioni chiare [Assistants autonomy and integration for disability at school: From confused roles to clear functions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 165-183. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Pomeroy, S.B. (1978). *Donne in Atene e a Roma* [Goddesses, Whores, Wives, and Slaves: Women in Classical Antiquity] (L. Comoglio, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).

- Schianchi, M. (2012). *Storia della disabilità: Dal castigo degli dei alla crisi del welfare* [History of disability: From god's punishment to crisis of welfare]. Roma: Carocci.
- Schonell, F.J., & Watts, B.H. (1957). A first survey of the effects of a subnormal child on the family unit. *American Journal of Mental Deficiency*, *61*, 210-219.
- Soresi, S., & Nota, L. (2003). Le famiglie delle persone con disabilità. In F. Moderato e P. Moderato (Eds.), *Progetti di intervento psicologico* [Psychological intervention projects] (pp. 691-706). Milano: McGraw-Hill.
- Vianello, R. (2001). *La famiglia del minore in situazione di handicap: Una risorsa da potenziare* [Family of minors with handicap: A resource to be developed]. Retrieved from <http://www.erikson.it>
- Zanobini, M., Manetti, M., & Usai, M.C. (2002). *La famiglia di fronte alla disabilità: Stress, risorse e sostegni* [Family facing disability: Stress, resources and aids]. Trento: Erickson.
- Zola, I.K. (1993). *Self, Identity and Naming Question: Reflections on the Language of Disability*. Palo Alto: Health Markets Research.
- WHO (2010). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: WHO.

Regular teachers' representations of school inclusion in Macedonia: a multivariate study

Viviana Langher*, Andrea Caputo*, Maria Elisabetta Ricci*, Goran Ajdinski**

Abstract

This paper aims at exploring regular teachers' cultural models of school inclusion, in terms of shared representations regarding inclusive education and relationships with children with disabilities and special educators within inclusive settings. An ad hoc questionnaire was administered to a convenience sample of 80 Macedonian regular teachers recruited from three schools placed in Skopje. Multivariate statistical techniques were performed in order to detect both some groupings of participants sharing the same response patterns (cluster analysis) and the main factors (multiple correspondence analysis) accounting for the overall variability. Some supplementary variables (age, gender, years of tenure and reference school) were also used to test their association with clusters. Results show four different groupings of regular teachers who respectively express: a vision of inclusion limited to peer social relationships and avoidant attitude towards students with disability (23.7%), a low perceived usefulness of inclusion and substantial disengagement towards it (38.2%), a more realistic conception of inclusion and demand for support provided by special educators (11.8%), a self-referential tendency in managing inclusion without detecting any resource in students with disabilities or within the school context (26.3%). No supplementary variable was significantly associated with detected clusters. Three latent factors were identified which explain the overall variability and deal with regular teachers' view about: school inclusion, children with disabilities and impact of inclusion on the teaching quality. A multidimensional context-oriented approach in studying representations of school inclusion is sustained in order to overcome fixed and universal attitudinal constructs unable to account for cultural variability.

Keywords: regular teachers; representations; school inclusion; multivariate statistical techniques.

* Department of Dynamic and Clinical Psychology, University of Rome "Sapienza", Italy.

** Faculty of Philosophy, Univerzitet Sv. Kiril i Metodij of Skopje, Macedonia.

Langher, V., Caputo, A., Ricci, E., & Ajdinski, G. (2014). Regular teachers' representations of school inclusion in Macedonia: a multivariate study. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 108-121. doi: 10.14645/RPC.2014.2.487

Special schools' advocates (Kauffman & Hallahan, 2005) claim that the learning environment needs to be highly differentiated, with all of the staff concentrated on the individual needs of child, differentiated by kind of deficit. Such a setting would be reasonably achievable only in special schools, because all these demands cannot be met in regular schools. It is questionable whether special schools approach satisfies educational and social needs of children with special education needs (SEN). Full inclusion advocates (Lipsky & Gartner, 1996; Stainback & Stainback, 1996) assert that special education in special school is a model enrooted in the culture of protection, which considers the person with disability as needing tutoring, not a socially active person, and envisages scarce possibility of his/her growth and development in terms of social autonomy, especially for mentally impaired persons. Didactic exercises provided in special schools are seen as routines with no concrete aim, severed from the real stimulations and demands a real environment would provide. In inclusive approach, children with and without disabilities, share the same environment and are in relationship together; sometimes they achieve the same educational aims, sometimes they work together to achieve different academic aims. The inclusive approach, hence, put the school organization and management in a more fluctuant pattern: less routines, more flexibility fulfilling the necessity to accommodate to a very composite set of demands due to the heterogeneity of the individuals participating in the class.

Full inclusion requires active, facilitating teaching strategies to promote development among pupils with SEN, and in absence of such strategies they can experience rejection, loneliness and poor academic results (Gibb, Tunbridge, Chua, & Frederickson, 2007; Margalit & Al-Yagon, 2002; Nota, Ferrari, & Soresi, 2005). Given the complexity of the processes encompassed, the support of a trained teacher is essential in successfully accomplishing this didactic task. Furthermore, teachers' attitude towards school inclusion is considered crucial when it comes to the point to implement inclusive education in schools, whose effectiveness is based, among others, on teachers' skills and motivation to support the inclusive shift.

Regular teachers' attitudes towards inclusive education have been investigated so far (Dukmak, 2013), showing that regular teachers can be unsupportive (Minke, Bear, Deemer, & Griffin, 1996), skeptical, worried about possible negative effects on the ordinary didactics (Florian, 2012), ambivalent towards both inclusive practices and children with disabilities (Zoniou-Sidri & Vlachou, 2006), or favorable (Villa, Thousand, Meyers, & Navin, 1996). Some variables seem to be crucial, such as an appropriate training in special needs, the availability of supporting professionals, the work load, the amount of pupils in the class (Avramidis, Byliss, & Burden, 2000; Opdal, Wormenaes, & Habayeb, 2001; The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2000).

Special education in Macedonia

According to the State Statistical Office of the Republic of Macedonia (2013) in school year 2012-2013, there are forty-four special primary schools in Macedonia. These schools are attended by about 900 students, who represent 0.5% of the whole school population in the referred year. Students with disabilities in regular schools are not reported in the mentioned publication, so it is impossible to calculate the exact incidence of pupils with disabilities in regular schools, apart the official statistic published in 2004 (Republic of Macedonia State Statistical Office, 2004), which counted about 500 students educated in special classes in regular schools. It is possible that this 0.5% (up to 1%) of students with disabilities detected by the State Statistical Office represents an underestimation of pupils with disabilities, considering the European average which is estimated around 5%. It could indicate that a certain amount of children with disabilities do not attend any school, nor special neither regular. The number of secondary special schools is considerably lower than the primary schools: only four for the whole Macedonian territory, attended by less than 300 students.

In Macedonia there is a common and consolidated opinion that inclusion of children with disabilities in mainstream schools depends on the type of disability (Alghazo & Gaad, 2004; Qaraqish, 2008): there are children with disabilities who can fit the regular school system and others that cannot (Zoniou-Sidri & Vlachou, 2006). The latter are considered to be protected in special schools which can assure them the best developmental conditions.

Ajdinski (2004) underlines the necessity for cooperation with families so that they can accept to enroll their children with disabilities in mainstream schools, and to prepare them to share the same environment, the

same class, with children without disabilities. He also concludes that there is no alternative to special schools for children with severe disabilities, hearing and visual severe impairments, or multi-handicaps. The Author (2004) also affirms that on one side there are not sufficient social, cultural, economic supports to include children with disabilities in regular schools; on the other side, special schools can be used as resource centers for research, treatment, rehabilitation, education of children with disabilities; as well as centers to train professional to be employed in work with persons with disabilities.

An intense academic, scientific, political discussion, which went on in the last decade, gave birth to the first law reform towards the systematization of inclusive education. In 2008, the national law n. 103, article 6 (Law on primary education, Official Gazette of the Republic of Macedonia 103/2008) stated the right for the parents of children with disabilities to enroll their children in regular schools, when the conditions permit it. Inclusive education is not mandatory, special schools still exist, but it seems that parents of children with disabilities demand inclusive education more than it used to happen in previous years. On the other side, not each regular school in the territory is ready to enroll children with disabilities, in terms of didactic supports, overcoming of architectural barriers, and, crucially, presence of special educators in the regular schools to support regular teachers. The coexistence of two opposite tendencies (one towards inclusive education, the other one towards the conservation of the status quo, i.e. regular and special education) is still affecting local policies for education, as well as opinions, attitudes, collusive representations, local culture in the schools and other environments. It is quite controversial whether each child with disability can be included in regular schools, or whether it depends on the severity of disability, obviously inclusion to be provided only for slight forms of disability.

In the current context, regular school teachers seem to play a crucial role: the success of inclusive education often depends on them, considering that special teachers are not, currently, mandatorily enrolled in regular schools.

Aim of the study

In order to better understand the function of regular teachers in inclusive processes, based on the relationship between individual and context, it is important to comprehend their cultural models (Carli & Paniccia, 2003), in terms of collusive dynamics, i.e. shared emotional and symbolic components, through which they represent school inclusion. In this perspective, the construct of “collusion” refers to the emotional sharing of affective symbolizations of objects within a context and represents the link between individual models and cultural systems of social coexistence. By social coexistence we mean the symbolic component of human relationships based on shared rules which allows people to exchange and live together. Indeed, cultural models do not specifically deal with common sense, in terms of cognitive evaluations, beliefs or stereotypes; rather they include affective meanings which people attribute to reality or social events, and symbolic processes which regulate interpersonal relationships. In this sense, cultural models shape social representations because affective symbolizations that people experience in daily interaction and communication consent to enhance consensus and stability in representations among individuals participating within the same context. Therefore, this paper aims to explore the cultural models which organize regular teachers’ representations about school inclusion.

Method

Participants

The research study adopts a convenience sample composed of 80 Macedonian regular teachers who completed the questionnaire on a voluntary basis. Participant recruitment was achieved from three schools placed in Skopje. The majority of the participants were female (84.8%), their mean age was 42.10 years (SD = 8.99) and their years of tenure ranged from 1 to 35 (Mean=17.8; SD=8.83).

Materials

In order to investigate regular teachers' attitudes and collusive settings towards inclusion, we set an ad hoc questionnaire exploring some topics concerning inclusive education, possible problems and resources, their subjective experience of inclusive exposure, expectations on relationships with children with disabilities, with special educators, within inclusive settings.

This questionnaire was constructed based on both the local scientific literature, as above reported, and some interviews with stakeholders (academic teachers, regular school managers, school teachers). In detail, these interviews allowed the detection of specific topics to be further explored, which are summarized as follows:

- Inclusive education can be considered as a right both for both parents and children with disability, but with several limitations;
- Good results due to inclusive education would be possible only with children with mild disabilities, but also with children having severe pathologies not affecting their cognitive development (for example deaf children, or blind children);
- Children without disabilities are regarded as a possible resource, meaning that they could show solidarity and prosocial behaviors towards their classmates with disabilities;
- Some critical points are perceived with regard to school inclusion which refer to: the absence of special educators in inclusive schools (who are not mandatory by law); the scarce financial support to schools for inclusive education; the lack of adequate training for regular teachers to teach children with disabilities in inclusive classes; the low approval of parents of students without disabilities about the coexistence of pupils with and without disabilities in the same classes.

The ad hoc questionnaire used in the present study examines a complex set of representational dimensions regarding the topics detected, able to identify the specific cultural and symbolic components of participants in the research. This methodology favors the study of relationship between the participants' responses, through the use of multivariate statistical techniques, in order to formulate hypotheses about the meaning of collusive representations in terms of symbolic and relational processes affecting regular teachers' attitudes towards school inclusion.

The questionnaire is made up of two sections. The first one aims at taking some subjects' defining characteristics. In more detail, four characteristics are categorized and used as supplementary variables because of their potential relevance for the present study: gender, age, years of tenure and school where teachers worked. This last variable is considered only to verify whether the participants' responses are influenced by their reference school thus revealing a potential bias in the study results. The second part of the questionnaire explores the regular teachers' representations about the process of school inclusion, its perceived usefulness and potential problems, with regard to both its implementation in Macedonia and current experiences carried out abroad. It includes a total of 58 items requiring a response on a four-point Likert scale (strongly disagree, disagree, agree, strongly agree) which refer to several aspects concerning regular teachers' representations about: regular and special education, school inclusion, students with disabilities and the role of regular teachers, students without disabilities, special educators and families in the inclusive process.

Data analysis procedures

The SPSS 17.0 package was used for statistical analysis. Distributional properties of the items are inspected to examine the normality of data. The first stage of data analysis is the multiple correspondence analysis (MCA), which is a factor analysis procedure carried out on qualitative variables, on both nominal and ordinal scale, which allows the summarization of the variability of responses by identifying latent factors. The large number of factors taken into account is determined by both the percentage of variance explained by each of them and the work of clinical interpretation (Ercolani, Areni, & Mannetti, 1998). This is followed by cluster analysis (CA): Groups of participants are identified with the character of maximum uniformity among participants themselves and maximum heterogeneity with respect to other groups. Thus, each cluster is characterized by all modes of response that occur in most participants in that cluster. In this regard, SPSS provides the attribute importance charts which inform the interpretation of the cluster (Norusis, 2004), based

on chi-square value that compares the observed distribution of values of a variable within a cluster to the overall distribution of values. Large values of the statistic for a cluster indicate that the distribution of the variable in the cluster differs from the overall distribution. The critical value line that is drawn provides some notion of how dissimilar each cluster is from the average. If the absolute value of the statistic for a cluster is greater than the critical value, the variable is probably important in distinguishing that cluster from the others (statistically significant at 95%). At first we proceeded with the interpretation of each cluster and its association with the specific supplementary variables taken in the research, then with the interpretation of factorial axes from the analysis of the specific positions of clusters within the factorial plane.

Results

The study participants showed the following characteristics assumed as supplementary variables (Table 1). At first, 7 items out of the total of 58 were eliminated because their skewness and kurtosis didn't fall in the range from +2 to -2, indicated by statistical convention for data which are normally distributed. Then MCA was performed on the remaining 51 variables. The first three factors were identified which explained 80% of the total variance (Table 2). This allowed the identification of the dimensions at the base of data structure, namely a reduced number of "latent" dimensions summarizing the interdependence relations of the original variables. According to this solution, the CA has revealed an optimum allocation of four groups. This is a technique that, in relation to factors, allows the segmentation of the sample into clusters including study participants who shared more similar characteristics to each other than to those in other clusters.

Table 1. *Supplementary Variables of the Study Participants (n=80)*

Gender		
<i>Male</i>		<i>Female</i>
15.2%		84.8%
Age class		
≤ 35	<i>36 - 45</i>	> 45
29.1%	35.4%	35.4%
Years of tenure		
≤ 10	<i>11 - 20</i>	> 20
26.3%	32.9%	40.8%
School*		
<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
33.7%	35%	31.3%

* The name of the three schools where teachers worked were anonymized, respectively as school A, B, C.

Table 2. *Variance Accounted for the First Three Factors*

Component	Cronbach's Alpha	Total (Eigenvalue)	Variance Accounted For	
			Inertia	% of Variance
1	0.922	8.489	0.369	36.9
2	0.888	6.622	0.288	28.8
3	0.728	3.297	0.143	14.3
Total		18.408	0.800	80
Mean	.833	6.136	0.267	26.7

Component	Cronbach's Alpha	Total (Eigenvalue)	Variance Accounted For	
			Inertia	% of Variance
1	0.922	8.489	0.369	36.9
2	0.888	6.622	0.288	28.8
3	0.728	3.297	0.143	14.3
Total		18.408	0.800	80
Mean	.833	6.136	0.267	26.7

Note. Mean Cronbach's Alpha is based on the mean Eigenvalue.

In Table 3 the discriminating variables (item description and related response value) which contributed to the formation of each cluster are shown: 12 for cluster 1, 4 for cluster 2, 13 for cluster 3 and 14 for cluster 4.

Table 3. *Variables contributing to the formation of each cluster (item description and related response value)*

Item	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
If school inclusion will be practiced in our Country, its effectiveness will be determined by both special educators and regular teachers	–	–	–	Strongly disagree
As regular teachers we are not well prepared to promote socialization within a class including students with disabilities	Agree	–	Strongly agree	Strongly disagree
School inclusion is an opportunity for students without disabilities to learn living with diversity	Agree	–	Strongly disagree	Strongly agree
School inclusion is possible with every kind of disability	Agree	–	–	Strongly agree
The main problem in the field of school inclusion is that students without disabilities may avoid to interact with their classmates with disabilities	Strongly disagree	–	Disagree	–
In our Country the financial resources for school inclusion are too scarce	Agree	–	Disagree	Strongly agree
Our Country is now ready to promote school inclusion of all students with disabilities	–	–	Strongly agree	–
School inclusion of students with disabilities is a way to improve their quality of life	–	–	Strongly agree	–
Students with disabilities have potentialities which can be developed only by living with students without disabilities	–	Disagree	Strongly agree	Strongly disagree
Students with disabilities have enough social abilities to enjoy in interacting with students without disabilities	Strongly disagree	–	–	–
The regular school can be a stimulating environment both for students with and without disabilities	Disagree	–	–	Strongly agree
Special educators will have a crucial role for school inclusion effectiveness	–	–	–	Strongly disagree
If school inclusion will be practiced in our Country, family participation in the educational planning for students with disabilities will be useful for school inclusion effectiveness	–	–	Strongly agree	Strongly disagree
The most important aim of school inclusion is the socialization between students with and without disabilities	–	Agree	Strongly disagree	–
The cooperation between regular teachers and special educators in the same class will be very hard	Strongly disagree	–	–	Strongly agree
If I will work hard for school inclusion, I certainly will overcome the challenges regarding school inclusion	–	Disagree	Strongly disagree	–

The experiences of school inclusion carried out abroad are useful only for those Countries, not for ours: the situation here is too different	Agree	–	–	–
I would like to improve my knowledge about the educational systems abroad for students with disabilities, especially visiting institutions and schools	Disagree	–	–	Strongly agree
If school inclusion will be practiced in our Country, the collaboration between regular and special teachers will be necessary	–	–	–	Strongly agree
If school inclusion will be practiced in our Country, the teaching quality will be worse	Agree	Disagree	Strongly agree	–
Only one special educator per school will be enough	–	–	Strongly disagree	Strongly agree
Working in an inclusive school would make me feel insecure	Agree	–	Strongly agree	Strongly disagree

With regard to the association between clusters and supplementary variables, no significant correlation was detected. The clusters detected are interpreted based on the discriminating variables characterizing them, as follows.

Cluster 1

This cluster comprises 23.7% of the study participants. Regular teachers' general view of school inclusion is quite pessimistic: they think that the regular school can't be a stimulating environment for children with disabilities, as well as for children without disabilities, and that if school inclusion was practiced the quality of teaching would get worse. School inclusion is thus represented as problematic and quite disturbing the ordinary teaching-learning process in regular classes. Indeed, they perceive the impracticality of school inclusion in their own country, also because of the lack of financial resources and the specific difficulties of their reference context compared to other countries. In addition, they don't feel as well prepared for promoting socialization among students and have no demand for improving their own knowledge about other educational systems practicing school inclusion. In this sense, they tend to perceive school inclusion as something they don't succeed in managing and which may threaten their sense of professional security. However, school inclusion is regarded as opportunity for students without disabilities to learn living with diversity because they are open to helpfully interact with their classmates with disabilities, despite the latter are considered as mostly unable to enjoy in the social interactions with them. According to this framework, the regular teachers' thought about both the potentialities of school inclusion with every kind of disability and their proneness to collaborate with special educators in the same class has to be interpreted cautiously. It is possible that regular teachers tend to delegate the problem of school inclusion to special educators or to students without disabilities, because they are perceived as more able to socially interact with children with disabilities.

Cluster 2

This cluster comprises 38.2% of the study participants. Despite regular teachers consider the socialization between students with and without disabilities as the main aim of school inclusion, they don't see any concrete usefulness or advantage deriving from their coexistence in the same class. Indeed, students with disabilities are perceived as not having potentialities which can be developed by social interactions with their classmates. In this sense, school inclusion seems to relate only to an idealistic conception which can't be actually carried out and is viewed as quite ineffective, thus suggesting a deep distance between theory and practice. In this regard, regular teachers feel as scarcely involved and interested in working for school inclusion, because their potential efforts are not considered relevant for changing the critical problems related to it. However, if school inclusion was practiced in the country it would not affect the quality of

teaching, probably because school inclusion is considered as a useless matter regular teachers have not to take care of, thus revealing their substantial disengagement.

Cluster 3

This cluster includes only 11.8% of the study participants. Regular teachers tend to recognize the importance of school inclusion for improving the quality of life of students with disabilities. They think that financial resources for school inclusion are enough and that their country is ready to promote school inclusion of all students with disabilities, thus suggesting their optimistic view about the usefulness and practicality of inclusive processes. However, as regular teachers they don't consider themselves as well prepared to promote socialization within a class including students with disabilities. Indeed, working in an inclusive school would make them feel insecure because they perceive themselves as helplessness and unable to overcome the challenges regarding school inclusion alone. This, in turn, may negatively affect the quality of teaching. In this sense, they attribute a significant role to the contribution of special educators and family participation in the educational planning for students with disabilities. They think that students without disability can easily interact with their classmates with disabilities and that the latter have potentialities which can be developed only by living with them. However, school inclusion is not mainly viewed by regular teachers as aimed at promoting socialization among students or as opportunity for students without disabilities to learn living with diversity. This could suggest a slightly radical vision of school inclusion according to which regular teachers tend to feel greater responsible and concerned for their educational function. In other words, they may realize the need for other resources (i.e. special educators, families) which could sustain them in the inclusive process, thus showing a realistic conception of school inclusion which is not limited to peer relationships and exchanges.

Cluster 4

This cluster includes 26.3% of the study participants. Despite financial resources for school inclusion in the country are considered as too scarce, the regular school is seen as a stimulating environment both for children with and without disabilities and school inclusion is conceived as possible with every kind of disability. Regular teachers are interested in improving their knowledge about the educational systems abroad for students with disabilities, especially visiting institutions and schools. In addition, they perceive themselves as well prepared to promote socialization within a class including students with disabilities and as perfectly self-confident for working in an inclusive school. However, while school inclusion is considered as opportunity for students without disabilities to learn living with diversity, students with disabilities are perceived as unable to develop their potentialities by social interactions with their classmates. In addition, despite regular teachers recognize the cooperation with special educators as necessary, they think that it is difficult to achieve. Indeed, the coexistence of two different professional roles in the same class is regarded as quite problematic: regular teachers think they can do without special educators, regarded as not having a crucial role for school inclusion effectiveness. In this regard, family participation in the educational planning for students with disabilities is seen as useless too. In other words, regular teachers tend to show a self-referential and all-powerful tendency in managing the inclusive process, detecting no resources in students with disabilities or within the school context.

Factors

Below, Figure 1 shows the distribution of clusters within the factorial space, represented graphically on a two-dimensional plane defined by the first two factors and, with respect to which, the third factor is "virtually" perpendicular. Student's t-test (Bonferroni adjustment applied) is used to indicate the specific relationship between clusters and factors, respectively on the positive and negative factorial poles (Table 4).

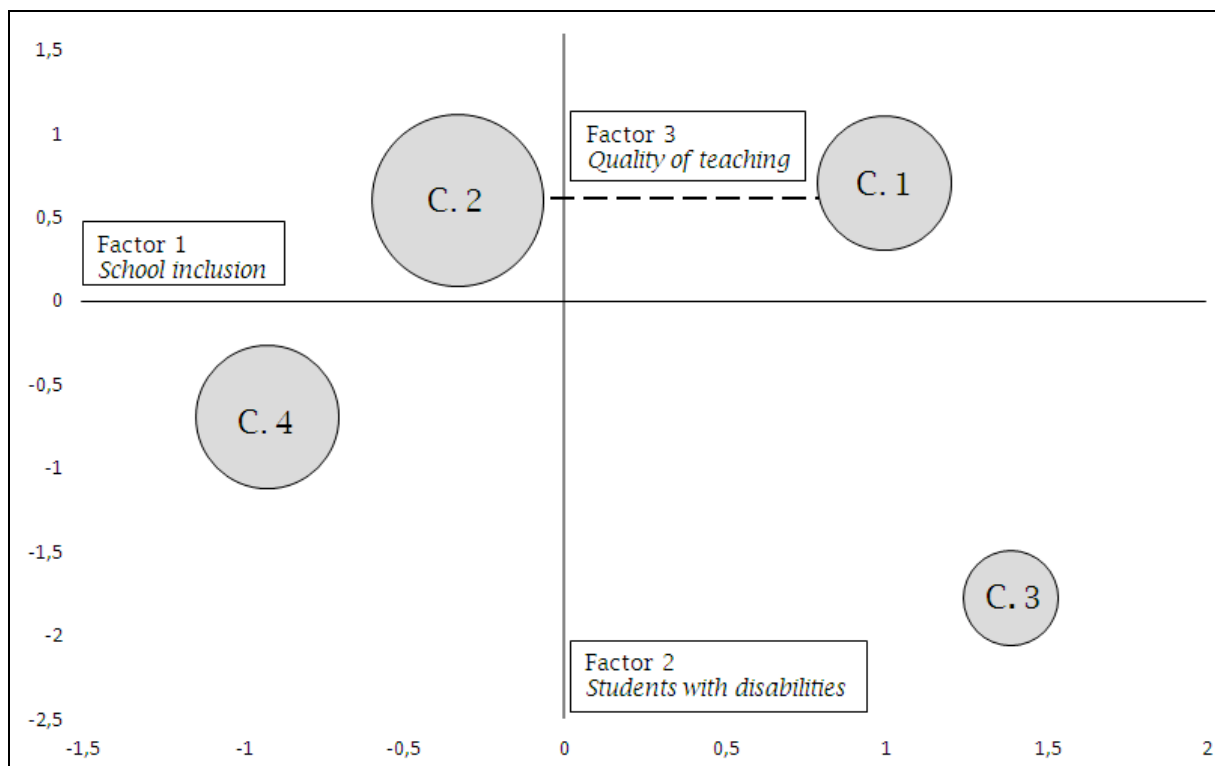


Figure 1. *The clusters within the factorial space*

Table 4. *Relationship between clusters and factors (Student's t-test - Bonferroni adjustment applied)*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Cluster 1	9.37	5.67	-3
Cluster 2	-4.17	8.14	4.72
Cluster 3	8.18	-6.33	-
Cluster 4	-6.41	-7.80	-

Note. Only associations which are statistically significant at 95% are reported.

The first factor accounts for 36.9% of the total variance and is characterized by clusters 1 and 3 on the positive pole and clusters 2 and 4 on the negative one. It refers to a different vision of regular teachers about the *potential implementation of school inclusion in their professional context*: on the one hand, regular teachers seem to propose greater exploration of school inclusion as a complex process which requires some resources, changes, solutions; on the other hand, they seem to ignore the potential problems that school inclusion may lead in their usual professional experience. *Exploring and ignoring thus represent two different strategies for favoring the adaptation of the inclusive education to the local school context*. Indeed, on the positive pole, both cluster 1 and 3 highlight some difficulties concerning the practicality of school inclusion with specific regard to some aspects of regular teachers' perception: the lack of preparation for promoting socialization within a class including students with disabilities, their sense of inadequacy in working in an inclusive school and the consequent potential negative impact of this process on the quality of usual teaching. In other words, regular teachers recognize that school inclusion is a challenge which can't be taken as granted but requires some necessary adaptations: in cluster 1 they tend to detect resources for inclusive processes in students who can provide their classmates with disabilities with social interactions; in

cluster 3, instead, they look for greater support of special educators and families for the educational planning for students with disabilities. On the contrary, on the negative pole, school inclusion seems to be scarcely explored with regard to its potential development in regular school and is mostly dealt with as a taken for granted issue. In this regard, we can highlight two different conceptions proposed by regular teachers: in cluster 2 they consider school inclusion as a useless matter they have not to take care of, while in cluster 4 they tend to show a self-referential tendency in managing the inclusive process. Despite these positions are opposite, both regular teachers' disengagement and omnipotence can be viewed as related to the same ignoring dynamic, because they express the difficulty of confronting oneself with the complexity of disability and inclusion. In both situations, regular teachers are not able to detect some human or organizational resources which can be activated in the school context. School inclusion does not seem to require any change: it is not their concern or it depends exclusively on them.

The second factor accounts for 28.8% of the total variance and is associated with clusters 1 and 2 on the positive pole and with clusters 3 and 4 on the negative one. This factor seems to relate to regular teachers' two opposite *representations regarding students with disabilities*: on the one hand, students with disabilities are perceived as mostly problematic and disturbing thus contributing to teachers' neglecting attitude towards them; on the other hand, they are seen as damaged and well-cared-for thus leading to greater attention and solicitousness. In this sense, *neglect and solicitousness represent two specific relational dynamics enacted by regular teachers, which may differently affect inclusive processes*. Indeed, on the positive pole, both cluster 1 and 2 show regular teachers' general tendency to conceive the regular school as an environment which is not able to adequately stimulate both children with and without disabilities, mostly expressing the substantial useless and impracticality of school inclusion. In more detail, cluster 1 highlights a pessimistic attitude toward inclusive education which is perceived as too complex to manage, thus leading to delegate the problem of socially including students with disabilities to peer relationships. In cluster 2, instead, the relevance of school inclusion is affirmed only in principle, however students with disabilities are not perceived by regular teachers as their concern and are quite ignored in the teaching-learning process. In this sense, both avoidance and dismissing can be seen as complementary attitudes which pertain to the same devaluing symbolization of students with disabilities in terms of individuals which can represent a potential problem or a danger to reject. On the contrary, on the positive pole, clusters 3 and 4 show a representation of students with disabilities as needing for care and a consequent relational dynamic oriented to solicitously take on responsibility of them. In cluster 3, regular teachers tend to worry about and feel greater responsible for their educational function and look at students with disabilities as individuals whose quality of life can be improved and who can be included by means of a shared educational planning. In cluster 4 regular teachers reveal a total inclination to deal with students with disabilities, despite it seems to be mostly based on omnipotent care for disability and on their excessively self-referential function in inclusive education. Despite these differences, both clusters suggest the conception of disability as a weakness to take care of and protect (cluster 3) or on which to prove their powerful professional skills (cluster 4). Independently from the specific potentialities and social abilities attributed to students with disabilities, this conception leads to benevolence, involving and openness towards them.

Then, the third factor accounts for 14.3% of variance and is associated with clusters 1 and 2, respectively on the negative and the positive pole. This factor relates to *different conceptions of inclusive education and its impact on the quality of teaching*. As above mentioned, both these clusters suggest a relational dynamics concerning teachers' neglecting attitude towards students with disabilities: avoidance (cluster 1) and dismissing (cluster 2). However, avoidance is regarded as defensive effort to delegate to others the problems of disability and inclusive education, while dismissing refers to a general indifference towards inclusive education which is not perceived as a task which has to be accomplished by regular teachers. Consistently with this, in cluster 1 regular teachers show greater concern about the negative consequences that including students with disabilities in class may have for their classmates' learning; instead, in cluster 2 the issue of school inclusion is quite ignored and no change is thus foreseen with regard to the quality of teaching. In other words, *two different strategies related to inclusive education can be detected: accommodation and assimilation as ways to include diversity in teaching-learning process*. On the one hand, inclusive education is perceived as a challenge because it requires a necessary accommodation of usual teaching for matching the needs of all students; on the other hand, inclusive education is not differentiated from regular education but is assimilated to ordinary teaching, probably because socialization is considered as the only possible aim of school inclusion.

Discussion

This study seems to confirm that regular teachers' attitudes towards school inclusion show several configurations and can't be taken as a whole. Indeed, different patterns emerge which range from exclusion or avoidance to control or taking responsibility with regard to the implementation of inclusive process. This result is thus consistent with the idea that regular teachers hold a number of restrictive as well as conflicting beliefs towards disability and educational inclusion (Dukmak, 2013). On the one hand, regular teachers think that inclusion can reduce marginalization and stigmatization of students with disabilities but, on the other hand, they tend to conceive segregation of students with disabilities as a means to provide a secure and protective shelter to them (Zoniou-Sidri & Vlachou, 2006). Despite teachers are more and more positive or optimistic about inclusion of students with disabilities (Avramidis et al., 2000), some resistances to include children with special needs in regular classes are detected in the present study. For instance, as suggested by previous studies, regular teachers believe that inclusion interferes with the effective education of other students (Florian, 2012) or feel scarcely confident, confused and worried about the actual implementation of inclusion (Avramidis et al., 2000; Bradshaw & Mundia, 2006). This is mainly due to their concern with the lack of adequate teacher preparation and administrative support and the uncertainty of academic and social gains through adopting inclusive education (Whitaker, 2004). In this sense, many teachers do not fully agree and believe that inclusion works. According to UNESCO survey (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 1985), teachers who favor the education of all children in ordinary classes were from the countries have laws requiring this (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2000). This could be particularly true for Macedonia because of its recent and complex history of inclusive education.

With regard to factors influencing attitudes of regular teachers towards inclusion, the study results are quite similar to what was highlighted by Avramidis and Norwich (2002) who summarized three groups of variables: teacher-related, child-related and educational environment-related variables. Indeed, our study confirms that the main emerging factors, in terms of cultural models, deal with teachers' views about three variables: school inclusion, children with disabilities and impact of inclusion on the teaching quality. However, we have to note that these variables are conceived as independent uncorrelated dimensions (because they refer to orthogonal factors). This suggests the complexity of teachers' attitudes towards inclusion which refer to a multitude of aspects, which can't be simplified. In other words, what regular teachers think about school inclusion doesn't necessarily affects their conceptions of students with disabilities and the expected value of school inclusion in educational terms. In this regard, our findings show that despite teachers agree with the potential implementation of school inclusion in their work context, they may think that inclusion is not something they have to take care of and delegate it to peer relationships. On the contrary, some teachers can be solicitous towards students with disabilities but they may think that these students have no potentialities to develop or have to be controlled in order to preserve regular education with other students. The investigation of the relationship between regular teachers' attitudes towards inclusion and the supplementary variables adopted in the present study found no significant correlations. This is consistent with other studies which revealed that age (Chhabra, Srivastava, & Srivastava, 2010), gender (Chhabra et al., 2010; Cornoldi, Terreni, Scruggs, & Mastropieri, 1998; Peng, 2000; Wan & Huang, 2005; Wei & Yuen, 2000) and years of tenure (Fakolade & Adeniyi, 2009) had no influence on teachers' attitudes towards inclusion. In addition, despite school factors are generally regarded as relevant in affecting teachers' opinions about inclusive education (Avramidis & Norwich, 2002; Opdal et al., 2001), our findings suggest that teachers' attitudes are not influenced by their reference school thus no revealing a potential bias in the study results. In other words, regular teachers' representations of inclusive process seem to refer to wide and shared attitudes not depending on the specific school context; however, further research would be needed in order to disentangle school-related variables and test their influence. Another limitation of this study deals with the lack of consideration with regard to students' types of disability which can also impact teachers' attitudes towards inclusion. Despite our main research aim was to explore regular teachers' attitudes towards inclusion and disability in general, it would be useful to account this dimension in future investigation. Indeed, research debate is quite controversial in this regard. For instance, Alghazo and Gaad (2004) found that teachers were more accepting students with physical disability for inclusion than students with other disabilities such as specific learning difficulties, visual impairments, hearing impairment, behavioral difficulties and intellectual disability. On the contrary, Qaraqish (2008) highlighted that teachers

showed positive attitudes towards including students with learning problems in the regular classroom while they showed negative attitudes towards the inclusion of students with physical and behavioral problems in classroom.

The added-value of our study consists in exploring representations of inclusive process directly from teachers' responses, based on the multidimensionality of their attitudes towards inclusions and disability. We think that one of the main critical issues of current research refers to the unidimensionality of teachers' view about school inclusion, as a rigid construct pertaining favorable or adverse attitudes. This may lead to the candid hypothesis that favorable attitudes certainly predict the actual implementation of inclusive practices. However, we know that research findings are quite opposite and controversial in this regard (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2000): indeed, some studies reported that regular classroom teachers do not hold supportive attitudes towards educational inclusion (Minke et al., 1996; Reiter, Schanin, & Tirosh, 1998) while others (Villa et al., 1996; Ward, Center, & Bochner, 1994) stated that regular classroom teachers hold more favorable attitudes. As suggested by Bradshaw and colleagues (Bradshaw & Mundia, 2006), from the methodological perspective, respondents of attitude survey tend to express politically correct and socially desirable answers. As a consequence, teachers may express acceptance but not be willing to make the adaptations and modifications necessary for successful inclusion (Dukmak, 2013).

The biggest challenge for education systems around the world is responding to learner diversity (Ainscow, 2007; Florian, 2008); indeed, inclusive education is increasingly accepted as a unified approach to education for all (Florian, 2012). However, school inclusion can't be conceived as a spontaneous process which can be triggered only by people of good will. It is thus necessary to provide support interventions that make regular teachers self-aware about the complexity of inclusive process and more engaged in responding to learner diversity. Further, each country is a special case, and the findings based on one or more countries may not be directly applicable worldwide (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2000). In this sense, it would be useful to adopt a multidimensional approach in studying school inclusive process, which detects a multitude of specific symbolic and representational dimensions within a contextualized perspective, rather than using universal and fixed attitudinal constructs unable to account for cultural variability. The present study can thus support the implementation of inclusive practices which better fit the cultural specificities of the context.

References

- Ainscow, M. (2007). Taking an inclusive turn. *Journal of Research in Special Educational Need*, 7(1), 3-7. doi: 10.1111/j.1471-3802.2007.00075.x
- Ajdinski, L. (2004). Realization of integration of children with special needs education in the Republic of Macedonia. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 5(1-2), 23-34.
- Alghazo, E.M., & Gaad, E. (2004). General education teachers in the United Arab Emirates and their acceptance of the inclusion of students with disabilities. *British Journal of Special Education*, 31(2), 94-99. doi: 10.1111/j.0952-3383.2004.00335.x
- Avramidis, E., & Norwich, B. (2002). Teachers' attitudes towards integration/inclusion: a review of the literature. *European Journal of Special Needs Education*, 17(2), 129-147. doi: 10.1080/08856250210129056
- Avramidis, E., Byliss, P., & Burden, R. (2000). A survey into mainstream teachers' attitudes towards the inclusion of children with special educational needs in the ordinary school in one local educational authority. *Educational Psychology*, 20(2), 191-211. doi: 10.1080/713663717
- Bradshaw, L., & Mundia, L. (2006). Attitudes to and concerns about inclusive education: Bruneian in-service and pre-service teachers. *International Journal of Special Education*, 21(1), 35- 41.

- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Chhabra, S., Srivastava, R., & Srivastava, I. (2010). Inclusive education in Botswana: the perceptions of school teachers. *Journal of Disability Policy Studies*, 20(4), 219-228. doi: 10.1177/1044207309344690
- Cornoldi, C., Terreni, A., Scruggs, T.E., & Mastropieri, M.A. (1998). Teacher attitudes in Italy after twenty years of inclusion. *Remedial and Special Education*, 19(6), 350-356. doi: 10.1177/074193259801900605
- Dukmak, S.J. (2013). Regular classroom teachers' attitudes towards including students with disabilities in the regular classroom in the united Arab Emirates. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*, 9(1), 26-39.
- Ercolani, A.P., Areni, A., & Mannetti, L. (1998). *Ricerca in psicologia: Modelli di indagine e di analisi dei dati* [Research in psychology: Survey and data analysis models]. Roma: Carocci.
- Fakolade, O.A., & Adeniyi, S.O. (2009). Attitudes towards the inclusion of children with special needs in the general education classroom: The case of teachers in selected schools in Nigeria. *The Journal of the International Association of Special Education*, 10(1), 60-64.
- Florian, L. (2008). Special or inclusive education: Future trends. *British Journal of Special Education*, 36(4), 202-208. doi: 10.1111/j.1467-8578.2008.00402.x
- Florian, L. (2012). Preparing teachers to work in inclusive classrooms: Key lessons for the professional development of teacher educators from Scotland's Inclusive Practice Project. *Journal of Teacher Education*, 63(4), 275-285. doi: 10.1177/0022487112447112
- Gibb, K., Tunbridge, D., Chua, A., & Frederickson, N. (2007). Pathways to inclusion: Moving from special school to mainstream. *Educational Psychology in Practice*, 23(2), 109-127. doi: 10.1080/02667360701320770
- Kauffman, J.M., & Hallahan, D.P. (2005). *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon*. Austin: PRO-ED.
- Lipsky, D., & Gartner, A. (1996). Inclusion, school restructuring and the remaking of American society. *Harvard Educational Review*, 66(4), 762-796.
- Margalit, M., & Al-Yagon, M. (2002). The loneliness experience of children with learning disabilities. In B. Wong, & M. Donahue (Eds.), *The social dimension of learning disabilities: Essays in honor of Tanis Bryab* (pp. 53-75). Chicago: Erlbaum.
- Minke, K.M., Bear, G.G., Deemer, S.A., & Griffin, S.K. (1996). Teachers' experience with inclusive classrooms: Indication for special education reform. *Journal of Special Education*, 30, 152-186. doi: 10.1177/002246699603000203
- Norusis, M. (2004). *SPSS 13.0 Statistical Procedures Companion*. Upper Saddle-River, N.J.: Prentice Hall.
- Nota, L., Ferrari, L., & Soresi, S. (2005). Elementary school children's willingness to help and be friends with disabled peers. *International Journal on Disability and Human Development*, 4(2), 131-137. doi: 10.1515/IJDHD.2005.4.2.131

- Opdal, L.R., Wormenaes, S., & Habayeb, A. (2001). Teachers opinion about inclusion: A pilot study in a Palestinian context. *International Journal of Disability, Development and Education*, 48(2), 143-162. doi: 10.1080/10349120120053630
- Peng, X. (2000). Teachers' attitudes toward mainstreaming handicapped students. *Journal of Special Education*, 28, 18-21.
- Qaraqish, S.R. (2008). Attitudes of special education teachers and general education teachers towards inclusion in regular classrooms in light of some variables. *The Arabic Journal for Special Education*, 13, 175-231.
- Reiter, S., Schanin, M., & Tirosh, E. (1998). Israeli elementary school students and teachers' attitudes towards mainstreaming children with disabilities. *Special Services in the Schools*, 13 (1-2), 33-46. doi: 10.1300/J008v13n01_02
- Republic of Macedonia State Statistical Office (2004). *Primary and Secondary Schools at the beginning of the school year 2003/2004*. Skopje: Republic of Macedonia State Statistical Office.
- Republic of Macedonia State Statistical Office (2013). *Primary and Secondary Schools at the beginning of the school year 2012/2013*. Skopje: Republic of Macedonia State Statistical Office.
- Stainback, S., & Stainback, W. (1996). *Inclusion: A guide for educators*. Baltimore: Brookes.
- UNESCO (1985). *Helping handicapped pupils in ordinary schools: Strategies for teacher training*. Paris: UNESCO.
- UNESCO (2000, April). *Meeting special/diverse educational needs: Making inclusive education a reality*. Paper presented at the World Education Forum 2000, Dakar, Senegal.
- Villa, B.A., Thousand, J.S., Meyers, H., & Navin, A. (1996). Teacher and administrative perceptions of heterogeneous education. *Exceptional children*, 63, 29-45.
- Wan, L., & Huang, Y. (2005). An investigation into undergraduate normal students' attitudes towards children with special needs in regular class. *Chinese Journal of Special Education*, 55, 28-31.
- Ward, J., Center, Y., & Bochner, S. (1994). A question of attitudes: Integrating children with disabilities into regular classrooms. *British Journal of Special Education*, 21(1), 34-39. doi: 10.1111/j.1467-8578.1994.tb00081.x
- Wei, X., & Yuen, M.T. (2000). An investigation into teachers' attitudes to special needs in the primary school and special school. *Chinese Journal of Special Education*, 27, 31-33.
- Whitaker, P. (2004). Fostering shared play and communication between mainstream peers and children with autism: Approaches, outcomes and experiences. *British Journal of Special Education*, 31(4), 215-223. doi: 10.1111/j.0952-3383.2004.00357.x
- Zoniou-Sidri, A., & Vlachou, A. (2006). Greek teachers' belief system about disability and inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 10(4-5), 379-394. doi: 10.1080/13603110500430690

Racial integration in schools in Italy and in Germany: A small study with surprising results

*Angelika Groterath**

Abstract

A master thesis of a psychology student from Sapienza University Rome has focused on comparing racial integration in school classes in Italy and Germany. Integration has been operationalized through sociometry. The study has been conducted with 9-to-11 old children in spring 2013 at a primary school in Rome and an integrated comprehensive school in the Land of Hessen / the Frankfurt area. The results translated into a picture of segregation in the German school, into a picture of integration, instead, in Italy. The results are in line with the OECD results (PISA), but neither significant, nor methodically unimpeachable. They are reported because they merit further consideration and serve as a template to explain and discuss differences between Italy and Germany. German psychology tends to be politically 'abstinent' – and risks missing the boat, the boat of the many refugees arriving in Europe. In order to integrate or even include them in a not too distant future, psychological intervention would be necessary.

Keywords: racial integration; Germany; Italy; school; psychology.

* Hochschule Darmstadt, Germany.

Groterath, A. (2014). Racial integration in schools in Italy and in Germany: A small study with surprising results. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 122-130. doi: 10.14645/RPC.2014.2.502

Introduction

The title of this article gives a German, the author inclusive, a chill, since mentioning 'race' (Rasse) is, with good reason, taboo in Germany. It is, nonetheless, the correct term in English to describe what Federica Agovino, the author of the Master thesis being reported on, has explored: the degree of integration of foreign national and/or migrant children, age 9 to 11, in school classes in the host countries Italy (Rome) and Germany (Frankfurt area). The terms 'integration' and 'inclusion' are still often used interchangeably. In the MA thesis as well as in this article, we speak about 'integration' for reasons of humility. We are aware that Germany and Italy as well as other European countries are still far from being societies where schools, workplaces and neighbourhoods are racially diverse, meaning societies where no one is confined to a segregated environment.

The MA thesis has been submitted to Sapienza University Rome in March 2014. The thesis was mentored by a German psychologist, the author of this article, and by an Italian psychologist, V. Langher from Sapienza University Rome. The student had no particular interest in Germany and an only rudimentary knowledge of German; but she wanted to work on a children issue and she wanted to be mentored by the author whose interests and experiences lie in international and intercultural fields (Groterath, 2011) and who is familiar with differences and commonalities between Italy and Germany (Groterath & Cesarano, 2011).

The study that has been conducted is limited; and its results cannot be considered representative. They shall be recorded nonetheless, because they are surprising. They could stimulate further research and should prompt action.

The Master thesis. Relational and communicative modes within the current multicultural school: A comparison between Italy and Germany

Methods and conduct

'Integration' has been operationalized through interaction and communication in the tradition of sociometry. Putting it simply, we expected to understand the degree of racial integration focusing our attention on peer interaction and communication and on the interaction between pupils and teacher: Would the children talk with each other regardless of their national origins? Would they be sitting and studying and learning together? Would everybody feel encouraged to put questions to the teacher? A group of children in a classroom is more than an aggregation of individuals. The group has a structure; there are sub-groups and cliques. How would these patterns show themselves in Italy and Germany?

It is superfluous to mention that the student had no means to conduct this research other than her own capacities. The study was not even embedded in a larger research project. But it is worth mentioning that operationalizing racial integration through sociometry has a long tradition. The term 'sociometry' has been coined by Moreno already in the 1930ies (Moreno, 1934); and during the 1930's, sociometric assessment and research on racial integration was very popular in the United States. Moreno himself was interested in how immigrants to the US adapted to their new environment and how they became accepted by the local citizens. This debate has been fuelled again in the 1960ies by the *Coleman Report*, which resulted in the USA in the implementation of "desegregation busing systems" (Sherman, 2014).

How about the situation in Europe and particularly in Germany and Italy today?

German schools hesitate to make use of sociometric tools or to interfere in relationships among pupils. Sociometry or similar tools are rather used as an action / intervention tool by committed individual teachers as for example Wittinger (Wittinger, 2011), and the outcome of such sociometric action research is used for reflection with the pupils or further didactic activities of this one individual teacher. In Italy, instead, it is considered a valuable and structural tool to explore and possibly re-organise the integration in a school class. It has been proposed as such even by Graziella Favaro, member of the National Commission on Intercultural Education of the Ministry of Education and "one of the most famous education scholars for school inclusion of foreign students in Italy" (Luatti., 2011, p. 8). 15 years ago, Favaro had developed, together with Luatti, the Notebook of Integration, a sort of operational diary for teachers that considers among other factors the interaction and relationships of pupils in class and in the leisure time as a dimension of integration,

measurable also – in some versions of the Notebook – by sociograms. The Notebook, highly successful in Italy and adaptable to different contexts has been further elaborated meanwhile (cf. *ibid.*) and also passed a European “exam”: Luatti’s quotation above is taken from a report about a Comenius project funded by the European Commission. The – now – Portfolio of Integration has been tested in and adapted to other European countries and Turkey, though unfortunately not in or to Germany.

Agovino has chosen the Notebook used by the Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia from 2011 (Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, 2011) as a grid to register her observations on interactive and communicative behaviour in school classes. In the Italian school she could prepare sociograms, asking the pupils two respectively four questions:

Whom would you (or not) ask for help with your school assignments?
With whom would you (or not) like to play after school?

To receive permission for carrying out sociometric research and drawing up sociograms in Germany would have been difficult and time-consuming. In Germany, the student had to rely exclusively on her observation and documentation capacities.

The study was conducted in April 2013 in an elementary school in Rome, based in a densely populated urban district of about 127.000 inhabitants. In 2010 the ratio of foreigners or foreign-born citizens in this district amounted to about 10 % compared to an average of 12 % in the whole city. The major immigrant groups were Philippines, Romanians, Bangladeshis, Peruvians, Chinese and Polish. Federica Agovino focused on two classes with children aged 9-1. Observation was possible not only in the classroom, but also in a theatre lab, in the mensa/cafeteria, the courtyard and in the refectory.

The German part took place in June 2013. The school was an integrated, comprehensive school in a town of 30.000 inhabitants in the Frankfurt area with a foreign population of about 10 % which is less than what is common (17 %) in the Frankfurt area. When it comes to debates about migration and integration, Germany considers, not only statistically, the population ‘with a migration background’, ie those with a non-German nationality and those with German nationality, but foreign-born or with foreign-born parents, sometimes grand-parents. They amount to 23 % in the region up for debate. There are no numbers about the national groups available, but it can be supposed that the Turkish group is the biggest one as almost everywhere in the Frankfurt area.

Results

Italy

The class had 20 pupils; five out of these were foreign children: Three girls from the Philippines, Tunisia and Peru, two boys from Peru and Moldavia. There were always two teachers in the class, the specialist subject teacher and a support teacher. Italian children are used to inclusion with support teachers since 1977, ie long before the term ‘inclusion’ had been coined and become a key or buzz word. Federica registered that every foreign child was sitting together with an Italian child at the same desk. As we knew by an interview with an expert, an ‘integration teacher’, meaning a teacher with the particular function to coordinate and supervise the ethnic integration in the school, this was, “of course”, intentional. The children are not left to their own devices, but the teachers organise, and sometimes re-organise, how they are sitting together.

The sociograms

The questions have been quoted above. The children had the possibility to make three positive and three negative choices per question, but were not obliged or enforced to do so. The sociograms have been evaluated in a sociometric matrix and in several graphs that translated into a varied picture for both questions. The children distinguished clearly between personal attraction and the appreciation of school performance.

The leisure time question

The sociometric picture was very balanced, a picture without ‘Stars’ or ‘Isolates’ or ‘Ghosts’, meaning children that receive neither positive nor negative choices. The maximum number of positive choices was six – and the girl from Tunisia received these six, four from Italian, two from foreign children. Four children who were chosen only once; three out of these were Italian children. The picture was balanced also with

regards to 'intercultural choices', meaning that there were no subgroups 'Italian' vs. 'non-Italian'. All Italian children choose at least one foreign fellow et vice versa: all foreign kids choose even two Italian fellows. 11 out of the 15 Italian kids rejected / choose negatively not even one of their classmates from abroad. The maximum number of negative choices went to two Italian children.

The school/learning question:

With regard to the learning question, there was even a 'Star' in the class, the boy from Moldavia who received 16 positive choices, followed by the girl from the Philippines with 11. Nobody wanted to ask the Tunisian girl for help, who was the most popular playmate.

From a German point of view, this is indeed, very astonishing.

The results of the sociograms are confirmed by the observation protocol, which shall not be referred in detail. Some examples might be sufficient (cfr. Agovino, 2014).

History class:

Peruvian girl: Intervenes in the conversation, mainly to ask for the meaning of single words. The more the talk goes on, the more she tries to understand the words and asks her mates and the teacher for help. If she is asked a question directly she answers only if she is encouraged to do so. But if the teacher asks the whole class, she would answer, with a slow voice and shyly.

Theatre lab:

Philippine girl: Has difficulties to speak initially, but is getting then more relaxed, motivated by the compliments she receives.

Maths:

The Peruvian boy ... is very concentrated when the teacher is explaining. He tries to help his mate who has a dyscalculia. But instead of helping her with the tasks, he plays with her.

That is Italy. The results indicate a good grade of integration; and they are less surprising for who know the results of the PISA studies. In terms of fairness, there is much evidence that Italy is a country that distributes educational outcome equitably: "Italy shows above OECD average equity in education outcomes with 10 % of the variation in student performance in mathematics attributable to differences in students' socioeconomic status" (OECD, n.d., p. 5). The OECD-average is 15 % (ibid.).

Germany

In Germany, Federica Agovino has observed two classes, a "5A" and a "5B", during the English lessons. Each class had 27 students. Federica was surprised by how the students with a 'migration background' were distributed over the classes:

5 A: 7 students; 4 Italian, 1 Spanish, 1 Russian, 1 Afghan.

5 B: 11 students; 10 Turkish, 1 Indian.

She has tried to find out which criteria counted for this distribution, but she could not find out – and supposed, as the author of this article supposes, that she had pointed to a weak spot with her questioning: this distribution and particularly the large group of Turkish students in only one class reeks of institutional segregation. Much to her surprise, Federica also realised that in both classes the children with a migration background were sitting together without any German neighbour (Agovino, 2014).

It is clear from Federica's minutes that the children with a migration background were talking a lot with / among each other. It is possible that she has noticed the more or less continuous chatting because she did not understand what the children said. But it is also possible that the children were really talking a lot while the teacher was speaking – only one teacher in Germany where 'inclusion' is being introduced only recently and has not yet been accepted by everybody and everywhere.

The 5 A: Analysing her minutes, Agovino noted a difficulty of the foreign children to integrate (Agovino, 2014). Except for the Afghan girl, none of the children participated, for example, in a theatre activity during the English lessons: "Does not participate; does not participate; plays with her neighbour" is noted in the minutes. Evidently there is a closed subgroup of Italian kids that does not participate at all. It is noted for the

other foreign children that they are “alone”, “diligent”, “concentrated”, but that they do not say anything or only little.

The 5 B: For this class, the class with the many Turkish children, a part of the minutes shall be reported that can be seen as illustrative. Ak. is the Indian boy. The other children, Turkish or of Turkish origin, are named as M for male and F for female. Agovino describes the behaviour of the children during an English lesson.

Minutes from the 5 B

M: Is lost in his thoughts. He raises his hand to ask something. Stands then up, always asking. Then he begins to talk with A. (m).

F: Is talking with her neighbour (f) and the children sitting in front of her. She separates often from the others and seems to be lost in her own thoughts.

F: Is talking with her neighbour and the children in front of her. She often raises her hand to answer questions of the teacher. If she does not understand, she gets up and walks to the teacher asking her for explanations.

M: He participates responding to the questions of the teacher. He talks with his neighbour and with the girls sitting behind him.

M: He answers if he is being asked directly. He bothers the girls sitting behind him, trying to talk to them. Talks a lot with his neighbour.

M: Raises his hand to answer. Talks with his neighbour after having copied something from the blackboard.

F: She does not answer when being asked what she believes would be the grade she will receive. Talks with her neighbours from time to time, but raises her hand to answer when the teacher puts questions.

M: Raises his hand and says something. When the teacher distributes the assignments, he works on them, but with little interest.

M: Is happy about the grade he receives and participates. When working on the assignments, he asks first the Indian boy, then his neighbour, then the girls behind him and finally the teacher for help.

Ak: He is not satisfied with the grade he receives. He participates very actively, raises his hand to respond to questions more than three times. While working on the assignments, he asks his neighbour for help.

Federica Agovino has been confronted with the phenomenon of segregation in these classes. She did not know this from Italian schools, her own school being inclusive, and felt depressed. She was particularly surprised that nobody in this school, meaning none of the teachers, showed interest in her observations and the results of this observation. You have this segregation in the whole city. We live with that since a long time; it is part of our everyday life, and we do not even note it anymore. The Turkish community self-sorts itself. – That was the comment of one of the teachers; and he was surprised to hear that the phenomenon occurred also in the class without any Turkish pupil.

Comparing Italy and Germany

The results of this small MA research project are, as said already, neither representative, nor are they methodologically incontestable. Notwithstanding, they call for reflection, as they can be read as a confirmation of the results of the Programme for International Student Assessment (PISA) mentioned above. It could be wise to study the Italian model and to reflect about adaptation possibilities in Germany. This would require an effort not only by individual schools or teachers, but a political one or better, 16 political efforts: Germany is made up of 16 states that are not only independent in cultural and educational matters but also not really interested in synthesizing their policies and efforts. The Standing Conference of the Ministers of Educational and Cultural Affairs (Kultusministerkonferenz) that should ensure agreements of supra-regional importance is under pressure and has agreed about some common rules, particularly regarding the inclusion of children with disabilities. But the issue of racial integration or segregation in school has not yet been tackled.

It must also be doubted whether efforts such as introducing the Notebook of Integration or establishing the function of a teacher in charge of integration, as common in many Italian schools, can make a big change. Germany discusses the phenomenon of segregation scientifically almost exclusively in terms of sociology and social policy. ‘Residential segregation’ or ‘Segregation in the social space’ are the topics of concern; and

solutions are sought mainly in large community programmes for districts and neighbourhoods with ‘major development needs’ or social flashpoints. The solutions are sought, but not yet in sight, possibly because these programmes focus ‘the case’, meaning the problem area or neighbourhood, and neglect some context variables. These context variables look differently in Germany from what they look like in Italy and they are worth being considered.

Hypotheses on context variables

The first variable might be called ‘communication and interaction needs’. The Federal Republic of Germany has recruited “guest workers” at the material time, 50 to 60 years ago for the big factories. They were needed in industrial production processes on assembly lines in the times of the ‘German economic miracle’. Interaction and communication were not desired or not even permitted. It was not necessary that these guest workers communicated much with the locals – neither for them, nor for the locals. They were expected to return to their home countries; and the national groups stayed among themselves. This went on for almost 20 years without surprising or disturbing anybody; and from a psychological point of view it cannot surprise today that there is substantial ethnic segregation across both workplaces and residential locations and that the extent of segregation has been relatively stable over the last 30 years (Glitz, 2014) – and that ethnic minority workers are segregated not only from native workers but also from workers of other ethnic groups.

Italy had fewer big factories; and in the 50ths and 60ths it has recruited its own *terroni*, people from the poorer South, for the factories of the North. 60 % of the migrants from abroad who flooded into the country during the 90’s of the last century also went to the North; but only 39 % of all migrants that were registered officially in 2010 were workers or skilled workers or machine operators. 37,7 % are/were working in households or as cleaning workers or as assistants for elderly people or children and also in tourism (Istituto nazionale di statistica, 2011). And these are by the majority jobs that require communication and interaction, also if not chiefly with local people. Isolation or segregation is neither useful, nor required, on the contrary.

Another context variable that is rarely considered in German discussions on segregation and integration or even inclusion is the fact that Germany has a constitutional law on state-church-relations that could contribute to segregation phenomena. The law is not a state-religion law, but it privileges the two – in Germany – largest Christian churches (catholic and evangelical-protestant) that have more rights and independence than other religions and also other Christian churches.

What does that mean concretely? According to the principle of subsidiarity, Germany leaves a large part of social and health services and also of educational services, particularly the early childhood care and education, to the Third Sector, which is made up of Welfare Organisations. By far biggest of these organisations are the catholic Caritas and the protestant Diakonie. Belonging to the Churches, they are recognised and accepted as ‘Tendenzbetriebe’, which means ‘ideological enterprises’. Such enterprises are exempted from the obligation of anti-discrimination with regards to religion by a restrictive clause, the so-called confessional clause (Konfessionsklausel), §9 AGG. It is at least possible, that this is one of the reasons why non-Christian migrant parents hesitate to entrust such organisations with the education of their small children. In Hessen, the German Land where Frankfurt is located, still in 2012 the children from migrant families were strongly underrepresented in services for early childhood education (Hessisches Ministerium der Justiz, für Integration und Europa, 2013). Particularly in smaller cities, entire cohorts of children move to primary school together, coming out of such services. And it cannot surprise that these predominantly German cohorts have a strong feeling of belonging to each other and tend to reject others if they are not encouraged to include these others.

At this background, it is even more astonishing that none of the numerous studies on educational participation and attainment even considers this factor. Phenomena of segregation and exclusion are often explained and sometimes even justified with recourse to religion. But such recourse or discourse points on the Muslim background of many migrant families and the influence of madrasas and mosques, but never on the combination or confusion of State and Church or Religion on the German side. Catholic Italy has got the Vatican only lately out of its governmental system, but seemingly with more success.

The contribution of psychology and clinical psychology to inclusion in Germany

As said above, Agovino concentrated on integration and could not discuss inclusion, even though her comment on the conditions for successful integration could be valid also for successful inclusion:

Integration does not mean assimilation; it does not mean that I accept the other because she/he is as I am. Integration means to be together with all what is different. But this being together is not a formal or mechanical act; it is a sharing; it means sharing experiences, events and efforts that bring about sense and meaning. The school must take up the differences, let them exist, not suppress them. It is not enough to accept a foreign child in a class, if there is no relationship between what he or she does and what the other do. Integration is achieved if living together and a mutual learning process are possible. (Agovino, 2014).

The contribution of psychology to the knowledge about inclusion and of clinical psychology to inclusion-related problems in Germany is still modest. At present there is ‘much ado’ about inclusion in schools, in the media and in school psychology; but this ‘ado’ is mainly related to the inclusion of children with disabilities in school classes. That is new. Germany has an education system that emphasizes selectivity and that has left the education of children who are different for a long time to a well-functioning special education system. The country or better the federal states are currently under pressure, under UN pressure due to the UN Disability Right Convention, but also under OECD and EU pressure. The German Commission for UNESCO stated at its 71st session in Berlin in June 2011:

In contrast to a great number of its European neighbours, Germany has a considerable need to catch up on the development towards an inclusive education system. Moreover, there are large differences among the federal states. So far laws and regulations as well as the educational practice in schools led to quotas of students with special educational needs in mainstream schools between 7% and 45%. Barriers have to be rapidly removed and the necessary structures for an inclusive education system be established so that inclusion can be realized in all fields of education” (Deutsche UNESCO-Kommission e.V., 2011).

The country is catching up, and school psychology tries to find new orientations in the (indeed, rapid and not always and everywhere well-prepared) changes that are currently implemented. But, as said, the focus is on children with physical and mental disabilities and those with behavioural problems. The children with a migrant background are left aside in this discussion.

The probably most comprehensive overview of how German psychology takes up the issue of inclusion, can be found in a report of the Professional Association of German Psychologists from 2013 (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, 2013). The Association had invited scientists and professionals in 2012 to discuss the challenges posed by the ‘forced inclusion’ and published their contributions in this report. Recourse on psychological theories or empirical findings is rare in these contributions. As can be understood, psychologists are still reluctant to take up the issue. Balz, a Professor of Psychology at a confessional (evangelical) University of Applied Sciences, warns against using ‘inclusion’ as a buzz word – and certifies psychologists what he calls “political abstinence behaviour” (Balz, 2013). Such political abstinence behaviour could be the reason why German psychology still looked quite unprepared to deal with the challenges posed by inclusion policies in 2012/13. It should be mentioned, however, that the Professional Association of German Psychologists has published an interview with the author of this article where she refers and discusses the results of Agovino’s Master thesis (Groterath, Interview, 2014) and has set up an intersectional task force on inclusion in 2013 that does not only concentrate on disability issues, but includes racial/ethnic aspects.

I would like to finish this chapter on the contribution of psychology and the whole article with an excursus.

Excursus on professional challenges and duties for psychologists – in a nearer future

Özden Bademci is a Turkish psychologist, now a faculty member of Maltepe University Istanbul, Department of Psychology, and the director of SOYAÇ, an application and research centre for children living and working on the street founded by her (cfr. Özdemir, 2012). She has completed a four-year Psychoanalytic and Observational masters’ programme at the Tavistock Clinic in London in 2002 with a thesis titled as “The Story of a Baby Born into a Refugee Family as Seen Through Two Years of Infant Observation” that has never been published, but could be of outstanding importance today – for clinical and school and other psychologists who decide to give up political abstinence and to involve in working actively

with those we call 'refugees' or in a near future migrants. Özden Bademci did her infant observation with a refugee family from Turkey on a weekly basis for two years, as required in her MA studies.

They had not been back to Turkey since they arrived in London nine years ago. They didn't speak English at all. The family's life was one of considerable deprivation and obvious financial hardship. They lived on social security. It felt like they were living in a bubble unable to cope with each other and the foreign culture in which they lived.

The baby was their second child. Mother was highly irritable, intrusive and showing a great deal of anger and hostility to the baby.

During my observation I became more aware of how the refugee condition affected many facets of the family's life from the most tangible external objects to a wide spectrum of psychological dimension. I observed distress in the parents, which led to irritability, anger, depression, withdrawal and exhaustion which impeded their capacity for childcare. The parents were unable to support one another. They couldn't respond to their children's needs. Although the baby was quite alert and responsive for the first six months, he eventually shut himself down under the impact of the rejection (Bademci, 2002, p. 3).

References

- Agovino, F. (2014). *Modalità relazionali e comunicative nella scuola multiculturale di oggi* [Relational and communicative modes within the current multicultural school]. Unpublished master's thesis, University Sapienza of Rome, Italy.
- Bademci, Ö. (2002). *The Story of a baby born into a refugee family as seen through two years of infant observation*. Unpublished master's thesis, Tavistock Clinic and University of East London, UK.
- Balz, H.J. (2013). Die soziale dimension der inklusion: Beiträge der psychologie. In B.D. Psychologen (Ed.), *Inklusion integration partizipation: Psychologische beiträge für eine humane gesellschaft* [Participation, integration, inclusion: The contribution of psychology to a human society] (pp. 40-46). Berlin: BDP Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2013). *Inklusion Integration Partizipation: Psychologische Beiträge für eine humane Gesellschaft* [Participation, integration, inclusion: The contribution of psychology to a human society]. Berlin: BDP Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen.
- Deutsche UNESCO-Kommission e.V. (2011). *Strengthening Inclusive Education in Germany: Resolution adopted by the General Assembly of the German Commission or UNESCO at its 71st session*. Berlin, Germany.
- Glitz, A. (2014). Ethnic segregation in Germany. *Labour Economics*, 29, 28-40.
- Groterath, A. (2011). *Soziale Arbeit in Internationalen Organisationen: Ein Handbuch zu Karrierewegen in den Vereinten Nationen und NGOs* [Social work in international organizations: A booklet for career routes in UN and NGOs]. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Groterath, A. (2014). Interview. *Bella Italia: Integration in Schulklassen in Deutschland und Italien* [Interview. Bella Italia: School integration in Germany and Italy]. *Report Psychologie*, 39(9), 343-345.
- Groterath, A., & Cesarano, G. (2011). All'Italiana [Italian fashion]. *Sozial Extra*, 35(5-6), 17-21 doi: 10.1007/s12054-011-0203-z.
- Hessisches Ministerium der Justiz, für Integration und Europa (2013). *Bildungsteilhabe von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Hessen (Deutschland): Frühkindliche und schulische Bildung 2011/2012* [Participate in migrant children and young people's education in Hessen (Germany): Childhood and school education 2011/2012]. Wiesbaden: Hessisches Ministerium der Justiz, für Integration und Europa.
- Istituto nazionale di statistica (2011). *Professione degli stranieri* [Foreigners' profession]. Retrieved from http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110523_00/grafici/3_3.html

- Luatti, L. (2011). *Observing in order to understand and operate in multicultural classes. The Notebook of Inte(g)ra(c)tion in Italian and European schools: Portfolio of Integration. The European experience*. Arezzo: Oxfam Italia.
- Moreno, J.L. (1934). *Who shall survive?* Washington: Nervous and Mental Disease Publishing Company.
- OECD. (n.d.). *Italy. Country Note: Results from PISA 2012*. Retrieved from <http://www.oecd.org/pisa/keyfindings/PISA-2012-results-italy.pdf>
- Özdemir, B. (2012). *Soziale Arbeit in der Türkei: Erfahrungen aus einem Praxissemester in Maltepe/Istanbul* [Social work in Turkey: Six-month experiences in Maltepe/Istanbul. Retrieved from <http://www.socialnet.de/materialien/139.php>
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (2011). *Interazioni. Strumenti per l'integrazione: Il quaderno dell'integrazione nelle scuole del Friuli Venezia Giulia* [Interactions. Tools for integration: The booklet for integration in schools of Friuli Venezia Giulia]. Retrieved from https://dl.dropboxusercontent.com/u/164082795/quadernoINTERAZIONI_6.pdf
- Sherman, L.W. (2014). *Sociometry in the classroom: How to do it?* Retrieved from http://www.users.miamioh.edu/shermalw/sociometryfiles/socio_introduction.htmlx
- Wittinger, T. (2011). ... und sie bewegt sich doch?! Soziometrie und Gruppendynamik in der Schule [... and yet it moves?! Sociometry and group dynamics in school]. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 10(1), 253-265.

A peer-mediated intervention to develop social and work abilities for adolescents with ASD: Pilot study

*Fiorenzo Laghi**, *Federica Costigliola***, *Simona Levanto****, *Orazio Giuseppe Russo*****,
*Manuel Michienzi******, *Maurizio Ferraro******

Abstract

The peer-mediated intervention (PMI) is a very helpful tool in which peers are empowered to act as the intervention agents, implementing instructional programmes and behavioural interventions, and facilitating social interactions. PMI interventions work basically for the ability of peer to model and reinforce appropriate social behaviors of classmates with Autism Spectrum Disorder (ASD). The Laboratory of Autonomy is a novel intervention school-based program aimed at improving work abilities and social interactions in adolescents with ASD using behavioral strategies in a peer-mediated model. Typically developing peers (N=95) were trained and paired with adolescents with ASD (N=15; the trained peers to adolescent with ASD was essentially 3:1). Social interactions, social skills, adaptive behavior and work abilities were assessed before and after 6-month treatment, using observational procedures and parental measures. Results confirm that work abilities and social interactions increased significantly over the course of treatment. The school may be a fertile ground where adolescents with ASD may experience social interactions in a positive way if structured procedures and training are provided to peers.

Keywords: Autism Spectrum Disorders; Peer Mediated Intervention; social skills; work abilities.

* Assistant Professor in Developmental Psychology, Department of Developmental and Social Psychology, "Sapienza", University of Rome.

**Clinical Psychologist, Department of Developmental and Social Psychology, "Sapienza", University of Rome.

*** Scolastic Coordinator for ASD students, ITAS "Garibaldi", Roma.

**** Clinical Psychologist, ITAS "Garibaldi", Roma.

***** Clinical Psychologist, ITAS "Garibaldi", Roma.

***** President of "Cooperativa Garibaldi".

Laghi, F., Costigliola, F., Levanto, S., Russo, O. G., Michienzi, M., & Ferraro, M. (2014). Un intervento peer-mediated per lo sviluppo delle abilità sociali e lavorative di adolescenti con ASD: Uno studio pilota [A peer-mediated intervention to develop social and work abilities for adolescents with ASD: Pilot study]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 131-146. doi: 10.14645/RPC.2014.2.486

Un intervento peer-mediated per lo sviluppo delle abilità sociali e lavorative di adolescenti con ASD: Uno studio pilota

*Fiorenzo Laghi**, *Federica Costigliola***, *Simona Levanto****, *Orazio Giuseppe Russo*****,
*Manuel Michienzi******, *Maurizio Ferraro******

Abstract

L'intervento peer-mediated (PMI) è uno strumento molto utile in cui i pari fungono da agenti di intervento per la realizzazione di programmi didattici e interventi comportamentali, facilitando al contempo le interazioni sociali. Gli interventi di PMI si basano sulla capacità dei peers di modellare e rafforzare gli opportuni comportamenti sociali dei compagni con Disturbo dello spettro autistico (ASD). Il Laboratorio di Autonomia è un programma di intervento scolastico creato per migliorare le capacità di lavoro e le interazioni sociali di adolescenti con ASD utilizzando strategie comportamentali in un modello peer-mediated. Coetanei con sviluppo tipico (N = 95) sono stati formati e abbinati ad adolescenti con ASD (N = 15; il rapporto tra peer e adolescenti con ASD era 3:1). Prima e dopo l'intervento (durato 6 mesi), sia attraverso procedure di osservazione che valutazioni dei genitori, sono state valutate le interazioni sociali, le abilità sociali, il comportamento adattivo e le capacità di lavoro dei ragazzi con ASD. I risultati confermano che le capacità di lavoro e le interazioni sociali sono aumentate considerevolmente nel corso del trattamento. Se vengono fornite procedure strutturate e un'adeguata formazione ai coetanei, la scuola può essere un terreno fertile in cui gli adolescenti con ASD possono sperimentare le interazioni sociali in modo positivo.

Parole chiave: Disturbi dello spettro autistico; intervento mediato dai peer; competenze sociali; abilità lavorative; scuola.

* Ricercatore in Psicologia dello Sviluppo, Dipartimento di Psicologia dei processi di sviluppo e socializzazione, Università "Sapienza", Roma.

** Frequentatore scientifico, Dipartimento di Psicologia dei processi di sviluppo e socializzazione, Università "Sapienza", Roma.

*** Referente Assistenti Specialistici, ITAS "Garibaldi", Roma.

**** Psicologo Clinico, ITAS "Garibaldi", Roma.

***** Psicologo Clinico, ITAS "Garibaldi" Roma.

***** Presidente "Cooperativa Garibaldi".

Laghi, F., Costigliola, F., Levanto, S., Russo, O. G., Michienzi, M., & Ferraro, M. (2014). Un intervento peer-mediated per lo sviluppo delle abilità sociali e lavorative di adolescenti con ASD: Uno studio pilota [A peer-mediated intervention to develop social and work abilities for adolescents with ASD: Pilot study]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 131-146. doi: 10.14645/RPC.2014.2.486

Introduzione

Gli studi sulla condizione lavorativa degli individui con ASD sono pochi, specialmente nei casi di Disturbo dello spettro autistico che richiedono un supporto intensivo. Nel DSM-5 si afferma che:

solo una minoranza di individui con Disturbo dello spettro dell'autismo vive e lavora in maniera autonoma durante l'età adulta, quelli che lo fanno tendono ad avere linguaggio e capacità intellettive superiori e sono in grado di trovare una nicchia ambientale che si incontra adeguatamente con i loro interessi e le loro abilità speciali (APA, 2013/2014, p. 64).

Roux e collaboratori (2013) hanno esaminato le esperienze lavorative di ragazzi con ASD di età compresa tra i 21 e i 25 anni. Dai risultati si osserva che solo la metà dei ragazzi ha trovato un lavoro retribuito e che le abilità comunicative o funzionali hanno inciso notevolmente sulla possibilità di trovare un lavoro.

Taylor e Seltzer (2010) hanno analizzato le attività formative o lavorative di 66 giovani adulti con Disturbo dello spettro autistico appena diplomati. I risultati hanno evidenziato un basso tasso di impiego lavorativo: la maggior parte dei giovani adulti (56%) trascorrevano le proprie giornate in centri formativi o organizzazioni lavorative riservate a individui con disabilità. Sebbene il campione sia esiguo per poter generalizzare i risultati, gli autori hanno ipotizzato che questo potrebbe essere causato dall'inadeguatezza dei servizi per la transizione al lavoro offerti ai giovani con ASD e non esclusivamente dalla presenza di sintomi e comportamenti più severi derivanti dalla presenza di disabilità cognitive.

Gli studi generalmente mostrano che gli interventi tesi all'avviamento professionale dei ragazzi con ASD si limitano all'insegnamento di lavori manuali di basso livello (come, ad esempio, cambiare i bicchieri sporchi con quelli puliti in un ristorante) (Ballaban-Gil et al., 1996, citati in Taylor & Seltzer, 2010), rendono possibile ottenere impieghi part-time o a breve termine e non consentono il raggiungimento di un'autonomia lavorativa.

Si rende quindi necessaria la creazione di nuovi programmi di intervento che siano in grado sia di insegnare loro le abilità tecniche appropriate sia di implementare quelle competenze socio-emotive che permetterebbero al ragazzo con ASD di inserirsi nel contesto sociale proprio dell'ambiente lavorativo; gli individui con Disturbo dello spettro autistico (ASD) necessitano quindi di interventi specifici rivolti ai deficit tipici dello spettro.

Le caratteristiche centrali del Disturbo dello spettro autistico, così come viene definito dal DSM-5, sono:

compromissione persistente della comunicazione sociale reciproca e dell'interazione sociale (Criterio A) e pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi (Criterio B). Questi sintomi si manifestano nella prima infanzia e limitano o compromettono il funzionamento quotidiano (Criteri C, D) (APA, 2013/2014, p. 61).

L'implementazione di queste abilità, essendo direttamente collegate allo sviluppo dell'autonomia, è di fondamentale importanza al fine di consentire un percorso lavorativo che permetta di essere indipendenti a tutti gli effetti.

Gli interventi peer-mediated sono efficaci per lo sviluppo delle abilità sociali, soprattutto nel contesto scolastico (Bass & Mulick, 2007). I contributi di ricerca confermano l'efficacia del programma per diverse popolazioni cliniche, compresi i bambini e ragazzi con ASD in età prescolare e scolare (Kamps et al., 2002; Odom et al., 2003). Sono programmi di intervento economici in cui peer (ad esempio i compagni di classe) vengono formati per diventare agenti di intervento, facilitando le interazioni sociali dei ragazzi con ASD (Chan et al., 2009). Utilizzare gli interventi peer-mediated per incrementare le abilità sociali permette una generalizzazione delle stesse poiché elimina il problema del passaggio dall'interazione con l'adulto a quella con il coetaneo e può avvenire in un contesto naturale (Bass & Mulick, 2007). Gli interventi peer-mediated inoltre, grazie a un processo a cascata, possono favorire la diffusione degli effetti nel sistema scolastico, grazie alla trasmissione delle conoscenze dai peer agli altri compagni di classe.

Obiettivi e ipotesi

Alla luce di quanto finora esposto, l'ipotesi che ha guidato l'intervento qui descritto è che l'utilizzo dei pari, con una metodologia evidence-based come il PMI, permetterebbe contemporaneamente l'acquisizione sia delle abilità lavorative che delle competenze sociali in adolescenti e giovani adulti con diagnosi ASD, anche di tipo grave. Inoltre favorirebbe l'inclusione dei ragazzi con ASD grazie alla condivisione delle esperienze con i compagni e all'acquisizione delle conoscenze del disturbo nei ragazzi neurotipici.

Metodologia

La collaborazione scientifica tra il Dipartimento dei Processi di Sviluppo e Socializzazione della Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università degli studi di Roma "Sapienza", l'Istituto Tecnico Agrario (ITA) "Garibaldi" e la "Cooperativa Garibaldi" è stata attivata nel 2010 con il Protocollo di intesa "La cura della terra, la terra che cura, l'orto dei semplici", finalizzato alla costituzione della rete dei servizi per l'integrazione dei ragazzi disabili. Al Protocollo di intesa hanno partecipato la Provincia di Roma, le ASL RM/C, RM/D e RM/B, i Municipi e le associazioni che lavorano per ragazzi con ASD. Le istituzioni firmatarie hanno individuato come linee ispiratrici del progetto comune le seguenti finalità:

- condivisione delle risorse umane e strutturali ai fini dell'ampliamento dell'offerta formativa, del progetto di vita dei ragazzi/e disabili, della presa in carico complessiva;
- promozione della professionalità del personale e dei familiari attraverso azioni congiunte per la formazione;
- attivazione di iniziative che, partendo da progettazioni di alternanza scuola-lavoro, favoriscano e tutelino l'acquisizione da parte di ragazzi con ASD di competenze finalizzate all'inserimento in contesti lavorativi, con particolare attenzione a quelli agricoli, turistici, agroalimentari a sfondo sociale;
- promozione dell'associazionismo delle famiglie, sostegno attraverso l'organizzazione di gruppi di auto-aiuto e parent training;
- monitoraggio scientifico per la valutazione dell'efficacia degli interventi per l'inclusione scolastica e lavorativa di ragazzi con ASD.

Tutte le attività sono state finalizzate alla definizione di un percorso educativo e di cura individualizzato, definito "Progetto individuale per l'inserimento sociale e professionale degli studenti con ASD" (basato sull'analisi delle competenze e potenzialità individuali). Tale percorso ha previsto il monitoraggio degli obiettivi determinati in ogni area dello sviluppo indicata nel piano educativo individuale e il coinvolgimento della famiglia, delle istituzioni territoriali, dei docenti, dei compagni di scuola, del personale docente e non docente dell'Istituto e dell'Azienda Agricola annessa a esso.

Soggetti e procedura di somministrazione

Hanno partecipato all'attività laboratoriale dell'orto 15 ragazzi con una diagnosi certificata di Disturbo dello spettro autistico (13 maschi e 2 femmine), iscritti all'ITA "Garibaldi" e seguiti sia da un insegnante di sostegno che da un Assistente Specialistico.

I peer che hanno partecipato al progetto sono stati reclutati e formati secondo le linee-guida del "National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders". I criteri utilizzati per la fase di reclutamento dei peer sono stati i seguenti: a) adesione volontaria all'intervento; b) partecipazione alla fase di valutazione delle caratteristiche emotive, comportamentali e di abilità di mentalizzazione; c) disponibilità a partecipare alle attività laboratoriali con un ragazzo con ASD della propria classe, previa formazione. Hanno partecipato alle attività laboratoriali 95 ragazzi (60 maschi e 35 femmine) con un'età media di 16.15 anni (DS=.89). I genitori dei ragazzi con ASD (11 madri e 4 padri) hanno partecipato alla fase di programmazione iniziale degli obiettivi e alla fase di valutazione del funzionamento adattivo.

Il programma di intervento per l'incremento delle abilità socio-comunicative e lavorative dei ragazzi con ASD: l'attività laboratoriale dell'orto

Il metodo di lavoro utilizzato dal gruppo di lavoro è basato sull'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali, raccomandate dalle linee-guida dell'Istituto Superiore di Sanità (2011). All'orto hanno partecipato ragazzi con ASD con un funzionamento sia medio-basso che medio-alto. Le attività variavano adeguatamente a seconda del livello di abilità specifiche, passando dal semplice imparare a zappare, alla potatura dei bambù, fino alla coordinazione di attività molto diverse fra loro. La valutazione delle abilità con l'utilizzo del TTAP (TEACCH Transition Assessment Profile), ha permesso di stilare per ogni ragazzo un profilo delle abilità, differenziando quelle "riuscite", ossia quei comportamenti messi in atto in modo autonomo, dalle quelle "emergenti", cioè i comportamenti eseguiti con la presenza di specifici aiuti relazionali. Nella fase di programmazione degli obiettivi di insegnamento sono stati definiti: i criteri di padronanza e di generalizzazione per ogni obiettivo; le abilità da insegnare, tenendo conto di variabili importanti quali la durata dell'attività, i livelli di attenzione dei ragazzi, il livello di interesse, la capacità di pianificazione e quella di adattamento; i diversi passaggi di apprendimento, con la strutturazione di un programma di concatenamento delle componenti attraverso il rinforzo gradino per gradino (task analysis). Per ogni ragazzo con ASD sono state delineate le parti componenti di un'abilità complessa al fine di insegnare ad eseguirle in successione fino al completamento del compito. Tale concatenamento si è svolto nel seguente modo: non appena il comportamento descritto nella prima componente è compiutamente e stabilmente appreso, si passa a rinforzare il gradino successivo; soltanto se il comportamento previsto viene emesso insieme, congiuntamente, in sequenza a quello precedente, la prima componente da sola non viene più rinforzata. Apprese e concatenate le prime due componenti, si passa alla terza che sarà oggetto di rinforzo soltanto se il comportamento descritto a tale livello viene emesso in sequenza ai due precedenti e così di seguito. L'équipe di lavoro presente era costituita da diverse figure professionali. Il referente dell'orto, socio della "Cooperativa Garibaldi", psicoterapeuta con una formazione specifica sui Disturbi dello spettro autistico, pianificava e coordinava le attività. Gli Assistenti Specialistici della scuola, formati dal referente scolastico e dal personale dell'università, avendo una conoscenza approfondita dei ragazzi con ASD, potevano guidare efficacemente i peer. Ogni ragazzo con ASD è stato affiancato da due peer (per i ragazzi con un funzionamento adattivo medio-alto) oppure da tre (per i ragazzi con un funzionamento medio-basso). Il peer poteva svolgere funzioni di modello, mostrando al ragazzo come svolgere l'attività oppure lo affiancava facendogli da "ombra", cioè eseguendo i movimenti con lui e guidandolo, con specifici aiuti relazionali (di tipo fisico, verbale) quando necessario. Se i peer erano tre si alternavano nelle posizioni, un numero superiore si è mostrato generalmente poco efficace, poiché il peer meno motivato o meno capace di integrarsi nel gruppo finiva col rimanere in una posizione periferica.

Strumenti

Vineland Adaptive Behavior Scales

Si tratta di un'intervista semi-strutturata (VABS) (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984) organizzata in 4 aree: Comunicazione (Ricezione, Espressione, Scrittura), Abilità quotidiane (Personali, Domestiche, Comunità), Socializzazione (Relazioni interpersonali, Gioco e Tempo libero, Regole sociali), Abilità motorie (Grossolane, Fini). L'intervista è stata effettuata al genitore del ragazzo da un operatore con competenze specifiche nei Disturbi dello spettro autistico in adolescenza. Il comportamento adattivo indagato riguarda le attività che un soggetto deve compiere quotidianamente per poter essere sufficientemente autonomo e per svolgere in modo adeguato i compiti conseguenti al proprio ruolo sociale, così da soddisfare le attese dell'ambiente per un individuo di pari età e contesto culturale. Il livello adattivo è definito dalle performance tipiche del soggetto e non dalle sue abilità cognitive: la VABS, dunque, misura le prestazioni e non le competenze. L'interesse per il comportamento adattivo deriva dalla relativa incapacità di indici, quali il QI, di prevedere realisticamente la riuscita nella vita ed il grado di adattamento sociale degli individui. Inoltre, il comportamento adattivo è un costrutto modificabile e un adeguato livello adattivo è un obiettivo auspicabile per favorire il benessere dell'individuo, da ciò l'interesse della scala a fini diagnostici, ma anche come strumento utile per la programmazione di un intervento e per la verifica della sua efficacia.

TEACCH Transition Assessment Profile

Adattamento italiano del TEACCH Transition Assessment Profile (TTAP) (Mesibov, Thomas, Chapman, & Schopler, 2007/2010). Questo strumento è stato concepito per le persone con un Disturbo dello spettro autistico associato ad un ritardo mentale da lieve a grave, ha lo scopo di osservare direttamente gli interessi e i punti di forza dei ragazzi affiancando a tale valutazione i feedback dei genitori e degli insegnanti e permette di redigere un progetto educativo personalizzato. Lo strumento si focalizza su sei aspetti principali: Attitudini lavorative, Comportamenti lavorativi, Funzionamento indipendente, Abilità di tempo libero, Comunicazione funzionale, Comportamento interpersonale. La presenza di più aree indagate permette di articolare meglio l'intervento sul ragazzo, concentrando il focus sui suoi punti di forza o di debolezza. Inoltre la valutazione riguarda tre contesti ambientali differenti: Scala di osservazione diretta, Scala di osservazione a casa e Scala di osservazione a scuola. L'indagine dei diversi livelli di funzionamento raggiunti nei diversi contesti permette di misurare l'effettiva padronanza del ragazzo delle abilità necessarie al raggiungimento dello status di adulto evitando la comparazione con uno sviluppo nella norma. È previsto un unico sistema di punteggio che, valutando l'esecuzione del compito come riuscita, emergente o fallita, permette di lavorare sulle abilità emergenti piuttosto che su quelle già padroneggiate o non presenti. Il TTAP prevede anche un protocollo di valutazione informale con strumenti utili per lavorare sugli obiettivi di transizione al fine di generalizzare le abilità acquisite in ambiti differenti, suggerendo al contempo strategie per l'identificazione di dispositivi fisici o visivi in grado di implementare questa capacità. Nel presente lavoro ci si è focalizzati sui risultati ottenuti dai soggetti per le attitudini e i comportamenti lavorativi nella Scala di osservazione diretta.

Behavior Coding Scheme for Children with Autism

Per il monitoraggio delle competenze sociali mostrate da ogni ragazzo con ASD (ragazzo target) è stata utilizzata la Behavior Coding Scheme for Children with Autism (adattamento per preadolescenti e adolescenti di Bauminger, Shulman, & Agam, 2003) (Appendice A). Ogni ragazzo è stato osservato per una durata totale di 60 minuti (4 sessioni di osservazione di 15 minuti ciascuna) sia al tempo T1 (baseline, prima dell'intervento) che al T2 (alla fine del programma di intervento). Per ogni unità temporale di 1 minuto sono previsti 50 secondi di osservazione e i rimanenti 10 secondi per annotare il comportamento prevalente messo in atto da ogni ragazzo target nei confronti dei peer coinvolti nell'intervento. Le categorie considerate sono mutuo-escludentisi e differiscono tra: iniziative di interazione sociale e risposte di interazione. Per valutare l'efficacia dell'intervento sono state considerate nel presente lavoro soltanto le iniziative di interazione sociale mostrate dai ragazzi con ASD; le frequenze percentuali per ogni categoria esaminata sono state calcolate sul numero totale di unità temporali. Le osservazioni sono state effettuate da due siglatori indipendenti. La percentuale media di accordo, misurata con il calcolo della K di Cohen è pari a .85.

Social Interaction Coding System

Per il monitoraggio delle interazioni sociali comunicative è stata utilizzata la Social Interaction Coding System (adattamento per preadolescenti e adolescenti della scala elaborata da Thiemann & Goldstein (2001), effettuata da Chung e collaboratori nel 2007) (Appendice B), che permette di valutare le risposte messe in atto dai ragazzi con ASD ai commenti o alle richieste dei peer.

La procedura osservativa indaga le interazioni sociali comunicative dei ragazzi target per una durata totale di 120 minuti (8 sessioni di osservazione di 15 minuti ciascuna) sia al tempo T1 (baseline; prima dell'intervento) che al T2 (alla fine del programma di intervento). Per ogni unità temporale di 1 minuto sono previsti 50 secondi di osservazione e i rimanenti 10 secondi per annotare la risposta utilizzata da ogni ragazzo target nei confronti dei peer coinvolti nell'intervento. Le categorie considerate sono mutuo-escludentisi e differiscono tra iniziative appropriate e inappropriate. Le osservazioni sono state effettuate da due siglatori indipendenti. La percentuale media di accordo, misurata con il calcolo della K di Cohen è pari a .86.

Social Engagement

Per il monitoraggio del coinvolgimento sociale dei ragazzi con ASD è stata utilizzata la stessa procedura osservativa di Koegel et al. (2012), per una durata totale di 60 minuti (4 sessioni di osservazione di 15 minuti ciascuna) sia al tempo T1 che al T2 (Appendice B). Per ogni unità temporale di 1 minuto (50 secondi di osservazione e i rimanenti 10 secondi per annotare il comportamento prevalente) viene siglata la presenza di coinvolgimento sociale se sono presenti almeno 3 degli indicatori riportati con una durata di almeno 3

secondi: salutare l'altro; contatto oculare verso un'altra persona; utilizzo di gesti (qualunque gesto di interazione verso l'altro); rispondere o fare domande; fare commenti; sorridere; annuire; condividere materiali o attività con un'altra persona. Viene, inoltre, annotata la figura con cui il ragazzo target interagisce (peer, Assistente Specialistico, ragazzo con ASD). Gli indicatori considerati si riferiscono non solo alla comunicazione sociale ma anche ai comportamenti non verbali che implicano un intento di interazione con l'altro. La percentuale media di accordo, calcolata con la stessa formula utilizzata per gli altri strumenti osservativi, è elevata (K di Cohen=.84).

Metodologia statistica

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate con il pacchetto statistico SPSS 18.0 per Windows. Per verificare le differenze di funzionamento adattivo, il numero medio di attività conseguite senza aiuti relazionali e il coinvolgimento sociale dei ragazzi con ASD nei confronti delle diverse figure di riferimento, è stata utilizzata la t di student per campioni dipendenti.

Per verificare le differenze delle competenze sociali e comunicative dei ragazzi con ASD al tempo T1 e T2, è stato utilizzato il test di Wilcoxon.

Risultati

Numero medio di attività conseguite in modo autonomo e funzionamento adattivo

L'Analisi della t di student per campioni dipendenti ha mostrato differenze significative sia rispetto al funzionamento adattivo, così come misurato dal punteggio totale della VABS, sia rispetto al numero medio di attività conseguite in modo autonomo relative alle aree Attitudini lavorative e Comportamenti lavorativi indagate con il TTAP. Gli item che appartengono all'area delle Attitudini lavorative valutano le capacità che sono utili, ad esempio, per scegliere, contare, o misurare (saper assemblare, saper discriminare le dimensioni). Gli item che appartengono all'Area dei Comportamenti lavorativi valutano le capacità di reagire in modo appropriato alle interruzioni, di tollerare lo svolgimento di un lavoro già appreso ma organizzato in maniera diversa, di chiedere aiuto quando è necessario, di effettuare nuovi compiti e di seguire istruzioni posticipate nel tempo.

Le statistiche descrittive e la significatività degli effetti sono riportate in Tabella 1.

Tabella 1. *Numero medio di attività riuscite e funzionamento adattivo dei ragazzi ASD: statistiche descrittive e significatività degli effetti*

Dimensioni indagate	T1		T2		t
	Media	DS	Media	DS	
TTAP-Osservazione diretta					
Attitudini Lavorative	.67	1.28	6.11	1.49	-17.27**
Comportamenti Lavorativi	.56	1.38	5.50	1.20	-10.13**
Funzionamento adattivo					
Totale VABS	77.02	10.664	82.89	10.11	-4.84*

Nota: t di student per campioni appaiati; *p <.05; **p <.01

Analisi delle competenze sociali e comunicative

Sebbene il test di Wilcoxon non evidenzia differenze statisticamente significative tra T1 e T2 nelle tre macrocategorie indagate con il *Behavior Coding Scheme for Children with Autism*, si registrano cambiamenti significativi per le micro categorie delle Interazioni sociali positive: Espressione di affetto, Condivisione di oggetti e di esperienze e Aiuto. Al tempo T2 i ragazzi con ASD mostrano nei confronti dei peer maggiori richieste di interazione sociale. Rispetto alla macrocategoria Interazioni Sociali negative, le analisi evidenziano un decremento delle percentuali medie di Evitamento, come indicato in Tabella 2.

Tabella 2. *Analisi delle interazioni sociali dei ragazzi ASD con i peer: statistiche descrittive e significatività degli effetti*

Dimensioni indagate	T1		T2		Z
	Media	DS	Media	DS	
Interazioni sociali					
Interazioni Sociali Positive (ISP)	17.22	19.54	26.67	21.55	-1.58
Interazioni Sociali Negative (ISN)	4.78	7.46	3.56	7.92	1.06
Bassi Livelli di Interazione Sociale (ISB)	21.67	21.19	25.44	27.63	-1.19
Interazioni Sociali Positive (ISP)					
3A Contatto visivo	.89	1.74	.78	1.68	.33
3B Contatto visivo e sorriso	2.44	4.71	2.00	4.43	.54
3C Sorriso senza contatto visivo	1.22	2.83	3.11	6.94	-1.15
3D Espressione di affetto	.11	.61	1.56	3.36	-2.20*
3E Condivisione di oggetti o esp.	7.22	12.13	17.22	18.38	-2.13*
3F Comunicazione sociale	1.56	4.35	2.89	6.42	-1.55
3G Interazione che riflette interesse per l'altro	.56	1.26	.44	1.90	-.63
3I Aiuto	.89	1.94	3.56	6.49	-2.01*
Interazioni Sociali Negative (ISN)					
4A Aggressività fisica o verbale	.11	.61	.10	.01	1.10
4B Temperamento difficile	.44	1.69	.33	1.34	.45
4C Provocazione	.56	1.54	.10	.01	1.89
4E Evitamento	2.33	7.49	.11	.61	2.15*
4F Distanziamento	1.44	3.98	.44	1.90	1.38
Bassi Livelli di Interazione Sociale (ISB)					
5A Sguardo	2.22	4.23	4.00	7.19	.84
5B Stretta vicinanza	8.33	10.99	9.22	17.87	-.22
5C SI/NO	.44	1.45	.78	2.26	-1.0
5D Imitazione	1.33	4.34	3.33	9.71	-.86
5E Linguaggio idiosincratico	1.33	4.43	.67	2.03	-.41
5F Linguaggio ecolalico	5.22	19.03	.78	1.89	.002
5G Comportamenti ripetitivi	3.67	7.34	3.22	9.57	-.67
5H Comunicazione funzionale	1.78	3.69	.78	1.68	-1.56

Nota: test di Wilcoxon ; * $p < .05$

Il test di Wilcoxon evidenzia, inoltre, differenze statisticamente significative per le micro categorie delle risposte comunicative sociali definite appropriate dal *Social Interaction Coding System*. In particolare si evidenzia un incremento significativo delle Richieste di attenzione e l'utilizzo di Commenti iniziali. Si registra, inoltre, un decremento significativo delle risposte sociali definite come inappropriate: c'è una percentuale media significativamente inferiore per le micro categorie Cambio di argomento, Altro e Nessuna risposta, come indicato in Tabella 3.

Tabella 3. *Analisi delle competenze comunicative sociali dei ragazzi ASD con i peer: statistiche descrittive e significatività degli effetti*

Competenze comunicative sociali	T1		T2		Z
	Media	DS	Media	DS	
<i>Appropriate</i>					
Risposte congruenti (CR)	11.33	6.51	11.78	12.07	-.04
ACR- Risposta perfettamente congruente	4.67	5.01	7.11	8.81	1.32
SCR- Risposta congruente sintetica	3.78	4.86	4.67	5.01	-.63
ECR- Risposta congruente complessa	1.11	2.06	1.78	3.96	.74
AQ- Risposta con una domanda	.67	1.38	1.33	2.10	-1.73
Richieste di attenzione (SA)	11.78	14.47	26.19	17.04	-2.55*
Commento Iniziale (IC)	3.78	5.33	5.56	9.06	-1.89*
Richiesta Iniziale (IR)	3.11	5.11	2.44	4.27	-1.73
<i>Non appropriate</i>					
Cambio di argomento (TC)	6.22	7.11	4.44	6.26	-2.27*
Enunciati incomprensibili (UN)	1.78	3.30	.67	1.87	-1.63
Altro (OT)	35.33	30.75	15.33	22.74	-2.93*
Nessuna risposta (NR)	12.89	15.06	3.78	7.11	-2.67*

Nota: *test di Wilcoxon* ; * $p < .05$

Coinvolgimento sociale nei confronti delle diverse figure di riferimento

Le analisi evidenziano differenze statisticamente significative nelle percentuali medie di Social Engagement nei confronti di Assistenti Specialistici e peers. Non si evidenziano differenze significative nelle interazioni con altri ragazzi che hanno lo stesso disturbo. È interessante notare, come il coinvolgimento sociale sia significativamente maggiore nei confronti dei peers, poi nei confronti degli Assistenti Specialistici e infine dei ragazzi con ASD, sia al tempo T1 che al tempo T2, come indicato in Tabella 4.

Tabella 4. *Analisi del coinvolgimento sociale dei ragazzi dei ragazzi ASD con le diverse figure di riferimento: statistiche descrittive e significatività degli effetti*

Dimensioni indagate	T1		T2		t
	Media	DS	Media	DS	
<i>Coinvolgimento sociale</i>					
Assistente specialistico	5.39	3.806	17.96	12.69	-6.00**
Peer	7.39	4.368	24.63	14.56	-7.18**
Diversamente abile	.50	.86	1.67	2.86	-2.47
Totale Coinvolgimento sociale	13.28	6.424	44.26	21.414	-8.77**

Nota: *t di student per campioni appaiati*; * $p < .05$; ** $p < .01$

Discussione e Conclusioni

Il passaggio alla vita adulta è un momento delicato nel ciclo di vita di ognuno e diventa particolarmente delicato per i ragazzi con ASD (Wehman, Smith, & Schall, 2008). Wehman (2006) ha identificato quattro aree che sono interessate da questo passaggio e riguardano: completare la scuola, trovare un lavoro, avere una casa, partecipare alla vita della comunità e avere relazioni personali soddisfacenti. Per riuscire a impostare un lavoro che coinvolga tutti questi aspetti in maniera efficace sarebbe quindi necessario cominciarne la pianificazione quando i ragazzi hanno tra i 10 e i 13 anni, per poi metterlo a punto durante l'adolescenza (Wehman, 2006).

In Italia, nel 2008, il Ministro della Salute ha istituito il Tavolo di lavoro sulle problematiche dell'autismo, composto da rappresentanti delle associazioni maggiormente rappresentative nel territorio nazionale, da esperti, tecnici delle Regioni, dell'Istituto superiore di sanità, delle società scientifiche e delle associazioni professionali della riabilitazione. Nella relazione finale del Tavolo di lavoro viene sottolineato come l'autismo sia un disturbo a carattere cronico che quindi richiede una presa in carico che prosegua per l'intero arco di vita. La situazione attuale delle persone adulte con ASD invece è fortemente condizionata dalla carenza di servizi, di progettualità e programmazione per il futuro che produce spesso il rischio di perdita di autonomie e abilità faticosamente raggiunte.

La costituzione di reti di intervento deve necessariamente interessare le realtà territoriali locali, poiché per le famiglie la presenza e la facile accessibilità a servizi di salute e di educazione che abbiano competenze specifiche ha una ricaduta immediata sulla qualità della loro vita (Venerosi & Chiarotti, 2011, p.1).

La maggior parte dei programmi di intervento finalizzati allo sviluppo delle abilità sociali dei ragazzi con ASD è stata condotta facendo ricorso ad attività ludiche, momenti in cui è più semplice lo scambio di interazione con i compagni (Banda, Hart, & Liu-Gitz, 2010). Lo scopo dello studio era verificare l'efficacia di un programma di intervento per incrementare le abilità lavorative e le competenze sociali nei ragazzi con ASD.

Per analizzare il raggiungimento di tali obiettivi sono state in primo luogo indagate le attitudini e i comportamenti lavorativi dei ragazzi con ASD ed è stato osservato un incremento statisticamente significativo in entrambe le aree nonché nel funzionamento adattivo.

Dal punto di vista delle competenze sociali, per quanto non ci siano state variazioni significative nelle Interazioni Sociali positive o negative, sono aumentate le Espressioni di affetto (con comportamenti verbali o non verbali), la Condivisione di oggetti e di esperienze e le offerte di Aiuto ai compagni da parte dei ragazzi con ASD, mentre sono diminuiti i tentativi di Evitamento delle interazioni sociali. In maniera simile, per quanto non siano state osservate differenze nelle macrocategorie delle Risposte Sociali, sono aumentate le Richieste di attenzione e l'utilizzo di Commenti iniziali riguardanti la proposta di una nuova idea attinente all'attività in corso o l'espressione del piacere derivante dall'interazione. Al contempo, si sono attenuati i Cambi di argomento con cui il ragazzo interrompe il peer con qualcosa che non riguarda l'argomento in corso, l'Assenza di risposte e Altri tipi di risposte sociali non appropriate. Il coinvolgimento sociale è notevolmente cresciuto con i peers, migliorato con gli Assistenti Specialistici e rimasto invariato con gli altri ragazzi con ASD. Questo dato è simile a quello rilevato da Bauminger, Shulman & Agam (2003) i quali nel loro lavoro hanno osservato che i ragazzi con ASD hanno interagito principalmente con i ragazzi con sviluppo tipico.

In sintesi è stato osservato un miglioramento generale tanto nell'area lavorativa che in quella sociale confermando, seppure in uno studio pilota, l'ipotesi dell'utilità di utilizzare gli interventi peer-mediated anche per l'apprendimento di abilità lavorative poiché tale programma di intervento permette di lavorare contemporaneamente su due aree che nella vita di un individuo sono inscindibili ma che spesso, specialmente per un ragazzo con ASD, possono essere difficili da integrare.

Nonostante i risultati positivi, vanno citati alcuni limiti del presente studio. Il numero di partecipanti e l'assenza di un gruppo di controllo non permettono la generalizzazione dei risultati e la mancanza di un follow-up impedisce di verificare quanto le abilità apprese perdurino nel tempo. Le misurazioni statistiche si sono limitate ai risultati ottenuti dai ragazzi con ASD ed è stato trascurato l'impatto che il progetto ha avuto sui peers. Per quanto i feedback qualitativi restituiti dagli stessi siano stati più che positivi (coerentemente con quanto riportato nella loro review da Chan e colleghi, 2009), sarebbe auspicabile e interessante, come

osservato anche da Locke, Rotheram-Fuller, & Kasari (2012), analizzare l'impatto sui peer di una metodologia PMI.

Per tutti la scuola deve essere il punto di partenza per sviluppare tanto il piano educativo che quello delle capacità di adattamento e autonomia così da favorire l'inserimento sociale e lavorativo degli individui. Questo è ancor più vero per gli individui con ASD. La validità di queste affermazioni è confermata da Hendricks & Wehman (2009) che hanno analizzato le ricerche effettuate dal 1996 al 2008 sulla transizione dalla scuola all'età adulta degli individui con ASD, giungendo alla conclusione che è necessaria un'attenta pianificazione del passaggio alla vita adulta dei ragazzi con ASD, così da fornirgli le abilità e le competenze necessarie ad affrontarla.

Si vuole ricordare che, come già verificato da molte ricerche nazionali ed internazionali riportate nella letteratura, il programma di intervento PMI, indipendentemente dagli ambiti di applicazione, può portare benefici sia ai ragazzi peer che ai ragazzi target, nonché all'intero ambiente sociale in cui entrambi i gruppi sono inseriti grazie ad un processo a cascata che permette una rapida espansione di una mentalità più accogliente che vede il ragazzo con ASD come una risorsa e non come un vincolo, permettendone quindi l'integrazione piuttosto che il solo inserimento.

Questo studio pilota e il progetto in cui è inserito riuniscono quindi quanto emerso dalla letteratura per il miglioramento della qualità della vita dei ragazzi con ASD e per la loro transizione alla vita adulta, lavorativa e sociale. Alla luce dei dati e delle riflessioni proposte possiamo affermare che il programma di intervento non solo permette lo sviluppo delle capacità individuali dei ragazzi coinvolti, ma rappresenta un'opportunità di sperimentazione, verifica e formazione di un contesto capace di impiegare la diversità. L'orticoltura si è dimostrata essere un settore di impiego promettente, dove il lavoro richiesto ha qualità specifiche che, se supportate con opportune metodologie quali quella qui presentata, offrirebbero buone probabilità di riuscita per l'impiego di persone con disabilità, e in particolare di persone con Disturbo dello spettro autistico. Come per tutte le sperimentazioni effettuate su soggetti con sviluppo atipico, la dimensione temporale assume un significato preciso e diventa cruciale nel determinare l'efficacia dell'intervento. Non è possibile effettuare sperimentazioni spot che abbiano la durata di poche settimane: non hanno validità ecologica e non permettono di poter creare le premesse di generalizzabilità e trasferibilità dei risultati ottenuti. I risultati, tuttavia, seppur preliminari, ci aiutano a riflettere su tutte quelle dimensioni che possono ridurre outcome negativi e favorire l'inclusione lavorativa di adolescenti con ASD. Può risultare una sfida, ma con l'impegno di tutti e creando sinergia tra le diverse istituzioni, siamo certi di creare le basi per poter offrire anche a ragazzi con ASD quanto affermato nell'articolo 4 della nostra Costituzione: "La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società."

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta Edizione. DSM-5* [Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. Dsm-5.] (M. Biondi, Ed.). Milano: Raffaello Cortina (Original work published 2013).
- Banda, D.R., Hart, S.L., & Liu-Gitz, L. (Eds.). (2010). Impact of training peers and children with autism on social skills during center time activities in inclusive classrooms. *Research in autism spectrum disorder, 4*, 619-625. doi:10.1016/j.rasd.2009.12.005
- Bass, J.D., & Mulick, J.A. (2007). Social play skill enhancement of children with autism using peers and siblings as therapists. *Psychology in the Schools, 44*(7), 727-735. doi:10.1002/pits.20261
- Bauminger, N., Shulman, C., & Agam, G. (2003). Peer interaction and loneliness in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*(5), 489-507. DOI: 0162-3257/03/1000-0489/0
- Chan, J.M., Lang, R., Rispoli, M., O'Reilly, M.F., Sigafos, J., & Cole, H. (2009). Use of peer-mediated interventions in the treatment of autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders, 3*, 876-889. doi:10.1016/j.rasd.2009.04.003

- Chung, K., Reavis, S., Mosconi, M., Drewry, J., Matthews, T., & Tassé, M.J. (2007). Peer-Mediated Social Skills training program for young children with high-functioning autism. *Research in Developmental Disabilities, 28*, 423-436. doi: 10.1016/j.ridd.2006.05.002
- Hendricks, D.R., & Wehman, P., (2009). Transition from school to adulthood for youth with autism spectrum disorders: review and recommendations. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities, 24* (2), 77-88. doi: 10.1177/1088357608329827
- Kamps, D.M., Royer, J., Dugan, E., Kravits, T., Gonzalez-Lopez, A., Garcia, J., ... Kane, L.G. (2002). Peer training to facilitate social interaction for elementary students with autism and their peers. *Exceptional Children, 68*, 173-187. doi:10.1177/001440290206800202
- Koegel, R.L., Fredeen, R., Kim, S., Danial, J., Rubinstein, D., & Koegel, L. (2012). Using Perseverative Interests to Improve Interactions Between Adolescents With Autism and Their Typical Peers in School Settings. *Journal of Positive Behavior Interventions, XX(X)*, 1-9. doi:10.1177/1098300712437043
- Locke, J., Rotheram-Fuller, E., & Kasari, C. (2012). Exploring the social impact of being a typical peer model for included children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42* (9), 1895-1905. doi: 10.1007/s10803-011-1437-0
- Istituto Superiore di Sanità (2011). *Sistema Nazionale per le Linee Guida. Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti. Linea Guida 21*. [National System for the Guidelines. The treatment of autism spectrum disorders in children and adolescents. Guideline 21]. Retrieved from http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_autismo_def.pdf
- Mesibov, G., Thomas, J.B., Chapman, & S.M., Schopler, E. (2010). *TTAP - TEACCH Transition Assessment Profile* (2nd ed.) (R. Faggioli, T. Sordi, & M. Zacchini, Eds.). Firenze: Giunti OS (Original work published 2007).
- National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders. (n.d.). *Briefs on Evidence-based Practice*. Retrieved from <http://autismpdc.fpg.unc.edu/content/briefs>
- Odom, S.L., Brown, W.H., Frey, T., Karasu, N., Smith-Carter, L., & Strain, P.S. (2003). Evidence-based practices for young children with autism: Evidence from single subject design research. *Focus on Autism, 18*, 176-181. doi: 10.1177/10883576030180030401
- Roux, A.M., Shattuck, P.T., Cooper, B.P., Anderson, K.A., Wagner, M., & Narendorf, S.C. (2013). Postsecondary Employment Experiences Among Young Adults With an Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 52*(9), 931-939. doi: 10.1016/j.jaac
- Sparrow, S.S., Balla, D.A., & Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Taylor, J.L., & Seltzer, M.M. (2010). Employment and post-secondary educational activities for young adults with autism spectrum disorders during the transition to adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*, 566-574. doi:10.1007/s10803-010-1070-3
- Thiemann, K.S., & Goldstein, H. (2001). Social stories, written text cues, and video feedback: Effects on social communication of children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis, 34*, 425-436. doi: 10.1901/jaba
- Venerosi, A., & Chiarotti, F. (Eds.). (2011). *Autismo: Dalla ricerca al governo*. Roma: Istituto superiore di sanità. Retrieved from http://www.iss.it/binary/publ/cont/undici33web_new.pdf
- Wehman, P. (Ed.). (2006). *Life beyond the classroom: Transition strategies for young people with disabilities*(4th ed.). Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing.
- Wehman, P., Smith, M.D. & Schall, C. (Eds.). (2008). *Autism and the transition to adulthood: Success beyond the classroom*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing.

Behavior Coding Scheme for Children with autism

Indicatori	Descrizione
1. Inizio di interazione sociale (IS)	Il ragazzo con ASD inizia una nuova sequenza di interazione sociale, distinta dal prosieguo di una precedente sequenza.
2. Risposta sociale (RS)	Il ragazzo con ASD (con modalità verbali o non verbali) risponde agli stimoli sociali indirizzati a lui dai suoi coetanei.
3. Interazione sociale positiva (ISP)	Il ragazzo con ASD esibisce comportamenti sociali verbali e non verbali che portano ad un efficace processo sociale con il compagno di classe; comportamenti che servono per avviare o mantenere l'interazione sociale.
3A. Contatto visivo (ISP_CV)	Il ragazzo con ASD dirige lo sguardo nei confronti del compagno di classe (peer).
3B. Contatto visivo e sorriso (ISP_CVS)	Il ragazzo con ASD dirige lo sguardo e sorride al compagno di classe.
3C. Sorriso senza contatto visivo (ISP_S)	Il ragazzo con ASD sorride al compagno di classe ma non lo guarda negli occhi.
3D. Espressione di affetto (ISP_EA)	Il ragazzo con ASD esprime affetto nei confronti del compagno di classe, verbalmente oppure con comportamenti non verbali (lo tocca, lo abbraccia).
3E. Condivisione di oggetti o esperienze (ISP_CO)	Il ragazzo con ASD condivide un oggetto con il compagno di classe oppure accetta l'offerta dell'altro o racconta ai compagni un'esperienza.
3F. Comunicazione sociale (ISP_CS)	Il ragazzo con ASD approccia il compagno di classe con un intento sociale, non di tipo funzionale (ad esempio gli rivolge la parola o accetta una richiesta che gli viene fatta; saluta).
3G. Interazione che riflette un interesse per l'altro (ISP_I)	Il ragazzo con ASD esprime interesse nei confronti del compagno di classe con una interazione verbale.
3H. Aiuto (ISP_A)	Il ragazzo con ASD offre aiuto al compagno di classe.
4. Interazione sociale negativa (ISN)	Il ragazzo con ASD esibisce comportamenti sociali verbali e non verbali che ostacolano l'interazione sociale o diminuiscono le probabilità che si sviluppi un'adeguata interazione sociale.

4A. Aggressività fisica o verbale (ISN_A)	Il ragazzo con ASD si comporta in modo violento verso il compagno di classe (ad esempio, urla, spinge, aggredisce l'altro).
4B. Temperamento difficile (ISN_TD)	Il ragazzo con ASD esprime la rabbia in un modo estremo (ad esempio, urla e grida, colpisce il compagno, colpisce oggetti. ecc.).
4C. Provocazione (ISN_P)	Il ragazzo con ASD esprime rabbia e cerca di coinvolgere il compagno di classe in un conflitto.
4D. Controllo (ISN_C)	Il ragazzo con ASD domina l'altro senza rispettare i suoi bisogni.
4E. Evitamento (ISN_E)	Il ragazzo con ASD evita le interazioni sociali con i compagni.
4F. Distanziamento (ISN_D)	Il ragazzo con ASD evita il contatto sociale distanziandosi dal compagno di classe.
5. Bassi livelli di interazione (ISB)	Il ragazzo con ASD esibisce comportamenti che indicano l'intenzione di interazione sociale ma con coinvolgimento minimo, come la vicinanza al compagno senza avviare una positiva interazione sociale. Comprende anche comportamenti tipici della condizione dello spettro autistico (per esempio, ecolalia, linguaggio idiosincratico).
5A. Sguardo (ISB_S)	Il ragazzo con ASD guarda il compagno di classe senza stabilire il contatto visivo.
5B. Stretta vicinanza (ISB_SV)	Il ragazzo con ASD si trova in prossimità del compagno di classe ma non interagisce con lui/lei.
5C. SI/NO (ISB_SN)	Il ragazzo con ASD annuisce o mostra disappunto con la testa.
5D. Imitazione (ISB_I)	Il ragazzo con ASD imita le azioni del compagno di classe.
5E. Linguaggio idiosincratico (ISB_LI)	Il ragazzo con ASD utilizza con il compagno di classe frasi senza un significato chiaro.
5F. Ecolalie (ISB_LI)	Il ragazzo con ASD presenta ecolalia (ripete parole o frasi pronunciate da altre persone).
5G. Comportamento ripetitivo (ISB_CR):	Il ragazzo con ASD mostra comportamenti ripetitivi senza alcun intento di comunicazione chiara, ma con prossimità al compagno di classe.
5I. Comunicazione funzionale (ISB_CF)	Il ragazzo con ASD interagisce con il compagno di classe con l'intenzione di soddisfare i propri bisogni, senza alcuna interazione sociale.

Appendice B. *Descrizione degli indicatori del Social Interaction Coding System*

Social Interaction Coding System

Indicatori	Descrizione
<hr/> Risposte Appropriate <hr/>	
1. Risposte congruenti (CR)	Viene codificato se il ragazzo con ASD esprime un enunciato congruente con quanto esposto immediatamente prima, con un intervallo massimo di 2s.
ACR- Risposta perfettamente congruente	Una risposta a un commento del peer in cui il ragazzo con ASD produce anche qualche gesto non verbale (e.g. scuote la testa) o una risposta non verbale (e.g. "mm-hmm").
SCR- Risposta congruente sintetica	Una risposta ad una domanda o a un commento del peer che sia composta da una singola parola (e.g. "sì", "okay", etc.).
ECR- Risposta congruente complessa	Una risposta a una domanda del peer con un commento relativo agli oggetti o agli eventi dell'attività in corso.
AQ- Risposta con una domanda	La risposta contiene un commento o una chiarificazione relativa alla domanda o al commento fatto dal peer (e.g. "Cos'hai detto?").
<hr/>	
2. Richieste di attenzioni (SA)	Viene codificato se il ragazzo: <ul style="list-style-type: none">- richiede attenzioni o spiegazioni da parte del peer (e.g. "Hey!", "Hai visto?", "Guarda", etc.);- chiama il peer per nome per attirarne l'attenzione;- usa gesti o espressioni vocali per stabilire un'attenzione condivisa col peer (e.g. battergli sulla spalla, prendere un oggetto per mostrarlo al peer, etc.).
<hr/>	
3. Commento Iniziale (CI)	Viene codificato se il ragazzo con ASD produce un commento descrittivo relativo all'argomento o all'evento in corso che possieda le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none">- non è di tipo richiestivo;- non è collegato a un enunciato precedentemente espresso dal peer;- non è formulato per chiedere informazioni; Esso può riguardare: <ul style="list-style-type: none">- la proposta di una nuova idea o argomento relativo all'attività condivisa in corso;- l'espressione del piacere derivante dall'interazione con il peer o altra persona;- se trascorrono almeno 3s tra l'ultimo enunciato del peer e il commento del ragazzo ASD, questo può anche contenere dei complimenti, che siano rivolti al peer o a se stesso.
<hr/>	
4. Richiesta Iniziale (CI)	Viene codificato se l'enunciato del ragazzo con ASD è relativo all'argomento o all'attività corrente, ma non è

contingente all'enunciato precedente del peer e viene espresso dopo almeno 3s da quest'ultimo. Non deve contenere una richiesta di chiarificazione (che viene codificata all'interno delle CR).

Risposte Non appropriate

1. Cambio di argomento
(TC)

Viene codificato se il ragazzo con ASD :

- interrompe il peer per introdurre un nuovo argomento che non è stato discusso precedentemente o reintroduce un argomento passato;
- cambia l'argomento con qualcosa che non riguarda o non è contingente all'enunciato precedente del peer;
- effettua un commento che riprende alcuni aspetti dell'enunciato precedente del peer ma utilizza una semantica ambigua con un referente non immediatamente riconoscibile.

2. Incomprensibile
(UN)

Viene codificato se il ragazzo con ASD utilizza:
enunciati che non sono interpretabili o sono incomprensibili per il codificatore anche dopo aver ascoltato la registrazione per tre volte.

3. Altro
(OT)

In questa categoria rientra:

- ogni imitazione del verso di un animale o altre vocalizzazioni,
- ecolalie differite non interattive
- enunciati stereotipati o ripetuti almeno tre volte. Se il ragazzo con ASD riprende a ripetere l'enunciato in un secondo momento o viene interrotto da un altro ragazzo che parla, bisogna ricominciare e codificare i primi due enunciati indipendentemente dal loro essere ripetitivi.

4. Nessuna risposta
(NR)

Viene codificato se il ragazzo con ASD non risponde entro 3s alle richieste del peer, né in maniera verbale né non verbale. Le richieste del peer possono riguardare delle azioni o richiedere informazioni o esprimere un dissenso. Nel caso in cui si tratti di azioni che richiedono un tempo superiore ai 3s per il loro svolgimento, è necessario attendere per vedere se il compito viene completato. Se il peer pone la stessa richiesta una seconda volta prima che siano passati 3s, il suo enunciato non viene codificato e l'intervallo di 3s viene conteggiato dalla fine della seconda richiesta.

Se il ragazzo non risponde dopo che il peer ha ripetuto il suo enunciato due o più volte, codificare con NR.

Suggesting a resilient and systemic oriented psychodynamic model to include students with behavioural problems: Theoretical issues and practical challenges

Elias Kourkoutas**, *Angie Hart**

Abstract

This paper presents an overview of available research data on the functioning of children with behavioural problems, and also discusses school-based risk and protective factors, and school problems in children with conduct problems. Additionally, emphasis has been placed on the presentation of key features of a psychoeducational counselling and psychodynamic resilient based intervention model which aims to address disruptive and disturbing behaviours within the school setting in partnership with school staff and in a systemic perspective. A case vignette is presented in order to better illustrate the basic tenets of this model.

Keywords: children's behavioural problems; school-based interventions; ecosystemic psychodynamic counselling model.

* Professor, Primary Education Department, University of Crete, Greece.

** Professor, Faculty of Health and Social Science, University of Brighton, United Kingdom.

Kourkoutas, E., & Hart, A. (2014). Suggesting a resilient and systemic oriented psychodynamic model to include students with behavioural problems: Theoretical issues and practical challenges. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 147-168 . doi: 10.14645/RPC.2014.2.492

Introduction

Many children at US or European schools face significant academic difficulties and/or have emotional and behavioural problems that place them at high risk of school and social exclusion (Simpson & Mundschenk, 2012; Kauffman & Landrum, 2013; Roeser & Eccles, 2000). One in ten children in the UK presents at least one DSM-IV disorder, such as conduct problems or emotional and behavioural disruptions, involving clinically significant levels of distress or impairment sufficient to warrant specialized intervention and the involvement of the school community and professionals (Ford, Goodman, & Meltzer, 2003).

According to a report from the Office of the Surgeon General, 10.3% of children in the United States aged 9–17 display some form of disruptive behaviour (see Mash & Wolfe, 2012). In fact, the U.S. Department of Health and Human Services estimates that between 6 and 16 percent of males and 2 to 9 percent of females aged under 18 have a conduct disorder that ranges in severity from mild to severe.

In addition, between 12% and 30% of all children in many European countries and in the United States experience moderate to severe social-emotional difficulties, and their needs and problems remain unmet or inadequately dealt with (Mash & Wolfe, 2012; Kauffman & Landrum, 2013; Simpson & Mundschenk, 2012). Children in elementary schools with social, emotional and behavioral problems are three times more likely to be suspended or expelled than their peers (Kauffman & Landrum, 2013; Simpson & Mundschenk, 2012). Almost 50 percent of adolescents in high school with social, emotional and behavioural problems drop out of school (Simpson & Mundschenk, 2012).

These and other issues emerging from recent research findings urgently invite professionals to develop community- or school-based services and practices that focus on effectively responding to these children's needs and difficulties (Adelman & Taylor, 2010).

In fact, traditional medical services seem to be unable to deal successfully with the high numbers of childhood disorders, adopting as they do an exclusively individual-centred treatment protocol which risks losing sight of the wide range of personal and contextual risks that may be relevant, and which thus fails to promote factors that might foster the resilience of children and families at risk. In addition, separating the child from his/her context and locating the problems exclusively within the individual is an epistemological and methodological approach which is - or at least should be - contestable.

Children's social, emotional and behavioural problems represent a complex phenomenon which challenges traditional psychiatric approaches and calls for the adoption of innovative conceptual frameworks and systematic and coordinated efforts from all stakeholders and experts. School must be considered the ideal site to implement comprehensive and successful interventions that can address a wide range of social, educational, emotional, behavioural and adjustment problems concurrently in a large number of students. However, designing and implementing effective intervention strategies within school and family settings remains a complex issue for parents, teachers and clinicians.

Shifting from a deficit- to a strength-based model

School and family environments are the most important settings in which to promote protective factors and address contextual risks for children (Goldstein & Rider, 2013; Felner & Devries, 2013). Multi-setting interventions have been found to be successful in positively impacting upon children's outcomes (Fraser & Williams, 2004). Resilience-based interventions have been demonstrated to create more protective environments for children facing various risks (Doll, 2013; Hart & Blincow 2007; Winslow, Sandler, Wolchik, & Carr, 2013). In fact, a considerable shift in school and educational-psychology practice and research has been realized during the last decade. The strength-based approach represents a shift from medical and individual-based models of treatment to more systemic, resilience-based and less expertise-oriented approaches, which foster families', schools' and teachers' potential and focus on positive aspects of their functions (e.g., abandoning punishment-based treatment techniques for defiant children in favour of more supportive and (internal or external) conflict-resolution strategies; avoiding pathologizing *in extremis* families; and building on parents' knowledge and intuitions as built up from their relational and interactional experience with the "problem" child) (Banton & Timmerman, 2011; Brehm & Doll, 2009; Galassi & Akos, 2007; Kourkoutas & Wolhuter, 2013). In fact, a strength-based approach has been promoted by researchers

and practitioners as one of the most comprehensive models that can bring about essential transformations in the way professionals work and how they impact schools, families and children.

Within school contexts, a series of intervention programs referring to the principles of strength-based models have been implemented with significant positive results for the students and schools concerned. Specifically, the implementation of social-emotional learning programs can help students with problematic behaviours to reduce their rates of emotional and behavioural disruptions. In fact, a major implication of the findings of a very recent study is that well-implemented multiyear social-emotional learning programs can have significant and meaningful preventive effects on population-level rates of aggression, social competence and academic engagement in the elementary school years (Adelman & Taylor, 2010).

Overall, such programs strongly contribute to helping students achieve high rates of classroom adjustment and avoid school exclusion or drop out, which is one of the key targets of inclusive projects. In addition, schools can be transformed so as to adopt a more positive, resilience-based and inclusive perspective in dealing with such children.

Forms of aggressive or disruptive behaviour in school, and related social and individual dynamics

There are several key aggressive behaviours which are apparent in school settings. These vary in seriousness and intensity, and may be associated with one gender more often than the other (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002). In terms of sex, male students may display moderately serious aggressive behaviours including *hostile teasing, pushing, and bullying*, whereas female students are known to use *indirect* forms of aggression, including *ostracism* and *relational bullying* (Hawker & Boulton, 2000). Studies have revealed a principal dimension of disruptive behaviour, with overt problem behaviours (e.g., temper tantrums and physical attacks) clustering at one pole, and covert problem behaviours (e.g., theft and setting fires) at the other (Frick & Kimonis, 2008). Disobedience and misbehaviour within the classroom, often a source of anxiety for teachers, are situated in the middle of the overt–covert continuum (Kourkoutas & Wolhuter, 2013), and the destructive–nondestructive dimension is another important aspect of aggressive behaviours (Frick & Kimonis, 2008).

There is general agreement that both overt and covert antisocial acts reflect the failure to successfully resolve distinct normative developmental tasks, to effectively achieve transitional phases, and to establish forms of emotional and behavioural regulation in order to deal with extreme or intense internal tensions and painful feelings related to past traumatic experiences (Dunn, 2001). In fact, all available data show a strong connection between conduct problems or aggressive behaviour and some form of family dysfunction or even mental health problems in parents, especially in extreme cases of isolated or disrupted family environment (Dishion & Patterson, 2006).

There is of course some relationship between aggressive or antisocial patterns and overall social inequality and poverty, although research has yet to uncover how precisely to delineate the different mechanisms involved. In fact, social inequalities, social exclusion and economic crisis might be some of the most significant factors creating conditions of extreme risk and, thus, contributing to the exacerbation of existing family and individual problems. Compared with the general youth population, youth with behavioural or antisocial problems are more likely to live in poverty, have a head of household with no formal education past high school, and live in a single-parent household.

It is usually suggested that overt aggressive or antisocial acts (e.g., physical violent behaviour) pertains to children who have not successfully acquired control of their emotions or developed the necessary social skills (e.g., the use of *non-confrontational/conflicting forms of interpersonal problem solving*) to deal with social and interpersonal challenges (Casey, 2012; Kauffman & Landrum, 2013). This is a standard interpretation of behavioural problems when they are perceived as being the result of a within-child deficit. Indeed, many studies have showed that children who have not acquired these general skills then fail to develop the necessary skills to establish and maintain positive relationships with peers and adults. Many of these children seem to struggle with strong negative and resentful or even hostile and sadistic emotions, which lie beneath their antisocial or violent behaviours (Kourkoutas, 2012; Levine, 2007). In fact, however, resentful and negative emotions such as anger, rage, fury or hostile-depressive feelings, may be associated with or generated by accumulated experiences of rejection or traumatic relationships problems within the family and in school contexts (Kourkoutas, 2012; Schmidt, 2010).

Key features of children exhibiting a wide range of behavioural problems

In general, children with behavioural problems may display aggressive or defiant oppositional behavioural patterns, low or inflated self-esteem, distorted self-conceptions, inappropriate play, hostile talk, insecure internal working models, limited positive interpersonal skills, restricted prosocial patterns and relationships, and poor academic skills (Kauffman & Landrum, 2013; Mash & Wolfe, 2012). They also exhibit more resentful and negative feelings, a high propensity to impulsive behaviours, anxiety and depressive tendencies, a limited capacity in expressing and verbalizing emotions, deficient or limited psychosocial skills, and problems in attachment patterns, which may in turn lead to a restricted capacity to negotiate and resolve interpersonal disputes with peers and adults, and difficulty maintaining satisfying relationships with peers and adults (Kourkoutas, 2012; Mash & Wolfe, 2012).

Behavioural problems in children are associated with negative outcomes including impaired educational achievements, high rates of school failure and school drop-out, poor social relationships, high rates of emotional distress, conflicts with parents and teachers, and social rejection or isolation (Fiese, Wilder, & Bichham, 2000; Frick & Dickens, 2006; Mash & Wolfe, 2012). Not surprisingly, studies have shown high rates of rejection by peers and teachers in the school setting for children with behavioural and conduct issues (Kauffman & Brigham, 2009). Defiant, oppositional, challenging and aggressive behaviour usually elicits strong negative emotional reactions on the part of classmates and teachers, which in turn may intensify the trauma of rejection and school reprimands, and amplify the negative emotions and behaviour towards others (Kourkoutas, 2012; Levine, 2007). Repeated traumatic rejections and reprimands may therefore create a vicious cycle of recurring acting-out, leading to a breakdown in the pupil–school relationship during adolescence. Excluded youth are more likely to identify with marginal values and strengthen their self-esteem by affiliating with antisocial groups such as gangs, and building an antisocial identity at odds with more mainstream social norms.

Contemporary psychodynamic approaches view childhood symptomatology and children's oppositional, defiant, challenging and aggressive behaviours as resulting from internal conflicts, emotional ambivalence, and incapacity to bear and metabolize distressing feelings related to trauma or extreme socioeconomic and emotional deprivation; it may also be an indicator of the child's inability to deal with external challenges, often because they have not been supported or educated to manage complex social-emotional and interpersonal situations. Systems-oriented approaches consider childhood disorders as reflecting family dysfunction and conflict, problematic, rigid, violent, or chaotic dynamics and lack of boundaries, or even unresolved mourning and losses. Family or systemic theorists suggest that children's problem behaviours are often locked up in family incoherencies, deficits, dysfunctions, and coercive rearing practices, which undermine the development of the child's internal capacities and mentalization skills (Dishion & Patterson, 2006; Fonagy, 2006). In any case, these children are not in a position to build a repertory of adequate social-emotional skills and behaviours and become successfully adjusted within school context without substantial help and assistance from the educational staff, and often from specialists.

In summary, from our own perspective, behavioural problems are seen as the result of a series of internal/intrapsychic and interpersonal transactions and processes, which take place within the frame of the wider family and social context. Within contemporary psychodynamic theory, therefore, behavioural problems are thought to reflect a variety of meanings and functions, depending on the child's psychological organization and developmental stage, and the family structure and dynamics.

Moreover, more holistic and ecological approaches, rooted in understandings of (individual) internal dynamics, family relationships and wider socio-economic forces, appreciate the role that structural inequalities, including poverty and educational disadvantages, have to play in the development of children's conduct problems (Hart & Blincow, 2007). Such models speak in favour of a school–community partnership in order to establish networks and “Communities of Practice” that successfully support and help those children or youth in developing the necessary skills and overcome the barriers in their everyday life.

Traumatic family experiences and relationships, and childhood disruptive or aggressive and violent behaviour

The evidence strongly supports the hypothesis that parental rearing practices and family dynamics (family structure, organization, communicational patterns, family emotional climate, specific members' relationships, relational patterns, etc.) seriously impact the way children construct their self-schemas, their mental representations about themselves and significant others, their attachment and behavioural repertory, their coping and self-protecting strategies, as well as the way they interpret social cues and how they approach and relate to other people. So too do the wider social and neighbourhood environments through which they navigate in daily life.

Moreover, some relationships within a family context can be oppressing, coercive, or frightening and disruptive for the child, destabilizing his or her internal world (representations, working models, secure feeling, etc.) and, therefore, jeopardizing the development of adequate social, emotional and interpersonal capacities. In such cases, if the child is exposed to recurring experiences of parental rejection or unstable behaviour, or persistent psychological violence or maltreatment, they are likely to develop maladaptive behaviours (e.g., acting-out) or inappropriate emotional reactions (e.g., temper tantrums), and thus face serious future problems at school and as regards social adjustment more generally.

In addition, distressing events and complex or adverse family experiences that parents cannot adequately face up to themselves, may also have a traumatic dimension. These may contribute to the development of deficient or conflicting self-representations, disordered or confusing emotions, and problematic behavioural and attachment patterns. The way parents deal with complex, stressful experiences is likely to impact upon the way children learn to manage their own internal stresses or painful emotions. Parental inability to deal with complex, conflicting situations or exceptional experiences (intrafamily conflicts, father's absence, divorce, child's school failure, etc.) may therefore be an additional source of stress, causing further anxiety and confusion for children, and may hold them back in developing their internal capacities and interpersonal skills. Childhood traumatic or harmful experiences are considered a fundamental source of negative, ambivalent and painful emotions, which may lie behind and reinforce oppositional, aggressive and antisocial behaviours.

Studying traumatic relationships and victimisation in childhood, Ford (2002) has elaborated and proposed the following model, which postulates a chronological sequence from (a) victimisation in childhood, to (b) escalating dysregulation of emotion and social information processing, to (c) severe and persistent problems with oppositional-defiance and overt or covert aggression, which may be compounded by post-traumatic symptoms. Unfortunately, classical medical and symptom-oriented clinical assessments may be insufficient to fully evaluate the underlying causes and emotional forces, as well as the socio-ecological contextual factors, that may generate opposition, aggressive or antisocial behaviour in children and youths. Traditional clinical diagnosis is focused on a syndrome perspective, which lacks a transactional developmental orientation, and often fails to gain insight into children's potentially disordered lives or suggest which risk factors really need to be addressed. Interventions informed by a medical model may prove meaningless or inadequate, both in terms of responding to the challenges of the psychosocial development of such children, and in promoting the resilient or protective factors related to their social and school inclusion.

In summary, trauma is considered by many authors to be one of the key factors in understanding the development and persistence of conduct disorders and behavioural problems in childhood (Greenwald, 2002). Within this model, trauma is thought to be related to the affect dysregulation and the consequent acting-out that is characteristic of many traumatised children and adults. Affect dysregulation is suggested by the literature to be a powerful predictor of oppositional and antisocial behaviour, and parental reinforcement of coercive practice (Greenwald, 2002). Trauma-related affect dysregulation may increase hypersensitivity to potential threats, and trigger reactivity to a variety of situations and stimuli perceived as trauma-related (Greenwald, 2002). From our perspective, many incidents relating to family life or dynamics may be experienced as traumatic or emotionally destabilising for the child.

School-related risk and protective factors

The schooling process can lead to significant risks for students' development and adjustment, which may contribute to and/or maintain social, behavioural and conduct problems (Morrison, Furlong, & Morrison, 1998). Additionally, school has an important role to play in assessing children's emotional and behavioural problems. Research suggests that diagnoses of conduct disorders and ADHD may be missed if information is not sought from teachers about children's functioning in school (Ford et al., 2003).

Given that many countries lack appropriate mental health services in schools, pupils with "untreated" behavioural problems or who remain unsupported and without assistance to develop their potential, present a daily challenge for teachers (Roeser & Eccles, 2000) and are at risk of developing additional and more serious emotional and interpersonal problems, school exclusion or drop out, and life-long antisocial personality difficulties (Farrington, Ullrich, & Salekin, 2010).

Teachers' pedagogical beliefs, as well as their classroom instructional practices, conceptions about the origin of behavioural problems, and their ability to relate to students and accept external help in critical situations, can all influence children's cognitive and social-emotional development within the school context (Kourkoutas, 2012). Empirical studies have shown that, among some children, academic difficulties can cause subsequent feelings of frustration, inferiority, anger and aggression that may result in behaviour problems in and out of school (Roeser & Eccles, 2000). In any case, school failure is a strong predictor of later psychological disturbance, internalising difficulties, behavioural disruptions, delinquency, substance abuse and dropping-out (Kracher, 2004).

Children who are struggling with family difficulties or death, who lack boundaries and support, who are struggling with painful feelings, and who tend to adopt aggressive behavioural patterns in school, are quickly rejected by non-aggressive peers and risk direct or indirect rejection by teachers (Kourkoutas, 2012). Overt or covert rejection by peers and teachers (e.g., negative expectations) seem to be an important risk factor for children's psychosocial outcomes, especially for children who have already encountered difficulties in school adjustment or who come from conflicting and disruptive family environments (Mash & Wolfe, 2012). Negative expectations for students, as communicated by school staff members, have been noted as a further risk factor (Kauffman & Landrum, 2013).

As regards the teacher-child relationship, it seems that children with antisocial behaviour are much less likely to get encouragement from teachers for appropriate behaviour, and more likely to be punished for negative behaviour than well-behaved children (Simpson & Mundschenk, 2012). Other studies suggest that students perceived to be at risk of antisocial conduct, particularly boys and impoverished minority students, are more likely to be punished, excluded and controlled than to have their problems addressed in a therapeutic manner.

It is widely accepted that difficult behaviours which have already manifested by preschool age, tend to worsen and become generalised in primary school because of school-climate-related factors (Levine, 2007; Roaeser & Eccles, 2000). Researchers focusing on very disruptive children have described escalating spirals of negative teacher-pupil interchanges, strongly reminiscent of coercive relationships within families (Maughan, 2001; Dishion & Patterson, 2006).

There is general agreement that early peer rejection within the school context is a risk factor for both early- or late-onset behavioural problems; for example, peer rejection at school appears to be a significant predictor of adolescent disorder. Children with antisocial behaviour tend to be rejected by prosocial peers because of their aversive social behaviour. Thus a child's antisocial behaviour within the school setting induces peer rejection, and peer rejection may contribute to further behavioural problems in a reciprocal relationship. According to recent findings, the experience of being systematically rejected and victimised within the school setting may lead some children to become bullies themselves by relating to an aggressive peer group. In contrast, peer acceptance in school-age children and adolescents has been revealed to be a highly protective factor for children and youths at risk for antisocial behaviour. The use of peer mentors or systems of peer support in schools may increase feelings of peer acceptance and reduce problem behaviour; however, research reveals that very careful attention needs to be paid to how they are set up and to the skills and abilities of those involved (Schmidt, 2010).

Summarizing the literature on school-based risks, Morrison and colleagues (1994) provide a detailed delineation of the risk factors associated with school violence. Their basic risk categories include, among others, (a) risks of child isolation and rejection, (b) risks related to lack of educational opportunities and

psychosocial or professional support (where otherwise needed), (c) risks of personal and social intimidation, (d) risks relating to school failure and low academic performance, (e) risks relating to low self-esteem and deficient self-conceptions or lack of social self-determination, and (f) victims of teachers' rejection and aggressive reactions, or systematic extreme punishments. Moreover, the lack of competent professionals who intermediate between parents and teachers and support both of them in collaborating and developing more mindful and effective attitudes or practices towards at-risk or vulnerable students is another important deficiency of many educational systems.

Another conclusion of researchers who have a broad ecological-systemic perspective is that problematic behaviour and academic failure reinforce each other within the context of ineffective school practices and ineffective parenting strategies (McEvoy & Welker, 2000). Kassen, Johnson and Cohen (1990) found that low levels of school conflict (e.g., teachers rarely shouting at pupils) were associated with a decline in attentional and behavioural problems in adolescence. Three key elements of the curriculum and instructional process which may help prevent school-related critical situations are: (a) a curriculum that is relevant and connected to children's life experiences, (b) instructional approaches that build on the learning styles and previous experiences of the children, and (c) opportunities to achieve reflective thinking.

In summary, the findings of research into school climate suggest that affirming interpersonal relationships and providing opportunities for children to achieve mastery can increase academic achievement levels and reduce antisocial behaviours (Levine, 2007; McEvoy & Welker, 2000; Schmidt, 2010). In addition, receptive and caring school contexts can represent an embracing ("holding") and helpful environment for many children who have experienced extreme frustrations or obstacles in developing social-emotional skills. Adequately trained professionals, working alongside teachers, can provide facilitative learning environments and develop therapeutic relationships to assist children who have suffered trauma, maltreatment or deprivation, so that they can manage their internal conflicts or dysregulation and so prevent them from developing more disorganised patterns of behaviour and attachment.

Multisetting prevention and intervention programs based on resilience and systemic theory

School may be considered an ideal site in which to implement comprehensive and successful interventions that address a wide range of social, educational, emotional, behavioural and adjustment problems, in a large number of students concurrently. However, designing and implementing effective intervention strategies within the school and family settings remains a complex issue for parents, teachers and clinicians or other school professionals.

School and family environments seem to be the most important settings in which to promote protective factors and address contextual risk factors (Goldstein & Brooks, 2007; Cooper & Jacobs, 2011). Multi-setting interventions have been reported to be successful in positively impacting upon children's outcomes (Kourkoutas, 2012). Resilience-based interventions have been demonstrated to create more protective and emotionally receptive and embracing environments for children facing various risks (Hart & Blincow, 2007; Schmidt, 2010; Urquhart, 2009).

As mentioned above, a considerable shift in school and educational-psychology practice and research has taken place in recent years, notably regarding abandoning punishment-based treatment techniques for defiant children in favour of more supportive strategies, and avoiding pathologising families. Programs and interventions that utilize a strength-based approach often combine this framework with other approaches such as wraparound service models, resilient models, family systems frameworks, social, parenting and teaching skills programs for students, parents, teachers, and various types of cognitive-behavioral therapies including solution-focused therapy or conflict-resolution programs (see Banton & Timmerman, 2011). Thus, rather than viewing the strength-based approach as one method of working with children and families, the strength-based approach can be seen as a conceptual framework within which many practitioners already do work (Banton & Timmerman, 2011; Kourkoutas & Raul Xavier, 2010). While implementation of the strength-based approach may vary, practitioners using a strength-based approach tend to emphasize individual and family functioning and strengths (Adelman & Taylor, 2010; Banton & Timmerman, 2011; Galassi & Akos, 2007; Kourkoutas, 2012).

From our own perspective, one of the key elements alongside resilience, inclusive education framework and taking a systems perspective, is "psychodynamic thinking and practice". Psychodynamic thinking allows

counsellors and teachers to go beyond the child's symptomatic reactions and see the "real" child and his/her family behind the problem behaviour. Within this model, in fact, teachers and school counsellors are encouraged and helped to gain insight into or distinguish the complex emotional needs and problematic family processes (conflicting, ambivalent or destructive feelings such as anger; feeling lost, confused or depressive; a lack of boundaries within the family, etc.) that might lie behind or generate early disruptive or "antisocial" behaviour. Despite the fact that many teachers tend to make a rather easy identification of specific behaviour as pathologic, many others tend to "suffer" from what Elliott and Place have termed "selective myopia"; namely, the teacher's inability to appropriately estimate the severity of less disruptive cases of children or understand the internal conflicts or struggle with depressive tendencies that some children are experiencing (Elliott & Place, 2012).

Likewise, this perspective can be very useful in counselling work with teachers, as it focuses on the emotional aspects of the teachers' functioning, their internal confusion or stress, their struggle to identify the meaning of the child's situation, or their own guilt about not providing enough help to "difficult" children. Teachers also experience frustration or anger when they are unable to contain their students' disruptive feelings and reactions. The counselling process may provide this real and metaphoric (psychic) space to help teachers reinforce their self-awareness and self-confidence, explore the meaning of the problematic reaction, and, therefore, start to think and react in more "reasonable" ways. In fact, when teachers and counsellors work within a collaborative perspective, they participate in the establishment of a co-constructed holding space (a space of learning and professional development) and a dialogue that allows them to strengthen their critical thinking, as experience and knowledge are shared and discussed (Goldstein & Brooks, 2007; Kourkoutas & Giovazolias (in press); Schmidt, 2010).

Successful examples of resilience-based programs and those focused on skill-development include the Child Development Program and the Family Schools Together programs, or programs that share similar principles, targets and philosophy (Casey, 2012; Conduct Problems Prevention Research Group, 2011).

The programs with the highest level of positive developmental outcomes have been those interventions that targeted three levels: teacher emotional support and guidance; individual or group support and treatment for children; and training, support and guidance for parents (Middlemis, 2005).

The combination of a social-ecological model with resilience theory, and the use of specific techniques for working with antisocial children in the schooling context, allows professionals to simultaneously address numerous problems within the school environment (Cohen, 2013; Kourkoutas, 2012; Lerner et al., 2013; Taub & Pearrow, 2013). These include chaotic classrooms, inadequate teacher support, poor administrative leadership, inappropriate or unclear expectations concerning students with learning disabilities and psychosocial problems, as well as inadequate strategies for handling problem behaviours. Regarding the teacher's role in the implementation of preventive or targeted programs (e.g., social-emotional skills development, conflict resolution, anti-violence or anti-bullying interventions, and social inclusion), it has been demonstrated that teachers can significantly contribute to the positive outcome of those programs or interventions (Cooper & Jacobs, 2011; Fleming, Mackrain, & LeBuffe, 2013).

In conclusion, research data very clearly suggest that interventions are more effective if the environmental factors that reinforce the problem behaviour are identified and manipulated in specific and holistic ways (Adelman & Taylor, 2010; McEvoy & Welker, 2000). In addition, providing teachers with emotional support and strategies to deal with challenging or aggressive behaviour is an essential part of the more successful school-based programs (Kourkoutas & Giovazolias, in press). Professionals should help parents and teachers to overcome their respective emotional resistances and defences and develop more understanding and mutual recognition of each other's difficulties and qualities. Professionals should also assist parents both in gaining insight into their child's "internal and external struggles", and by guiding them to develop more meaningful and appropriate child-rearing practices and attitudes. Interventions aimed at helping parents to creatively resolve family problems and use positive parenting techniques are now considered important aspects of holistic school-based programs (Weare, 2005).

Classroom interventions

Teachers often play a substantial role in identifying developmental problems and other issues affecting students, and in taking action to prevent at-risk students from developing further psychological problems. Of

course, teachers are not trained to be experts in psychological difficulties and interventions; however, they are often involved in intense (personal and professional) interaction with their students, and it has been suggested that after proper training they are able to recognise the early signs of psychological problems or acknowledge the variety of children's difficulties. Similarly, it has been noted that because teachers spend a substantial amount of time with students, their observations of students and evaluation of their cognitive and emotional status can provide vital information when designing interventions to promote a healthy school environment (Kauffman & Landrum, 2013). With the help and guidance of counsellors, who provide them with the necessary theoretical and practical tools and means (background) to better analyse, de-codify and understand their vulnerable or "difficult" students' behaviours, teachers can acquire confidence in their capacity to relate to and deal with such students by linking these behaviours with intrapersonal, family or school parameters (Hanko, 2002; Urquhart, 2009).

More specifically, as regards classroom practices the literature suggests that personalized classroom interventions for children with aggressiveness and conduct problems can be effective in enhancing positive behaviour, reducing ACP tendencies, and promoting social and emotional skills (Weare, 2000). When schools actively combine effective emotional and academic learning, and school-wide, classroom and targeted individual interventions, they can significantly reduce oppositional or aggressive behaviours (Bloomquist & Schnell, 2002; Cooper & Jacobs, 2011). When treating certain aspects of child behaviour, there is always the danger of isolating these aspects from their context and thus missing the developmental and transactional processes at work in the problematic situations (Sameroff, 2000).

Overall, the therapeutic role of teachers who are well-trained, skilled, and committed to inclusive values, has been highlighted by many researchers and practitioners (see Kourkoutas, 2012; Urquhart, 2009). Teachers can operate as facilitators in the positive development of "problematic children", and work in a therapeutic direction by being receptive, supportive, and providing a stable framework with clear limits and positive expectations (Fell, 2002; Kourkoutas & Raul Xavier, 2010; Urquhart, 2009). Teachers are more likely to reframe disordered children's disruptive behaviours when they are actively involved, use appropriate teaching and psychoeducational practices inside and outside the classroom by taking into consideration the internal (emotional) and social dynamics of the classroom, and when they use resilience-based methods to engage all students (Cohen, 2013; Cooper & Jacobson, 2011). Obtaining sufficient assistance from skilled and experienced professionals who are trained both in childhood education and in systemic and psychodynamic practice, is also a crucial aspect of comprehensive and meaningful psychoeducational intervention programs (Hanko, 2002; Kourkoutas, 2012; Kourkoutas & Giovazolias, in press).

Alongside this, it is important to encourage teachers to develop an 'inequalities imagination' – that is to say, a thorough understanding of the dynamics of inequality and how children's behaviour is shaped in relation to them (Hart & Blicow, 2007). This will ensure that some of the basic issues in relation to child behaviour are dealt with – for example, ensuring that a child has appropriate nutritional intake both before and during the school day in order to regulate blood sugars and reduce mood swings.

Overall, system- and community-based resilience approaches and research suggest that school should also ensure partnership coalitions with the community. School professionals should care about and focus on creating "Communities of Practices" and "Communities (spaces) of Learning" that enhance all stakeholders, though with emphasis on parents and teachers, to produce and share new forms of understanding of their problems and potential, as well as practices that successfully boost the emotional and academic resilience of at-risk or vulnerable children.

Analogous to the "therapeutic space" in the psychodynamic model, school and community professionals can provide such "micro-spaces" of support to families experiencing social exclusion and poverty, enabling them to face up to these critical situations in a less "traumatic" or disorganizing way. Childhood disability may place additional burden on such families. In fact, many of these families may need intense social and medical support that guarantees favourable elementary conditions of living.

School-based psychosocial and targeted psychotherapeutic interventions

The school-wide interventions considered here fall into three broad groups: (a) programs to enhance social competence and social problem-solving, (b) programs specifically targeted at the reduction of aggressive behaviour, and (c) programs to reduce bullying (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002).

Although several critiques have been made concerning the efficacy and methodology of alternative educational interventions (e.g., social-emotional learning programs, conflict-resolution programs, anger management programs, etc.) implemented in schools (Jones, 2004; McEvoy & Welker, 2000; Weare, 2000), there is an additional number of studies that show promising results (Bloomquist & Shnell, 2002; Jones, 2004; Tolbin & Sprague, 2000). For instance, the implementation of the Resolving Conflict Creatively Program (RCCP) in a highly representative sample of 1,160 children in grades 1–6 from New York City public elementary schools showed that children were less likely to make hostile attributions to peers in provocative but ambiguous social situations; were less likely to be aggressive in interpersonal negotiations; and reported fewer conduct problems, depressive symptoms and aggressive fantasies, and fewer teacher-reported aggressive behaviours (Aber, Jones, Brown, Chaudry, & Samples, 1998). Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) is another universal school-based prevention program, designed to reduce aggression and behaviour problems by promoting social-emotional competence, which has been shown to lower internalising and externalising behavioural problems in 2nd and 3rd graders, whilst training and supporting the teachers involved in delivering the curriculum (Greenberg, 2006).

The principal critique made against school-based interventions and alternative educational programs concerns: (a) the limited time and resources allocated to staff development and program implementation; (b) the lack of data on implementation of interventions (partial implementation of the interventions); (c) the lack of monitoring and methodical assessment of the interventions; (d) the lack of follow-up studies regarding the long-term efficacy of interventions (Gresham, 2004); (e) the success measure, which is based mostly on cognitive modification concerning violence rather than on long-term behavioural effects (McEvoy & Welker, 2000); (f) the failure to target specific risk factors; (g) the lack of an individualized and specific intervention strategy (having instead a rather universal and preventative character); (h) the lack of a coordinated strategy for the implementation of alternative educational programs. Adelman and Taylor (2010) suggest that many programs for students with emotional and behavioural problems (EBP) are fragmented and reflect a narrow view of the nature of the student's disability. It is also worth pointing out that a lot of them are very costly.

Greenberg (2003) reviewed school-based interventions and concluded that programs in this area are most beneficial when they simultaneously enhance students' personal and social assets, as well as improving the quality of the environments in which students are educated. They also argue that optimal delivery of programs is through trained teachers who integrate the concepts into their regular teaching and do so over a long period of time. Added to this, we would point to the need for an inbuilt awareness of poverty and other social inequalities in any such intervention, especially in countries in which economic crisis has had a dramatic impact on families, although we note that there are as yet few such programmes specifically designed for school populations.

The eco-systemic resilience model of intervention draws on the resources of the different systems that affect the developmental and academic outcomes of children. If the problems occur in school, professionals will support and strengthen the teacher; if the problems are within the peer group, then they may either work with the peer group directly, or collaborate with the available educational staff to re-direct the student to more pro-social activities and groupings in order to reinforce ties with classmates. If the problem is related to issues of poverty and inequality then community-based interventions in cooperation with schools are needed. Besides specific psychosocial and psychoeducational activities, the interdisciplinary team (comprising school psychologists, special educators, teachers, or educators trained in alternative psychosocial methods) may target the promotion and strengthening of pro-social behaviours and interpersonal skills. If the parents are not involved and find it hard to frame and guide their child, then therapists together with the interdisciplinary team will support the parents in assuming a more involved parental role. The systemic approach recognises that problems (and solutions) exist within many different systems and the more inclusive and flexible a practitioner can be, the better it is for the young person. Moreover, resilience models emphasise the strengthening of the child's innate capacities and inner or outer resources.

Furthermore, school counsellors or educational psychologists who work within the school context from a psychodynamic systemic perspective may mediate in parent–teacher conflicts and facilitate family–school communication and teacher–child relationships. Consequently, they can act as a buffer and prevent the escalation of mutual overreactions or intense behaviours. More specifically, school psychologists may help parents and teachers gain better insights into their children's problems, and work with the parents' and the educational staff's negative emotions around children's behaviours.

Schools should try to create a *holding* environment for counselling and psychotherapeutic purposes in cooperation with flexible, school-based teams of professionals who work from a psychodynamic, resilient and systemic perspective to address risks and strengthen vulnerable students against future mental health disorders. Well-trained professionals can address pupils' intrapsychic issues, enabling them to resolve major internal conflicts; accordingly, interpersonal and contextual issues can be addressed with the cooperation of parents and teachers, and by the use of psychoeducational interventions. Dealing with contextual factors that hinder pupils' psychosocial functioning, and promoting positive facilitating factors, are essential targets for any ecosystemic resiliency-oriented program.

A case study of working from a psychodynamic, resilient and systemic perspective in a primary school on the island of Crete

A brief overview of the Greek referral system

School educational psychologists are lacking in the Greek educational system. As a result, most pupils with problems in mainstream schools, who are in need of specialised and targeted interventions, are missing out on the type of comprehensive service discussed thus far in this paper. Pupils may be referred to Centres for Diagnosis and Support (KEDDY). These small, regional units are staffed by teachers, special educators, social assistants, and psychologists, and are often chronically under-resourced with respect to the huge number of referrals received. Their aim is to assess pupils' educational needs and facilitate their reintegration into mainstream school, usually via a traditional psychiatric assessment and a strict behavioural program. In actual fact, this often proves to be too large a task for children with emotional and conduct disorders, who are unable to adjust to the behavioural requirements of mainstream school. Furthermore, psychologists working in KEDDYs usually lack specialised training in family support, system-level interventions, or advanced individual psychotherapy, and in most cases have limited access to academic resources, training and research.

Within this context, researchers from the Educational Department at the University of the Crete, together with local and foreign professionals and academics, are implementing experimental action research intervention programs in schools to target cases of challenging behaviour.

Theoretical background and purposes of the (psychosocial-psychoeducational) intervention

In brief, the rationale behind these intervention programs draws on the following theoretical models and approaches: a) the contemporary psychodynamic approach and resilience therapy; b) the ecosystemic/risk and protective factor perspectives; c) trauma-related theory; d) inclusive psychology and critical pedagogy.

In practical terms, what is proposed is a whole-school model which encompasses a multilevel, multidimensional intervention plan; namely, interventions at the individual, family, teacher, classroom, and school levels, including a variety of techniques – educational, learning-instructional and clinical-psychosocial. The duration, intensity and extent of the intervention depends on the pupil's issues, challenges, and requirements, as well as the environmental (school and family) reactions.

Ensuring a working alliance between teachers and special educators to provide reliable educational and psychosocial support for the “disordered” pupil is an essential component of the successful implementation of an intervention program. In general, two major goals should be included: addressing the children's personal intrapsychic difficulties, and addressing the contextual factors that may impede those children in unfolding their innate potential and building the necessary social, emotional, and academic skills.

More specifically, the following key principles shape and guide our school-based practice (see also Kourkoutas, 2012; Schmidt, 2010):

- Recognition that each case of “problematic” behaviour has meaning and represents an effort, direct or indirect, conscious or unconscious, to communicate disturbing or unprocessed emotions in order to affect the child's proximal environment;
- The centrality of advocacy for the child and young person (a child-centered approach);

- Understanding and working with the parental and family context: understanding how the child “speaks” within the family;
- Promoting a therapeutic process for children, parents and teachers that provides containment and empowerment and focuses on enabling parents and teachers to become more resilient;
- Understanding the importance of the setting: working towards the implementation of an inclusive and holding “therapeutic” environment that promotes socio-emotional skills and focuses on the strength of relationships and the child’s social and academic inclusion;
- Working towards a broader conception of child and family wellbeing, and of the intervention and inclusive processes within the school context;
- Accepting that challenging, problematic and disturbing behaviours may represent acting-out of uncontrolled internal impulses and strong negative feelings that the child can neither bear nor work through emotionally and cognitively.

Overall, our intervention program is integrated within the framework of recent work on developmental trends in the onset of problematic and antisocial behaviour, which has focussed on early starter pathways and on family and social parameters. Therefore, the proposed studies implement a family-based intervention program as early as possible. If they are not treated appropriately, pupils entering school with serious unresolved emotional, family, behavioural or self-regulation problems are at increased risk of more severe emotional, behavioural and learning disorders. In addition, if these children are labelled as pathologically disturbed and excluded from the school system, their emotional deficits and extreme or pathological defences and reactions are more likely to be reinforced. The studies draw attention to the importance of early implementation of comprehensive school-based interventions in parallel to interventions at the family level for those pupils.

Child and family history: strategies and goals of the intervention plan

In this specific case study we encountered a boy (referred to as P), aged 6.5 years (first grade), with hyperactivity and conduct problems. He was the eldest child of a low-socioeconomic-level family with two other children who lived in the city. His father, who worked in the fields breeding animals, had had a stroke two years earlier, which seemed to have caused significant problems in family functioning.

The intervention plan included a series of initial meetings (two) with teachers (including the school head, classroom teacher, and special educator) and parents, in order to outline the main issues and questions regarding the way in which the child was functioning and behaving in school, as well as teachers’ interventions and perceptions of child’s difficulties.

The school head considered P a very disturbed and pathological case, from a highly problematic family environment. P was diagnosed as hyperactive, and as exhibiting significant emotional immaturity and conduct problems. In the first grade of primary school, he exhibited significant adjustment problems, displayed non-compliant, oppositional reactions and passive-aggressive behaviours toward his classroom teacher, as well as sporadic aggressive behaviours and explosions toward his peers in the school yard. Although he was able to play with his classmates for a while without any serious problems, he was also exhibiting unpredictable mood swings that were keeping him away from his mates’ games.

The classroom teacher had developed a number of strategies and techniques to help P integrate into the classroom. She acknowledged feeling overwhelmed and distressed at times, but also very frustrated and disappointed with the P case, as she felt that he hadn’t made any serious progress. She admitted having done a lot of things for him, but she felt impotent and unable really to help P escape his “*emotional confusion*” and stop him from being aggressive. P became very challenging and disruptive, even with the teacher, when he felt frustrated or when she tried to exert limits on him in an effort to maintain the classroom rules. She felt “*confused*” by P’s disruptive behaviours and intuitively believed that he was a sensitive but unhappy boy. She also mentioned that often, instead of feeling angry, she felt rather sad for him. She finally admitted to not being able to handle the situation, despite her considerable efforts during the last four months to use positive methods to reduce P’s disruptions and aggression, and enhance his classroom integration. The rest of

the educational staff didn't have a clear idea of his problems, but most of them were convinced that P needed a specialised treatment for his aggressive and unpredictable behaviour.

A number of family sessions were conducted with the mother and one with the father. P was presented by the parents, and especially by the father, as a boy with significant problems during the preschool period relating to his impulsivity, his inability to self-regulate and problematic relationships with his peers. He was described by the mother as a *lonely*¹, *sensitive* and *resigned* boy, who was extremely affected by the father's illness, despite being presented by some school teachers as "*aggressive and mean*".

The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), including the Inattention and Hyperactivity-Impulsivity subscale, was administered to capture objective data on the child's psychosocial functioning. High rates of anxiety and depressive feelings were revealed, as well as emotional self-regulation and disruptive problems, in agreement with the initial diagnosis.

The major goal at this stage was to formulate a hypothesis about the factors contributing to P's problematic behaviours. Therefore, from the initial family sessions with the mother, the following issues were considered by all the involved professionals as crucial for understanding the family's functioning and its impact on the development of the child's problem behaviours:

- a) A very problematic couple relationship: a father who has been described by the mother as *a hard working and active, but not always easy man*, emotionally quite *tough, reserved, distant* and *uninvolved with the children*; the mother seemed from the beginning of the marriage to suffer from the father's character; she was not satisfied with the couple's emotional tie and the climate in the family, though she expressed her admiration for her husband several times and from many aspects;
- b) The father's stroke had occurred some years ago (P was 4.5 years old at the time) and caused him serious medical and physical limitations, which at their worst left him immobilised; the stroke seemed to have had a dramatic impact on his functioning; he couldn't work anymore, and he became very nervous and verbally violent towards others, as he was emotionally unable to face the situation and overcome his disability;
- c) The father's stroke seems to have been as a crucial turning point in family life, as it had had a tremendous effect on the family dynamics and function; the father's reactions generated a "*painful and sick climate*" inside the family, as he was lying in bed suffering, *shouting* at or *insulting* the children about the minimal noise they made; and according to the mother, the children had been severely disturbed by their fathers' disability and the image of a father who was stuck in his bed and shouting incessantly;
- d) P seemed devastated by his father's anger and the escalation of his aggressive behaviour towards him; the father's behaviour produced the opposite effect on the children, especially P, who became very distressed and nervous and started to exhibit disruptive, non-compliant behaviour;
- e) During the period before the father's stroke, P was described by the mother as a very *lively* and sometimes *overactive*, though very *sensitive*, boy;
- f) Despite the fact that she was very caring and protective, and emotionally devoted to her children, the mother was unable to sufficiently protect them from the shock of their father's reactions; she was also suffering from his illness and his behaviour, but she was quite dependent on him and powerless to exert any kind of influence over him in order to modify his behaviour, or even to help her husband process the traumatic effect the stroke had had on him.

Based on additional data from the initial session with P, a primary hypothesis was formulated by the intervention team: that P was profoundly traumatized by his father's illness and subsequent aggressive reactions. In actual fact, P was considered by the professionals to be a maltreated child, despite the caring and protective relationship he had with his mother. Furthermore, it was proposed that during a developmental period (4–6 years) which is crucial for the growth of the sense of self, self-esteem and self-value, the boy was not sufficiently contained and supported by his parents to overcome his infantile anxieties and to better respond to the challenges of the socialisation process (interpersonal relationships, school requirements, etc.); in contrast, he was permanently faced with distressing and destabilising behaviour stemming from his father. Instead of functioning as an attractive and supportive "identification" model to help P unfold his emotional potential and develop psychosocial skills, his father was threatening, entrapping P in a stressful and

¹ The terms in italic are exact reproduction of the parents' or teachers' narrative.

conflicting position. According to the mother, P was attached to his father, permanently seeking his approval and encouragement; yet his father was totally indifferent to his needs and expectations. Even before the stroke, P was suffering from his father's absence, his emotional resignation and his distant behaviour. The father believed that the mother was highly overprotective; for his part, he was trying to avoid P becoming a weak or "feminized" boy. Overall, the team was convinced that the incessant family conflicts, and the fact that the mother was also subjected to the father's verbal and non-verbal aggression and threats, had seriously jeopardised the children's socio-emotional development during the last few years.

During the individual sessions, although very resigned and resistant in the beginning, and refusing to talk about his father, P admitted that his father's shouting and attacks against his mother made him "feel really sad". The children were witnessing the father's persistent violent explosions and threatening behaviours against their mother. P's teachers were aware of the family conflict, but could not imagine the degree to which this family was destabilised, and how the children were affected by the father's critical and rejecting behaviour. Research team members strongly believed that the father's behaviour was debilitating for P's cognitive, emotional and behavioural development, leading to his oppositional behaviours and explosive aggression at school.

In fact, studies demonstrate that parents who are rejecting, uninvolved, and often angry, and who frequently employ physical or psychological punishment to enforce limits, are more likely to have children who are disruptive or aggressive with their peers (Campbell, 2002). Many researchers have found a linear relationship between parents' use of physical punishment and children's reactive aggression and bullying (Simpson & Mundschenk, 2012). Evidence thus exists that a father's rejecting, aggressive or violent behaviour may have a dramatic impact on children of both genders' social, emotional, behavioural, and school adjustment.

In our case, P was emotionally supported by his mother, a relationship which protected him from even being more emotionally disorganised and behaviourally disruptive and aggressive than he was. It is believed that this relationship also prevented him from exhibiting sadistic tendencies toward other children. This is supported by research which shows that children who experience abuse may also display sadistic behaviour toward vulnerable peers, and that a relationship with a supportive adult can help them develop more prosocial behaviour.

Concerning the individual therapeutic intervention with the child, and the goals of this intervention, it was considered essential to provide P with a "containing framework" that would help him "put an order inside", and sort out of the conflicting and confusing emotional states caused by his family situation, notably his father's behaviour. A containing framework would be provided through the "relational presence" and accompaniment of an experienced professional, who recognises through talking and alternative ways of expression (e.g., playing) his unbearable, contradicting and ambivalent feelings towards his father (anger together with sadness and pain). The relational process and framework would help him "voice" (through verbal and non-verbal means) his internal struggle and confusion, his deepest sadness and depressive feelings related to the father's rejection, and the pain he was experiencing by seeing him suffer.

It was suggested that the relationship with his teacher, though supportive and caring, was not sufficient to help P sort out his internal confusion and become less disruptive and aggressive. P was suffering from strong contradictory emotions (the individual sessions brought to the surface his pain and anger) that he was unable to handle; such strong and painful emotions were considered a source of disruptive and aggressive acting-outs.

Overall, the proposed hypotheses were based on strong research evidence which associates conduct problems in childhood both with inconsistent, harsh or aggressive parenting, and traumatising or coercive practices (Kauffman & Landrum, 2013; Levine, 2007; Mash & Wolfe, 2012). Victimized children are much more likely to develop defiant, challenging or non-compliant and aggressive behaviours, as they are also suffering from strong emotional disorders that underlie their behavioural explosions. In addition, many of these children (and this also was the case for P) display very contradictory "inner dynamics", as from the one side they have extreme dependency needs, probably due to their deficient self-conceptions and lack of emotional fulfilment, and from the other side they show rejecting or aggressive behaviour that keeps others away.

To effectively address these behaviours, it is important to establish a comprehensive and holistic therapeutic plan that encompasses family, individual, and school aspects, and which also targets emotional and social behavioural issues.

The individual work with the child

The individual work with P primarily focused on building a trusting and accepting relationship with him. A key component of this work is the provision to the child of a stable relational environment which is protected from the conflicts, frustrations and even traumatic experiences of reality. Many “aggressive” children are emotionally unreachable, as they tend to use strong defences to cover for their internal vulnerability and protect their fragile self-conception. P was also difficult to reach because he was depressed, disruptive and sometimes stubborn and reactive. For a series of sessions the therapist attempted to be “with the child”, to gain his trust rather than trying to immediately disclose him. Psychodynamic and resilience-oriented interventions attempt to go beyond the symptoms: to meet the suffering child, enhance their mentalizing processes, enable them to better handle the challenges of his internal and external reality, and stop enacting painful and distressing feelings and experiences.

A combination of talk and innovative techniques (e.g., direct talk, mutual storytelling, self-created stories, combining talk and playing, drawings, games, and other transitional or projective techniques) were employed to overcome P’s reticence and allow the establishment of a trusting relationship and the expression of painful experiences.

The individual work aimed at helping the child “put words” on what was “unspeakable” and painful, or internally conflicting or puzzling. After a series of sessions, P started to verbally and non-verbally express his negative emotions, especially his anger towards both his parents. His initial drawings and games reflected a narrative full of violence, anger, fear and distress. The therapist helped him articulate and give expression to his confusion and contradicting emotions: he admitted being very *sad* for his father’s illness and *terrified* by his behaviour, even though he was disobedient and disruptive. He was *like that* because his father *didn’t love him* and was incessantly shouting and trying to hit him, breaking things inside the house and trying to *hit mommy*. He was also scared that his mother would fall *ill* and *die*. He liked his teacher but was not sure *that he wants to go school every day*. There were teachers that were *nice* and others that were really *mean* and *nuts*. He had a lot of friends but was not sure he’d like to be with them. Although P started to get attached to his therapist, he remained quite introverted until the end of the intervention process.

Based on his drawings and his narratives in the Cognitive Analytic Therapy (CAT) sessions, it was concluded that P was *emotionally extremely dependent* (also taking into account his relationship with the teacher and his incessant demands for attention and support, often expressed in disruptive or non-conventional ways). It was therefore believed that some of his disruptive behaviours and acting-outs were related to the fact that he was not able to draw the teacher’s attention and care, or his classmates’ interest, with pro-social means. His learning difficulties increased his problems with classroom and academic integration, and put him at risk of more disruptive or challenging behaviours in the classroom.

The ultimate goal of the individual intervention was to enhance therapeutic communication and address all the issues which came to light in the verbal or non-verbal material. Through individual sessions, and the containing and positive relationship with the therapist, it was attempted to help the child gain better self-perception and emotional reassurance; furthermore, it was aimed to enable the child to work through his troublesome emotions, which were pushing him to behavioural explosions and acting-outs, and show him how concerned he was with his teacher’s and his peers’ acceptance and how frustrated he was by his inability to associate with them in a satisfying way. The classroom teacher’s availability was not sufficient to fulfil his profound needs and expectations for emotional soothing and self-assertiveness. Besides, she reported always being *challenged* and *requested*, which made her feel *exhausted* and often *impotent*. The relationship with a number of peers and teachers was rather conflictual and problematic, putting him in a position of extreme frustration and even anger. It was in fact the same kind of frustration and rejection he was experiencing with his father at home.

The therapist integrated verbal interventions into a frame of dynamic and creative communication and exchanges with the child through playing or storytelling and direct talk. This kind of work recognises and verbalises the child’s profound and often neglected needs for self-recognition and approval, and activates a reflective process that could help them gain better control over their emotions and behaviours. Moreover, when employed with care and caution, the technique of verbalising stressful family experiences (for example, the father’s hostile behaviour and his illness), and the child’s subsequent emotions, may be very soothing for the child’s trauma. Though it is usually believed that more targeted behavioural interventions might produce better results, recent studies have shown that psychodynamic and systemic interventions

could be very helpful for children's emotional and behavioural problems (Kourkoutas, 2012; Levine, 2007); besides, the classical behavioural interventions are not as successful as previously thought, as they are not so effective in real "clinical populations" (Kourkoutas, 2012).

It was considered essential for P to participate in a series of psycho-educational programs which would allow him to unfold his psychic potential, reinforce his interpersonal skills and ameliorate his relationships with his classmates. It was also suggested that he be provided with learning support from the special educator, a procedure that his father had refused at the start of the year; it was thought that part of his disruptive behaviours could be activated by his inability to appropriately follow the lesson and participate in classroom activities.

Almost three months later, during an evaluation meeting at the school, the classroom teacher noted that P was much less hyperactive, and not at all aggressive, less dependent and demanding, though he had become more *introvert and sometimes quite reserved*.

The work with the parents

The intervention assigned a central role to taking a family history and asking parents to relate their own story, talk about their relationships and their family reality, their own experiences, beliefs, attitudes and practices toward the child, their ways of dealing with their children's problems, and what they perceive as problems. This was not merely an administrative process or a forerunner to therapeutic intervention; rather, it was a dynamic and transformative experience in which, thanks to the professionals' specific interventions, the parents began to articulate their own narrative and were encouraged to realise the "unknowable" parts of their child, his or her needs and expectations and the associated developmental challenges and requirements, as well as the consequences for the child of parental behaviours and rearing practices. In fact, parents were invited to gain a better insight into their own couple relationship, the family climate and communication, and their child's behaviour and development. Regardless of the quality of the working alliance, and the resistances parents may display, they were confronted by the professionals with the inner reality of their child, which is often misunderstood, underestimated or even ignored.

In our case, we outlined the following issues and discussed them with P's parents:

- a) How affected P was by his father's behaviour, which he was experiencing as open rejection;
- b) How affected he was by his father's illness and pain;
- c) How disturbed P was by the whole situation, and how these emotional states produced disruption, over-activity and disobedience;
- d) How impotent P was to approach his father and find ways to communicate and relate to him;
- e) How vital it was for P to have a positive and supportive relationship with his father, which could reinforce his self-conception, self-esteem and gender identity;
- f) How children may "incorporate" and reproduce or transfer to other contexts the aggressive behaviours they are experiencing at home;
- g) How difficult it was for P under these circumstances to adjust in school and adequately respond to the first-grade challenges and requirements;
- h) How school failure and his inability to properly relate to his classmates frustrated and depressed him;
- i) How some teachers' and peers' rejection reinforced his feeling of frustration, anger and depression, generating more disruption or aggressive behaviours.

The father was really surprised to realise that P was so affected by his illness and his subsequent disability and suffering, which had also made P suffer. He was also surprised to hear that behind P's non-compliant and disruptive behaviour might lie very difficult and painful feelings related to his father's illness. His father was shown that P reacted to pain and distress in the same ways that he personally did (anger and aggression). It was outlined that the father's violent explosions increased P's inability to self-regulate, and to develop appropriate coping strategies. In addition, P was overwhelmed by feelings of impotence, stress, sorrow and pain for his father. As a child he was in a more vulnerable position emotionally, since he was both highly dependent on his parents and feeling powerless to help his father cope with so much stress and pain. Fears about death and losing his mother emotionally overburdened him. His learning difficulties and relational problems, which led to a lack of acceptance by his classmates and the rest of the educational staff, increased the risk of him being more disruptive and emotionally withdrawn. It was also explained to the parents that P

was transferring the same problems of acceptance, self-recognition, self-belonging and assertiveness that he was experiencing in the family, to his school. Parental sessions focussed on the trauma of the stroke, and the pain and confusion that this had caused for the father.

The work with P's parents, which lasted several months (five sessions in total), focussed on helping them, notably the father, recognise P's suffering, overcome their debilitating negative emotional reactions, and find ways to better relate to P and treat him better in everyday life. Though the work with the family was quite short, the mother reported in an evaluation meeting some months later that P's father *had changed a lot after the sessions*. Although he continued to *suffer* and was depressed, he was *less aggressive* and *less brutal* with P. For the next year, the parents were referred to the regional hospital psychological services in order to ensure their emotional support and guidance.

The family treatment was focussed on helping the parents deal with and resolve their own emotional ambivalence, inconsistency and/or negativity toward their child, overcome the couple conflicts that caused emotional unavailability and inadequate practices, and promote their own parental skills.

The work with the educational staff, the classroom teacher and the special educator

The educational staff, especially the classroom teacher, sought help and guidance, and three months later the classroom teacher was trying to help P stop his disruptive behaviours and integrate into the classroom. She thought she had done everything she could, although she felt overwhelmed, desperate and sometimes very sad about the final result. It has been argued that these children's distressing experiences may almost incapacitate staff, who themselves seem to internalise the powerful, unmanageable feelings these children display (Hanko, 2002).

The proposed work with the educational staff had a twofold aim: a) inform teachers how parental practices and specific family events affect the child's functioning, and how these problems are transferring into the school, with the aim of modifying their negative perception of the child; b) provide a meaningful intervention plan to help the classroom teacher deal with the disruptive behaviours, and to provide emotional support, as she was feeling at the point of burning out.

Long-term psychodynamic work with teachers can allow them to work with their distressing emotions and gain better control of the situation by increasing their awareness as professionals. It can sharpen teachers' recognition and deepen their understanding of children's emotional and behavioural needs, and augment their ability to respond to them more appropriately (Hanko, 2002). In addition, it can help them learn to develop their support, consultancy and negotiating skills through a supervisory process.

Indeed, through regular meetings teachers were helped to gain a more thorough insight into P's internal confusion and the pain he was experiencing in relation to his father. It was important to show teachers how emotionally unprepared and unskilled P was to face the challenges of social and school adjustment.

The classroom teacher felt really relieved when she was shown that, because of the strong emotional attachment and dependence P had developed with respect to her, he was continuously transferring to her the unresolved conflicts and needs that related to his family. It was also suggested that she be less emotionally involved and try to maintain a certain distance with P, without losing the careful and attentive stance she was displaying. She felt grateful for having been helped to clearly perceive her limits (i.e., that she could not fulfil his deep emotional needs), and the suggestion that she could help him more effectively in the classroom by focussing on academic support. In the final evaluation meeting, five months later, she reported that P was less withdrawn, more attentive, and much more integrated in the classroom, and much less disruptive, demanding, reactive and aggressive, even if he still remained an introverted boy.

The special educator supported P to gain better control of the learning material and to be more adequately prepared for the classroom requirements (as the mother was unable to do this). The special educator reported that over a period of four months, she established a good relationship with P, and that P was proving very receptive and cooperative. She also focused on strengthening his self-esteem and academic self-competence through continued praise and the implementation of attractive instructional techniques.

Summary of the intervention report

The final report at the end of the academic year, based on data collected from a series of measures and from interviews with the classroom teacher and the mother, showed significant improvement in P's psychosocial functioning. Furthermore, there was a considerable decrease in behavioural problems, as well as better classroom integration.

The interdisciplinary partnership work that encompassed the interventions at individual, family and school level seemed to really help P better handle both his internal distress and disruptive behaviours, and helped the teachers to be more effective with him.

Conclusions

The available evidence shows that successful interventions for children with behavioural problems should include the following: (a) individual treatment or therapeutic counselling for the child; (b) family training and counselling, or therapeutic family interventions; (c) counselling guidance and supportive supervision for teachers and other education staff. More specifically, evidence indicates that interventions need to be multimodal, multidisciplinary, precise and flexible at the same time, focussing on specific goals and combining a range of educational and therapeutic techniques (Young, Marchant, & Wilder, 2004).

Finally, the choice of intervention should be guided by the particular developmental context of the child and his or her unique needs, and ought to address the plethora of contextual and personal risk and protective factors (Adelman & Taylor, 2010; Fraser & Williams, 2004). Comprehensive and continuous assessment of whole-child functioning seems to be an important dimension of any meaningful intervention (Schmidt, 2010; Young, Marchant, & Wilder, 2004).

In conclusion, there is now strong evidence that multimodal intervention strategies can be effective for a range of children with various conduct problems, and that schools can play an important role by putting health, counselling, recreational and training skills programs under one roof (McNab, 2009). Schools and professionals who are trained in inclusive psychology, resilience and psychodynamic systemic approaches should be able to cooperate with the educational staff, aiming to creating a caring environment for all students, but also developing specific targeted interventions for the most vulnerable or disordered. Authors should also adhere to the social model of childhood disability, which constitutes a paradigm shift away from the traditional disease and medical-based models, so that they are aware of the importance of the implementation of professional interventions for children who struggle with emotional and behavioural difficulties. In addition, to address the student's challenging behaviours, schools should close the gap between life-learning and curriculum-learning, and place the emotional development of children and adolescents at the core of their practice (Schmidt, 2010; Urquhart, 2009). Teacher's role and capacity to develop meaningful and supportive relationships with vulnerable or challenging students remains critical. School psychologists or counsellors have a crucial role to play in supporting them fulfilling this goal (Hanko, 2002; Kourkoutas & Giovazolias, in press).

Even though such programs may seem to be complex or expensive in their implementation, their practicability and overall low cost have been proved and tested, as they involve small flexible teams that can work with a number of schools (e.g., 4–5) in a specific area. One of the most challenging issues for academic institutions and theorists remains how to reach a consensus and train prospective teachers and school psychologists in theories and practices that combine clinical with resilience and school inclusion approaches, which have been proved to be meaningful and helpful for teachers and families at risk (Lunt & Norwich, 2009; Rhodes, 2007).

Last but not least, regarding inclusive education it has been argued that both professionals and parents all too often, and unthinkingly, collaborate in protecting disabled children (in terms of traditional categories of disability) from risk-taking and personal responsibility (Finkelstein & Stuart, 1996). A consequence is that disabled children can grow into adulthood poorly equipped with the social skills necessary to form meaningful relationships, compete for jobs, and sustain their own independent household. This is the vicious circle of dependence and over-protection in which disabled children are often trapped by parents and professionals (Miller, 2000).

In our inclusive model, a strong emphasis is put on how to help all “problematic” or vulnerable students develop their own resources and skills through various systems of relationships and networks, or specific practices that focus on these elements. Indeed, we strongly believe that inclusion is about genuine relationships, and about the intentional building of meaningful relationships wherein difference is welcomed and all benefit (Miller, 2000).

References

- Aber, J. L., Jones, S.M., Brown, J.L., Chaudry, N., & Samples, F. (1998). Resolving conflict creatively: Evaluating the developmental effects of a school-based violence prevention program in neighborhood and classroom context. *Development and Psychopathology, 10*, 187-213. doi: 10.1017/S0954579498001576
- Adelman, H.S. & Taylor, L. (2010). *Mental health in schools: Engaging learners, prevention problems, and improving schools*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Banton, A. & Timmerman, S. (2011). *A strengths based approach to working with youth and families: A Review of research*. Retrieved from: <http://nyapinc.wordpress.com/2011/07/01/a-strengths-based-approach-to-working-with-youth-and-families/>
- Bloomquist, M.L., & Schnell, S.V. (2002). *Helping children with aggressive and conduct problems: Best practices for intervention*. New York: The Guilford Press
- Brehm, K., & Doll, B. (2009). Building Resilience in Schools. A Focus on Population-Based Prevention. In R. W. Christner & R. B. Mennuti (Eds.), *School-Based Mental Health A Practitioner's Guide to Comparative Practices* (pp. 55-86). New York: Routledge.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1275-1293. doi: 10.1097/00004583-200211000-00009
- Campbell, S. (2002). *Behavior Problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. New York: The Guilford Press.
- Casey, K. (2012), Social skills training and students with emotional and behavioral disorders. In J.P. Bakken, F.E. Obiakor & A.F. Rotatori (Eds.), *Behavioral disorders: Practice concerns and students with EBD* (pp. 43-60). Bingley, UK: Emerald Group Publ. doi: 10.1108/S0270-4013(2012)0000023006
- Cohen, J. (2013). Creating positive school climate: A foundation for resilience. In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (pp. 411-422). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_24
- Cooper, P., & Jacobs, B. (2011). *From Inclusion to Engagement: Helping students engage with schooling through policy and practice*. Oxford: John Wiley.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2011). The effects of a multi-year universal social-emotional learning program: The role of student and school characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2),156-168.
- Dishion, T J., & Patterson, G. R (2006). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Risk, disorder, and adaptation* (Vol. III, pp. 503 -541). New York: Wiley and Sons.
- Dunn, J. (2001). The development of children's conflict and prosocial behavior: Lessons from research on social understanding and gender. In J. Hill, & B. Maughan (Eds.), *Cambridge child and adolescent psychiatry: Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 49-66). New York: Cambridge University Press.
- Doll, B. (2013). Enhancing resilience in classrooms. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 399-410). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_23

- Elliot, J., & Place, M. (2012). *Children in difficulty*. New York: Routledge
- Farrington, D. P., Ullrich, S., & Salekin, R. T. (2010). Environmental influences on child and adolescent psychopathy. In R.T. Salekin & D. R. Lynam (Eds.), *Handbook of Childhood and Adolescent Psychopathy* (pp. 113-134). New York: The Guilford Press.
- Fell, P. (2002). Overcoming barriers to successful support: an examination of issues for teachers and support workers. In P. Gray (Ed.), *Working with emotions: responding to the challenge of difficult pupil behaviour in schools* (pp. 49-59). London; Routledge/Farmer.
- Felner, R.D., & DeVries, M.L. (2013). Poverty in Childhood and Adolescence: A Transactional–Ecological Approach to Understanding and Enhancing Resilience in Contexts of Disadvantage and Developmental Risk. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 105-126). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_7
- Fiese B.H., Wilder, J., & Bichham, N.L. (2000). Family context in developmental psychopathology. In A.J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd edition) (pp. 115-134). New York: Kluwer Academic /Plenum Publishers. doi: 10.1007/978-1-4615-4163-9_7
- Fleming, J.L., Mackrain, M., & LeBuffe, P.A. (2013). Caring for the caregiver: Promoting the resilience of teachers. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd edition) (pp. 387-397). New York: Springer- doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_22
- Fonagy, P. (2006). Psychodynamic therapy with children. In H. Steiner (Ed.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach* (pp. 621-658). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Ford, J. D. (2002). Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6(1), 25-58. doi: 10.1300/J146v06n01_03
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent . Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211. doi: 10.1097/00004583-200310000-00011
- Fraser, M., & Williams, S.A. (2004). Aggressive behavior. In L. Rapp-Paglicci, C.N. Dulmus, & J.S. Wodarski (Eds.), *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp.100-129). New Jersey: J. Wiley & Sons.
- Frick, P.J., & Kimonis, E. (2008). Externalizing disorders. In J.E. Maddux & B.A. Winstead (Eds.), *Psychopathology: Contemporary issues, theory, and research* (2nd edition) (pp. 349-374). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Galassi, J. P., & Akos, P. (2007). *Strengths-based school counseling: Promoting student development and achievement*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goldstein, S., & Brooks, R.B. (2007). *Understanding and managing children's classroom behavior: Creating sustainable, resilient classrooms*. New York: John Wiley.
- Goldstein, S., & Rider, R. (2013). Resilience and the disruptive disorders of childhood. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 183-200). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_11
- Greenberg, M.T. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466–474. doi: 10.1037/0003-066X.58.6-7.466
- Greenberg, M.T. (2006). Promoting resilience in children and youth: Preventive interventions and their interface with neuroscience. *Annals of New York Academy of Science*, 1094, 139-150. doi: 10.1196/annals.1376.013

- Gresham, F.M. (2004). Current status and future of School-Based Behavioral Interventions. *School Psychology Review*, 33(3), 326-343.
- Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorders. In R. Greenwald (Ed.), *Trauma and juvenile delinquency. Theory, research and interventions* (pp. 5-24). Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Hart, A., & Blincow, D., & Thomas, H. (2007). *Resilient Therapy with children and families*. London: Bruner Routledge.
- Hanko, G. (2002). Making psychodynamic insights accessible to teachers as an integral part of their professional task. *Psychodynamic Practice*, 8(3), 375-389. doi: 10.1080/1353333021000018980
- Hawker, D.S.J., & Boulton, M.J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychological maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 441-455. doi: 10.1111/1469-7610.00629
- Jones, T.S. (2004). Conflict resolution education: the field, the findings, and the future. *Conflict Resolution Quarterly*, 22, 235-267. doi: 10.1002/crq.100
- Kassen, S., Johnson, J., & Cohen, P. (1990). The impact of school emotional climate on student psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 165-177. doi: 10.1007/BF00910728
- Kauffman, J.M., & Brigham, F.J. (2009). *Working with troubled children*. Verona, WI: Attainment Company.
- Kauffman, J. M., & Landrum, T.J. (2013). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (International Publication). Boston: Pearson/Merrill
- Kourkoutas, E. (2012). *Behavioral disorders in children: Ecosystemic psychodynamic interventions within family and school context*. New York: Nova Science.
- Kourkoutas, E. & Raul Xavier, M. (2010). Counseling children at risk in a resilient contextual perspective: A paradigmatic shift of school psychologists' role in inclusive education. *Social and Behavioral Science*, 5, 1210-19. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.263
- Kourkoutas, E., & Wolhuter, C.C. (2013). Handling Learner Discipline Problems: A psycho-social whole school approach. *KOERS: Journal, Bulletin for Christians Scholarships*, 78(3), 1-8.
- Kourkoutas, E., & Giovazolias, T. (in press). School-based work with teachers: An integrative counseling model. *The European Journal of Counselling Psychology*.
- Kracher, M.J. (2004), Connectedness and school violence: A framework for developmental interventions. In E.R. Gerler (Ed.), *Handbook of school violence* (pp. 7-40). Binghamton, NY: Haworth.
- Lerner, R. M., Agans, J. P., Arbeit, M. R., Chase, P. A., Weiner, M. B., Schmid, K. L., & Warren, A. E. A. (2013). Resilience and Positive Youth Development: A Relational Developmental Systems Model. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd edition) (pp. 293-308). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_17
- Levine, J.E. (2007). *Learning from behavior how to understand and help "challenging" children in school*. Westport, CONN: Praeger.
- Mash, E., & Wolfe, D. (2012). *Abnormal child psychology* (International Edition). Pacific Grove, Ca: Brooks.
- Maughan, B. (2001). Conduct disorders in context. In J. Hill, & B. Maughan, B. (Eds.), *Cambridge Child and adolescent Psychiatry: Conduct Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 169-201). New York: Cambridge University Press.
- McEvoy, A., & Welker, R. (2000). Antisocial Behavior, Academic Failure, and School Climate: A Critical Review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(3), 137. doi: 10.1177/106342660000800301

- McNab, I. (2009). Collaborative consultation: Psychologists and teachers working together. In P. Hick, R. Kershner, & P. Farrell (Eds.), *Psychology for inclusive education: New directions in theory and practice* (pp. 139-149). Abingdon: Routledge.
- Middlemiss, W. (2005). Prevention and intervention: Using resiliency-based multisetting approaches and a process-orientation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22, 85-103. doi: 10.1007/s10560-005-2555-3
- Morrison, G.M., Furlong, M.J., & Morrison, R.L. (1994). School violence to school safety: Reframing the issue to school psychologists. *School Psychology Review*, 23, 236-256.
- Rhodes, J. (2007). *Mentoring and resilience: Building resilience in children, families and communities*. Retrieved from http://www.nuigalway.ie/sites/childandfamilyresearch/downloads/crhc_2007_jean
- Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2000). Schooling and mental health. In A.J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd edition) (pp. 135-156). New York: Kluwer Academic /Plenum Publishers. doi: 10.1007/978-1-4615-4163-9_8
- Sameroff, J.A. (2000). Dialectical Process in Developmental Psychopathology. In A.J. Sameroff, M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd edition) (pp. 75-91). New York: Kluwer Academic /Plenum Publishers.
- Schmidt, N. R. (2010). *Core principles of assessment and therapeutic communication with children, parents and families: Towards the promotion of child and family wellbeing*. New York: Routledge.
- Simpson, R.L., & Mundschenk, N.A. (2012). Inclusion and Students with Emotional and Behavioral Disorders. In J. P. Bakken, F.E. Obiakor, & A.F. Rotatori (Eds.), *Behavioral disorders: Practice concerns and students with EBD* (pp. 1-22). Bingley, UK: Emerald Group Publ. doi: 10.1108/S0270-4013(2012)0000023004
- Taub, J., & Pearrow, M. (2013). Resilience through school violence and bullying prevention. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd edition) (pp. 371-386). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_21
- Tolbin, T., & Sprague, J. (2000). Education Strategies: Reducing Violence in School and the Community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(3), 177-186.
- Urquhart, I. (2009). The psychology of inclusion: the emotional dimension. In P. Hick, R. Kershner, & P. Farrell (Eds.), *Psychology for inclusive education: New directions in theory and practice* (pp. 66-77). Abingdon: Routledge.
- Young, K.R., Marchant, M., & Wilder, L.K. (2004). School-based interventions for students with emotional and behavioural disorders. In P. Allen-Meares & M. Fraser (Eds.), *Interventions with children and adolescents. An interdisciplinary perspective* (pp. 175-204). Boston: Pearson.
- Weare, K. (2000). *Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach*. London: Routledge.
- Winslow, E. B., Sandler, I., Wolchik, S.A., & Carr, C. (2013) Building resilience in all children. A public health approach. In S. Goldstein & R. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (2nd edition) (pp. 481-505). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_27

Special Educational Needs. Diversity as potentiality: Methodological approaches for inclusive education

Sonia Rossetti^{*}, *Sara Seno*^{**}

Abstract

The aim of this article is to provide an overview about Special Educational Needs from a review of the current legislation. The special educational need is a category which includes all the possible educational difficulties. The integration of the students with these need can't leave out from the sharing of the significant activities performed in the classes of membership. The approach which had been widely used for this purpose is the one of cooperative learning. The idea at the base of the method is that the group is a whole of resources, meant both as knowledge and both as skills. The focus will be on the process of students' integration with special educational needs and the different approaches that foster cooperative learning to discuss how to get the most appropriate actions to improve learning for all students, putting in evidence the role of the teacher as mediator of this process. The purpose of our contribution is to propose operational strategies to promote the inclusion of the students with these needs.

keywords: Special Educational Needs; Specific Learning Disorder; integration; disability; inclusive education.

* Psychologist. Mail: sonia.rossetti23@libero.it

** Psychologist. Mail: sara.seno87@gmail.com

Rossetti, S., & Seno, S. (2014). Bisogni Educativi Speciali. Diversità come potenzialità: Approcci metodologici per una didattica inclusiva [Special Educational Needs. Diversity as potentiality: Methodological approaches for inclusive education]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 169-178. doi: 10.14645/RPC.2014.2.480

Bisogni Educativi Speciali. Diversità come potenzialità: Approcci metodologici per una didattica inclusiva

Sonia Rossetti^{*}, *Sara Seno*^{**}

Abstract

Scopo di questo articolo è fornire una panoramica sui Bisogni Educativi Speciali, partendo da una rassegna della normativa vigente in materia. Il Bisogno Educativo Speciale (BES) è una categoria che comprende tutte le possibili difficoltà educative. L'integrazione degli studenti con BES non può prescindere dalla condivisione di attività significative svolte nelle classi in cui sono inseriti. A tale scopo, l'approccio ampiamente utilizzato è quello dell'Apprendimento Cooperativo (AC). L'idea alla base del metodo è che il gruppo sia un insieme di risorse, intese sia come conoscenze che come competenze. L'articolo focalizza l'attenzione sul processo di integrazione degli studenti con BES e sui diversi approcci che favoriscono la didattica cooperativa, per discutere gli interventi più idonei a favorire l'apprendimento di tutti gli studenti, mettendo in evidenza il ruolo dell'insegnante come mediatore di tale processo.

Parole chiave: Bisogni Educativi Speciali; Disturbo Specifico dell'Apprendimento; integrazione; disabilità; didattica inclusiva.

* Psicologa. Mail: sonia.rossetti23@libero.it

** Psicologa. Mail: sara.seno87@gmail.com

Rossetti, S., & Seno, S. (2014). Bisogni Educativi Speciali. Diversità come potenzialità: Approcci metodologici per una didattica inclusiva [Special Educational Needs. Diversity as potentiality: Methodological approaches for inclusive education]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 169-178. doi: 10.14645/RPC.2014.2.480

Introduzione

Alla luce dell'interesse mostrato dalla Rivista di Psicologia Clinica per le tematiche inerenti l'integrazione dei membri della comunità considerati a potere debole, abbiamo deciso di rivolgere la nostra attenzione al mondo dell'istruzione, alle sue problematiche, ai traguardi raggiunti attraverso la normativa vigente, alle possibili strategie e alle reali modalità di intervento.

Ci sembra opportuno cominciare la nostra riflessione partendo dal 1999, anno in cui viene regolamentata l'autonomia degli istituti scolastici (D.P.R. 275/99)¹ con la quale le scuole acquistano autonomia funzionale e disciplinare in accordo con gli obiettivi formativi nazionali.

Ogni istituzione scolastica predispone, con la partecipazione di tutte le sue componenti, il Piano dell'Offerta Formativa (POF) che esplicita la progettazione curricolare, extracurricolare, educativa ed organizzativa che le singole scuole adottano nell'ambito della loro autonomia (Art. 3, comma 1). Il Piano dell'Offerta Formativa è coerente con gli obiettivi generali ed educativi dei diversi tipi e indirizzi di studi determinati a livello nazionale a norma dell'articolo 8 e riflette le esigenze del contesto culturale, sociale ed economico della realtà locale, tenendo conto della programmazione territoriale dell'offerta formativa. Esso comprende e riconosce le diverse opzioni metodologiche, anche di gruppi minoritari, e valorizza le corrispondenti professionalità (Art. 3, comma 2).

Gli effetti sono un decentramento dei poteri dello Stato alle Regioni, quindi alle singole istituzioni scolastiche. Se da un lato l'organizzazione può apparire più flessibile, dall'altro la scuola si trova a dover gestire in autonomia tutti gli aspetti che la riguardano; non solo quelli organizzativi e gestionali ma anche quelli didattici e di integrazione.

L'integrazione è una tematica affrontata da decenni quando si fa riferimento agli alunni che presentano disabilità, ma è lungi dall'essere realizzata in modo soddisfacente (Canevaro, 2007; Ianes & Canevaro, 2008). A tal proposito Ianes e Cramerotti (2013) affermano che per oltre trent'anni si è parlato di integrazione scolastica, ignorando completamente alcuni aspetti strutturali e attribuendo le difficoltà della sua piena realizzazione ad altri fattori, quali le politiche governative, i tagli al personale di sostegno e i problemi burocratici, mentre la situazione peggiorava nel tempo e si generavano nuove forme di isolamento degli allievi disabili rispetto ai compagni di classe (Associazione Treille, Caritas Italiana & Fondazione Agnelli, 2011; Canevaro, D'Alonzo, Ianes, & Caldin, 2011; D'Alessio, 2011; Demo & Ianes, 2013; Ianes, Demo, & Zambotti, 2011; Ianes, Demo, & Zambotti, 2013; Ianes, Zambotti, & Demo, 2013).

Da un'articolata rassegna prodotta dall'Associazione Treille, la Caritas Italiana e la Fondazione Agnelli (2011) emergono molti elementi critici che minacciano il processo di integrazione:

- difficoltà procedurali e di certificazione;
- scarsa capacità di interazione tra la scuola e gli altri membri importanti nel processo di integrazione (famiglie, servizi sanitari, sociali e organizzazioni di volontariato);
- elevata mobilità del personale docente, soprattutto di sostegno;
- assenza di figure specializzate nell'istituzione scolastica;
- insegnanti di sostegno poco valorizzati, poco motivati e insegnanti curricolari privi di competenze pedagogiche e poco disposti a collaborare con i colleghi di sostegno;
- altro personale scolastico, non educativo, privo di adeguata formazione;
- atteggiamento distaccato della famiglia;
- rischi di segregazione degli allievi con disabilità e mancanza di servizi di orientamento che possano fornire supporto alle famiglie;
- mancata attività di valutazione dei processi e dei risultati;
- difficoltà di gestione della condizione di disabilità.

Indubbiamente un primo passo avanti nella legislazione a favore degli alunni con difficoltà specifiche si ha con la Legge 170/2010² che finalmente riconosce la dislessia, la discalculia, la disgrafia e la disortografia come Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) che necessitano di specifici supporti a sostegno della

¹D.P.R. 275/99 "Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche".

²Legge 170/2010 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico".

didattica al fine di permettere un adeguato apprendimento e adattamento contestuale. La suddetta legge getta un iniziale ponte verso l'integrazione degli studenti affetti da DSA ma occorre attendere il 2012 per estendere tale "diritto" a tutti quanti si trovino in condizione di disagio.

I Bisogni Educativi Speciali (BES)

La Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012³ impone nel panorama scolastico e sociale una stimolazione positiva a favore di un ampio gruppo di studenti. Già l'acronimo BES (Bisogni Educativi Speciali) veicola un messaggio esplicito: l'esistenza di uno stato di bisogno. Il termine bisogno si riferisce a carenze di diverso tipo che riducono l'accesso dell'individuo che ne è portatore a diverse opportunità sociali, emotive, relazionali, ect., con conseguente svantaggio personale. Il riferimento all'educazione intende disciplinare la gestione di questi bisogni a favore di una precisa funzione sociale: quella educativa. Infine, tali bisogni sono speciali nel senso che la normativa si indirizza a specifiche categorie di disagio esplicitamente citate, che sono la disabilità, i disturbi evolutivi specifici, lo svantaggio socio-economico, linguistico, culturale.

Le condizioni di disabilità sono quelle riconosciute dalla Legge 104/1992⁴, si tratta di persone affette da una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione. Rientrano in questa categoria tutti coloro che sono affetti da patologie ingravescenti e progressive. Anche l'autismo e il ritardo mentale appartengono a tale gruppo, come le disabilità mentali, fisiche e sensoriali che compromettono seriamente le possibilità di adattamento della persona.

I disturbi evolutivi specifici riguardano patologie specifiche che interferiscono con il successo scolastico in presenza di un funzionamento intellettivo nella norma o superiore. Ne sono un esempio i Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD o DDAI). La Legge 170 del 2010 ha prodotto importanti modificazioni nell'assistenza scolastica di studenti affetti da un Disturbo Specifico di Apprendimento e ha richiesto alle scuole di disporre di importanti misure compensative e dispensative, tali da poter facilitare il raggiungimento degli obiettivi scolastici. Come specifica la Direttiva, tali misure sono da garantire anche ad altri tipi di patologie non citati nella Legge 170/2010, che presentano un funzionamento intellettivo nella norma, come i disturbi specifici del linguaggio, i disturbi della capacità motoria e delle capacità non verbali, incluse condizioni di interesse clinico che limitano le potenzialità del soggetto. Tra i BES vengono inoltre considerate le situazioni di funzionamento intellettivo limite che si collocano, di fatto, al confine tra la disabilità cognitiva e il disturbo specifico. L'ultimo gruppo di bisogni citato nella Direttiva riguarda le condizioni di svantaggio socio-economico, linguistico, culturale. Si tratta di situazioni di vita che possono recare disagio, anche temporaneo, ai giovani studenti. Si pensi al divorzio dei genitori, alla perdita del lavoro dei genitori (fenomeno più che diffuso), a famiglie immigrate con una diversità culturale e linguistica che devono adattarsi a un paese molto diverso dal proprio.

È evidente che la normativa sui BES segna un'acquisizione clamorosa, coincidente con la possibilità di riconoscere uno stato di bisogno non necessariamente certificabile attraverso la diagnosi clinica. Il bisogno speciale è una macrocategoria che include tutte le possibili difficoltà educative; sono così condizioni diverse, ma tutte uguali nel loro diritto, a ricevere un'attenzione educativo-didattica individualizzata ed efficace (Ianes & Cramerotti, 2013). Così impostata, la finalità ultima della Direttiva non può che essere l'inclusione degli studenti con disabilità, disturbo specifico o qualsiasi altro tipo di difficoltà stabile o temporanea.

La Circolare Ministeriale 8 del 2013⁵ fornisce le indicazioni operative per favorire una reale inclusione scolastica. In tal senso si possono identificare due diverse tipologie di programmazione personalizzata. Il PEI (Piano Educativo Individualizzato) è la programmazione riservata agli allievi con disabilità, in accordo con la Legge 104/92, viene redatto congiuntamente dal personale scolastico e da quello sanitario deputato

³Direttiva Ministeriale del 27 dicembre 2012 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica".

⁴Legge 104/1992 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

⁵Circolare Ministeriale 8/2013 "Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica".

all'integrazione, con la collaborazione della famiglia. Il PDP (Piano Didattico Personalizzato) viene introdotto con la legislazione sui DSA ed esteso a tutti gli altri BES, non disabili, con lo scopo di definire, monitorare e documentare – secondo un'elaborazione collegiale, corresponsabile e partecipata – le strategie di intervento più idonee e i criteri di valutazione degli apprendimenti. Il PDP viene redatto esclusivamente dalla scuola, che può avvalersi del contributo di esperti del settore e della collaborazione delle famiglie. Non rappresenta l'elenco di una serie di strumenti compensativi e dispensativi già predisposti, ma un documento programmatico cucito addosso ad ogni allievo in cui sono indicati gli obiettivi minimi, e ulteriori strumenti aggiuntivi oltre a quelli compensativi e dispensativi. Esso sarà, comunque, individualizzato per ciascuno studente.

Al fine di garantire una reale possibilità di inclusione, la Direttiva fornisce indicazioni alle istituzioni scolastiche, che si concretizzano nella costituzione di un Gruppo di Lavoro per l'Inclusione (GLI) che si occupa di:

- rilevare i BES presenti nella scuola;
- documentare gli interventi didattico-educativi;
- riflettere sui casi, fornire consulenza e supporto ai colleghi sulle strategie/metodologie di gestione delle classi;
- rilevare, monitorare e valutare il livello di inclusività della scuola;
- raccogliere e coordinare le proposte formulate dai singoli Gruppi di Lavoro e di Studio Operativi sulla base delle effettive esigenze;
- elaborare una proposta di Piano Annuale per l'Inclusività riferito a tutti gli alunni con BES, da redigere al termine di ogni anno scolastico.

Inoltre il Gruppo di lavoro per l'inclusione costituisce l'interfaccia della rete dei CTS (Centri Territoriali di Supporto) e dei servizi sociali e sanitari territoriali per l'implementazione di azioni di sistema (formazione, tutoraggio, progetti di prevenzione, monitoraggio, ecc.).

Da un punto di vista normativo sono stati compiuti grandi passi avanti per garantire un'istruzione paritaria e accessibile a tutti. Indubbiamente la qualità dell'istruzione e le effettive possibilità di integrazione dipendono dalle singole scuole ma, allo stato attuale, diverse sono le strategie che è possibile applicare.

Modelli di integrazione e intervento

L'integrazione degli studenti con Bisogni Educativi Speciali o con disabilità non può prescindere dalla condivisione di attività significative svolte nelle classi di appartenenza. Così come afferma la Circolare Ministeriale 8/2013, l'uso di determinate strategie di gestione dei gruppi, la produzione di materiali adeguati e la migliore utilizzazione degli strumenti in dotazione alla scuola possono consentire agli insegnanti di coinvolgere nei percorsi formativi ciascun alunno, anche quelli con BES. D'altra parte, anche le strategie più efficaci raggiungono il loro obiettivo solo se ad essere coinvolti nel lavoro di preparazione o di adeguamento dei materiali sono tutti gli alunni della classe.

È così che tutta la classe può crescere attraverso un percorso comune e condiviso, nel quale gli studenti con gravi difficoltà hanno la possibilità, con i necessari aggiustamenti, di vivere molte delle attività didattiche dei propri compagni. Le strategie operative riescono così a tradurre i principi dell'integrazione in prassi didattiche inclusive.

In un ambiente di apprendimento cooperativo, ciascuno ha qualcosa da dare agli altri e qualcosa da ricevere, e questo permette di creare un apprendimento paritario e realmente inclusivo. L'approccio che è stato largamente utilizzato per tale finalità è quello dell'Apprendimento Cooperativo o *Cooperative Learning*. L'Apprendimento Cooperativo (AC) può essere definito come un metodo di insegnamento/apprendimento a piccoli gruppi, grazie al quale è possibile apprendere e migliorare le relazioni sociali. L'idea alla base del metodo è che il gruppo sia un insieme di risorse, intese sia in termini di conoscenze che di competenze. Un esercizio di Apprendimento Cooperativo necessita dei seguenti elementi (Johnson, Johnson, & Smith, 1991):

- positiva interdipendenza: i membri del gruppo fanno affidamento gli uni sugli altri per raggiungere lo scopo. Se qualcuno del gruppo non fa la propria parte, anche gli altri ne subiscono le conseguenze.

- Gli studenti si devono sentire responsabili del loro personale apprendimento e dell'apprendimento degli altri membri del gruppo (Slavin, 1983);
- responsabilità individuale: tutti gli studenti in un gruppo devono assumersi la responsabilità per la propria parte di lavoro e per quanto hanno appreso. Ogni studente, nelle prove di esame, dovrà rendere conto personalmente di quanto ha acquisito;
 - interazione promozionale faccia a faccia: benché parte del lavoro di gruppo possa essere ripartita e svolta individualmente, è necessario che i componenti il gruppo lavorino in modo interattivo e procedano attraverso il confronto reciproco. Questa dimensione coinvolge variabili come la stima, la fiducia, l'accettazione e la disponibilità verso l'altro, andando a definire il clima all'interno del gruppo;
 - uso appropriato delle abilità nella collaborazione: gli studenti nel gruppo vengono incoraggiati e aiutati a sviluppare la fiducia nelle proprie capacità, la leadership, la comunicazione, il prendere delle decisioni e difenderle, la gestione dei conflitti nei rapporti interpersonali;
 - valutazione del lavoro: i membri periodicamente valutano l'efficacia del loro lavoro e il funzionamento del gruppo, ed identificano i cambiamenti necessari per migliorarne l'efficienza. Tale funzione comprende anche le attività di monitoraggio operato dall'insegnante al fine di indirizzare il comportamento in modo più efficace e di fare una stima dei risultati raggiunti.

Strutturare in classe gruppi cooperativi, tuttavia, non è un'operazione banale. È, infatti, necessario tenere presenti alcune regole specifiche e fondamentali, alle quali i diversi autori attribuiscono un'importanza relativa differente. Ne conseguono tante varietà di forme di attuazione dell'AC che si distinguono in relazione alle norme o principi a cui si sceglie di dare priorità; tra questi, ricordiamo i principali, descrivendone brevemente le essenziali caratteristiche (Comoglio, 1996).

- *Structural Approach*: ideato da Kagan (1994), si focalizza principalmente sullo sviluppo di strutture di lavoro che, a prescindere dal tipo di contenuto, assicurino una reale interdipendenza positiva e il massimo coinvolgimento, attivo e responsabile, degli alunni.
- *Learning Together*: questa modalità, proposta da D.W. Johnson e R.T. Johnson (1975, 1989), è la più diffusa ed è quella su cui è stato condotto il maggior numero di studi sperimentali (Johnson, Johnson, & Holubec, 1984/1996). In tale approccio si predilige l'uso della discussione di gruppo e gli allievi lavorano ad un prodotto collettivo.
- *Group Investigation*: noto soprattutto attraverso il lavoro di Sharan & Sharan (1992/1998), è una modalità di AC che pone in grande rilievo l'elemento del "desiderio di conoscere" come stimolo all'apprendimento. A questo proposito il principale compito dell'insegnante è suscitare interesse riguardo all'argomento che sarà oggetto di studio e di ricerca in gruppo. Mira a sviluppare soprattutto le abilità metacognitive e i processi di autoregolazione dello studente rispetto sia alle strategie di apprendimento che alle modalità relazionali. I compiti didattici sono relativamente complessi, comprendendo processi cognitivi di ordine superiore, fra cui la selezione e l'interpretazione critica delle informazioni, il *problem solving* e la produzione di una sintesi di idee collettiva (Barnes, 1977; Freire, 1973; Johnson & Johnson, 1975; Joyce & Weil, 1972; Sharan & Sharan, 1976). Tale modello fa uso dell'assegnazione di ruoli differenziata entro i gruppi e fra i gruppi, così che i singoli allievi forniscano prodotti unici per l'integrazione nel progetto comune di gruppo (Chiari, 2011).
- *Complex Instruction* (Cohen, 1972/1999): si caratterizza per l'attenzione che rivolge allo status degli alunni all'interno della classe, allo scopo di evitare che i più abili monopolizzino l'attività e che quelli in difficoltà rimangano passivi, per cui i primi continuano a migliorare e i secondi peggiorano.
- *Student Team Learning*: ideato da Slavin (1990), attribuisce grande rilievo alla motivazione estrinseca, implica il sistematico utilizzo di gratificazioni e del confronto tra gruppi.

Alcuni studi (Johnson, Maruyama, Nelson, & Skon, 1981) hanno dimostrato che quando correttamente applicato l'apprendimento cooperativo è superiore all'istruzione tradizionale poiché migliora l'apprendimento, facilita lo sviluppo di abilità cognitive di alto livello e l'attitudine a lavorare con gli altri. Inoltre aiuta gli studenti ad avere confidenza nelle proprie potenzialità, preparandoli così all'ambiente di lavoro e ad affrontare le sfide che incontreranno nella vita professionale (Johnson et al., 1981).

L'aspetto che accomuna tutte le strategie attualmente disponibili per favorire la costituzione di classi inclusive, come il *Cooperative Learning* e la *Peer Education*, è l'enfasi attribuita al gruppo. Il gruppo rappresenta una fonte di identificazione, conferisce un senso di appartenenza e, sfruttando il sentimento dello stare insieme, facilita la trasmissione delle conoscenze. La didattica scolastica può ricevere notevoli vantaggi da questo tipo di organizzazione e coinvolgere realmente tutti.

L'inclusione presuppone una mediazione forte nei processi di apprendimento. È quindi necessario porre attenzione ai docenti, che di tale mediazione sono le figure chiave. Sembra assodato che gli insegnanti soffrano di una diminuita considerazione sociale, come diverse ricerche ripetutamente confermerebbero (Ianes & Cramerotti, 2013). I primi ad esserne convinti sono gli insegnanti stessi, i quali verificano quotidianamente la difficoltà ad intercettare l'attenzione e la motivazione degli studenti, a mantenere la disciplina e a stimolare apprendimenti soddisfacenti. È possibile ipotizzare che questa crisi di ruolo del docente possa essere individuata in un tipo di insegnamento non più adeguato ai tempi e ai nuovi bisogni. L'orientamento pedagogico prevalente nei Paesi economicamente più avanzati rimane di stampo tradizionale: direttivo, trasmissivo e frontale. Il tipo di insegnamento che gran parte dei docenti ancora impartisce risulta adeguato a un sistema sociale prevedibile, caratterizzato da uno sviluppo tecnico a bassa complessità, facilmente controllabile dall'individuo. Le strutture sociali odierne, fugaci, instabili e in continuo mutamento, richiedono una didattica diversa, più flessibile e aperta alle novità, al fine di garantire un livello equitativo di apprendimento che rispetti le diverse caratteristiche degli allievi. Un bambino deve essere valutato non solo rispetto ai compagni, ma in rapporto a se stesso, alle sue specificità e potenzialità, alle difficoltà che manifesta, ai progressi che realizza. La valutazione gioca certamente un ruolo importante nell'inclusione scolastica perché fornisce delle stime quantitative rispetto a prestazioni, comportamenti, atteggiamenti, e include indizi di vario genere, talvolta non misurabili, che veicolano informazioni ugualmente importanti e significative. Anche l'atteggiamento e le aspettative del valutatore o dell'insegnante sono fattori che incidono sul risultato. È, quindi, molto importante nel processo di insegnamento/apprendimento la funzione mediatrice dell'insegnante, che rappresenta il primo vero strumento compensativo (Ambrosini, 2013).

Cosa fare in pratica

In presenza di studenti con BES, tutta la classe dovrebbe essere coinvolta nel processo di integrazione. Per prima cosa la classe stessa dovrebbe avere una organizzazione inclusiva; quindi togliamo gli allievi con disabilità dalla posizione di alunno con insegnante separato (insegnante di sostegno). L'insegnante di sostegno è fondamentale nel processo di integrazione anche in virtù di un background culturale di tipo pedagogico, ma può seguire l'allievo con disabilità anche se questo è immerso nella classe e vicino ai compagni. Anche se la programmazione didattica può essere differente rispetto a quella dei compagni di classe, si possono strutturare delle attività collettive che sfruttino altri tipi di abilità quali quelle emotive, sociali e relazionali. Si pensi ad attività laboratoriali di espressione artistica o teatrale che possano coinvolgere tutti gli studenti inclusi quelli con disabilità. A tale proposito così si esprime il MIUR con il D.M. 5669/2011⁶:

In una scuola che vive nell'ottica dell'inclusione, il lavoro in sezione si svolge in un clima sereno, caldo ed accogliente, con modalità differenziate. Si dovrà privilegiare l'uso di metodologie di carattere operativo su quelle di carattere trasmissivo, dare importanza all'attività psicomotoria, stimolare l'espressione attraverso tutti i linguaggi e favorire una vita di relazione caratterizzata da ritualità e convivialità serena.

Se invece siamo in presenza di un disturbo specifico, le modalità di intervento sono davvero tante. A tal proposito Ambrosini (2013) sostiene che in condizioni di svantaggio scolastico le modalità di intervento possono essere diverse e vanno organizzate in senso gerarchico. Nei casi in cui le difficoltà risultino temporanee e reversibili, si predilige un intervento "abilitativo" o "riabilitativo" per facilitare il

⁶ Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), D.M. 5669/2011 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico e allegate Linee Guida per il Diritto allo Studio degli alunni e degli studenti con Disturbi Specifici di Apprendimento".

potenziamento di abilità carenti. Questo tipo di intervento deve adattarsi alle capacità dell'allievo e introdurre avanzamenti progressivi in linea con i tempi di recupero individuali. Il percorso, per essere efficace, dovrà essere costante e sistematico, di durata adeguata, rassicurante e motivante, e dovrà proporre stimoli specifici dell'area carente (Ambrosini, 2013).

Quando l'intervento abilitativo è inadeguato, si procede con l'istituzione di una didattica "compensativa", che prevede l'introduzione di facilitazioni o tecniche alternative per promuovere la prestazione. Già la Legge 170/2010 esplicita alle istituzioni scolastiche l'obbligo di garantire l'introduzione di strumenti compensativi, compresi i mezzi di apprendimento alternativi e le tecnologie informatiche, nonché misure dispensative da alcune prestazioni non essenziali ai fini della qualità dei concetti da apprendere. Le Linee Guida emanate dal Ministero dell'Istruzione (MIUR, D.M. 5669/2011) definiscono le misure compensative: strumenti didattici e tecnologici che sostituiscono o facilitano la prestazione richiesta nell'abilità deficitaria. Vengono poi indicati alcuni dei supporti maggiormente utilizzati. Nello specifico:

- la sintesi vocale, che trasforma un compito di lettura in un compito di ascolto e permette quindi di accedere alla comprensione del testo;
- il registratore, che consente all'alunno di non scrivere appunti durante la lezione;
- i programmi di videoscrittura con correttore ortografico, che permettono la produzione di testi sufficientemente corretti senza l'affaticamento della rilettura e della contestuale correzione degli errori;
- la calcolatrice, che facilita le operazioni di calcolo;
- altri strumenti tecnologicamente meno evoluti quali tabelle, formulari, mappe concettuali, ect...

Tali strumenti sollevano l'alunno o lo studente con DSA da una prestazione resa difficoltosa dal disturbo, senza peraltro facilitarli il compito dal punto di vista cognitivo.

Infine, e solo dopo aver appurato l'impossibilità di intervenire abilitando o compensando, si passa all'applicazione di tecniche "dispensative". L'attuazione delle misure dispensative dovrà essere sempre valutata sulla base dell'effettiva incidenza del disturbo sulle prestazioni richieste, in modo tale da non differenziare il percorso di apprendimento dello studente. In questi casi, si procede dispensando l'allievo da alcune attività che minacciano l'efficacia della prestazione, ma nel caso dei BES l'esonero dal compito è solo temporaneo in linea con quanto previsto dalla normativa. Ancora una volta è necessario evidenziare il compito dei docenti che avranno cura di sostenere l'uso, da parte degli studenti con BES o altre difficoltà specifiche, di tali strumenti, essendo il loro utilizzo non immediato. Ovviamente tutto discende da una corretta identificazione del disturbo al fine di poter adeguatamente supportare l'allievo nella didattica. Importante risulta il contributo degli specialisti di settore.

Conclusioni

Abbiamo deciso di concentrare la nostra attenzione sul tema dell'integrazione scolastica degli alunni con BES. L'integrazione degli allievi è una reale sfida della scuola moderna. Nonostante i passi avanti prodotti dalla normativa in materia scolastica, il lavoro da fare è ancora molto arduo. L'integrazione o inclusione degli allievi svantaggiati va al di là della didattica e trova il suo terreno di massima espressione nel contesto relazionale. Un allievo in stato di bisogno si sente realmente integrato quando è accettato dal sistema in cui è inserito, quando crede di poter dare il proprio contributo al gruppo, quando si sente trattato al pari dei compagni di classe. Se la diversità verrà realmente considerata come risorsa, lo strumento più efficace di cui disporre non sarà che il confronto reciproco. Attraverso il confronto si possono sperimentare situazioni nuove, apprendere cose che diversamente sarebbero ignorate, mettersi nei panni dell'altro e ammirarlo per come affronta la realtà.

L'insegnante gioca un ruolo davvero strategico, e attraverso nuove forme di didattica può facilitare gli apprendimenti non solo di coloro che hanno un Bisogno Educativo Speciale, ma anche di tutti coloro che hanno difficoltà disciplinari. Si pensi alla matematica, forse la disciplina che più di tutte differenzia gli studenti in termini di rendimento. Se l'uso di tecniche di tipo compensativo o abilitativo divenisse una pratica usuale per favorire l'apprendimento, non ci sarebbero differenze tra chi ha un BES e chi non ce l'ha.

Includere gli alunni con Bisogni Educativi Speciali, significa fare in modo che essi siano parte integrante del contesto scolastico, sociale, culturale, al pari degli altri alunni, senza alcuna discriminazione. Significa assicurare a tutti il diritto allo studio e al successo scolastico e formativo.

In tale prospettiva, è necessario da parte della scuola non solo un forte impegno di conoscenza e di valorizzazione della realtà personale, umana, sociale e familiare degli alunni con Bisogni Educativi Speciali, ma anche e soprattutto un'attenzione costante alla formazione al fine di garantire un'efficace azione educativa e didattica personalizzata, sia in termini di obiettivi formativi che di strategie di intervento.

Bibliografia

- Ambrosini, M. (2013). Strategie e competenza compensative [Strategies and compensative skill]. In D. Ianes & S. Cramerotti (Eds.), *Alunni con BES – Bisogni Educativi Speciali* [Students with BES – Special Educational Needs] (pp. 331-346). Trento: Erickson.
- Associazione Treelle, Caritas Italiana, & Fondazione Agnelli (2011). *Gli alunni con disabilità nella scuola italiana: Bilancio e proposte* [Students with disabilities in the Italian school: Budget and proposals]. Trento: Erickson.
- Barnes, D. (1977). *Communication and learning in small groups*. London: Routledge.
- Canevaro, A. (Ed.). (2007). *L'integrazione scolastica degli alunni disabili* [School integration of disable students] . Trento: Erickson.
- Canevaro, A., D'Alonzo, L., Ianes, D., & Caldin, R. (2011). *L'integrazione scolastica nella percezione degli insegnanti* [Integration school in teachers' perception]. Trento: Erickson.
- Chiari, G. (2011). *Educazione interculturale e apprendimento cooperativo: Teoria e pratica della educazione tra pari* [Intercultural education and cooperative learning: Theory and practice of peer education]. *Quaderni*, 57, 9-101.
- Cohen, E. (1999). *Organizzare i gruppi cooperativi: Ruoli, funzioni, attività* [Organize cooperative groups: Roles, functions, activities]. Trento: Erickson (Original work publish 1972).
- Comoglio, M. (1996). Che cos'è il Cooperative Learning [What is Cooperative Learning]. *Orientamenti Pedagogici*, 43, 259-296.
- D'Alessio, S. (2011). *Inclusive Education in Italy: A Critical Analysis of the Policy of "Integrazione Scolastica"*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Demo, H., & Ianes, D. (2013). What can be learned from the Italian experience? Some methods to improve inclusion. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 61(1).
- Felder, R.M. (1996). Active, Inductive, Cooperative Learning: An Instructional Model for Chemistry?, *J. Chem. Educ.*, 73(9), 832-836.
- Freire, P. (1973). *Education for Critical Consciousness*. N.Y.: The Seabury Press.
- Ianes, D. (2005). *Bisogni Educativi Speciali e inclusione: Valutare le reali necessità e attivare tutte le risorse* [Special Educational Needs and Inclusion: Assessing the real needs and enable all resource]. Trento: Erickson.
- Ianes, D., & Canevaro, A. (Eds.). (2008). *Facciamo il punto su... L'integrazione scolastica* [We make point on ... Inclusive education]. Trento: Erickson.
- Ianes, D., & Cramerotti, S. (Eds.). (2013). *Alunni con BES – Bisogni Educativi Speciali* [Students with BES - Special Educational Needs]. Trento: Erickson.
- Ianes, D., Demo, H., & Zambotti, F. (2011). *Gli insegnanti e l'Integrazione: Atteggiamenti, opinioni e pratiche* [Teachers and Integration: Attitudes, beliefs and practices]. Trento: Erickson.

- Ianes, D., Demo, H., & Zambotti, F. (2013). Forty years of inclusion in Italian schools: Teachers' perception. *International Journal for Inclusive Education*. DOI: 10.1080/13603116.2013.802030
- Ianes, D., Zambotti, F., & Demo, H. (2013). Lights and shadows in the inclusive Italian school system: A reply to Giangreco, Doyle, & Suter (2012). *Life span and disability*, 16(1), 57-81.
- Johnson, D.W., & Johnson, R.T. (1975). *Learning Together and Alone: Cooperation, Competition, and Individualistic Learning*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Johnson, D.W., & Johnson, R.T. (1989). *Cooperation and competition: Theory and research*. Edina MN: Interaction Book Company.
- Johnson, D.W., Johnson, R.T., & Holubec, J.E. (1996). *Apprendimento cooperativo in classe: Migliorare il clima emotivo e il rendimento* [Cooperative learning in classroom: Improving the emotional climate and performance]. Trento: Erickson (Original work published 1984).
- Johnson, D.W., Johnson, R.T. & Smith, K.A. (1991). *Active Learning: Cooperation in the College Classroom*. Edina MN: Interaction Book Company, 1, 18-20.
- Johnson, D.W., Maruyama, G., Nelson, D., & Skon, L. (1981). Effects of Cooperative, Competitive, and Individualistic Goal Structures on Achievement: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 89, 47-62.
- Joyce, B., & Weil, M. (1972). *Models of Teaching*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kagan, S. (1994). *Cooperative learning*. San Juan Capistrano, California: Kagan Publishing.
- Sharan, S., & Sharan, Y. (1976). *Small-group Teaching*. Englewood Cliffs, New Jersey: Educational Technology Publications.
- Sharan, Y. & Sharan, S. (1998). *Gli alunni fanno ricerca* [Students do research]. Trento: Erickson (Original work published 1992).
- Slavin, R.E. (1983). When does cooperative learning increase student-achievement? *Psychological Bulletin*, 94(3), 429-445.
- Slavin, R.E. (1990). *Cooperative Learning: Theory, research, and practice*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Training in psychoanalysis: A comparison of models

*Renzo Carli**

Abstract

The paper presents three training models officially accepted by the International Psychoanalytical Association (IPA) from a historical perspective, which are the Eitingon model- the most popular among the societies of psychoanalysis in the world - as well as the French and Uruguay ones.

The critical nature of the models, which is considered as a major cause of the current crisis in the psychoanalytic system by several authors, is authoritarianism characterizing the rigid imposition of the training method to psychoanalysis. In particular, the paper highlights the problem of prescribing training analysis to candidates for psychoanalysis. This prescription seems to contradict the real nature of psychoanalytic experience, forcing the candidate - as the training analyst - within a constrained and false mandatory practice.

We provide an alternative training model where students are monitored and analyzed - in a small group - the emotional dynamics evoked by the training experience as well as by the clinical internship work. It is a real institutional analysis to verify the psychoanalytic competence of students along different training stages; students are allowed to decide to further integrate their training with personal psychoanalysis.

Keywords: psychoanalysis; training; psychoanalytic training; Eitingon model; French model.

* Past Full Professor of Clinical Psychology at the faculty of Psychology 1 of the University "Sapienza" in Rome, member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

Carli, R. (2014). La formazione alla psicoanalisi: Modelli a confronto [Training in psychoanalysis: A comparison of models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 179-196. doi: 10.14645/RPC.2014.2.501

La formazione alla psicoanalisi: Modelli a confronto

*Renzo Carli**

Abstract

Vengono presentati i tre modelli formativi accettati ufficialmente dall'International Psychoanalytical Association (IPA) e ne viene ricostruita la storia; si tratta del modello Eitingon, il più diffuso tra le società di psicoanalisi nel mondo, di quello francese e di quello uruguayano.

La criticità dei modelli, che molti autori considerano una causa importante della crisi attuale del sistema psicoanalitico, è l'autoritarismo con il quale viene imposto rigidamente il metodo formativo alla psicoanalisi. In particolare, nel lavoro si segnala il problema del prescrivere ai candidati alla psicoanalisi, l'esperienza di una analisi di training. La prescrizione dell'analisi appare in contraddizione con la natura stessa dell'esperienza psicoanalitica, costringendo il candidato - come l'analista di training - entro una prassi vincolata e falsata dall'obbligatorietà.

Viene presentato un modello formativo alternativo ove, con il monitoraggio, gli allievi analizzano - in piccolo gruppo - le dinamiche emozionali evocate dall'esperienza formativa e da quella di lavoro clinico nel tirocinio. Si tratta di una vera e propria analisi istituzionale volta a verificare la competenza psicoanalitica degli allievi, nelle varie fasi della loro formazione; si lascia agli allievi stessi la decisione di integrare la loro formazione con un'esperienza psicoanalitica personale.

Parole chiave: psicoanalisi; formazione; psicoanalisi di training; modello Eitingon; modello francese; psicoanalisi personale.

* Già professore ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma "Sapienza", membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association, direttore della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – intervento psicologico clinico e Analisi della Domanda.

Carli, R. (2014). La formazione alla psicoanalisi: Modelli a confronto [Training in psychoanalysis: A comparison of models]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 179-196. doi: 10.14645/RPC.2014.2.501

La psicoanalisi ha vissuto profondi cambiamenti dalla sua fondazione. Cambiamenti dovuti, in particolare, all'individuazione di una matrice inconscia delle relazioni sociali, come anche al cambiamento della cultura concernente il disagio psichico e la problematica d'adattamento alla realtà sociale.

L'ambito dell'intervento psicoanalitico è profondamente cambiato, mentre le modalità di formazione degli psicoanalisti si sono fermate, con poche anche se rilevanti proposte mutative, a cent'anni fa.

Penso sia utile approfondire i modelli "classici" della formazione psicoanalitica, per ripercorrere le contraddizioni di pratiche formative obsolete nei confronti della domanda psicoanalitica, quale si presenta nella realtà attuale.

I tre modelli classici della formazione psicoanalitica sono: il modello Eitingon, il modello francese e quello uruguayano.

Il modello Eitingon

Siegfried Bernfeld (1962)¹ ricorda come nel 1923 fu scoperto un cancro a Sigmund Freud. Molti suoi allievi si allarmarono, temendo che il movimento psicoanalitico potesse rimanere, di lì a poco, senza il suo fondatore. Alcuni allievi, sempre secondo Bernfeld, di fronte alla possibilità di una perdita del padre della psicoanalisi, si proposero di stabilire dei limiti precisi alla salvaguardia dell'ortodossia psicoanalitica, ancora agli albori della sua affermazione come teoria e come prassi. Alla fine del 1923 si propose l'iniziativa, da parte del Poliklinik di Berlino², delle condizioni che caratterizzano il modello Eitingon per la formazione dei futuri psicoanalisti.

Squiteri (2011), ricordando il commento di Bernfeld alla formulazione del modello Eitingon, dice:

[...] l'esigenza di creare steccati all'interno dei quali la psicoanalisi fosse protetta dall'invasione di interessi (culturale, politico, sociale) che, ad un certo punto del suo sviluppo, rischiava di sommergerla e snaturarla; in altre parole, si trattava di creare un recinto che da una parte la proteggesse e dall'altra le desse anche definizione rispetto ad altre entità e alla professione medica. (p. 928).

Come è noto, il modello Eitingon allora formulato, ma ancora oggi adottato dalla gran parte delle società psicoanalitiche affiliate all'IPA (International Psychoanalytical Association), è fondato su tre pilastri formativi:

- a – analisi di training
- b – seminari teorici e clinici
- c – supervisioni

Il modello prevede che l'insieme delle attività formative sia affidato a un Istituto nazionale di Training, nominato dalla (o dalle) società di psicoanalisi di uno specifico paese, ma indipendente dalla stessa. Agli analisti di training, componenti di detto Istituto, vengono affidate le analisi didattiche (o di training) degli allievi, la conduzione dei seminari e delle supervisioni, le selezioni degli allievi, il passaggio dei membri alla qualifica di associato e a quella di ordinario della Società. All'insieme degli analisti di training viene affidata la decisione di ammettere o meno l'allievo alla società di psicoanalisi. Si apre qui il dibattito se l'analista di

¹ Il lavoro, testo di una conferenza tenuta da Bernfeld negli USA poco prima di morire nel 1952, è stato pubblicato dopo la morte dello psicoanalista ed educatore galiziano, cresciuto a Vienna e a Berlino, poi emigrato negli Stati Uniti dopo un breve periodo di soggiorno in Francia. Per un approfondimento della vita e delle opere di questo psicoanalista, capace di allargare la visione della psicoanalisi alla dinamica sociale e politica, si può vedere Benveniste (1992). Si veda anche <http://internationalpsychoanalysis.net/wp-content/uploads/2013/01/BernfeldandSpiritofP-A-APsaA201.pdf>

² Il Poliklinik fu fondato, a Berlino, da Eitingon e Abraham nel 1920. Si trattava dell'Istituto berlinese di psicoanalisi.

training debba o meno partecipare alla valutazione dell'allievo con il quale ha effettuato l'analisi didattica e debba o meno dare un giudizio circa la sua ammissione alla società di psicoanalisi; dibattito conosciuto quale tema dell' "analista *reporting*" o "*non reporting*". Oggi, quasi tutti gli istituti di training scelgono l'analisi didattica ove l'analista sia *non reporting*. Come spesso si ricorda, l'analista di training si limita a comunicare all'Istituto l'inizio dell'analisi didattica e l'eventuale interruzione, non concordata, della stessa. Nella British Society, l'analista di training comunica al Comitato di Training che l'allievo può iniziare a frequentare i seminari.

La discussione attorno alla formazione psicoanalitica, è bene sottolinearlo, si è concentrata soprattutto sul problema dell'obbligatorietà dell'analisi personale e sui vincoli di setting di tale analisi "didattica", che nel modello Eitingon deve svolgersi con almeno quattro sedute settimanali.

Vorrei citare, a questo proposito, un passo di Cupelloni (2011) in riferimento, ancora una volta, a Bernfeld:

Bernfeld, a proposito degli analisti più zelanti nel proteggere la psicoanalisi dall'eterodossia (F. Alexander, S. Radó, T. Reich, K. Horney, E. Fromm e altri), scrive: "La loro opera è consistita soltanto nel *trasformare in obbligo*³ quello che era materia di scelta. Gesto gravido di conseguenze". Da questo momento in poi, l'analisi didattica diventò un'esperienza da seguire nel senso in cui un medico diventa medico, ossia seguendo i vari corsi della sua formazione. Secondo Bernfeld i motivi della sopravvivenza dell'analisi didattica si trovano nei benefici risultanti dal suo funzionamento gerarchico e, non a caso, Bernfeld (1952) scrisse a favore di un'analisi di formazione che, a suo parere, doveva svolgersi separatamente, per essere tutelata dai rischi istituzionali e per diversificarsi dal modello professionale di stampo psichiatrico (p. 943).

Vorrei porre l'attenzione su due espressioni di questa citazione: il "funzionamento gerarchico" del modello in esame e i "rischi istituzionali" dei quali, sia pur vagamente, si parla citando Bernfeld.

Credo che il problema centrale della formazione psicoanalitica, in particolare quella proposta con il modello Eitingon, stia tutto qui. Il rendere obbligatoria l'esperienza dell'analisi è un atto che contraddice le stesse premesse concettuali che fondano l'esperienza psicoanalitica. Perché? Ricorro ancora una volta al testo di Squiteri (2011) e al suo interessante, significativo interrogativo: "Dove finisce la libertà di formazione e dove inizia l'autorità di chi deve trasmettere i canoni fondamentali e operare un qualche controllo su questa formazione?" (pp. 925-926).

Libertà, autorità e controllo. Siamo al funzionamento gerarchico del quale parlava Bernfeld. Riandiamo per un momento al tema del controllo. Ne abbiamo parlato a proposito delle neo-emozioni. Il controllo è strettamente connesso al vissuto di pericolosità dell'altro. Una pericolosità che proviene dall'imprevedibilità del suo comportamento e delle sue emozioni, dei suoi vissuti. Il controllo è strettamente connesso alla diffidenza, vale a dire alla confusione circa la connotazione affettiva della figura amica, che siamo indotti a trattare anche come nemica e che siamo quindi indotti a controllare. Ciò significa che la figura dell'allievo in psicoanalisi, di colui che aspira a diventare psicoanalista, che intende percorrere le strade di questa professione, ha suscitato e suscita profonde perplessità in chi dovrebbe aiutarlo nella strada dell'apprendimento e della formazione. Si è portati a considerare l'aspirazione alla professione psicoanalitica come una "malattia" pericolosissima, che va in qualche modo curata tramite la sottomissione, l'infantilizzazione e l'educazione alla dipendenza. Senza questo training alla dipendenza acritica e alla fedeltà, l'ipotesi è che lo stesso movimento psicoanalitico, privo dell'indiscussa autorità di un leader prestigioso, potrebbe soccombere. Possiamo così cogliere il senso del "rischio istituzionale" del quale parla Bernfeld: è il rischio che vengano agite, nell'ambito delle dinamiche insite entro la relazione formativa ma anche nell'ambito delle relazioni istituzionali entro l'organizzazione psicoanalitica, quelle stesse fantasie difensive, quelle resistenze, quelle difese, quella alterazione dell'altro entro la sua rappresentazione confusa quale amico/nemico, che la psicoanalisi si propone di aiutare a superare con la sua prassi terapeutica.

³ Il corsivo è mio.

La contraddizione insita nella prescrizione dell'analisi a chi intendeva accedere alla professione psicoanalitica, è stata a lungo discussa; più volte e in varie sedi si è sentito ripetere, da parte di molti analisti, del loro desiderio di fare un'analisi come si deve, dopo aver espletato quel compito inutile e falso dell'analisi didattica. Nulla da fare. Il modello Eitingon è rimasto intatto per decenni, nonostante le critiche e i dissensi che piovevano da tutte le parti. Dissensi che si sono invernati nel riconoscimento, peraltro solo nel 2007, dei modelli francese e uruguaiano.

Il modello francese

Interessante che l'attuale Presidente dell'International, l'italiano Stefano Bolognini (2011), parli di:

falso storico [nel] mancato riconoscimento ufficiale dell'esistenza di un altro modello che era invece pienamente praticato da decenni; ritenevano [gli psicoanalisti a capo dell'IPA] del tutto insufficiente la menzione della cosiddetta *Grandfather Clause* (una formula curiosamente definita come "clausola del nonno"), che citava come unica eccezione tollerata al modello Eitingon la situazione francese, presentata come una bizzarra anomalia che non si era riusciti a evitare per ragioni storico-politiche (p. 922).

Prosegue Bolognini:

Va detto che alcuni di noi privilegiarono la scelta fondamentale di riconoscere la realtà anziché negarla, nonostante le nostre società di provenienza appartenessero al modello tradizionale: ci sembrava assolutamente necessario che l'IPA dicesse (al suo interno non meno che all'esterno) le cose come stavano, e l'intera operazione ricognitiva ed elaborativa mostrava singolari analogie con certi faticosi e conflittuali processi attraverso i quali il singolo individuo giunge a dirsi la verità, solo dopo un travaglio di notevole impegno (p. 922).

Il porre soltanto una *analogia* tra falso istituzionale e falso individuale, tra il dirsi la verità di un'organizzazione e il dirsi la verità di un individuo, unica dimensione che, nell'ottica di Bolognini, rimanda alla psicoanalisi, è particolarmente significativa. Verità e falsità sono dimensioni che, nell'ambito della polisemia propria del modo di essere inconscio della mente, non hanno senso; hanno senso soltanto entro la relazione sociale, entro la dinamica relazionale con l'altro, quindi entro il confronto con la realtà. Ciò significa che il falso istituzionale può essere considerato *tout court* come falsità: ogni falso è un falso istituzionale, in quanto comporta l'istituire il falso entro una relazione. Il falso non è l'esito di un "conflitto interno", quanto di una perversione del pensiero, perversione del pensiero di chi vive una specifica relazione, entro un preciso, definito momento storico.

Già, ma vediamo cosa dice il modello francese, riconosciuto solo nel 2007, ma praticato ormai da decenni dagli psicoanalisti d'oltralpe. Dice Cupelloni (2011):

Il modello francese è caratterizzato da una forte enfasi sulla centralità dell'analisi personale, presupposto fondamentale della formazione, che a tutela della sua specificità e purezza deve essere svolta al di fuori dalle influenze istituzionali. L'analisi è una. In Francia lo spirito della formazione analitica, sotto l'egida delle due Società che afferiscono all'IPA, è impregnato dal principio dell'extra-territorialità dell'analisi, che evidenzia l'extra-territorialità dell'inconscio (p. 944).

Di fatto, la reazione francese al modello formativo ufficiale dell'IPA ebbe inizio con Jacques Lacan, con il suo complesso e interessante pensiero, sviluppato negli anni Cinquanta e Sessanta nell'ambito della psicoanalisi francese, parigina in particolare; l'insegnamento di Lacan prese la sua forma definitiva, quella

che oggi conosciamo, dopo la scissione dello stesso Lacan, assieme a molti suoi allievi, dalla Société Psychanalytique de Paris (SPP) - della quale era stato anche presidente - e la fondazione della Société française de psychanalyse (SFP); infine con l'espulsione di Lacan dall'IPA, quale prezzo che la SFP dovette pagare per il suo riconoscimento all'interno dell'IPA stessa.

Lacan, medico e psichiatra parigino nato nel 1901, entra ben presto nella Société Psychanalytique de Paris. Non intendo, in questa sede, ripercorrere la storia travagliata della psicoanalisi francese e del pensiero di Jacques Lacan, che la influenzò profondamente dagli ultimi anni Quaranta sino ad oggi. Ricordo soltanto che uno dei temi centrali della critica di Lacan alla psicoanalisi ufficiale concerneva proprio l'istituzionalizzazione della formazione psicoanalitica. Lacan sostenne, senza remore, le dure critiche rivolte all'IPA da un gruppo di suoi "allievi", circa il tentativo di ridurre la psicanalisi "nell'ambito delle scienze mediche e della neurobiologia"; critiche che concernevano, in particolare, l'ordinamento rigidamente gerarchico della struttura organizzativa internazionale della psicoanalisi, come anche le modalità burocratiche dell'analisi didattica. Ricordo i seminari del mercoledì, tenuti da Lacan - dal 1953 agli inizi degli anni Settanta - all'Ospedale psichiatrico Saint-Anne di Parigi, poi all'École des Hautes études en sciences sociales, poi ancora alla Facoltà di Legge dell'Università Paris 1, nelle prestigiose aule di Panthéon - Sorbonne, gremite di pubblico: uno dei temi principali dei *Seminari* riguardava proprio la formazione degli psicoanalisti. Interessante notare che, dopo le dimissioni di Lacan dalla SPP, con la fondazione della SFP egli intendeva promuovere un nuovo sistema di convivenza tra psicoanalisti, convivenza fondata sul rispetto e sulla collaborazione reciproca.

Nel modello francese l'analisi personale, pur considerata estremamente importante per la formazione del futuro analista, si pone al di fuori del campo formativo. Si tratta, quindi, di una analisi più "personale" che di "formazione". Il modello francese non riconosce "analisti di training": l'analisi personale può essere sperimentata con qualsiasi analista appartenente al sistema societario del quale si aspira a far parte; nel caso delle società appartenenti all'IPA, con qualsiasi analista dell'IPA. Nella SPP si può fare la propria analisi personale anche con un candidato, purché appartenete alla stessa società.

Come spesso si legge a questo proposito, l'analisi personale avrà quale oggetto principale il desiderio del futuro allievo di diventare analista. "Diventare analista" è una fantasia che comporta un modello.

Qual è il modello di analista, entro la fantasia del futuro allievo, così come entro la realtà degli analisti che si conoscono e dei quali s'intende perseguire la strada? Sembra che tale dimensione, derivante dall'offrire un modello per i futuri allievi, abbia prevalso sulla riflessione circa i problemi di relazione all'interno delle varie società o associazioni di psicoanalisi. Torneremo tra breve su questo tema.

Fin d'ora, peraltro, possono essere utili le brevi riflessioni di Alain de Mijolla (1966) (SPP), formulate a proposito di una ricostruzione storica della scissione della stessa SPP nel 1953:

Au même titre que les individus, les institutions ont une histoire sur laquelle, comme eux le plus souvent, elles n'aiment pas se pencher. Il peut sembler paradoxal que des sociétés groupant des psychanalystes, pourtant confrontés à longueur de leur vie quotidienne à des processus d'historicisation individuelle, se montrent si rétives à l'exploration et à la reconstruction de leur passé, mais il est de fait qu'il a fallu attendre un délai de près de quarante ans pour qu'un des épisodes les plus importants de l'histoire de la psychanalyse en France puisse se voir publiquement évoqué. Sans doute chacun préfère-t-il continuer à croire qu'il échappe à la répétition et que ce qu'il vit dans le présent est original, sans commune mesure avec un "avant" qui serait alors le rappel qu'existe aussi un "futur" où il ne sera plus. Certainement, en ce qui concerne la scission qui a déchiré en deux la Société Psychanalytique de Paris en 1953, a-t-il également été nécessaire de panser des blessures, d'oublier des mesquineries, voire des passages à l'acte haineux en réponse ou non à de violentes ruptures affectives. Le "feu

du transfert”, comme disait Freud, a bien souvent embrasé ceux qui, analystes confirmés ou en formation, se trouvaient liés les uns aux autres par l’actuel d’un divan ou les reliquats d’une analyse didactique (p. 9)⁴.

Queste affermazioni di de Mijolla ci aiutano a comprendere come il modello francese sia nato quale esito di un conflitto, non analizzato ma agito, entro le istituzioni psicoanalitiche. Ma rimanda anche ai “postumi” dell’analisi didattica che, evidentemente, non sono solo a carico del futuro allievo che ha vissuto i problemi dell’analisi didattica stessa, quanto anche degli stessi analisti didatti.

È importante cogliere come l’analisi didattica sia una situazione prescritta, quindi in netta contraddizione con le premesse concettuali e strutturali, di setting, della psicoanalisi; e questo non soltanto per l’allievo, obbligato a sottoporsi al trattamento psicoanalitico, ma anche per lo psicoanalista che è al pari obbligato a trattare psicoanaliticamente l’allievo, costretto a sostituire con l’allievo prescritto i pazienti portatori di una propria domanda d’analisi.

Questa costrizione viene razionalizzata dagli psicoanalisti di training con la gratificazione insita nell’avere “pazienti” sicuri, docili e difficilmente problematici nell’accettare le condizioni del setting analitico previste dal modello Eitingon. Qualche anno fa si diceva, in Italia, che gli unici pazienti psicoanalitici piegati ad accettare il lavoro psicoanalitico “a quattro sedute”, erano quei morti di fame degli psicologi, attratti da una futura appartenenza all’élite delle società di psicoanalisi. Come si può capire, il problema principale della cosiddetta analisi didattica non è quello delle quattro sedute; è dato, di contro, dall’insieme del sistema prescrittivo entro il quale sono costretti sia il paziente che l’analista. Un sistema costrittivo agito, quindi non analizzabile. Quest’ultima è la problematica più importante dell’intera vicenda.

Nel modello francese si tenta di ovviare al problema, ponendo l’analisi personale (e non didattica) al di fuori del campo formativo. In questo senso, entro il modello francese, l’attività principale del processo formativo psicoanalitico diventa la supervisione.

Il modello uruguayano

Approfondiremo in seguito alcune dimensioni critiche del modello francese, ora sommariamente descritto, ma è tempo di dare uno sguardo al terzo modello riconosciuto dall’IPA nel 2007, quello uruguayano. Lo facciamo con le parole di Patrizio Campanile (2011): “Il training uruguayano, dal punto di vista di quanti lo hanno elaborato, intende *preservare il più possibile l’analisi dall’influenza dell’Istituzione, salvaguardare il pluralismo teorico, ridurre la concentrazione del potere derivante dalle funzioni di training e combattere l’infantilizzazione dei candidati*” (p. 956).

⁴ Così come gli individui, anche le istituzioni hanno una storia sulla quale, come succede sovente agli individui, non amano pensare. Può sembrare paradossale che delle società di psicoanalisti, analisti che sono confrontati sempre, durante la loro quotidianità, con processi di storicizzazione individuale, si mostrino così riluttanti nell’esplorare e nel ricostruire il proprio passato; ma, di fatto, si è dovuto attendere quasi quarant’anni perché uno degli episodi più importanti della storia della psicoanalisi, in Francia, potesse essere pubblicamente evocato. Senza dubbio ciascuno preferisce continuare a credere di sfuggire alla ripetizione e a credere che ciò che egli vive nel presente sia originale, senza nessun rapporto con un “passato” e quindi senza cogliere il legame tra passato e futuro. Certamente, nel caso della scissione che ha lacerato in due tronconi la Società Psicoanalitica di Parigi, nel 1953 è stato necessario medicare molte ferite, dimenticare molte meschinità, assistere a degli agiti colmi di violenza senza giustificazione o in risposta a delle violente rotture affettive. Il “fuoco del transfert”, come diceva Freud, ha molto spesso infiammato chi, analisti ufficiali o in formazione, si trovavano legati gli uni agli altri nel lavoro analitico sul divano o per i postumi di una analisi didattica (traduzione dell’autore).

Per capire le vicende che portarono i colleghi uruguayi a intraprendere la strada delineata dalla citazione, è importante ripercorrere le vicende storiche, per la verità molto travagliate, della psicoanalisi nel continente sudamericano.

Nel primi anni Settanta, una dittatura militare reggeva il potere in Brasile. La dittatura, iniziata nel marzo 1964 con la deposizione del Presidente João Goulart, resse con “pugno di ferro” (espressione tristemente eufemistica) il paese sino al 1985, entro un ventennio passato alla storia anche per le persecuzioni e le torture esercitate contro i dissidenti, segnatamente le persone sospette di militanza o appartenenza comunista.

Il Presidente dell’Associazione Psicoanalitica dello Stato di Rio de Janeiro (APERJ) Leao Cabernite, psicoanalista didatta, aveva in analisi didattica il candidato Amilcar Lobo Moreira, tenente della polizia militare e attivo torturatore al servizio della dittatura brasiliana.

Helena Besserman Vianna, una psicoanalista dello stato di Minas Gerais, denunciò il fatto a Marie Langer, psicoanalista viennese che lavorava all’epoca in Argentina. Marie Langer, dopo una militanza assieme al marito (entrambi medici) nella guerra civile spagnola, emigrò in Uruguay, poi in Argentina e infine in Messico.

Marie Langer pubblica la denuncia e la commenta nel volume: “Cuestionamos 2”, pubblicato per i tipi di Granica nel 1973, a Buenos Aires in Argentina. Contemporaneamente, Marie Langer e Armando Bauleo inviano copia della denuncia all’IPA.

La discussione dell’affaire Cabernite, all’interno dell’IPA, l’organo internazionale delle società psicoanalitiche, durò più di vent’anni; vent’anni e più, per dirimere una questione che appariva sin da subito chiara sul piano etico e socio-politico; l’IPA dovette subire la strenua difesa di Cabernite nei confronti del suo allievo in analisi didattica, e la difesa del difensore, da parte di eminenti membri del *board* dell’IPA stessa. In un primo momento, vennero deferiti agli organi di controllo dell’IPA proprio coloro che si erano fatti portavoce della denuncia. Marie Langer venne espulsa dalla Società Psicoanalitica d’appartenenza pur dando contemporaneamente le dimissioni dalla stessa.

Le reazioni all’interno degli psicoanalisti sudamericani, poi anche all’interno di quelli europei e americani, furono ambigue: da una parte si sostenevano le ragioni dell’ortodossia psicoanalitica e del potere psicoanalitico, in questo caso apertamente coincidenti nel difendere a oltranza l’istituzione dello stesso potere psicoanalitico; dall’altra, in Argentina e in Brasile, ma anche in Francia, in Italia e in molti paesi, gli psicoanalisti capaci di prendere una posizione autonoma dal potere dell’istituzione psicoanalitica, capaci di una sensibilità sociale, politica e etica, si ribellarono contro l’evento, in particolare contro i tentennamenti colpevoli dell’IPA. Dice ancora, in una nota, Campanile (2011):

È una vicenda che ha avuto prolungati e inquietanti echi a livello dell’IPA e che meriterebbe di essere sempre ricordata ed ancora indagata, anche da parte nostra, non perdendo mai di vista (ne era ben consapevole Besserman Vianna) l’intreccio che lega tecnica, teoria ed etica. Di più, se non si può certo supporre un complotto capace di coinvolgere anche i vertici dell’IPA e del quale tutti fossero complici consapevoli (qualcuno probabilmente lo era!), non può non allarmarci il rischio di cecità (che in qualche caso può diventare vera e propria complicità) derivante da un’idealizzazione dell’istituzione psicoanalitica e dei suoi membri. Scrisse il 14 settembre 1986 il *Jornal do Brasil* (Besserman, 1989, p. 127): “Sarebbe ingenuo credere che la Società Psicoanalitica fosse la sola all’epoca ad essere malata, ma ci possiamo domandare come abbia potuto esserlo fino a quel punto. Perché guarisca è necessario che parli, che assuma le sue responsabilità”. La difesa della psicoanalisi non potrà mai giustificare il contrario (p. 959).

Nel frattempo, in Sudamerica avvennero altri fatti interessanti per la psicoanalisi, come scienza e come professione. In un primo tempo, in quel continente si ebbe una forte egemonia delle teorie kleiniane. Verso la fine degli anni Sessanta, si diffusero pensiero e proposte tecniche di altri autori, da Bion a Winnicott; l’influenza di Lacan, che tenne alcune conferenze a Caracas nel 1980, fu enorme e decisiva. Interessante che Lacan sia stato considerato in Sudamerica come il grande rivoluzionario della psicoanalisi. Lacan era

profondamente contrario alla scuola psicoanalitica americana della *Ego-psychology*, ma in Sudamerica la sua proposta fu utilizzata anche in appoggio al conflitto con le teorie e le pratiche del gruppo kleiniano, visto che i kleiniani occupavano la gran parte delle posizioni di potere entro l'istituzione psicoanalitica.

Come dice Campanile (2011): “la rottura di Lacan con l'IPA del 1964, fu letta a Buenos Aires come una mossa rivoluzionaria e anti-imperialista, e i lacaniani di Buenos Aires paragonarono la coerenza teorica di Lacan alle aspettative del movimento sociale francese del '68” (p. 961).

Molti psicoanalisti sudamericani, sia pur seguendo strade concettuali e professionali differenti, pensarono fosse necessario individuare dei legami stretti tra psicoanalisi e problemi socio-politici dei loro paesi, del contesto entro il quale lavoravano come psicoanalisti. Altri loro colleghi di contro sostennero che le due problematiche dovevano esser tenute separate, ma l'insieme della psicoanalisi sudamericana affrontò direttamente e in modo vivace il tema della relazione tra psicoanalisi e contesto.

L'attenzione al contesto e l'assetto critico nei confronti dei modelli tradizionali della formazione psicoanalitica comportarono per gli uruguaiani la convalida, come nel modello francese, del valore assolutamente personale associato all'analisi di chi intende formarsi psicoanaliticamente. Anzi, nel modello uruguaiano l'analisi, la supervisione e la didattica sono svolte da gruppi rigidamente separati di analisti, mentre la gestione dell'attività formativa è collegiale. I candidati partecipano attivamente all'organizzazione delle attività formative e sono corresponsabilizzati nelle decisioni che li riguardano.

L'analisi è separata dalle altre attività, con l'intento di rendere la regressione analitica un evento privato, distinto dalle funzioni responsabili “adulte” che sono implicate entro le altre attività formative.

Riporto una frase del documento fondativo dell'IPA, come è citato nel lavoro di Campanile (2011):

L'analisi personale del candidato è il pilastro del processo. Ciò che vogliamo sottolineare come fondamentale è la separazione tra la sfera del processo analitico, che promuove intimità e regressione ed opera su conflitto e desideri inconsci, e la scena dell'Istituto di Training che è un ambito di trasmissione secondo il processo secondario. Riconoscere e favorire l'autonomia di tali ambiti consente il lavoro sulla soggettività inconscia nel transfert, senza interferenze, per quanto possibile, da parte delle richieste curricolari che sono comunque parte integrante del processo analitico. Questo silenzio che è richiesto all'analista di training, detto didatta o dell'Istituto, fa sì che l'Istituto possa valutare, attraverso i seminari e le supervisioni, l'attitudine del candidato a pensare psicoanaliticamente (p. 965).

Considerazioni critiche

Come si vede, i tre modelli affrontano il problema della relazione tra psicoanalista e candidato in modo del tutto diverso. Nel modello Eitingon, l'analisi non è “personale” ma di training, e in quanto tale è gestita dagli analisti di training dell'Istituto formativo. Nei modelli francese e uruguaiano, l'analisi del candidato psicoanalista diviene “analisi personale”, non più di training, ed è gestita in modo diverso sia dal primo modello che nel confronto tra i secondi due.

Ciò che accomuna i tre modelli è il sottolineare che l'analisi, esperita dal candidato alla formazione psicoanalitica, è il centro irrinunciabile e fondamentale della formazione psicoanalitica.

Questa centralità è associata, anche se in modo differente, all'accesso alla formazione psicoanalitica stessa. Nel modello Eitingon è obbligatoria e gestita dall'Istituto di training; nel modello francese la decisione dell'esperienza psicoanalitica è affidata alla singola persona, ma l'ammissione all'Istituto di training passa obbligatoriamente dall'aver fatto o dall'aver in corso l'esperienza analitica stessa; nel modello uruguaiano c'è la separazione tra i gruppi di analisti che si occupano delle tre componenti della formazione ma, ancora, l'analisi personale è centrale e necessaria per la propria formazione psicoanalitica.

In un modo o nell'altro, in questi ultimi due modelli come anche negli emendamenti recenti al modello Eitingon, si affronta la componente problematica del far coincidere, nell'analista di training, la funzione

analitica e quella di valutazione del candidato; ma si ribadisce, sia pur con modalità organizzative differenti, l'obbligatorietà dell'esperienza analitica. Sottolineo: l'obbligatorietà dell'esperienza, non la rilevanza dell'esperienza stessa.

Nel caso in cui una persona intenda accedere alla formazione psicoanalitica quindi, per l'IPA è necessario che faccia un'esperienza psicoanalitica egli stesso, prima o durante il percorso formativo. Per certi versi, si può affermare che gran parte del percorso formativo coincide con l'esperienza psicoanalitica di chi vuol accedere alla formazione da un lato, all'appartenenza alla comunità dell'IPA dall'altro.

La prescrizione del trattamento psicoanalitico è una condizione irrinunciabile, per l'Associazione Psicoanalitica Internazionale. Perché? È questo un interrogativo, a mio modo di vedere, di grande rilievo. Proviamo a interrogarci sul tema. Partiamo dall'usuale rivolgersi delle persone allo psicoanalista.

Perché una persona si rivolge allo psicoanalista?

Si tratta di un vecchio interrogativo, che ho a più riprese proposto, anche se nel passato l'ho spesso analizzato in riferimento allo psicologo.

Due sono le possibili risposte: perché ha un problema; oppure, perché sa dell'esistenza dello psicoanalista.

Può sembrare ovvia la prima evenienza: le persone vanno dallo psicoanalista perché hanno un problema. Già, ma qual è il motivo per cui, in base al problema che ritengono di avere, vanno proprio dallo psicoanalista, più in particolare da "quello" psicoanalista? Dovrebbe essere chiaro che la scelta di rivolgersi allo psicoanalista richiede lo stabilirsi, nella mente delle persone, di un legame stretto tra problema e psicoanalisi. Un legame stretto tra problema e relazione con un professionista che proporrà una cura della parola, una cura fondata sulla relazione tra paziente e psicoanalista.

L'anticipazione emozionale, simbolica, della relazione con uno psicoanalista è il principale fattore motivazionale entro la richiesta di una cura psicoanalitica.

Sto parlando di una persona che si rivolge allo psicoanalista, ma la stessa cosa vale anche quando allo psicoanalista stesso si rivolge un gruppo sociale, un sistema organizzativo. La fantasia anticipatoria della relazione con lo psicoanalista funge da motore per l'inverarsi motivazionale della domanda d'analisi. Chi si rivolge allo psicoanalista, quindi, non s'attende una relazione strettamente medica: diagnosi, prognosi, terapia. Non s'attende un rapporto dettato unicamente dalle esigenze della professionalità medica, esigenze che tendono a reificare una funzione, quella medica, ove non c'è spazio per la soggettività del paziente. S'attende, di contro, un rapporto ove l'unica dimensione presente è quella dell'incontro tra due soggettività; incontro mediato dalla parola emozionata. In altri termini, l'andare dallo psicoanalista non comporta una relazione stretta tra problema e metodo di cura; il problema è, il più delle volte, un pretesto per la cura psicoanalitica, in quanto la cura stessa è fondata su premesse e metodo che non sono in stretta relazione con specifici disturbi dell'umore, della personalità o di altre categorie della clinica psichiatrica.

È importante sottolineare il fatto che la prescrizione dell'analisi rende impossibile questo approccio motivazionale all'analisi stessa. Prescrivere l'analisi significa mettere in atto un processo ove l'anticipazione emozionale, simbolica, della relazione con l'analista viene mortificata in nome di un rapporto obbligato che, necessariamente comprende sia l'analizzato che l'analista e che, in quanto agito in nome di una dipendenza dal sistema istituzionale, non è analizzabile. La psicoanalisi è un'esperienza che si fonda sull'analisi delle fantasie istituenti la relazione. La psicoanalisi prescritta agisce le fantasie istituenti, che pur fondamentali nel lavoro psicoanalitico, non sono analizzabili. Se fossero analizzabili, ciò significherebbe rompere con il sistema obbligante e cogliere la violenza istituzionale insita in tale obbligo, sia da parte dell'analizzando che da parte dell'analista. Credo sia proprio questa dipendenza istituzionale, alla quale sono obbligati sia l'analista che l'analizzato, il motivo per il quale l'IPA non molla sul tema dell'analisi obbligata.

Da più autori si sottolinea il timore che prende molti psicoanalisti, identificati con l'istituzione psicoanalitica e consapevoli del compito, doveroso, di garantire la sopravvivenza della struttura creatasi attorno a Freud e alla sua impresa scientifica e professionale; un timore circa i pericoli che incombono sull'istituzione psicoanalitica stessa. Pericoli che, nella fantasia istituzionale dei difensori dell'istituzione, vengono da chi

vorrebbe corrompere, adulterare la “vera” psicoanalisi. Penso, sulla base della mia esperienza di analisi istituzionale, che questi difensori dell’istituzione psicoanalitica siano più propensi a distruggere l’istituzione, tramite il sostegno puntiglioso, ad oltranza, dello *status quo*, che a difendere l’istituzione stessa. Una istituzione che solo nel suo sviluppo può avere un futuro.

Guardiamo agli oggetti simbolizzati come pericolosi, che nel tempo hanno invaso le fantasie degli psicoanalisti conservatori ad ogni costo.

Ricordiamo con Thomä (1993) che la struttura tripartita della Clinica di Berlino, ove nacque il modello Eitingon, non era in origine quella classicamente definita come: analisi di training – supervisioni – seminari teorici. In origine, i tre elementi del *Poliklinik* di Berlino erano: formazione psicoanalitica; ambulatorio per il trattamento gratuito di persone socialmente ed economicamente svantaggiate e ricerca in campo psicoanalitico. Dice Squitieri (2011):

Questi tre elementi erano fortemente legati tra loro: il secondo essendo animato non solo da spirito di solidarietà sociale ma anche dalla possibilità di fornire pazienti per la formazione degli allievi e materiale di ricerca. Quest’ultimo scopo, quello della ricerca, andò presto e gradualmente perduto (ed anche questo è un elemento di permanenza nello sviluppo successivo degli istituti psicoanalitici), e così per molti aspetti il secondo (che però viene conservato in diverse istituzioni legate, per esempio, alla British Society ma anche sul versante francese della SPP) mentre due altri elementi di grande importanza vanno sottolineati per l’influenza che ebbero sulla futura organizzazione degli istituti e delle Società psicoanalitiche (p. 928-929).

Ci si può chiedere: perché è venuta meno la ricerca in campo psicoanalitico? Pensiamo alle scissioni già consumate, in modo doloroso, ai tempi di Freud: quelle operate da Jung, da Adler e Stekel. Pensiamo al distacco della psicoanalisi dalle istituzioni universitarie, in particolare dalle scuole universitarie di medicina e di psichiatria. Wallerstein (2007) ricorda come il mondo accademico abbia nutrito ostilità e diffidenza nei confronti della psicoanalisi; così come, da Freud in poi, ci sia anche stata, negli psicoanalisti, una reazione difensiva nei confronti del mondo accademico stesso.

In sintesi, la psicoanalisi “ufficiale” è rimasta un’organizzazione privata, isolata, gestita in prevalenza da un gruppo di poche persone di origine inglese e statunitense, ove veniva disattesa la ricerca e al contempo si prendevano le distanze dal sistema universitario. Wallerstein ha ragione, evidentemente, quando parla di “reazione difensiva”. Ma è importante capire quale sia il “pericolo” per affrontare il quale si appresta la difesa.

Possiamo affermare che ci si difende dall’eterodossia, dall’innovazione, da un pensiero che proponga aspetti nuovi o imprevisti del pensiero psicoanalitico, che possa promuovere sviluppo della grande scoperta freudiana, lungo strade ancora non percorse.

Ma torniamo alla formazione. Con Sandor Ferenczi e con Anna Freud, possiamo azzardare l’ipotesi che l’analisi prescritta, obbligatoria, l’analisi didattica insomma, sia uno strumento volto a facilitare l’identificazione con l’aggressore.

Non mi dilungo sul meccanismo di difesa che Ferenczi segnalò nel 1932 e che Anna Freud riprese nel 1936, nel volume *L’io e i meccanismi di difesa*. Basti ricordare come per identificazione con l’aggressore s’intenda quel processo difensivo per il quale la vittima di un’aggressione, reale o fantasmaticizzata, introietta l’aggressore, assimilando l’esperienza angosciante; identificandosi, quindi, assume il ruolo dell’aggressore e i suoi attributi, e si trasforma da minacciato in minacciante.

A questo processo sembra affidata, dall’istituzione psicoanalitica, la continuità dell’istituzione stessa. A che prezzo? Ho già ricordato come, più volte, nella letteratura psicoanalitica o nella comunicazione tra analisti, si senta ripetere che, finito il training analitico, finalmente un analista può concedersi una analisi “comme il faut”, un’esperienza ove affrontare i propri problemi e lavorare serenamente con le proprie emozioni. In questo senso si segnala la componente “falsa” dell’analisi didattica. Un altro tema, sempre restando nell’ambito dell’analisi didattica, è quello del suo obiettivo. Vorrei essere chiaro: quando il trattamento

psicoanalitico è fondato sulla domanda della persona che chiede di entrare in analisi, è l'analisi della domanda che consente di individuare gli obiettivi del lavoro. In ogni caso, l'obiettivo è strettamente correlato, e non può non esserlo, alla problematica che ha portato una persona a rivolgersi allo psicoanalista; problematica che può essere colta e analizzata entro la relazione di domanda. Ma se l'analisi è prescritta, al di fuori di ogni possibile individuazione di una problematica che sostenga e motivi la domanda, quale può essere l'obiettivo? Si possono dare molte risposte all'interrogativo, ma tutte – esplicitamente o implicitamente – ruotano attorno al tema della guarigione. Una buona analisi didattica è quella che “guarisce” il candidato e gli può consentire di accedere alla professione ove occuparsi delle malattie che caratterizzano i suoi futuri pazienti. Evidentemente, questa categoria della “guarigione” del candidato implica che l'analista didatta, e più in generale il gruppo degli analisti di training, siano tutti “guariti”. Anche in questo caso, non mi dilungo sull'aspetto paranoicale di una visione manichea entro la quale ci sono persone che, arrogandosi il diritto di rappresentare il metro di giudizio della guarigione, possano decidere se l'altro sia guarito a sufficienza per poter appartenere al gruppo dei “guariti”, se si vuole degli “eletti”. Questa terminologia, che apre a problemi epistemologici di rilevante importanza, caratterizza lo psicoanalista e non è presente in nessun altro ambito della medicina, ove ciò che conta è la competenza e non il grado di “salute” del medico. Si tratta, peraltro, di una terminologia utilizzata per molto tempo, esplicitamente, nell'ambito degli istituti di training italiani, come in quelli inglesi. Si può capire che, se l'obiettivo dell'analisi didattica è la guarigione del candidato, il fatto che l'analista didatta sia “*non reporting*” è del tutto irrilevante, in quanto spetta a lui, e solo a lui, decidere la conclusione dell'analisi didattica. Si conoscono molti casi nei quali il candidato fu “fermato”, nella sua aspirazione a diventare analista, proprio dall'interminabilità di una analisi didattica ove l'analista non riusciva a convincersi circa la guarigione del candidato stesso.

Questa introduzione di una categoria surrettiziamente medica, qual è la nozione di guarigione, comporta d'altronde che l'analisi didattica riproduca la relazione medica, ove esiste un terapeuta che opera per raggiungere la guarigione del paziente, indipendentemente dai motivi che hanno portato, o in questo caso obbligato, il paziente a sottoporsi (qui il termine è corretto) alla terapia.

Conseguenze dell'obbligo all'analisi

Joseph Ludin (2014) inizia con queste parole le sue osservazioni sulla psicoanalisi, recentemente pubblicate da “Psiche”:

C'è un disagio nella psicoanalisi e questo forse da una quindicina, ventina d'anni. La richiesta di psicoterapia cresce di anno in anno, ci sono sempre più studi di analisti un po' dappertutto, ma gli istituti di psicoanalisi hanno difficoltà a sopravvivere, e i pazienti e i candidati ci evitano.

Abbiamo perso di attrattiva?

Certo, sappiamo che la psicoanalisi, per la sua scoperta dei meccanismi inconsci e per le resistenze che provoca, ha da sempre dovuto sopportare un certo rifiuto. Nondimeno, questa constatazione non può essere soddisfacente davvero, soprattutto quando si è vissuto tra il 1950 e il 1990 una vera esplosione di riconoscimento. E questo, ahimè, non è più il caso. La mia ipotesi è che la condizione della psicoanalisi oggi, non sia soltanto da attribuire a colpe degli altri, ma ci sia qualcosa che ci riguarda. Penso che uno dei fattori che determina questa situazione sia, probabilmente, il rigore circa la formazione e le esigenze della cura classica o “ortodossa” che sono diventati, direi, “invivibili” sia per i candidati che per i pazienti. Il rigore delle regole della pratica analitica è accompagnato da un discorso teoretico-istituzionale che si è autonomizzato, senza un'adeguata considerazione del fatto che i suoi principi si scontrano con le condizioni di vita attuale (pp. 173–174).

L'autore mette poi l'accento sul problema dell'astinenza dell'analista, sulla cura a quattro o più sedute alla settimana, sul lavoro analitico che dura per anni, per decenni. Si chiede poi cosa succeda, davvero, negli studi degli psicoanalisti.

La cura-tipo esiste davvero o è un tipo d'ideologia promossa, da alcuni, per salvare la cosiddetta vera psicoanalisi? (...) La mancanza di pazienti per una "vera analisi" e di candidati in tanti paesi, non si deve anche alle esigenze della formazione "classica" che per molti giovani medici o psicologi è a malapena realizzabile? Trovare pazienti che s'impegnino per un'analisi a 3/4/5 volte a settimana, lo sanno tutti, è difficile, soprattutto quando i pazienti – come nella maggior parte dei paesi – devono pagare la loro analisi di tasca propria e senza il sostegno delle assicurazioni statali. Ma vedo anche pazienti che, per quanto ben motivati, non riescono a iniziare un'analisi per mancanza di tempo o di danaro e verifico in non pochi pazienti che non si tratta di una resistenza psichica, ma di problemi che riguardano le condizioni di vita. È giusto rifiutare questi pazienti? No, certo che no, e la maggior parte di noi non li rifiuta questi pazienti, anzi essi riempiono i nostri studi, costituiscono la gran parte della nostra pratica quotidiana e questo un po' dovunque.

Ho da poco letto un testo di uno psicoanalista svizzero che riferisce di un suo studio sulla pratica degli psicoanalisti svizzeri: l'ottanta per cento dei trattamenti privati sono praticati a una o due sedute settimanali (p. 175).

Ludin cita il lavoro di un suo collega svizzero, W. Roell (2013).

Perché occuparci di questi problemi? Quanto riferito da Ludin è cosa ben nota, direi a tutti. Così come altre affermazioni del nostro collega svizzero, appartenente alla Association Psychanalytique de France (APF). Ad esempio, quella per cui in Francia la psicoanalisi ha buona risonanza per via dell'elasticità del suo setting. O ancora l'affermazione:

La psicoanalisi alla francese è – tra l'altro – una diversa maniera di concepire il setting, rifiuta di feticizzarlo e ha ragione a non farlo. In America, al contrario, dove si era così fieri di aver eretto regole quanto mai rigide e "scientificamente corrette", la psicoanalisi è oggi quasi morta. Gli psicoanalisti americani di oggi lavorano con una o due sedute a settimana, altro è impraticabile. E nella misura in cui hanno saldato la psicoanalisi a una concezione del setting, abbandonano il setting e anche il pensiero psicoanalitico (pp. 178-179).

Come si vede, Ludin associa il disagio e il declino della psicoanalisi alla rigidità delle regole imposte dal modello Eitingon e strenuamente difese dall'*establishment* dell'IPA, riferendosi *in primis*, direi unicamente, al tema del numero di sedute settimanali che possano qualificare un lavoro psicoanalitico come "psicoanalisi". La questione delle quattro sedute a settimana sembra essere, per molti analisti, una sorta di incubo incombente.

È questo un tema che ha componenti pretestuose e anacronistiche. Molti sostengono che il numero di sedute settimanali sia strettamente correlato con il livello di regressione del paziente in analisi. Ma allora, per quale motivo si dice che le quattro o cinque sedute settimanali sono importanti nel caso di pazienti gravi, se poi s'afferma che, con i pazienti gravi, va attenuata l'entità della regressione nella cura? E con quale certezza sperimentale si sostiene che ci sia relazione tra numero delle sedute settimanali e livello di regressione del paziente? Potremmo continuare a lungo nel porre interrogativi, anche cogenti, a una clausola, quella circa il numero delle sedute settimanali, che consente di definire psicoanalisi e non psicoterapia psicoanalitica, la nostra prassi.

C'è peraltro, nelle osservazioni interessanti riportate da Ludin, un aspetto che non si coglie: *l'istituzione sistematica e perversa della falsità*. L'ortodossia, che imperversa entro la realtà istituzionale della psicoanalisi, produce di fatto una sorta di silenzio falso, ove tutti sanno la verità, circa la reale prassi degli psicoanalisti nel mondo intero, ma nessuno la può dire apertamente.

Ludin accenna a questo in una nota del suo lavoro: “molti analisti sono infastiditi dai discorsi sulla loro pratica, perché temono che siano rivolti contro di loro. Dunque, una sorta di silenzio e non sappiamo davvero ciò che accade negli studi dei nostri colleghi” (p. 178).

Possiamo chiederci quale sia la “cultura” che caratterizza un sistema sociale ove conoscenza e analisi della realtà vengono percepite come minaccianti, come capi d'accusa che possono essere usati *contro* i membri del sistema sociale stesso.

Le osservazioni proposte da Ludin dovrebbero farci riflettere: dalla sue affermazioni, anche se il collega non s'avventura nelle difficili vie di un'analisi psicoanalitica della cultura che con tali parole contribuisce a delineare, emerge una cultura psicoanalitica dove l'istituzione del falso sembra necessaria protezione nei confronti di una minaccia imminente. E la minaccia è data da una ortodossia che sembra far dimenticare obiettivi della psicoanalisi e domanda nei confronti della psicoanalisi stessa.

Sembra che l'istituzione psicoanalitica, peraltro travagliata da conflitti e problemi profondi, vissuti sin dalla sua fondazione ma accentuatasi con il prosieguo del suo sviluppo, manchi di un pensiero psicoanalitico su se stessa, sia presa da un delirio di controllo che, nella difesa dello *status quo*, sta portando il movimento psicoanalitico alla rovina. Il dipinto di Pieter Bruegel il Vecchio (1568) “Parabola dei ciechi”, di Capodimonte, può ben esemplificare quanto sto dicendo:



Penso che il vero problema formativo, insito nei modelli che abbiamo sia pur sommariamente considerati sino a questo momento, sia dato dal paradosso del rendere obbligatoria l'esperienza psicoanalitica di chi intende accedere alla teoria e alla pratica della psicoanalisi. La perversione insita in questa prescrizione dell'analisi, didattica o personale che sia, comporta un costo altissimo, sia per chi deve sottostare a questa imposizione come candidato o allievo, sia per chi si trova ad operare come analista, senza un cliente/paziente ma dovendo lavorare con chi subisce il lavoro analitico come un obbligo.

Il modello di formazione della scuola SPS

Le considerazioni fin qui svolte potranno aiutare a comprendere le basi teoriche e metodologiche del modello formativo proposto della “Scuola quadriennale di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda” di SPS, che dirigo da otto anni lavorando alla formazione di psicoterapisti, a orientamento psicoanalitico, assieme a molti colleghi.

Ricordo l'affermazione che, a mio modo di vedere, qualifica il progetto formativo della nostra scuola:

Per intervento psicologico clinico fondato sull'analisi della domanda s'intende l'esplorazione delle simbolizzazioni affettive, agite da chi pone una domanda d'intervento allo psicologo, entro la relazione con lo psicologo stesso. Stiamo parlando di uno psicologo che pratica la psicoterapia psicoanalitica nell'ambito dei servizi socio-sanitari o entro uno studio privato; anche dello psicologo che offre consulenza alle strutture organizzative, siano esse aziende, organizzazioni di servizi, cooperative, enti sanitari, istituti scolastici, religiosi, militari. Stiamo parlando di uno psicologo che lavora con persone, gruppi od organizzazioni; clienti, tutti, che gli propongono dei problemi, da affrontare con la competenza psicologica, al fine di uno sviluppo della persona, così come delle strutture organizzative (www.spsonline.it).

In altre parole, la nostra scuola intende formare psicoterapisti, a orientamento psicoanalitico, capaci di intervenire nell'ambito dei *problemi* posti da persone o da strutture organizzative; un intervento reso possibile perché fondato sulla competenza ad analizzare le relazioni che caratterizzano i problemi per i quali si chiede l'intervento.

Sottolineo la stretta connessione tra problema e relazione tra persone, in alternativa alla diagnosi di un disturbo psichico che restringe la problematica al solo individuo "malato". L'attenzione alle relazioni che fondano la problematica posta allo psicoterapista, così come la loro riedizione entro il rapporto di domanda, rende equiparabili e sovrapponibili gli interventi psicoterapeutici rivolti formalmente a singole persone e gli interventi rivolti a strutture organizzative o sistemi culturali. L'obiettivo è comune: si tratta, in tutti i casi, di facilitare lo sviluppo delle culture organizzative (familiari o di contesto) entro le quali si forma la domanda.

Veniamo ora al modello formativo che pratichiamo nella nostra scuola. La proposta si pone quale evoluzione del modello francese, sia pure con alcuni punti di discontinuità profonda.

Un primo elemento di discontinuità concerne l'analisi personale di chi frequenta la nostra scuola. La scuola non richiede come prerequisito, o come esperienza obbligatoria durante i quattro anni di formazione, l'analisi da parte dei propri allievi. Possiamo dire che la scuola non verifica, in alcun momento del periodo formativo, se gli allievi hanno o meno effettuato un'esperienza psicoanalitica personale.

Questo per due motivi. Il primo concerne la convinzione che l'analisi sia un evento "personale", che investe esclusivamente la decisione del singolo allievo circa il fruire di un'importante risorsa, la propria analisi personale; non può quindi, in alcun modo, rappresentare un obbligo. L'allievo che trova nelle sue esperienze di vita – non ultima, l'esperienza formativa entro la nostra scuola – difficoltà o problemi che ritiene utile affrontare tramite una propria esperienza psicoanalitica, lo farà nelle modalità e nei tempi che vorrà concordare con l'analista al quale riterrà opportuno rivolgersi. Alla scuola non interessa che si sia fatta o si faccia un'esperienza psicoanalitica; *interessa che ciascun allievo sia in grado di sviluppare una competenza psicoanalitica nel corso della sua complessa formazione.*

È possibile che lo sviluppo della competenza psicoanalitica comporti, per molti o per tutti gli allievi, l'analisi delle proprie problematiche personali; lo ripeto, la scuola non obbliga all'analisi personale e non verifica se ciascun allievo ha fatto o fa psicoanalisi personale; verifica di contro, e in modo puntuale, lo sviluppo delle competenze psicoanalitiche proprie di ciascun allievo, quindi della competenza a pensare alle proprie emozioni e a lavorare con le proprie emozioni; la competenza a inquadrare questo lavoro all'interno delle teorie psicoanalitiche criticamente esplorate, e in particolare della teoria psicoanalitica che connota la scuola stessa.

Il secondo motivo è legato al senso che la scuola affida alla supervisione, per noi al monitoraggio.

È questo un tema centrale del nostro modello formativo. Supervisione è un termine gravido di allusioni emozionali: si tratta infatti di una parola che implica un forte e esplicito rapporto gerarchico tra chi "esercita" la supervisione in quanto si trova "sopra", e chi si fa supervisionare e si trova "sotto". Ricordo che, nell'analisi delle categorie emozionali che organizzano la polisemia emozionale, abbiamo da tempo individuato tre categorie riferite al proprio corpo e al rapporto del corpo con l'altro: dentro – fuori; davanti – dietro; sopra – sotto. Quest'ultima è la categoria che organizza le relazioni di potere, da quello generazionale a quello organizzativo, entro il complesso processo polisemico della simbolizzazione affettiva. Chiamiamo

monitoraggio il confronto, in gruppo, delle proprie esperienze cliniche da parte degli allievi dei singoli anni di corso della scuola; un termine che viene dall'inglese tecnico (monitor screen), e che quindi è meno gravido di significanza emozionale di quanto non lo siano i termini di derivazione latina. Non si tratta, evidentemente, di una questione terminologica. Guardiamo a cosa afferma Squitieri (2011), a proposito dell'istituto della supervisione nel modello Eitingon.

Il fatto che, nel modello iniziale, l'analisi si svolga con un analista di training e all'interno del percorso formativo, fa sì che nel *modello Eitingon* la supervisione non abbia il compito di mettere in gioco direttamente – attraverso la dinamica del rapporto tra allievo e supervisore – le caratteristiche relazionali (soprattutto inconscie) dell'allievo; la supervisione riguarda perciò formalmente e sostanzialmente *solo*⁵ il rapporto tra allievo e paziente, e soprattutto – viene sottolineato – l'analisi del controtransfert del futuro analista e la delimitazione del processo analitico. Il rapporto tra studente e supervisore non viene preso in considerazione come tale o, *meglio*⁶, non costituisce il fuoco del lavoro di supervisione (come invece avviene nel *modello francese* sulla base di un'esigenza di controllo e di integrazione dello stesso cammino analitico compiuto dall'allievo al di fuori dell'Istituto: e questa è una delle differenze sostanziali tra i due modelli) (p. 935).

Guardando alla concezione formativa che traspare da queste parole, ma altri testi non fanno che confermare questa impressione, sembra che la formazione psicoanalitica così delineata riguardi il singolo individuo, il singolo candidato, indipendentemente dal contesto formativo entro il quale la formazione stessa avviene. La convinzione che si possa istituire una relazione (quella tra supervisore e allievo) ove ciò di cui si parla, l'argomento della supervisione riguardi *solo* la relazione tra l'allievo e il paziente dell'allievo, così come l'allievo la riferisce nella sua relazione con il supervisore, è profondamente restrittiva, direi errata, in contraddizione con quanto la teoria psicoanalitica sostiene e con quanto la psicosociologia ha dimostrato con la sua ricerca e la sua esperienza. Si tratta di una convinzione che, ancora una volta, istituisce il falso entro la relazione di supervisione. Interessante, al proposito, osservare come le nozioni di transfert e, qui, di controtransfert siano oggettivate, considerate come *cose* che si possono considerare o lasciare da parte, non come connotazioni emozionali della relazione che appartengono necessariamente, e invariabilmente, a ogni relazione.

La supervisione viene descritta come un falso fondato sulla modalità “come se”.

Diamo un ultimo sguardo critico al modello Eitingon: il focus di questo modello formativo (seguito dalla stragrande maggioranza delle società psicoanalitiche, comprese quelle italiane, è importante ricordarlo) è centrato sull'analisi didattica dei singoli candidati, quindi su un'esperienza organizzata dal rapporto con il potere istituzionale che presiede alla relazione analitica, snaturandola. È poi sviluppato entro un rapporto, quello di supervisione, ove si fa “come se” il focus della relazione sia centrato su una relazione assente, quella tra candidato e paziente; come se – appunto – la relazione tra candidato e supervisore fosse esaurita nel potere del supervisore. Nella descrizione del modello, infine, vengono spese solo poche righe per parlare dei seminari teorici. Dice Squitieri (2011) a proposito dei seminari teorici:

essi sono oggi di natura obbligatoria, anche per le *intersezioni*⁷ con altri problemi istituzionali (vedi il riconoscimento ministeriale come scuola di formazione). Naturalmente, risentono dell'atmosfera e delle tradizioni culturali dei singoli paesi, sia nelle loro tematiche che nelle loro strutturazioni. Se pensiamo a quanto afferma Freud nel testo del 1926 (Freud, 1926/1985), essi hanno forse tradito la preoccupazione iniziale di fornire una preparazione in una serie di discipline umanistiche da una parte, e in una serie di discipline di stampo

⁵ Il corsivo è mio.

⁶ Il corsivo è mio.

⁷ Il corsivo è mio, a segnalare l'eufemismo del termine utilizzato.

biologico dall'altra, che Freud stesso considerava essenziali. Questo ha una quantità di ragioni, ad alcune delle quali – come la natura di istituto privato indipendente e l'assenza di rapporto con altre istituzioni d'insegnamento – ho accennato (p. 935-936).

In altri termini: la teoria la trattiamo perché siamo costretti a farlo, ma – tradendo Freud – diamo una rilevanza del tutto secondaria e marginale al tema.

Ciò che è assente nel modello Eitington, ma anche nel modello francese e in quello uruguayano, è una analisi dell'esperienza formativa e delle componenti organizzative e istituzionali entro le quali l'esperienza formativa avviene.

Tornando alla nostra scuola e al monitoraggio, è per noi fondamentale che gli allievi si confrontino sistematicamente, entro il proprio gruppo di formazione, con la propria esperienza di formazione e di tirocinio. Ciò comporta un coinvolgimento emozionale importante, ove la relazione con i colleghi del proprio anno di formazione, e con chi conduce il monitoraggio, rappresentano il luogo del transfert istituzionale entro il quale analizzare la propria esperienza di lavoro nel tirocinio.

Come diceva Ludin (2014), noi non sappiamo nulla di quello che succede nella stanza degli analisti, di quelli che lavorano accanto a noi, come di quelli che lavorano in Inghilterra, in Francia o negli Stati Uniti. Noi non sappiamo nulla, nemmeno di quello che succede entro i luoghi ove i nostri allievi lavorano nell'ambito della loro esperienza di tirocinio o in altre esperienze di lavoro. Questo “non saperne nulla”, vorrei che si capisse bene quanto sto per dire, è rilevante in un'ottica di controllo e di assunzione di responsabilità autoritaria. Non in un'ottica di formazione. Nella formazione, ciò che interessa è lo sviluppo della competenza psicoanalitica degli allievi; quella competenza grazie alla quale gli stessi allievi saranno capaci di svolgere bene il loro lavoro. Lo sviluppo della competenza non si persegue con la diffidenza e il controllo. Si persegue, di contro, attraverso l'analisi del processo formativo; un processo che si fonda su due elementi importanti: la *relazione* con il gruppo entro l'esperienza formativa e il *resoconto* delle proprie esperienze di tirocinio e di lavoro.

La differenza tra un “racconto” di quanto succede con il proprio paziente nelle sedute, raccontato al supervisore con il quale non si analizza la relazione, e il resoconto del proprio lavoro di tirocinio, entro gli incontri di monitoraggio, è proprio questa: il resoconto comporta l'uso di categorie di analisi delle emozioni fondanti la relazione con l'altro e con il contesto d'intervento; emozioni che possono essere analizzate entro il contesto formativo. Il monitoraggio, quindi, rappresenta un'esperienza clinica importante, una vera e propria *psicoanalisi delle relazioni*; delle relazioni presenti entro il gruppo di formazione e, attraverso il resoconto, delle relazioni caratterizzanti la dinamica del tirocinio o, più in generale, del lavoro clinico degli allievi, così come viene rieditata entro il monitoraggio.

Il monitoraggio, quindi, rappresenta per la nostra scuola un'esperienza clinica, psicoanalitica, che gli allievi fanno nel corso dei quattro anni di formazione.

Il resoconto, d'altro canto, è ampiamente usato anche nelle sessioni con molti altri docenti della scuola, e la dinamica del monitoraggio si replica entro gran parte della didattica della scuola, nell'ambito di una metodologia che, in altra sede, abbiamo chiamato: “lezione emozionata”. Le lezioni emozionata sono, lo sottolineiamo ancora una volta, vere e proprie esperienze di clinica psicoanalitica.

Ci sono poi i “seminari” della scuola, entro i quali vengono approfonditi i temi concernenti la dinamica sociale e quella culturale dei diversi contesti entro i quali si dipana il tirocinio: l'ospedale, le strutture di salute mentale, l'assistenza domiciliare, il lavoro con la disabilità, i contesti della psicoterapia, il carcere, la famiglia e altro ancora. L'attenzione al contesto culturale e ai suoi cambiamenti si approfondisce negli insegnamenti di storia contemporanea, di antropologia e nei seminari ove l'evoluzione culturale, economica, socio-politica della contemporaneità sono temi trattati, anche, con l'apporto di studiosi di differenti discipline. Monitoraggio e insegnamenti “emozionati” fondano l'approfondimento delle tematiche psicoanalitiche. Tematiche che sono poi analizzate in specifiche attività come i seminari sulla letteratura psicoanalitica.

È importante sottolineare l'apporto degli allievi agli insegnamenti e ai seminari della scuola. Non si tratta solo di partecipazione alla programmazione delle attività formative, come nel modello uruguayano, ma di sistematici contributi alla produzione clinica, che trovano nei seminari il luogo di discussione e nei Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, così come nella Rivista di Psicologia Clinica, l'opportunità di essere presentati alla comunità scientifico-professionale.

Il modello formativo della nostra scuola non è fissato una volta per tutte; al contrario, "apprende dall'esperienza", per dirla con Bion, e di anno in anno evolve in funzione delle cose che tutti noi stiamo apprendendo. Penso che Freud, con la sua scoperta del sistema inconscio e con la valorizzazione della vita emozionale quale "vera realtà psichica", abbia aperto una strada che è importante percorrere, senza arroccarsi entro timori di contaminazioni o di alterazioni della retta via. Penso non vi sia una "vera" psicoanalisi; penso di contro che la propensione alla ricerca della verità e l'attenzione al contesto, alla sua continua evoluzione, siano le direttrici maestre per chi intende operare psicoanaliticamente.

Bibliografia

- Benveniste, D. (1992). Siegfried Bernfeld and his Contribution to Clinical Technique and Psychoanalytic Process. *The Northern California Society for Psychoanalytic Psychology Newsletter*, Fall.
- Bernfeld, S. (1962). On psychoanalytic training. *Psychoanalytic Quarterly*, 31, 453-482.
- Besserman, V. H. (1989). *Politique de la psychanalyse face à la dictature et à la torture. N'en parlez à personne ...* [Politics of Psychoanalysis in front of the dictatorship and torture. Nobody talks ...]. Paris: l'Harmattan.
- Bolognini, S. (2011). Presentazione [Introduction]. *Rivista di Psicoanalisi*, 57(4), 921-924.
- Campanile, P. (2011). Il modello uruguayano del training psicoanalitico [The Uruguayan model of psychoanalytic training]. *Rivista di Psicoanalisi*, 57(4), 955 – 975.
- Cupelloni, P. (2011). Presentazione del modello francese [Presentation of the French model]. *Rivista di Psicoanalisi*, 57(4), 941-954.
- Freud, S. (1985). *Il problema dell'analisi condotta dai non medici: Conversazione con un interlocutore imparziale* [The Question of Lay Analysis]. In C.L. Musatti (Ed. & Trans.), OSF, (Vol. 10, pp. 345-423). Torino: Boringhieri (Original work published 1926).
- Ludin, J. (2014). *Qualche osservazione su un disagio nella psicoanalisi contemporanea* [A few remarks on a discomfort in contemporary psychoanalysis]. *Psiche*, 1, 173 – 181.
- Mijolla, A. de (1966). La scission de la Société Psychanalytique de Paris en 1953: Quelques notes pour un rappel historique [The split of the Paris Psychoanalytic Society in 1953: Some notes for a historical reminder]. *Cliniques méditerranéennes*, 49-50, 9-30.
- Roell, W. (2013). L'attitude analytique en psychotérapie analytique et en psychoanalyse [The analytic attitude analytic psychotherapy and psychoanalysis]. *Bulletin del la Société Suisse de Psychanalyse*, 76, 43-46.
- Squiteri, G (2011). Il modello Eitingon [The Eitingon model]. *Rivista di Psicoanalisi*, 57(4), 925-939.
- Thomä, H. (1993). Training analysis and psychoanalytic education: Proposal for reform. *Annual of Psychoanalysis*, 21, 3-75.
- Wallerstein, R. S. (2007). The optimal structure for psychoanalytic education today: A feasible proposal. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 953-984. doi: 10.1177/00030651070550032201.