SOMMARIO

RASSEGNE

La prospettiva dell'attaccamento nei disturbi del comportamento alimentare, *di Donatella Cavanna, Anna Maria Delogu e Giulio Cesare Zavattini*

Neonaticidio e infanticidio: madri omicide, fattori di rischio e interventi di prevenzione, *di Pietro Grussu*

NUCLEO MONOTEMATICO

Teorie, metodi ed interventi. Clinica e ricerca nelle comunità per minori. Presentazione, *di Paola Bastianoni e Alessandro Taurino*

Comunità residenziali e lavoro di rete nella prospettiva ecologica dello sviluppo, *di Laura Palareti, Chiara Berti e Francesca Emiliani*

La presa in carico residenziale: percorsi di ricerca nelle comunità per minori, *di Francesca Giannone, Anna Maria Ferraro e Francesca Pruiti Ciarello*

Un metodo di supervisione alle équipe educative delle comunità per minori, *di Anna Maria Ancona*

La ricerca-intervento come processo formativo nelle comunità per minori: l'esperienza in un contesto residenziale per adolescenti, *di Paola Bastianoni, Federico Zullo e Alessandro Taurino*

L'intervento con *video-feedback* in comunità: un'esperienza di formazione con gli operatori, *di Rosalinda Cassibba, Gabrielle Coppola e Elisabetta Costantino*

RICERCHE

Quale componente della memoria influenza l'apprendimento delle tabelline?, *di Laura Dentella e Gian Marco Marzocchi*

Procreazione Medicalmente Assistita e nascita prematura: correlati psicologici materni e interazione madre-bambino durante l'allattamento (3 mesi), *di Valentina Morsan e Maria A. Tallandini*

Binge Eating Disorder e stati di identità in adolescenza, *di Fiorenzo Laghi, Roberto Baiocco, Antonia Lonigro e Maria D'Alessio*

NOTE DI RICERCA

Analisi delle prestazioni di individui con la sindrome di Down e con sviluppo tipico nella forma colore delle Matrici progressive di Raven, *di Carmen Belacchi, Barbara Carretti e Silvia Lanfranchi*

€ 26,50

ISBN 978-88-15-23627-2

9 788815 236272

Grafca: A. Bernini

ISSN 1824-078X

Psicologia clinica dello sviluppo

1/2012

Poste Italiane s.p.a. – Spedizione in abbonamento postale – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Bologna.
In caso di mancato recapito inviare al CMP di Bologna per la restituzione al mittente previo pagamento dei resi.

Psicologia clinica dello sviluppo

ANNO XVI, NUMERO 1, APRILE 2012

il Mulino

DIREZIONE
Cesare Cornoldi

COMITATO DI REDAZIONE
Massimo Ammaniti, Rosalinda Cassibba, Donatella Cavanna, Roberto Cubelli, Paola Di Blasio, Francesca Emiliani, Luisa Molinari, Augusto Palmonari, Francesca Simion, Luca Surian, Patrizio E. Tressoldi, Stefano Vicari, Virginia Volterra, Giulio Cesare Zavattini

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Paolo Umiltà

Direzione e Redazione: E-mail: paolo.umilta@mulino.it

Amministrazione: Società editrice il Mulino – Strada Maggiore, 37 – 40125 Bologna, tel. (051) 256011, fax (051) 256034

Si ringraziano i seguenti esperti che hanno collaborato con i membri del comitato di redazione nell'esame dei lavori pervenuti nell'anno 2011:

Luigi Anolli (Milano), Alessandro Antonietti (Milano), Luigi Aprile (Firenze), Tiziana Aureli (Chieti), Giulia Balboni (Aosta), Lavinia Barone (Pavia), Francesco Benso (Genova), Anna Maria Bondioli (Pavia), Elena Camisaca (Milano), Marina Camodeca (Chieti), Elisabetta Camussi (Milano), Giorgio Caviglia (Napoli), Olga Capirci (Cnr, Roma), Rita Cerutti (Roma), Anna Maria Dall'Oglio (Roma), Davide Dettore (Firenze), Santo Di Nuovo (Catania), Andrea Facoetti (Padova), Emilia Ferruzza (Padova), Gabriella Gilli (Milano), Camilla Gobbo (Padova), Annalisa Guarini (Bologna), Chiara Ionio (Milano), Margherita Lang (Milano), Loredana Lucarelli (Roma), Irene Mammarella (Padova), Maura Manca (Roma), Tiziana Mancini (Parma), Antonella Marchetti (Milano), Gian Marco Marzocchi (Milano), Giannino Melotti (Bologna), Deny Menghini (Roma), Giovanni Mento (Padova), Annarita Milone (Pisa), Paola Molina (Torino), Giampaolo Nicolais (Roma), Sara Pezzica (Padova), Michele Poletti (Pisa), Anna Maria Re (Padova), Ugo Sabatello (Roma), Alessandra Santona (Roma), Anna Maria Speranza (Roma), Renata Tambelli (Roma), Christian Tarchi (Roma), Maria Carmen Usai (Padova), Claudio Vio (Milano), Riccardo Williams (Roma).

«Psicologia clinica dello sviluppo» è presente in Scopus Bibliographic Database, PsycINFO, Catalogo italiano dei periodici (ACNP), Google Scholar.

Impostazione grafica interna: Francesca Vaccari

Psicologia clinica dello sviluppo

ANNO XVI, N. 1, APRILE 2012

RASSEGNE

3 **La prospettiva dell'attaccamento nei disturbi del comportamento alimentare,** *di Donatella Cavanna, Anna Maria Delogu e Giulio Cesare Zavattini*

37 **Neonaticidio e infanticidio: madri omicide, fattori di rischio e interventi di prevenzione,** *di Pietro Grussu*

NUCLEO MONOTEMATICO

65 **Teorie, metodi ed interventi. Clinica e ricerca nelle comunità per minori. Presentazione,** *di Paola Bastianoni e Alessandro Taurino*

71 **Comunità residenziali e lavoro di rete nella prospettiva ecologica dello sviluppo,** *di Laura Palareti, Chiara Berti e Francesca Emiliani*

97 **La presa in carico residenziale: percorsi di ricerca nelle comunità per minori,** *di Francesca Giannone, Anna Maria Ferraro e Francesca Pruiti Ciarello*

123 **Un metodo di supervisione alle équipe educative delle comunità per minori,** *di Anna Maria Ancona*

133 **La ricerca-intervento come processo formativo nelle comunità per minori: l'esperienza in un contesto residenziale per adolescenti,** *di Paola Bastianoni, Federico Zullo e Alessandro Taurino*

145 **L'intervento con *video-feedback* in comunità: un'esperienza di formazione con gli operatori,** *di Rosalinda Cassibba, Gabrielle Coppola e Elisabetta Costantino*

RICERCHE

155 **Quale componente della memoria influenza l'apprendimento delle tabelline?,** *di Laura Dentella e Gian Marco Marzocchi*

175 **Procreazione Medicalmente Assistita e nascita prematura: correlati psicologici materni e interazione madre-bambino durante l'allattamento (3 mesi),** *di Valentina Morsan e Maria A. Tallandini*

197 ***Binge Eating Disorder* e stati di identità in adolescenza,** *di Fiorenzo Laghi, Roberto Baiocco, Antonia Lonigro e Maria D'Alessio*

NOTE DI RICERCA

221 **Analisi delle prestazioni di individui con la sindrome di Down e con sviluppo tipico nella forma colore delle Matrici progressive di Raven,** *di Carmen Belacchi, Barbara Carretti e Silvia Lanfranchi*

La presa in carico residenziale: percorsi di ricerca nelle comunità per minori

Francesca Giannone (Università di Palermo)
Anna Maria Ferraro (Università di Palermo)
Francesca Pruiti Ciarello (Università di Messina)

Le comunità residenziali possono essere concepite come «campi esperienziali», luoghi di esperienza condivisa all'interno dei quali, nel qui e ora della quotidianità e nell'intreccio di storie, esperienze, culture, visioni del mondo, orientamenti e bisogni diversi, gli «abitanti» della comunità, minori e operatori, intrecciano reti relazionali complesse. L'esplorazione di tali campi esperienziali e del loro funzionamento, la definizione di setting di lavoro clinico e formativo nei quali avviare percorsi trasformativi, è l'interesse che ha mosso il progetto di ricerca e intervento che qui presentiamo. Nella prospettiva della valutazione del lavoro clinico e della qualità dei servizi offerti ai minori nelle comunità residenziali, tale progetto è volto all'approfondimento della conoscenza dei soggetti che vivono nelle comunità (utenti e operatori), del loro mondo relazionale e dei modi in cui, nell'esperienza delle comunità, azioni e relazioni si intrecciano, attivando processi di cambiamento. Ambiti di ricerca sono le rappresentazioni di sé e delle relazioni familiari ed interpersonali dei minori ospiti; il percorso di costruzione ed elaborazione della funzione di presa in carico; all'interno dei gruppi di supervisione condotti con gli educatori delle comunità; il «gruppo di comunità», cui partecipano gli adolescenti maschi e gli operatori di una delle Comunità monitorate. Focalizzeremo, in questo contributo, le rappresentazioni di sé e delle relazioni familiari ed interpersonali dei minori ospiti in tre comunità residenziali di Palermo ed il loro cambiamento nel tempo. L'obiettivo è di contribuire, anche attraverso la rilevazione di indicatori empirici, alla comprensione della qualità e dell'organizzazione delle percezioni che i minori hanno della propria vita relazionale, in particolare con la famiglia. Data la centralità e l'importanza delle relazioni, familiari e sociali, nella fondazione e strutturazione della vita psichica e dato che le relazioni interpersonali rappresentano un importante predittore dell'adattamento socio-emozionale di bambini e adolescenti e permettono anche di predire l'adattamento psicosociale in età adulta (Bracken, 1993), ciò appare di particolare interesse, anche nell'ottica dell'individuazione precoce degli eventuali aspetti problematici e della possibilità di monitorare la presa in carico e modulare la costruzione degli interventi educativi in maniera più consapevole e condivisa. L'osservazione è stata condotta con un approccio multi-metodo, utilizzando strumenti di matrice teorica diversa: il DSSVF (Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare) (Gilli, Greco, Regalia e Banzatti, 1990; Gozzoli, Tamanza, 1998), il TRI (Test delle Relazioni Interpersonali) (Bracken, 1993) ed il TMA (Test Multidimensionale dell'Autostima) (Bracken, 1992). I risultati relativi ai re-test mostrano cambiamenti e andamenti differenti delle risposte dei soggetti, nelle tre comunità. Ciò rimanda ad interrogativi di fondo, su che cosa determini il cambiamento e su quali siano le condizioni per le quali le comunità possano costituirsi come «ambienti terapeutici», «contesti di cura». Visualizzare tutto questo e supportare le osservazioni cliniche con dati empirici di ricerca, offre una importante opportunità di conoscenza e di riflessione sulle condizioni di efficacia del lavoro.

Un particolare ringraziamento va al Dott. Salvo Gullo per il contributo offerto alla elaborazione statistica dei dati.

1. Introduzione

Scopo di questo contributo è avanzare alcune considerazioni di carattere clinico riguardo la condizione relazionale dei minori che trascorrono parte della propria vita nelle comunità residenziali.

In queste strutture essi giungono per la necessità di poter fruire di ambienti alternativi agli originari contesti di vita, nei quali si sono trovati a sperimentare percorsi maltrattanti. L'inserimento in comunità si propone, per questi minori, come intervento protettivo, che da una parte consente l'interruzione dell'esposizione alle condizioni di maltrattamento, e dall'altra, offre opportunità di recupero e promozione di sviluppo, rispetto ad una molteplicità di funzioni psichiche che negli ambienti di crescita originari hanno subito interruzioni, rallentamenti, limitazioni.

L'intervento di comunità tuttavia, ha bisogno, a nostro avviso, di essere sottoposto ad un processo di riflessione, che possa metterne in luce le reali possibilità riparative ed evolutive e le effettive condizioni di «terapeuticità», per evitare il rischio che la permanenza al loro interno si riduca ad una parentesi più o meno lunga di accudimento, concentrato sullo sforzo di «educare» i minori (al rispetto delle regole, all'autonomia, alla cura di sé, all'apprendimento), ma li restituisca immutati «dentro», nella capacità di comprendere quanto è loro accaduto, quanto è accaduto nelle loro famiglie, nella capacità di accedere a un modo di «sentire» e «pensare», che consenta loro di rapportarsi diversamente al mondo. Una permanenza che li restituisce, così, a nuovi transiti impropri, ad affidi che falliscono, a passaggi di comunità in comunità, ad approdi penali e/o psicopatologici.

L'intervento con i minori che hanno vissuto esperienze sfavorevoli infantili (ESI) è un intervento delicato e difficile e va affinata la capacità di prendersene cura in modo adeguato.

La nostra idea è che le comunità residenziali possano essere concepite come «sistemi dinamici complessi», «campi esperienziali», all'interno dei quali, nel qui e ora della quotidianità e nell'intreccio di storie, esperienze, culture, visioni del mondo, orientamenti e bisogni diversi, gli «abitanti» della comunità, minori e operatori, nel contesto nel quale la comunità è immersa (famiglie, quartieri di appartenenza, operatori delle strutture e delle istituzioni sociali, sanitarie, assistenziali in interfaccia), intrecciano reti relazionali complesse, con importanti potenzialità evolutive.

Tali campi esperienziali, in quanto luoghi di «cura», possono essere pensati come *Set(ting)*, ossia come luoghi nei quali la relazione che si va strutturando ed intrecciando, all'interno di particolari coordinate formali, istituisce un *campo mentale* specifico, una *matrice* in continua evo-

luzione, luogo di produzione di «pensiero»: pensiero che «struttura» la mente (Giannone e Lo Verso, 1996, 1998; Giordano e Giannone, 2005; Barone, Bruschetta e Giunta, 2010)[1]. La conoscenza di tali campi esperienziali, delle variabili e aree di variabili che li costituiscono, della qualità del pensiero che in esse si attiva, è l'interesse che ha mosso il progetto di ricerca e intervento che qui presentiamo.

Nella prospettiva della valutazione empirica del lavoro clinico e della qualità dei servizi offerti ai minori nelle comunità residenziali, il progetto, nel suo impianto più generale è volto all'approfondimento della conoscenza dei minori ospiti nelle comunità e delle caratteristiche della funzione di presa in carico che queste mettono in atto (Giannone, Pruiti Ciarello, Ferraro, Scimemi e Giardina, 2008).

In questo contributo sono in particolare oggetto d'attenzione le rappresentazioni di sé e delle relazioni familiari ed interpersonali dei minori di tre comunità alloggio di Palermo, dove da oltre tre anni conduciamo una ricerca-intervento.

La cornice teorica nella quale il lavoro si sviluppa è quella della Gruppoanalisi e della prospettiva dell'Intersoggettività, in integrazione con le recenti elaborazioni della ricerca e dell'intervento clinico sui temi del maltrattamento e dell'abuso.

Di queste richiameremo brevemente alcuni principi, sullo sfondo di alcune domande centrali, quali che cos'è la «cura» e quanto è possibile curare a prescindere dal «prendersi cura» non solo delle reti relazionali (reali ed interiorizzate) dei minori ospiti in comunità, ma della comunità stessa, del modello di lavoro utilizzato (es. modello tutelare *vs.* modello educativo) (Quarello, 2006), del tipo d'investimento im/possibile da parte degli educatori nei confronti dei loro giovani ospiti, ed ancora delle sollecitazioni emotive e delle simbolizzazione affettive (Carli e Paniccia, 2003) prodotte dal contesto-comunità.

L'attenzione alle sollecitazioni emotive prodotte dal *contesto relazionale* della comunità trae la sua ragion d'essere dall'idea, ormai trasversalmente condivisa, che il disagio psichico, la psicopatologia non abbiano origine in un deficit strutturale individuale, ma in una qualche disorganizzazione/disfunzione dell'esperienza interpersonale (Sroufe e Rutter, 1984; Fonagy, Gergely, Jurist e Target, 2002; Fonagy e Target, 2003; Lo Verso, 1994; Giannone e Lo Verso, 1996; Lo Coco e Lo Verso, 2006; Stern, 1998; Beebe e Lachmann, 2002; Carli e Rodini, 2008; Giannone, Ferraro

[1] Questo campo si costituisce in relazione ad un insieme di variabili relative al *Set* (e cioè le condizioni strutturali, organizzative che lo definiscono), al *Setting* (e cioè l'impianto teorico, metodologico e personale dei curanti), la *Matrice Sociale* che li attraversa e li alimenta, nonché le specifiche caratteristiche degli *Utenti* e della *Committenza* (cit.).

e Lo Verso, 2011). Sappiamo, inoltre, che benché le modalità tramite cui entriamo in relazione con gli altri diventino via via tipiche e prevedibili (con delle conseguenze sull'adattamento e sullo sviluppo) esse non sono fisse ed immutabili, bensì aperte a processi di trasformazione all'interno delle esperienze relazionali.

La ricerca, anche empirica, è chiara nell'affermare che non è possibile predire gli esiti patologici delle esperienze sfavorevoli precoci senza tener conto del potenziale di risanamento insito nelle successive vicende relazionali (Rutter, 1972, 1985, 1990; Emiliani e Bastianoni, 1993; Schimmenti e Bifulco, 2008). Più che all'evento traumatico in sé, quindi, l'intensità dell'esito dannoso sembra legata al rapporto tra le caratteristiche dell'evento traumatico (precocità, durata, gravità, relazione con l'autore) ed i fattori di protezione attivati (risorse individuali, familiari, interventi psicologici, sociali, sanitari, giudiziari, ecc.).

Ciò detto, a noi interessa riflettere sul ruolo delle comunità perché sono i contesti all'interno dei quali l'esperienza e la competenza relazionale del minore vengono esposte ad una profonda ri-organizzazione, basata, a nostro avviso, sulla possibilità di disconferma delle aspettative traumatiche e sulla costruzione di condizioni esperienziali nuove, nuove matrici di pensiero.

Riteniamo che la disconferma delle aspettative traumatiche svolga un'azione terapeutica centrale nei confronti dei minori, poiché fornisce loro, gradualmente, un background di sicurezza (Sander, 2007; Beebe e Lachmann, 2002) che li aiuta a modificare i modelli esperienziali interiorizzati e ad affrontare il caos in cui hanno vissuto prima dell'ingresso in comunità.

E tuttavia, lavorare in questa direzione non è semplice, poiché come ci insegnano i più recenti sviluppi dell'*infant research*, bisogna tener conto del contributo dei partner alla relazione, dato che il processo interattivo è continuamente co-costruito. In altre parole, se non è più soltanto la madre che influenza il bambino e non è più soltanto il terapeuta che influenza il paziente, ma entrambi s'influenzano reciprocamente, poiché ogni comportamento (e soprattutto il comportamento non verbale) è contingente ed influenzato dal quello del partner, non possiamo non chiederci come vadano le interazioni in comunità, in che modo educatore e minore s'influenzino reciprocamente e quale sia il contributo di ciascuno alla relazione.

Così, convinti che la psicopatologia abbia a che fare non con un deficit strutturale individuale ma, per larga parte, con una restrizione delle aspettative e una cristallizzazione delle rappresentazioni in schemi statici ed invariabili, intendiamo focalizzare l'attenzione sui processi di trasformazione delle *rappresentazioni di sé*, dell'*altro*, nonché di quell'*essere con* l'altro che tanta parte ha nello sviluppo della vita psichica (Stern, 1998).

Le tre comunità di Palermo dove svolgiamo la nostra ricerca ospitano minori allontanati dalle proprie famiglie per ragioni diverse (disagio economico, incuria, maltrattamenti, fino ad abusi sessuali, perpetrati sia all'esterno che all'interno della famiglia). Nessuno di loro ha avuto la possibilità di sperimentare una relazione di accudimento sufficientemente protetta all'interno del proprio nucleo familiare. A tutt'oggi, alcuni genitori sono in carcere, alla resa dei conti con un'esistenza desolata; altri sono partiti senza lasciare traccia di sé, nell'illusoria speranza di riuscire, altrove, ad inventarsi un'esistenza più felice; altri ancora sono rimasti a casa, avvezzi all'indifferenza di una vita che scorre tra stenti e miserie... Così, più che aver interiorizzato quella che si direbbe una «base sicura», i nostri piccoli ospiti hanno imparato ad aspettarsi critiche, derisioni, maltrattamenti, abusi, abbandoni, scoppi d'ira, iperstimolazioni sessuali...

È solo se consideriamo che è sulla base di questo tipo di esperienze ch'essi hanno tratto i loro apprendimenti e organizzato le loro aspettative, e solo se consideriamo che è sulla base di queste aspettative ch'essi modulano i loro comportamenti, che potremo accorgerci quanto importante sia il lavoro di disconferma delle aspettative traumatiche all'interno delle comunità.

Questo tuttavia comporta una costante attenzione, oltre che ai minori, anche agli educatori ogni giorno a confronto con il mondo «sconvolto» dei nostri giovani ospiti: con l'amarezza e la frustrazione di non capire perché, per esempio, dinanzi al tentativo di un avvicinamento emotivo questi rispondano con palese disimpegno e/o rifiuto. È importante che dinanzi a questa risposta gli educatori non si scoraggino, non la fraintendano... ma si sforzino di tenere a mente ch'essa riflette una grave *carenza di responsività all'interazione* frutto dei modelli esperienziali interiorizzati e del tentativo di salvaguardare i livelli di attivazione fisiologica, attraverso ciò che Beebe e Lachmann chiamerebbero «drastico spostamento verso l'autoregolazione» (2002). La stessa cosa si può dire pensando a quando i nostri giovani ospiti assumono atteggiamenti seduttivi, manipolativi, aggressivi... con i quali ri-creano situazioni simili a quelle già vissute. Queste modalità relazionali, frutto dei modelli esperienziali passati, rappresentano l'unico bagaglio di competenze (di vita) di cui essi dispongono; l'unico al quale possono ricorrere per arrangiarsi nella realtà.

Solo tenendo conto di ciò possiamo comprendere quanto questi piccoli ospiti abbiano bisogno di «ristrutturare» tutto il loro sistema d'aspettative.

A fronte di tutto questo dunque, domande essenziali ci sembrano:

– Quanto, realmente, le comunità possono intervenire trasformativamente sulle condizioni di disagio che le infanzie infelici (Benjamin, 1996) propongono?

– Quali trasformazioni si producono nei minori, durante la permanenza nelle comunità?

– In che modo esse possono diventare luoghi di accoglienza e riparazione dei danni subiti negli ambienti familiari e sociali di provenienza?

– Quali condizioni di funzionamento consentono di ottenere migliori risultati terapeutici?

Proveremo, qui, ad offrire qualche dato riguardo ai cambiamenti che si producono, durante la permanenza nelle comunità, nella percezione della qualità che i minori hanno delle loro relazioni.

Prima di descrivere l'impianto metodologico della ricerca, vorremmo concludere questa introduzione riportando lo stralcio di un'intervista, risalente a quando, all'inizio della nostra ricerca, incontrammo gli ospiti delle tre comunità e chiedemmo loro di presentarsi tramite un'intervista-gioco:

«Chi sei tu?» «Un bambino» «Come ti chiami?» «Fulvio» «Da quanto tempo sei in questa casa famiglia Fulvio?» «Daaa... cento anni» «Uh!» «Da tre anni» «Da tre anni. E come ti senti?» «Male»... «Umh, ma di solito tu parli con gli educatori?... ti confidi con loro, parli delle tue cose, di quello che...» «Io me le tengo» «Te le tieni per te, e non ne parli con nessuno...» «No...» «Ma tu pensi che loro ti possono aiutare quando sei in difficoltà?» «No... no... no...» «Niente? Sicuro? E come ti senti quando stai accanto a loro...» «Maaaaaleee!» «Male. E con chi vorresti stare?» «Con nessuno» «Con nessuno?» «Al buio!» «Al buio! Vorresti stare da solo e al buio... perchè?» «Perché mi piace il buio. È bello, è nero» «Perché è bello il nero?» «Perché.... non c'è nessuno» «Non c'è nessuno...» «...Buono» «Non c'è nessuno buono?» «Umh. Io non lo dico...» «Che cosa?» «Quello che ho in mente» «Fulvio chi ti vuole bene a te?» «Nessssssuuuuno» «Nessuno...» «Vieni ancora?» «Ti piacerebbe se io venissi?» «Si. Ti dico tante cose!» «Ma secondo te io ti posso volere bene?» «Umm...» «Che significa?» «No» «No?» «No» «Perché non ti posso volere bene?» «Vo-gli-o sta-re da so-lo!».

Ma stare soli può essere pericoloso, tanto più se pensiamo che il ritiro dall'altro e dall'ambiente alimentano una sensazione d'incompetenza destinata a riflettersi sulla rappresentazione di Sé, sulla propria autostima e, ancora una volta, sulla possibilità di avere in futuro relazioni soddisfacenti. Nei casi più gravi, poi, sappiamo come la tendenza al ritiro possa portare ad una morte psicologica... silente, strisciante, progressiva, una morte causata dall'indifferenza emozionale e dalla mancata relazione con gli altri (Di Blasio, 2000).

È possibile che comprendere meglio, anche attraverso la raccolta di dati empirici, ciò che vive nella mente dei giovani ospiti delle comunità, possa aiutarci a prenderci cura con maggiore attenzione della loro solitudine.

La scelta di utilizzare metodologie e strumenti che consentano di supportare empiricamente la conoscenza di sistemi complessi, introducendo la prospettiva della ricerca «scientifica», epistemologicamente consapevole, sui fenomeni qualitativi e sulla dimensione relazionale e clinica, è coerente con una tradizione di ricerca, ormai consolidata, seppure recente, che da alcuni decenni riguarda lo studio della psicoterapia, dei suoi processi e degli esiti che essa è in grado di produrre. Riteniamo che l'attenzione scientifica che ha investito questi temi debba essere indirizzata anche alla valutazione del lavoro di cura nei contesti istituzionali, pur nella difficoltà di predisporre disegni di ricerca rigorosi e tuttavia rispettosi della complessità di tali realtà. Si tratta di una ricerca ancora «giovane», ma è una strada che vale la pena di percorrere, nella direzione di una clinica consapevole e trasparente (Di Nuovo, Lo Verso, Di Blasi e Giannone, 1998; Di Nuovo e Lo Verso, 2005; Giordano e Giannone, 2005; Lo Coco, Giannone e Lo Verso, 2006; Giannone, Lo Verso e Sperandeo, 2009).

2. La ricerca

2.1. Ipotesi

Se l'esposizione a contesti relazionali/familiari carenti sul piano delle funzioni basilari di *care* agisce sull'equilibrio psico-emotivo dei bambini, influenzandone le qualità rappresentazionali, le aspettative, le capacità di comprensione e di adattamento al mondo, è vero anche che azioni precoci di protezione, affiancate ad interventi riparativi, possono attivare processi trasformativi e promuovere una ri-organizzazione delle rappresentazioni, delle attese e dei comportamenti, una «rivisitazione» dell'esperienza interpersonale interiorizzata.

Immagine di sé, autostima e percezione della qualità delle relazioni fondamentali, frutto dei continui feedback ambientali, riflettono il modo in cui i minori hanno interiorizzato l'esperienza passata e quello in cui sono alle prese, per così dire, con l'esperienza attuale.

L'ipotesi che ci siamo proposti di verificare è se durante la permanenza in comunità si producono cambiamenti nell'esperienza relazionale dei minori ed eventualmente di che tipo e in quale direzione.

2.2. Obiettivi

In particolare obiettivo della ricerca su cui in questo contributo ci soffermeremo è l'individuazione di cambiamenti:

– nella percezione della qualità delle *relazioni*, rispetto ai legami fondamentali (*madre* e *padre*) e ad altre figure di grande importanza nell'attraversamento delle tappe evolutive (*coetanei, coetanee, insegnanti*);

– nell'*autostima* dei minori, in diversi ambiti (*relazioni interpersonali, competenza di controllo dell'ambiente, emotività, successo scolastico, vita familiare e vissuto corporeo*);

– negli aspetti più simbolici del proprio *spazio di vita familiare*, con riferimento sia agli aspetti strutturali che a quelli qualitativi che lo caratterizzano.

Vogliamo sottolineare inoltre che lo studio ha puntato all'individuazione precoce di indicatori di disagio nella sfera interpersonale, nell'ottica di attivare interventi preventivi laddove l'adozione di modelli relazionali disfunzionali rischia di cristallizzarsi, esponendo i minori alla possibilità di sviluppare un disturbo di personalità. Lo studio delle relazioni interpersonali rappresenta infatti un importante predittore dell'adattamento socio-emozionale di bambini e adolescenti, permettendo di prefigurare aspetti fondamentali come la capacità di avere relazioni profonde ed intime, la sicurezza emozionale, l'adattamento psico-sociale, la comprensione dei ruoli sociali, ecc. (Bracken, 1993).

2.3. Strumenti

Abbiamo adottato per la raccolta dei dati un approccio multi-metodo, includendo nel disegno di ricerca strumenti di matrice teorica diversa:

– Il *TRI (Test delle Relazioni Interpersonali)* (Bracken, 1993), costruito e normato insieme al TMA (Bracken, 1992), valuta la qualità delle relazioni interpersonali così come sono percepite dalla prospettiva personale del ragazzo. Il test esamina cinque tipi di relazioni fondamentali: scale *madre, padre, coetanei, coetanee, insegnanti*.

– Il *TMA (Test Multidimensionale dell'Autostima)* (Bracken, 1992), misura le valutazioni, apprese dalla continua interazione con l'ambiente, che gli individui esprimono a proposito di sé stessi. Il test considera varie dimensioni dell'autostima e offre informazioni relative ad ambiti ritenuti particolarmente importanti (scale: *vita familiare, relazioni interpersonali, successo scolastico, emotività, vissuto corporeo e competenza di controllo dell'ambiente*).

– Il *Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare (DSSVF)* (Gilli, Greco, Regalia e Banzatti, 1990; Gozzoli e Tamanza, 1998), uno strumento grafico-simbolico di tipo proiettivo, fornisce l'immagine dell'organizzazione familiare. La natura proiettiva del disegno porta alla luce gli aspetti simbolici della vita familiare: dalla rappresentazione grafica, così come dalle comunicazioni verbali e dalla prossemica che ne accompagnano la realizzazione, emerge la rappresentazione che il soggetto ha della famiglia, degli altri, delle istituzioni e degli eventi significativi che, insieme, contribuiscono a delineare la configurazione e la qualità dell'esperienza relazionale interiorizzata della propria famiglia, a cui ciascuno attinge per la costruzione del Sé.

2.4. Tempi

Le rilevazioni sono state effettuate a distanza di circa un anno l'una dall'altra (la I tra dicembre 2005 e gennaio 2006, la II tra febbraio e marzo 2007, la III a marzo 2008).

2.5. Campione

I dati sono relativi a 38 soggetti tra i 9 e i 16 anni con 1 somministrazione, 20 soggetti tra i 10 e i 17 anni con due e 7 soggetti tra gli 11 ed i 18 anni con 3 somministrazioni, provenienti da 3 comunità gestite dalla Cooperativa Sviluppo Solidale nella città di Palermo: la Mimosa, che ospita esclusivamente adolescenti maschi; la Violetta, che ospita prevalentemente adolescenti femmine; la Rosa Tea, in cui sono inseriti piccoli dai 6 ai 12 anni, maschi e femmine.

Nelle somministrazioni successive il numero dei soggetti diminuisce a causa dei movimenti che frequentemente coinvolgono l'utenza delle comunità (spostamenti da una comunità ad un'altra, affidi familiari, rientri a casa...).

3. Risultati

Pur poggiando su dati empirici, la lettura degli indicatori che di seguito proponiamo ha carattere qualitativo, l'esiguità del numero di rilevazioni di cui disponiamo (soprattutto alla terza), non ci consente, infatti, alcuna generalizzazione dei risultati. Essa, tuttavia, si configura come opportunità di riflessione sulla qualità delle reti relazionali dei minori ospiti in comunità e sul loro possibile cambiamento.

Proporremo ora l'analisi dei mutamenti verificatisi nella percezione della qualità delle *relazioni interpersonali* in riferimento alle diverse figure

considerate, concentrandoci poi in particolare sui cambiamenti alle scale *Madre* e *Padre*. A seguire verrà analizzato il livello di *autostima* dei soggetti considerati ed infine la rappresentazione dell'*esperienza familiare interiorizzata*.

3.1. Le relazioni interpersonali

Le scale del TRI

– *Scala Madre* (fig. 1): la I somm. riguarda 38 minori. Di questi il 61% si colloca nella fascia dei valori medi, il 26% al di sotto ed il 13% al di sopra della media del campione normativo.

Alla II somm. a distanza di un anno, sono 20 i ragazzi ancora in comunità. I dati su questi offrono spunti interessanti: scompaiono, tranne in un caso[2], i punteggi al di sopra della media, un ragazzo si rifiuta di compilare la scala[3], aumenta la percentuale dei punteggi sotto la media (42%) e diminuisce quella dei punteggi medi (53%). Dinanzi a questa panoramica, pur consapevoli che inevitabilmente[4] ragioniamo su piccoli numeri, ci incuriosisce il dato complessivo relativo al *trend* dei risultati, ovvero il compatto decremento delle valutazioni positive riscontrabile nella maggior parte dei casi (indipendentemente dall'esito della precedente rilevazione). Alla III somm. il decremento trova conferma anche in quel gruppetto, ormai esiguo, di minori ancora presenti, i cui valori si abbassano ulteriormente.

L'approfondimento dell'analisi del cambiamento delle valutazioni espresse da ciascuno dei nostri soggetti sulla relazione con la madre, ci mostra in dettaglio il peggioramento di tali valutazioni (tab. 1). L'applicazione del *Reliable Change Index* (RCI)[5] ai punteggi ottenuti dai nostri soggetti, ci consente di osservare che tra la I e alla II somm. sono 15 i soggetti in cui si registra un cambiamento in negativo, per 5 dei quali esso assume una valenza statisticamente significativa, mentre soltanto 5 soggetti registrano un miglioramento, di cui uno solamente significativo.

[2] Un ragazzo che dà un giudizio molto positivo del rapporto con la madre, forse necessariamente idealizzato dal momento che in quel periodo attraversava una vicenda giudiziaria estremamente dolorosa con il padre abusante.
[3] La sua mamma era morta quando ero piccolo, nella somministrazione precedente aveva risposto alle domande come se l'evento non fosse accaduto.
[4] È questa una delle difficoltà delle indagini longitudinali, particolarmente in contesti quali le Comunità, caratterizzate da una larga imprevedibilità dei tempi di permanenza dei minori.
[5] Il *Reliable Change Index* (RCI; Jacbson e Truax, 1991) è un indice che valuta l'attendibilità del cambiamento ottenuto rapportando l'entità del cambiamento all'attendibilità dello strumento utilizzato.

Tra la II e la III somm., nei sette soggetti rimasti si conferma la tendenza al peggioramento (6 sogg., in 3 significativa).

– *Scala Padre* (fig. 1): alla I somm. il 68% dei nostri soggetti si colloca nella media del campione normativo, la restante parte si distribuisce equamente tra punteggi positivi (16%) e negativi (16%). Alla II, anche alla scala padre diminuiscono le percentuali relative ai punteggi medi (53%) ed aumenta quella dei punteggi negativi (32%). Anche in questo caso il *trend* palesa un compatto decremento delle valutazioni positive. Alla III somm. infine, i risultati oscillano: dei sette ragazzi rimasti, due si rifiutano di rispondere[6], uno ottiene risultati negativi e gli altri 4 si mantengono nella media.

I dati relativi all'applicazione dell'RCI (tab. 1) evidenziano la condizione di peggioramento della relazione percepita con il padre: tra la I e la II somm. soltanto 3 soggetti su 20 presentano un miglioramento, (1 significativo), tutti gli altri registrano un calo e tra questi, ben in 10, il cambiamento è statisticamente significativo. L'andamento si mantiene alla III rilevazione, con i due sogg. che rifiutano di rispondere e due cambiamenti in negativo di cui uno significativo. Riteniamo comunque di poter osservare che il peggioramento sembra corrispondere ad una visione più aderente al padre «reale».

– *Scala Coetanei* (fig. 1): alla I somm. la maggior parte dei punteggi (59%) si colloca nella media e si osservano percentuali più ridotte nelle fasce negative e positive (30% e 11%). Alla II somm. aumenta la percentuale dei punteggi nella media (65%), mentre diminuisce quella dei punteggi positivi (5%). Complessivamente osserviamo (tab. 1) che la metà dei soggetti mostra un peggioramento, significativo in 3 casi, l'altra metà circa (9 sogg.) invece migliora e 5 in maniera significativa. Alla III somm. rileviamo un peggioramento in 5 dei sette soggetti rimasti (in 4, adolescenti maschi che vivono nella stessa comunità, il cambiamento è significativo). Riteniamo tuttavia che il dato di peggioramento rimandi ad una condizione specifica del momento in cui la rilevazione è stata effettuata, che propone un più generale elemento di criticità della vita delle comunità: il gruppetto «storico» dei minori si trovava a confrontarsi con l'ingresso di nuovi adolescenti, particolarmente problematici e dunque con una forte perturbazione degli equilibri interni alla comunità.

L'esposizione alle oscillazioni del campo, che i nuovi ingressi, solitamente non soggetti ad un curato lavoro di preparazione producono, costi-

[6] Uno ha testimoniato sul padre abusante, l'altro si confronta con la mancanza del padre morto diversi anni prima.

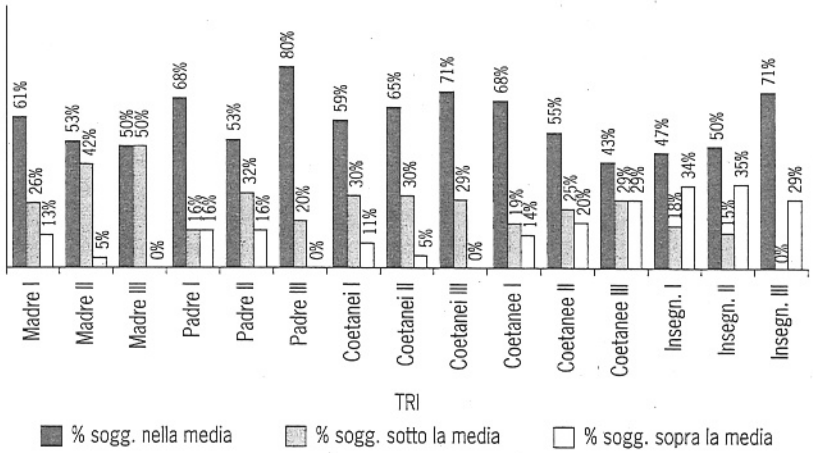


Fig. 1. Il Test delle Relazioni Interpersonali (TRI).

tuisce, a nostro avviso, un forte elemento di disturbo nella possibilità di costruzione di competenze relazionali sufficientemente solide con i coetanei e, più in generale, con gli altri.

– *Scala Coetanee* (fig. 1): anche alla scala coetanee alla I somm. la maggior parte dei punteggi (68%) si situa nella media e la restante parte si divide tra punteggi sotto la media (19%), e sopra la media (14%). Alla II, diminuisce la percentuale di soggetti che ottiene punteggi medi (55%), ed aumentano sia i punteggi negativi (25%) che quelli positivi (20%). Alla III somm. scendono ancora i sogg. nella media ed aumentano, in equilibrio, i sogg. che migliorano e quelli che peggiorano (29%). Questi ultimi sono quasi tutti i pre-adolescenti maschi di cui abbiamo parlato prima. Più precisamente i risultati al *Change Index* mostrano (tab. 1) un *trend* decrescente tra la I e la II somm. (12 sogg. peggiorano, 4 in maniera significativa), mentre cambiamenti in positivo si registrano in 6 sogg. (tra questi 4 sono significativi); nella somm. successiva 3 sogg. peggiorano e 3 migliorano ma tra questi 2 in modo significativo, in cui si evidenziano comunque tre cambiamenti positivi significativi. Laddove siamo in presenza di un peggioramento significativo, comunque la conoscenza clinica dei soggetti interessati ci consente di coglierne il significato in relazione alle specifiche problematiche della storia e delle caratteristiche dei soggetti considerati.

– *Scala Insegnanti* (fig. 1): se alla I somm. si osservava un certo numero di punteggi al di sotto della media del campione normativo (18%),

Tab. 1. *Reliable Change Index (RCI). Indice di valutazione dell'attendibilità del cambiamento tra la I e la II somministrazione, al TRI*

N. soggetti	Id sogg.	Scala madre RC		Scala padre RC		Scala coetanei RC		Scala coetanee RC		Scala insegnanti RC	
		I - II	II - III	I - II	II - III	I - II	II - III	I - II	II - III	I - II	II - III
1	12	**-5.98**	-	1.65	-	-1.44	-	0.80	-	-0.27	-
2	13	**-3.66**	-	**-2.72**	-	**-2.28**	-	-1.71	-	-8.66	-
3	33	-1.92	**-2.89**	-0.34	**-3.23**	0.91	**-2.43**	0.00	0.00	-1.28	**-2.57**
4	16	1.35	-	-1.02	-	-1.82	-	-1.57	-	-2.57	-
5	17	**-5.45**	-	**-6.25**	-	**-4.49**	-	4.40	-	0.69	-
6	7	**-6.58**	-	**-6.58**	-	**-8.18**	-	-3.99	-	-5.09	-
7	11	-0.14	**-1.59**	-0.51	-0.85	-1.62	-0.18	-1.82	-1.37	2.60	-1.88
8	21	-1.28	-	**-2.08**	-	-1.12	-	0.96	-	1.79	-
9	2	1.59	**-3.18**	-0.13	0.00	1.80	-2.53	3.19	-0.91	-0.58	0.43
10	4	1.73	-0.29	**-10.23**	nr*	**2.89**	1.62	7.14	0.91	0.00	2.74
11	19	-1.44	-	**-1.97**	-	**8.12**	-	-0.15	-	1.59	-
12	26	-1.06	-	**-13.52**	-	-1.28	-	-0.41	-	-3.74	-
13	30	-1.22	-	**-2.62**	-	0.96	-	0.00	-	0.68	-
14	6	-1.06	-	-0.52	-	**2.57**	-	-0.62	-	-0.85	-
15	1	0.12	-0.69	0.12	0.69	0.00	**-1.92**	**5.00**	-1.35	**2.72**	**-3.74**
16	3	-1.28	0.80	-1.44	nr*	1.19	**-2.04**	**-4.58**	**4.25**	0.30	0.15
17	31	-0.46	-0.46	-0.81	0.58	-0.32	2.73	-0.58	4.04	1.36	2.04
18	23	-0.69	-	**-2.31**	-	**2.57**	-	-1.73	-	1.19	-
19	24	**16.74**	-	**-8.08**	-	**30.15**	-	-44.07	-	28.19	-
20	9	**-2.60**	-	**3.15**	-	-0.90	-	-1.98	-	0.87	-

* Il sogg. si rifiuta di rispondere.
Nota. In grassetto sono segnati i cambiamenti significativi.

questi iniziano a decrescere alla II somm. (15%) e scompaiono alla III. La maggioranza dei soggetti si colloca nella fascia media in tutte le rilevazioni (47%, 50% e cinque sogg. su sette alla III somm). Piuttosto stabili i punteggi sopra della media.

I risultati all'RCI sulle differenze tra le somm. (tab. 1) mostrano che solo 8 sogg. su 20 registrano un peggioramento (in 4 casi significativo) della qualità della relazione con gli insegnanti. Altri 11 soggetti mostrano un miglioramento, in due casi significativo. Alla III rilevazione 3 sogg. su sette mostrano un peggioramento (in due casi significativo), gli altri 4 migliorano, due in maniera significativa. La relazione con gli insegnanti appare dunque, nel complesso, migliorata nel corso della permanenza in comunità.

Riassumendo, l'osservazione dei dati ci mostra una tendenza al peggioramento, in molti casi significativo, della qualità della relazione che i nostri soggetti mostrano di percepire riguardo alla madre ed al padre; una situazione oscillante nella relazione con i coetanei e le coetanee; un certo miglioramento della relazione con gli insegnanti.

Cosa possono suggerirci queste rilevazioni? In particolare, perché è così netta la riduzione dei punteggi alle scale Madre e Padre?

Le sottoscale Madre e Padre del TRI

Per rispondere a queste domande, provando a comprendere quali ambiti della relazione fossero «responsabili» del così evidente e duraturo decremento dei punteggi abbiamo analizzato più in dettaglio le scale Madre e Padre. Ciascuna scala del TRI è infatti composta da item appartenenti a 15 sottoscale, che compongono e specificano la qualità delle relazioni interpersonali (es. *fiducia, sostegno, comprensione*, ecc.) (Bracken, 1993).

Non potendo per ragioni di spazio condurre un'analisi dettagliata, ci limitiamo ad osservare che la percentuale più elevata di valutazioni positive si registra alle sottoscale e agli item che potremmo definire più «emotivi» (sottoscale: *Accettazione, Affetto, Compagnia, Empatia, Sostegno*) che hanno, cioè, a che fare con aspetti della relazione che esprimono condivisione emotiva, desiderio di vicinanza, di presenza, rimandando, in qualche modo, quasi ad una «fisicità» del contatto (molti affermano che a loro «*piace passare il tempo*» o «*stare vicino*» alla propria mamma – sottoscala compagnia – o che «*stanno male quando le cose non vanno bene per la propria mamma*» – sottoscala empatia – ecc.).

La percentuale più bassa di valutazioni positive si registra invece alle sottoscale e agli item che più direttamente si riferiscono a forme

della relazione che mettono a confronto con una capacità genitoriale di «presa in carico adulta» (sottoscale: *Affidabilità, Guida, Identificazione, Valori condivisi*). Aumenta, nel tempo, la percentuale dei ragazzi che non desiderano, da adulti, somigliare alla propria mamma (sottoscala *Identificazione*) e non la ritengono una guida cui rivolgersi nei momenti di sconforto, quando si sentono preoccupati per il futuro, quando devono risolvere qualche guaio... (sottoscale *Guida*); aumenta anche la percentuale di coloro che affermano di essere delusi (sottoscala *Affidabilità*) dalla propria madre.

I dati relativi alla Scala Padre seguono un andamento simile, con valutazioni un po' meno positive.

Alla luce dunque, dei risultati emersi e delle storie di vita dei minori che hanno partecipato alla ricerca, e di cui siamo a conoscenza anche nella loro evoluzione, riteniamo di poter ipotizzare che il cambiamento in negativo alle scale *Madre* e *Padre*, ci parli di un confronto che i nostri minori sembrano avere avviato con le reali condizioni familiari sperimentate, e di una graduale dis/idealizzazione delle figure genitoriali; di un qualche distanziamento, seppure a nostro avviso non del tutto consapevolizzato, riguardo all'esperienza maltrattante che li ha condotti in comunità.

D'altra parte il miglioramento delle relazioni con coetanei, coetanee e soprattutto insegnanti, sembra indicare l'avvio di più favorevoli condizioni di adattamento.

L'esperienza clinica ci dice però che si tratta di aperture fragili, che necessiterebbero di interventi di sostegno ben più consapevoli da parte dei gruppi curanti, per potersi trasformare in acquisizioni più solide.

Vediamo ora i cambiamenti nell'autostima dei nostri soggetti.

3.2. L'autostima

Le scale del TMA[7]

– *Scala Competenza* (fig. 2): sia alla I che alla II somm. la più elevata è la percentuale di soggetti che si situano nella media (54% e 56%): essi ritengono di avere un sufficiente controllo dell'ambiente, sentono di poter raggiungere i propri obiettivi, di poter risolvere i problemi e funzionare efficacemente.

[7] I dati riportati si riferiscono ad un numero di sogg. lievemente inferiore, rispetto al TRI, nelle 3 somm.: i minori con una sola somm. sono 35, quelli che hanno 2 somm. 16 e quelli che hanno la III somm. sono soltanto 2. Effettueremo un confronto soltanto fra la I e la II rilevazione.

È alta la percentuale di soggetti con punteggi al di sotto della media (46% alla I somm. e 38% alla II): per molti risulta difficile adattarsi all'ambiente, gestire le proprie capacità, risolvere problemi o assumersi la responsabilità delle proprie azioni.

Si evidenzia tuttavia un seppur cauto aumento dell'autostima, dopo un anno, nell'ambito delle competenze personali dei minori rimasti in comunità (diminuiscono i punteggi al di sotto della media ed il 6% sale sopra la media).

Esaminando più in dettaglio i cambiamenti nelle valutazioni espresse da ciascun minore, valutati attraverso l'RCI (tab. 2), osserviamo che dei 16 soggetti con due somm., 7 mostrano un peggioramento (6 significativo), gli altri 9 invece (7 in maniera statisticamente significativa) migliorano la loro autostima, esprimendo la percezione di una maggiore padronanza delle proprie competenze e capacità.

La polarizzazione dei soggetti in due gruppi numericamente quasi equivalenti, tra quelli che mostrano un miglioramento e quelli che peggiorano si evidenzia in tutte le scale.

Quello che ci sembra interessante notare è che l'associazione di questi indici alle storie di ciascun soggetto, ci aiuta ad aumentare il livello di attenzione e di consapevolezza su quanto va avvenendo nell'esperienza personale di ognuno, consentendo anche di rilevare quali soggetti sembrano avere avviato un positivo percorso di trasformazione e quali invece attraversano momenti di particolare difficoltà.

– *Scala Corporea* (fig. 2): alla I somm. la grande maggioranza dei minori (71%) si situa nella media e l'11% al di sopra. I sogg. si percepiscono sicuri del proprio aspetto fisico, presentano un rapporto positivo con il proprio corpo, esprimono apprezzamento per la propria bravura fisica e bellezza. Il 17% si colloca sotto la media. Anche alla II somm. la maggioranza dei minori presenta un punteggio fra la media (69%) e al di sopra della media (13%). Il 19% si colloca al di sotto. È questa la scala che mostra i minori cambiamenti tra le due rilevazioni.

– *Scala Emozionale* (fig. 2): i minori che alla I somm. si collocano nella media risultano il 51%, il 46% risulta al di sotto della media e solo il 3% al di sopra. La metà dei minori sente di poter controllare le proprie emozioni, riconoscerle, valutarle e descriverle; si sente sicura di sé, sente di essere amata e riesce ad accettarsi come è. L'altra metà si descrive in difficoltà, trova molto faticoso controllare la propria emotività, si sente un fallimento, è scoraggiata dalla propria vita, ha un vissuto negativo rispetto ai rimandi sul proprio comportamento da parte dell'ambiente sociale in cui vive. Alla II somm. la situazione prima descritta non cambia

in modo sostanziale: il 63 % si colloca nella media, il 38% al di sotto. Si registra quindi un lieve miglioramento rispetto alla condizione precedente.

– *Scala Familiare* (fig. 2): alla I somm. il 69% dei soggetti afferma di essere compreso e sostenuto dal proprio ambiente familiare, da cui dice di ricevere amore, cura, sicurezza. Un dato che stride con la condizione familiare reale ed evidenzia e conferma la necessità dei minori di «difendere» e tutelare la propria famiglia, anche quando questa è risultata inadeguata a prendersi cura di loro. Pochi possono mettere in luce aspetti negativi della propria famiglia, dove nonostante tutto vogliono tornare a vivere e, soprattutto, da cui vorrebbero essere curati e accolti. Alla II somm. seppure la percentuale di minori che presenta un punteggio nella media sia la maggioranza (63%), la percentuale di soggetti che si colloca al di sotto è aumentata (38%). C'è un peggioramento dunque dell'autostima familiare, in linea con quanto avevamo osservato alle scale madre e padre del TRI. Ciò può fare ipotizzare che per quei minori che hanno avuto modo di sperimentare altre relazioni significative con figure adulte di riferimento durante l'anno di permanenza in comunità, sia stato possibile ammettere la presenza di sentimenti meno positivi verso il proprio ambiente familiare.

– *Scala Interpersonale* (fig. 2): alla I somm. il 60% dei minori si colloca al livello medio di autostima. Molti sembrano dunque sentirsi in grado di instaurare e costruire relazioni interpersonali adeguate, si sentono accettati dagli altri, simpatici e interessanti. Il 31% si sente invece inadeguato nel rapporto con gli altri, non si sente sicuro quando si trova in compagnia di persone che non conosce, non si sente accettato.

Dopo un anno di permanenza in comunità, più minori mostrano un livello medio di autostima interpersonale (75%), e solo il 19% si colloca al di sotto della media. È questa scala nella quale si registrano i maggiori miglioramenti.

– *Scala Scolastica* (fig. 2): si registra qui, alla I somm. una alta percentuale di soggetti al di sotto della media (49%), l'altra metà circa (49%) presenta un livello medio di autostima. Sono molti dunque i minori che non si sentono adeguati all'ambiente scolastico: le maggiori difficoltà sono relative alla capacità di completare i compiti, comprendere le cose, leggere, scrivere o riguardano alcune materie specifiche. Ma l'ambiente scolastico si configura come luogo non solo di sperimentazioni delle proprie competenze linguistiche e di studio, ma anche di quelle relazionali rispetto al gruppo dei pari con cui ciascuno si confronta nella propria classe e rispetto agli insegnanti: minori sono le difficoltà relazionali con i compagni, più problematici i rapporti con gli insegnanti. Alla II somm. cre-

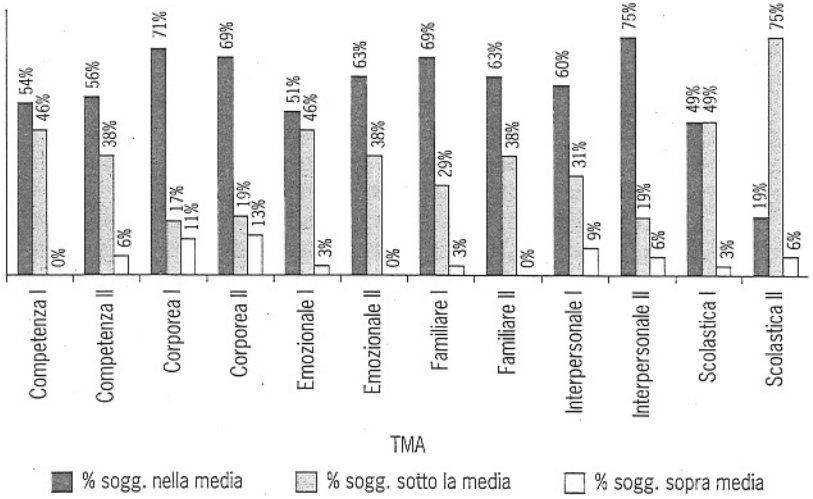


Fig. 2. Il Test Multidimensionale dell'Autostima (TMA).

sce la percentuale di soggetti al di sotto della media: il 75% esplicita difficoltà, evidenziando forse, una maggiore consapevolezza dei propri limiti.

L'ambito scolastico è quello più problematico per i minori considerati e ciò non può stupire: la maggior parte di quelli che arrivano in comunità ha avuto una scarsissima frequenza scolastica, se non un totale abbandono, presenta gravi carenze, spesso non sa leggere, non ha fiducia nelle proprie capacità e si sente scoraggiata perché le lacune sono talmente forti che risulta difficile se non impossibile immaginarsi adatti alla scuola.

3.3. I disegni simbolici dello spazio di vita familiare

Un breve cenno, in chiusura, al modo in cui i nostri giovani ospiti rappresentano graficamente i loro mondi familiari.

Dai disegni raccolti durante i tre anni di monitoraggio è possibile evincere alcune differenze comuni nelle successive somministrazioni.

Molti DSSVF appaiono meno caotici, più ordinati ed armonici. Le linee sono più leggere, ampie e morbide rispetto all'anno precedente quando apparivano rigide, talvolta ricalcate, spezzate o interrotte. Più spesso i legami familiari sono meglio spaziati, più definiti, i personaggi distinti e la

Tab. 2. *Reliable Change Index (RCI). Indice di valutazione dell'attendibilità del cambiamento tra la I e la II somministrazione, al TMA*

N. soggetti	Id sogg.	Scala competenza RC	Scala corporea RC	Scala emozionale RC	Scala familiare RC	Scala interpersonale RC	Scala scolastica
1	1	**-3.85**	**-2.54**	1.63	-1.02	0.00	**4.63**
2	2	**2.56**	-1.27	**-2.44**	1.36	**-3.92**	-0.93
3	3	**21.15**	**4.66**	1.63	0.00	**7.35**	**10.19**
4	4	**2.56**	0.00	**-2.44**	**5.10**	**-3.43**	-1.39
5	6	**7.05**	**-14.41**	-0.41	-0.68	**3.92**	-3.24
6	9	**-14.74**	-0.42	**-4.47**	1.70	**-2.45**	-10.19
7	11	**4.49**	**3.81**	**4.88**	**3.06**	**4.41**	**4.17**
8	12	**-9.35**	**-2.55**	**-2.72**	0.36	**-8.46**	-5.47
9	13	-1.22	-1.09	**8.84**	1.82	**3.08**	-1.82
10	16	0.41	1.09	**7.14**	**4.74**	**4.23**	-3.65
11	17	**-4.47**	0.73	-0.34	**-2.92**	-1.15	-2.19
12	19	**5.77**	**11.86**	-1.22	0.68	0.00	-3.70
13	24	1.28	0.00	**5.69**	**-2.72**	**8.82**	-0.93
14	26	**-3.85**	-1.69	**-9.76**	**-4.08**	**-15.20**	**6.94**
15	31	**16.03**	**4.66**	1.63	-0.68	**6.86**	**18.52**
16	33	**-10.98**	**-6.20**	**-13.95**	**-4.74**	**-8.46**	-15.69

Nota. In grassetto sono segnati i cambiamenti significativi.

qualità delle relazioni tra loro specificate. Differentemente dai disegni relativi alla prima somministrazione, nelle successive (II e III) le persone più significative, così come gli eventi emotivi più salienti della famiglia (lutti, abbandoni...) possono essere rappresentati, trovando una collocazione simbolica sul disegno. Ed è proprio mentre i nostri giovani ospiti, intenti a rispondere alle consegne, eseguono i disegni con attenzione, che il loro sforzo si fa evidente ai somministratori, e questi possono osservarli concentrati – qualcuno anche con la testa tra le mani – a indicare relazioni che a volte restano assenti, a volte sono tracciate come gravemente conflittuali. Una differenza evidente questa, rispetto al passato, quando anziché relazioni d'accudimento carenti, comparivano figure sostitutive dei genitori, i quali molto spesso non venivano né inclusi né menzionati ma, tutt'al più, di/segnati a distanza.

Col passare del tempo, dunque, sembra emergere una maggiore consapevolezza circa propria condizione relazionale e, ciò che ci sembra più importante, la possibilità di ricomporre un mondo familiare anche se soltanto a livello simbolico e attraverso la linea fragile di una matita.

Se tra tutti, segnaliamo questi aspetti è perché pensiamo ai compiti principali di una comunità e, tra questi, in particolare, quello di lavorare sul recupero degli ancoraggi familiari (Bastianoni e Taurino, 2009) e, se ciò non è possibile (quando il progetto non prevede il rientro in famiglia), quello di lavorare sul processo simbolico di rielaborazione e riparazione dei vissuti dei minori.

Va sottolineato, tuttavia, che gli elementi relativi alla ricomposizione simbolica del mondo familiare, emergono prevalentemente nei DSSVF degli adolescenti (fig 3, disegni 1 e 2), mentre in quelli degli ospiti più piccoli (fig. 3, disegni 3 e 4) sembrano trasparire, alternativamente, elementi indici «d'ingorghi» o «distanziamenti» emotivi. Se infatti, a un anno di distanza, nei disegni dei più piccoli possiamo osservare simboli più personalizzati e vivaci, ci chiediamo quanto questa vivacità non serva ed edulcorare, o meglio ad eclissare, gli aspetti più tristi e dolorosi dei loro mondi familiari, la cui rappresentazione appare generalmente molto ristretta (spesso mancano i genitori, a volte anche i fratelli ed altri familiari significativi nelle storie dei ragazzi).

4. Conclusioni

In sintesi, i risultati emergenti dalle risposte ai *self-report* che esplorano la qualità delle relazioni interpersonali e l'autostima dei minori considerati ci parlano di un'utenza delle comunità che, nel confronto, si colloca in maggioranza nella media del campione normativo. Consistenti tuttavia sono le quote di soggetti che presentano difficoltà e rispetto ai quali dunque sarebbero necessari specifici interventi di supporto[8].

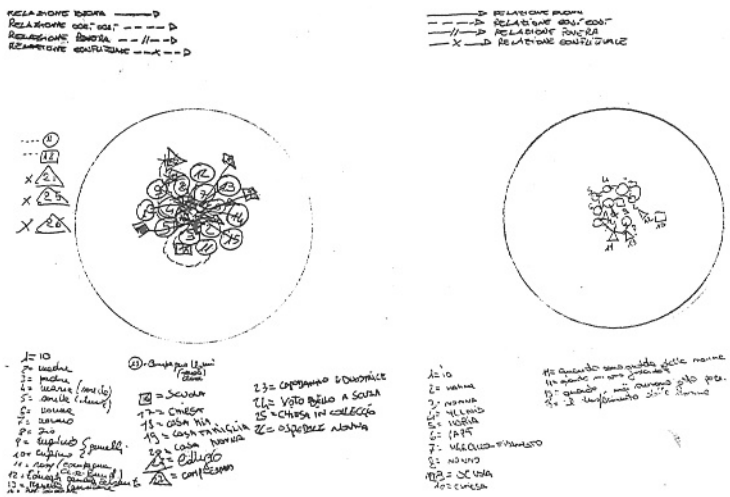
I dati mostrano che nel tempo, assistiamo ad una diminuzione del numero complessivo di soggetti che ottengono punteggi negativi in diverse scale del test sull'autostima (competenza, emozionale, interpersonale) e alla scala insegnanti del test delle relazioni interpersonali. Le relazioni con coetanei e coetanee mostrano leggere oscillazioni, che ci sembrano risentire particolarmente della composizione del campo, sempre molto variabile, nel quale i minori presenti in comunità sono immersi, nonché delle vicissitudini tipiche della specifica età adolescenziale e pre-adolescenziale.

I cambiamenti più consistenti riguardano le relazioni con i genitori, le uniche nelle quali il peggioramento risulta compatto e le differenze pre-

[8] Interventi che le comunità non sono generalmente in grado di fornire, a causa delle costanti difficoltà economiche, che le costringono ad operare in condizioni di insufficienza di personale cui affidare la cura dei minori.

Disegno 1. Anna 16-17 anni

I somministrazione | II somministrazione



Disegno 2. Mary 14-15 anni

I somministrazione | II somministrazione

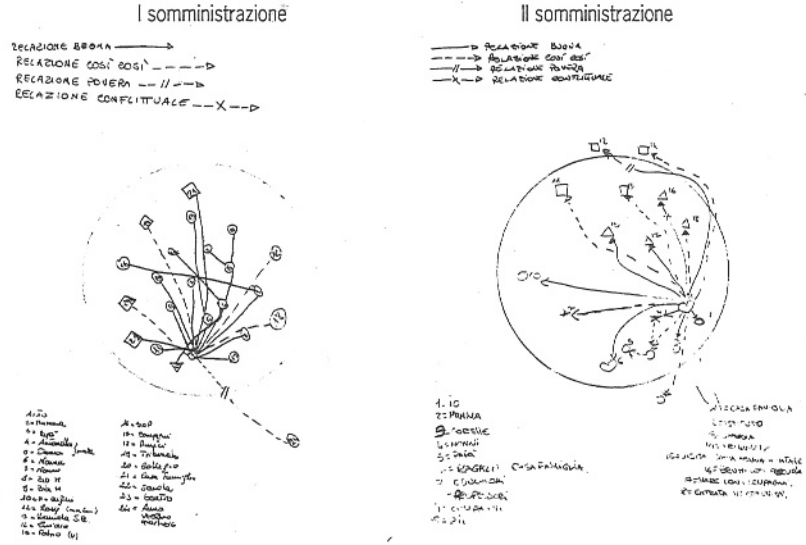
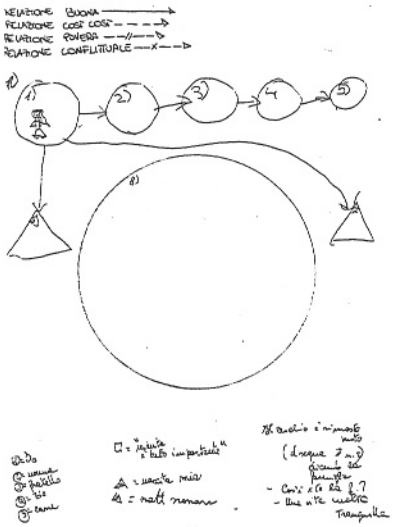


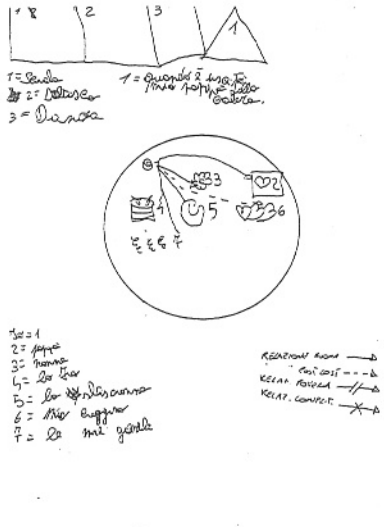
Fig. 3. I Disegni Simbolici dello Spazio di Vita Familiare (DSSVF). Confronti tra la I e la II somministrazione.

Disegno 3. Eva 9-10 anni

I somministrazione

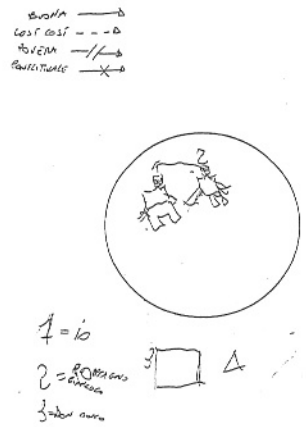


II somministrazione



Disegno 4. Andrea 11-12 anni

I somministrazione



II somministrazione

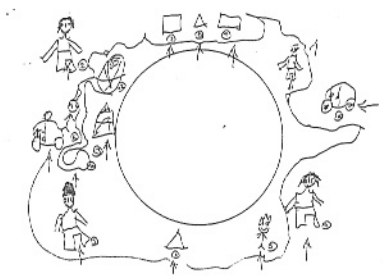


FIG. 3. (segue).

post delle percentuali complessive dei gruppi di soggetti risultano statisticamente significative (scala madre $\alpha = 0.034$; scala Padre $\alpha = 0.002$)[9].

I dati osservativi, relativi ai *self-report*, ma anche all'analisi dei disegni, indicano che nel tempo della permanenza in comunità si sono prodotti alcuni cambiamenti, più o meno rilevanti, più o meno «significativi», che ci sembrano parlare di un qualche movimento all'interno del mondo rappresentazionale dei nostri giovani ospiti. Più favorevoli, pur con degli elementi controversi, ad un miglior adattamento le relazioni con gli insegnanti e con il gruppo dei pari, più problematiche le relazioni con il mondo familiare, nel contatto con le contraddizioni e con il dolore che a questo sono connessi.

La nostra idea è che l'allontanamento dalle famiglie e dai loro modi maltrattanti abbia consentito ai minori ospiti nelle comunità il decantare dell'eccesso di sollecitazioni negative cui erano sottoposti, e ci sembra possibile pensare all'influenza che *l'ambiente-comunità* (inteso sia come sistema di relazioni significative, che come sistema di regole che scandisce la cosiddetta routine) potrebbe avere esercitato sui minori, consentendo loro, nella stabilità della relazione con i *caregiver* della comunità, di avere accesso a contenuti relazionali sconosciuti quali cura e protezione, aprendo forse degli spiragli, rispetto alla possibilità di acquisire fiducia verso l'adulto e la relazione con l'adulto.

Riteniamo tuttavia che perché i cambiamenti osservabili possano corrispondere ad una effettiva acquisizione di consapevolezza e consentire dunque l'attivazione di un efficace livello di protezione e di «buon funzionamento» dei nostri soggetti, sia necessario un lavoro più profondo di elaborazione delle problematiche relazionali di cui i essi sono protagonisti; il che implica la capacità di transitare, nell'intervento di comunità, da una logica essenzialmente educativa, ad un pensiero clinico di ampio respiro in grado utilizzare e promuovere capacità e competenze riflessive e relazionali specifiche che necessariamente si confrontano con la dimensione complessiva del «campo» che le comunità istituiscono.

Su questo ci sembra che molto lavoro debba ancora essere fatto e che sia necessaria una modificazione profonda del modo di intendere gli interventi di «assistenza» all'infanzia e all'adolescenza, in direzione della effettiva «tutela» e della «cura», e dunque, inevitabilmente una modificazione profonda delle politiche che in questi settori sono condotte.

Ciò permetterebbe, a nostro avviso, un incremento dell'efficacia degli interventi e, in ultima analisi, un forte vantaggio, anche economico, in termini di risparmio dei costi che troppo frequentemente devono essere sostenuti, per la necessità di fare fronte alla devianza o

[9] I dati sono stati sottoposti ad analisi mediante il test non parametrico di Wilcoxon per campioni dipendenti.

agli esiti psicopatologici di molti minori che hanno attraversato l'esperienza residenziale.

Altrettanto importante ci sembra il «risparmio», in termini di dolore psichico, che con interventi più attenti potrebbe essere prodotto.

Chiudiamo con un'ultima considerazione riguardo al lavoro di ricerca empirica di valutazione dell'esperienza di presa in carico delle comunità: un lavoro faticoso e complesso, che ci sembra tuttavia una sfida importante per una comprensione più precisa e condivisibile, socialmente e scientificamente, dei processi di cura messi in atto e della loro efficacia. Il lavoro fin qui condotto ci sembra porre alcuni tasselli in questa direzione.

Intanto, certamente, ha rappresentato per noi una possibilità di messa a fuoco più consapevole di alcuni aspetti dell'esperienza relazionale dei giovani ospiti delle nostre comunità e una indicazione per una presa in carico più efficace.

5. Riferimenti bibliografici

Barone, R., Bruschetta, S., Giunta, S. (2010). *Gruppoanalisi e comunità terapeutica*. Milano: Franco Angeli.

Bastianoni, P. (2000), *Interazioni in comunità, vita quotidiana e interventi educativi*. Roma: Carocci.

Bastianoni, P., Taurino, A. (a cura di) (2009). *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma: Carocci.

Beebe, B., Lachmann, F.M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press (trad. it. *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina, 2003).

Benjamin, S.L. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press (trad. it. *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Roma: LAS, 1999).

Bracken, A.B. (1992). *Multidimensional self-concept scale*. Austin, TX: PRO-ED (trad. it. *TMA/Test di valutazione multidimensionale dell'autostima*. Trento: Erickson, 1993).

Bracken, A.B. (1993). *Examiner's manual: Assessment of interpersonal relations*. Austin, TX: PRO-ED (trad. it. *TRI/Test delle relazioni interpersonali*. Trento: Erickson, 1996).

Carli, R., Paniccia, M.R. (2003). *L'analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Carli, L., Rodini, C. (2008). *Le forme dell'intersoggettività*. Milano: Raffaello Cortina.

Di Blasio P. (2000). Storie di crescita difficili. In E. Confalonieri e G. Scaratti (a cura di), *Storie di crescita: approccio narrativo e costruzione del sé in adolescenza*. Milano: Unicopli.

Di Nuovo, S., Lo Verso, G. (2005). *Come funzionano le psicoterapie*. Milano: Franco Angeli.

Di Nuovo, S., Lo Verso, G., Di Blasi, M., Giannone, F. (a cura di) (1998). *Valutare le psicoterapie*. Milano: Franco Angeli.

Emiliani, F., Bastianoni, P. (1993). *Una normale solitudine*. Roma: Carocci.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press (trad. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Milano: Raffaello Cortina, 2005).

Fonagy, P., Target, M. (2003). *Developmental psychopathology*. London: Whurr (trad. it. *Psicopatologia evolutiva*. Milano: Raffaello Cortina, 2005).

Giannone, F., Ferraro, A., Lo Verso. G. (2011). Gruppoanalisi soggettuale e teoria del self. In G. Lo Verso e M. Di Blasi (a cura di), *La Gruppoanalisi soggettuale*. Milano: Raffaello Cortina.

Giannone, F., Lo Verso, G. (1996). Il *self e la polis. Il sociale ed il mondo interno*. Milano: Franco Angeli.

Giannone, F., Lo Verso, G. (1998). I presupposti epistemologici. In S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone (a cura di), *Valutare le psicoterapie*. Milano: Franco Angeli.

Giannone, F., Lo Verso, G., Sperandeo, A. (2009). *La psicoterapia e la sua valutazione. Un confronto internazionale*. Milano: Franco Angeli.

Giannone, F., Pruiti Ciarello, F., Ferraro, A.M., Scimemi, C., Giardina, V. (2008). La presa in carico residenziale: percorsi di ricerca nelle comunità per minori. In *Estratti del X Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica Dinamica, 12-14 Settembre 2008*. Padova: Cleup.

Gilli, G., Greco, O., Regalia, C., Banzatti, G. (1990). *Il disegno simbolico dello spazio di vita familiare*. Milano: Vita e Pensiero.

Giordano, C., Giannone, F. (2005). Contesti relazionali e campi terapeutici: la valutazione delle reti di cura dentro e fuori una comunità terapeutica per pazienti gravi. In F. Fasolo, I. Ambrosiano, A. Cordioli (a cura di), *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali*. Padova: Cleup.

Gozzoli, C., Tamanza, G. (1998). *Family life space*. Milano: Franco Angeli.

Lo Coco, G., Giannone, F., Lo Verso, G. (2006). La ricerca in psicoterapia di gruppo. In N. Dazzi, V. Lingiardi e A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.

Lo Coco, G., Lo Verso, G. (2006). *La cura relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

Lo Verso, G. (1994). *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.

Quarello, E. (2006). Il modello tutelare nelle comunità per minori. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 6, 15-18.

Rutter, M. (1972). *Maternal deprivation reassessed*. New York: Penguin Books (trad. it. *Cure materne e sviluppo psicologico del bambino*. Bologna: Il Mulino, 1973).

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatric*, 30, 1, 598-611.

Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J.E. Rolf e A.S. Masten (a cura di), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge, University Press.

Sander, L.W. (2007). *Sistemi viventi*. Milano: Raffaello Cortina.

Schimmenti, A., Bifulco, A. (2008). Quando i genitori maltrattano i figli. In V. Caretti e G. Craparo (2008). *Trauma e psicopatologia*. Roma: Astrolabio.

Sroufe, L.A., Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.

Stern, D. (1998). *Le interazioni madre-bambino*. Milano: Raffaello Cortina.

Residential care: research pathways in residential care for children

Summary. The residential care for children can be conceived as «experiential fields», places of shared experience, where, in the *here and now* of the everyday life and in the interweaving of stories, experiences, cultures, world views, predispositions and other needs, the «inhabitants» of the residential context (children and educators) weave complex relational networks. Starting from this approach, the interest that drove the research project and the intervention here presented is the exploration of these experiential fields and the way in which they work, defining the setting of clinical work and training in which to open pathways of transformation. About the evaluation of the clinical work and the quality of services offered to children in residential care, this project aims to deepen the knowledge of people living in the residential context (children and operators), focusing the attention on their relational world and on the ways in which actions and relationships are intertwined and trigger processes of change. In this contribution we will focus a) on the self and family representations; b) on the interpersonal relationships and c) on their change over time, of the children hosted in three residential care in Palermo. The observation was conducted with a multi-method, using different theoretic matrices tools: the DSSVF (Symbolic Drawing of Family Life Area, Gilli, Greco, Regalia, Banzatti, 1992; Gozzoli, Tamanza, 1998), the IRT (Interpersonal Relationships Test; Bracken, 1993) and the TMA (Bracken, 1992). The results for the re-test show changes and different trends in the responses of subjects in the three residential care for children involved in this research project.

Keywords: representations of family relationships, residential communities, evaluation of clinical work.

Per corrispondenza: Francesca Giannone, Dipartimento di Psicologia, Università di Palermo, Viale delle Scienze, Edificio 15, 90128 Palermo. E-mail: francesca.giannone@unipa.it