

La nave dei folli: la modifica dello stereotipo del malato mentale nell'adolescente

Di Elvira Lozupone, Franco Burla,
Alessandra Alonzi*

Introduzione

La chiusura dei manicomi avvenuta il 31 dicembre del 1996 ha aperto una serie di problematiche relative all'accettazione dei malati psichici all'interno della società, al loro ruolo come cittadini e all'impatto che la malattia mentale ha presso i cosiddetti sani. Ci si è chiesti come questi cittadini deboli possano essere inseriti e integrati utilmente e in modo soddisfacente — per loro e per tutta la comunità — nel tessuto sociale e nel mondo del lavoro, e anche come può modificarsi la visione del malato mentale presso i sani nel momento in cui essi girano per le strade, frequentano negozi e locali, vivono in pratica a stretto contatto con noi.

L'importanza delle risposte date a queste domande sta nella constatazione di carattere scientifico che vede — a partire dall'accettazione tollerante delle persone con disagio psichico, da parte di persone che vivono a contatto più o meno diretto con loro — la modificazione dei sintomi psichici e i comportamenti messi in atto dai malati per prevenire le crisi. Allo scopo di cogliere eventuali relazioni tra l'atteggiamento verso la malattia mentale e il background culturale

della popolazione, due psichiatri, l'americano P.M. Retish e il cinese M. Shokoohi-Yekta (1991), hanno effettuato uno studio comparativo su un campione di studenti universitari americani e cinesi.

I risultati del questionario hanno confermato come il diverso background culturale determinasse un atteggiamento differente verso la malattia mentale, suggerendo l'ipotesi che un intervento educativo sulla popolazione possa riflettersi in un miglioramento dell'atteggiamento stesso.

I.F. Brockington, P. Hall, J. Levings e C. Miurphy pubblicarono sul «British journal of Psychiatry» (1993) i risultati di una ricerca condotta su un campione scelto casualmente tra gli abitanti di due cittadine britanniche: Malvern e Bromsgrove. La prima città era stata inserita in un progetto territoriale di reinserimento nella comunità di pazienti psichiatrici, la seconda ospitava un tradizionale manicomio.

L'ipotesi iniziale dei ricercatori era che gli abitanti delle due cittadine mostrassero un atteggiamento diverso nei confronti del malato mentale. I dati ottenuti furono comparati tra loro relativamente alle variabili demografiche.

* Elvira Lozupone è psicologa clinica presso l'Università di «Tor Vergata» di Roma. Franco Burla è ricercatore presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma «La Sapienza». Alessandra Alonzi è medico chirurgo specialista in Psicologia clinica presso la casa di cura «Villa Armonia Nuova» di Roma.

Risultò che, conformemente all'ipotesi fatta, l'età, l'educazione, l'occupazione e la confidenza con la malattia mentale erano fattori che influenzano, in modo statisticamente significativo, il livello di tolleranza.

In Cina, invece, uno studio rivolto a comprendere l'atteggiamento della popolazione verso il malato mentale è stato compiuto nel 1994 da K.L. Chou, K.Y. Mak, P.K. Chung e K. Ho, ricercatori del *Dipartimento di Salute Mentale dei servizi sociali* di Hong Kong, («*International Journal of Social Psychiatry*», 1996). Questa ricerca mostrò come una percentuale prevalente della popolazione, pur con diverse sfumature, fosse contraria alla presenza di strutture di riabilitazione nell'ambito della comunità e che una maggiore o minore conoscenza riguardo le problematiche della malattia mentale non fosse un fattore determinante per tale atteggiamento. Si notò come tale atteggiamento di autoritarismo fosse direttamente correlato all'età. Una percentuale comunque alta di intervistati si mostrava indecisa; questo dato suggerisce una riflessione riguardo una politica di educazione sulla popolazione per migliorare tale atteggiamento.

Nel 1996, il «*British Journal of Psychiatry*» pubblica una serie di articoli di G. Wolff, S. Pathare, T. Craig e J. Leff del *Centro Ricerche del Dipartimento Psichiatrico* di Londra. Si tratta di uno studio longitudinale volto a definire l'atteggiamento della popolazione nei confronti del malato mentale e a valutare se e come la conoscenza delle problematiche riguardo la malattia mentale influenzi le reazioni verso il paziente psichiatrico. In secondo luogo, la ricerca era diretta a verificare gli effetti di una campagna di educazione pubblica su tali atteggiamenti.

Analizzando i risultati in relazione alle variabili, gli autori non hanno riscontrato associazione tra differenza di sesso e atteggiamenti. Fattore importante si è dimostrata

la variabile dell'età: al crescere dell'età era associato un aumento graduale del rigido controllo sociale. Anche le differenze etniche della popolazione hanno mostrato una forte influenza sul fattore del controllo sociale: asiatici, caraibici e africani si rivelarono più rigidi rispetto alle altre etnie.

Il livello di classe sociale era fortemente correlato agli atteggiamenti di controllo sociale: al crescere dell'istruzione si associava un aumento di tolleranza. Il livello occupazionale non mostrava influenze significative su alcuno dei fattori considerati mentre lo stato civile presentava un unico, ma evidente fattore di correlazione: la presenza di figli si associava a un forte atteggiamento di paura ed esclusione.

Questi risultati suggerirono agli autori un possibile collegamento tra atteggiamenti negativi nei confronti del paziente psichiatrico e la mancanza di conoscenza della malattia mentale. Si procedette quindi a una verifica del livello di conoscenza della malattia mentale: la maggior parte degli intervistati si dimostrarono informati al riguardo. Un'elevata percentuale era in grado di comprendere la differenza tra malattia e disabilità mentale, anche se solo una piccola parte di questi avevano conoscenze più approfondite ed erano in grado di dare un esempio dell'una e dell'altra.

La maggioranza dei soggetti aveva avuto esperienze dirette conoscendo personalmente qualcuno che aveva sofferto di un qualche disturbo psichico.

Nel campione era ampiamente diffusa l'idea che i pazienti psichiatrici fossero più aggressivi e più pericolosi rispetto alle altre persone. Una piccola percentuale rispose di considerare i malati mentali più intelligenti e sensibili.

Solo una piccola minoranza degli intervistati obiettò apertamente riguardo alla possibilità di accogliere nel quartiere pa-

zienti psichiatrici; la grande maggioranza sostenne la necessità di trattare tali pazienti separatamente, in strutture adeguate.

Relativamente ai tre fattori attitudinali esaminati, le analisi dei risultati rivelarono una evidente associazione tra un basso livello di conoscenza della malattia mentale e un rigido atteggiamento di controllo sociale. Questo non prova una causalità diretta, ma supporta l'ipotesi di una relazione tra atteggiamenti negativi e scarsa informazione. Se tale relazione è possibile, è altrettanto fattibile che una serie di interventi formativi sulla popolazione possa migliorare questi atteggiamenti e facilitare il reinserimento dei pazienti psichiatrici nel tessuto sociale e la loro riabilitazione.

L'inizio della storia della psichiatria vede nella gestione prevalentemente intra familiare, certamente intrasocietaria,¹ l'unico modo possibile di trattare la follia a prescindere dalla radice demoniaca o soprannaturale che nel tempo le è stata attribuita.

L'interpretazione soprannaturale della malattia mentale² si sviluppò soprattutto nel Medioevo quando i malati di mente, considerati posseduti dal demone, venivano trattati con esorcismi o costrizioni. Il considerare la genesi soprannaturale dei comportamenti folli, faceva sì che tali comportamenti risultassero piuttosto rari, rafforzando quindi quello che è oggi il parere degli esperti di settore e cioè che una tolleranza del folle tende ad arginare, se non proprio la follia, quanto meno le sue manifestazioni più eclatanti e dolorose.

La fine del Medioevo portò la scomparsa della lebbra dal mondo occidentale. Era in-

fatti la lebbra la patologia che obbligava a una esclusione dal sociale e a una spoliatura dei propri diritti e del proprio posto in seno alla società.

I lebbrosari vuoti, mantenevano però il loro significato di allontanamento da una immagine insistente e temibile. Nel corso dei secoli, i lebbrosari prima, l'ospedale dei pazzi dopo e, infine, il ritiro manicomiale sono stati tutti espedienti — alla luce di una enfaticizzazione del «cogito» cartesiano — per relegare chi rappresentava l'irragionevolezza e quindi la non-esistenza.³

Il viraggio da una concezione della follia legata in qualche modo alla trascendenza — a una questione di ordine pubblico e di morale — porta alla definitiva esclusione del folle. Anche quando medici filantropi come Pinel tentano la strada del ritiro manicomiale come possibilità di ritorno a uno stato di natura, di fatto non si riescono a eliminare quelle caratteristiche legate alla follia (pericolosità, imprevedibilità, incomprendibilità), che portano al rifiuto di essa.

In questi istituti le guarigioni saranno sporadiche e si affermerà sempre di più una cronicizzazione delle malattie e una cristallizzazione dei comportamenti da parte dei sani: arbitrarità, falsa dialettica di ricompense e punizioni, abusi, maltrattamenti, pedagogia del buon senso e mutilazione di ogni soggettività.

Contrariamente a quanto si crede, tutte le culture in realtà sembrano aver conosciuto la compresenza di linee interpretative spesso contrastanti rispetto alla diversità umana, oscillanti tra i due poli dell'esclusione e la

¹ «A differenza dell'individuo che non lavorava perché impedito da difficoltà di tipo fisico o mentale e che per questo meritava il sostegno sociale, il vagabondo [...] finiva così per essere isolato e divenire bersaglio di politiche repressive e persecutorie» Costanzo Ranci: voce «Marginalità sociale», Enciclopedia delle scienze sociali, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, vol. V, p. 508.

² A. Dionisi: *Lesilio storico della follia* su A. Dionisi (a cura di), «Riattivare e riabilitare», volume a tiratura limitata a uso di operatori del SSN, a cura del D.S.M. della ASL RMD, Roma, 1998, pp. 1-15.

³ Cfr. A. Canevaro e A. Goussot, *La difficile storia degli handicappati*, Roma, Carocci, 2001, pp. 205-216.

ricerca di una possibile integrazione. Tuttavia questa seconda tendenza è risultata sempre minoritaria rispetto alla prima.⁴

Nella metà dell'Ottocento, John Connolly e Maxwell Jones figurano tra i primi riformatori del sistema asilare di esclusione, attraverso una radicale modifica del trattamento, che estendeva la responsabilità di un contenimento dei sintomi dal solo psichiatra al paziente stesso. Questo veniva così coinvolto nel trattamento insieme con il personale paramedico.

Il manicomio divenne simile a una comunità terapeutica, una organizzazione aperta e stimolante che vedeva nella partecipazione al trattamento un elemento indispensabile al raggiungimento degli obiettivi proposti.

Con legge 180, emanata nel 1978, viene sancita la fine delle strutture manicomiali e affermato un cambiamento della logica su cui fondare l'assistenza psichiatrica: l'accento si sposta, dalla protezione della società dal folle, alla necessità di predisporre strutture e servizi territoriali che consentano al soggetto di vivere la propria esperienza di crisi mantenendo i legami con la collettività di cui è membro.

A tale posizione si lega conseguentemente il superamento del concetto di «pericolosità del folle», concetto che aveva determinato e contribuito a mantenere l'apparato repressivo e custodialistico rappresentato dalla realtà asilare.

Si riconosce che la sofferenza psichica attiene ai rapporti tra l'individuo e il suo ambiente di vita, indicando con chiarezza che è all'interno di tale realtà che il problema va affrontato.

L'individuo sofferente, che prima era valutato solo in base alla pericolosità potenziale del suo comportamento, diviene un cittadino

che conserva i suoi diritti, in particolare, quello di non essere espulso dal suo mondo.

Negli ultimi quindici anni si è verificato un processo irreversibile di deistituzionalizzazione che ha portato alla creazione dei servizi territoriali composti dai C.S.M. (Centri di Salute Mentale) e dalle Strutture Intermedie semiresidenziali (Centri Diurni) e residenziali (Comunità, Casa Alloggio e Gruppo Appartamento).

La deistituzionalizzazione si propone il potenziamento della soggettività, ponendo attenzione alla vita concreta e quotidiana del paziente, aumentandone il potere contrattuale all'interno della società e svolgendo un'opera di prevenzione che ha come obiettivo finale la promozione della salute mentale dell'intera comunità.

Sulla base di tali premesse concettuali recentemente è stato varato il Progetto Obiettivo «Tutela della Salute Mentale 1998-2000», che indica i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti.

In particolare, il Progetto individua tra gli obiettivi e interventi prioritari:

- a) la promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita;
- b) la prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio, attraverso l'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, delle situazioni di disagio e l'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi;
- c) la prevenzione terziaria, ovvero la riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali;
- d) la salvaguardia della salute mentale e della qualità della vita del nucleo familiare del paziente;

⁴ A. Canevaro e A. Goussot, op. cit., p. 217.

e) la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane).

Tra gli altri scopi c'è quello di attuare — tramite specifici protocolli di collaborazione fra servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta — interventi di prevenzione mirati all'individuazione nella popolazione giovanile, soprattutto adolescenziale, dei soggetti, delle culture e dei contesti a rischio, al fine di contenere e ridurre evoluzioni più gravemente disabilitanti.

Comprendere qual è il concetto di problema mentale per gli adolescenti è, perciò, doppiamente importante: dal punto di vista clinico fornisce informazioni riguardo quelle che potrebbero essere le aspettative dei ragazzi quando si rivolgono a un clinico per un trattamento; dal punto di vista sociale permette di comprendere in che modo i ragazzi rispondono a coloro che presentano tale tipo di problema.⁵

La scuola dal canto suo non è stata insensibile al problema dell'inserimento delle persone diversamente abili all'interno di essa, in vista di una loro piena integrazione all'interno della società.

Il contributo di Maria Montessori è esemplare e paradigmatico in questo senso.

Il graduale e faticoso processo di inserimento dei disabili nella scuola e nella società, è passato attraverso fasi alterne di applicazione di una prassi ripetitiva e momenti di

interesse innovativo, fino alla fine degli anni '60, momento di grande fermento innovativo socio culturale.⁶

Fra le leggi più significative è necessario menzionare la legge n. 118 del 30 Marzo '71, nella quale si proponeva un nuovo modello di scuola idoneo a favorire l'inserimento, nella scuola dell'obbligo, dei bambini disabili, sia pure con qualche limitazione per situazioni di particolare gravità.

Con la legge 517/77, avviene un fatto di notevolissima importanza sociale che ha portato il nostro Paese al centro dell'attenzione politica e pedagogica internazionale: attraverso la conclusione di una prima fase sperimentale, prendono l'avvio progetti concreti di integrazione per la diversabilità. Questi comprendono oltre alla partecipazione degli Enti locali, programmi di formazione per il personale docente e corsi di aggiornamento, insieme con l'istituzione di gruppi di lavoro presso i provveditorati, centri di raccolta di informazioni e organi di consulenza.

A livello dei grandi organismi internazionali, la dichiarazione adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 9 Dicembre 1975 proclama per la persona disabile un diritto «connaturato»⁷ al rispetto della sua dignità umana e una sua sostanziale uguaglianza, sul piano dei diritti, rispetto ai concittadini di pari età e, «come primo e principale diritto quello di fruire di una esistenza dignitosa altrettanto ricca e normale».⁸ Viene riconosciuto il diritto alla più ampia autonomia,

⁵ Fioritti A., *Leggi e salute mentale: panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*, Torino, Centro Scientifico Editore, 2002.

⁶ *Handicap: portatori di*, a cura di M. Gutierrez, *Dizionario di Scienze dell'educazione*, Torino, editrici Elle Di Ci, LAS, SEI, 1997. Cfr. pure *Handicappati*, a cura di L. De Anna, *Enciclopedia Pedagogica* (a cura di M. Laeng), Brescia, La Scuola, 1989, pp. 5726-5729.

⁷ «È un riconoscimento, il nostro, puramente formale in quanto serve soprattutto a rassicurare noi sani, a convincerci, mentre non vale certo a teorizzare sull'handicappato il quale è valore per natura e non per nostra concessione», G. Vico, *Handicap, diversità, scuola*, Brescia, Editrice La Scuola, 1994.

⁸ *Annali P.I.*, n. 3-4/98, p. 232.

il diritto all'istruzione e alla formazione. Altri diritti estrapolati dalla *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* sono quelli relativi alla piena partecipazione alla vita sociale e politica del Paese.

Fondamentale in proposito può essere considerata anche la definizione formulata dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità*.

Handicap esprime la valutazione attribuita a una condizione individuale che si discosta dalla norma. Nel quadro dell'assistenza sanitaria, handicap è lo svantaggio che consegue alla menomazione o alla invalidità. L'handicap è caratterizzato da una discordanza tra le attività o la condizione del singolo individuo e le aspettative del gruppo specifico al quale egli appartiene.⁹

È disabile chi viene riconosciuto come tale dal proprio gruppo di riferimento: ciò significa che il concetto di norma è relativo alla cultura di appartenenza e alle aspettative da parte dei membri di quella determinata cultura. Si può affermare che ogni ambito culturale ha, nei confronti dei valori che compongono quella cultura, una sua distribuzione dei dati, che ostacola o favorisce un atteggiamento di accettazione all'interno della comunità.

Ciò a cui dunque si assiste, al momento attuale, è una convergenza di intenti da parte di coloro che si occupano della «salute» e del benessere a livello sociale e individuale e coloro che attraverso processi educativi e formativi concorrono alla costruzione della persona umana, anche se più debole e disagiata.

È di primaria importanza il fatto che istituzioni sanitarie e scolastiche intendano

congiuntamente l'integrazione come processo che non coinvolge soltanto i più deboli, ma anche tutto il resto della comunità dei «sani».

D'altra parte la formazione integrale della persona non può prescindere da una presa di posizione seria sul fatto che i giovani usciti dalla scuola possano operare anche a favore di coloro che corrono un serio rischio di emarginazione. È questo anche il senso di un processo di educazione alla diversità.¹⁰

Si parla di società multiculturale proprio nel senso di comprensione e accettazione vera delle diversità, qualunque esse siano. Non si tratta di una tolleranza basata sulla sopportazione e sull'indifferenza, ma di un reale cambiamento di prospettive, che si fonda su un tentativo di comprendere ciò che è simile ma anche diverso da sé. Non ci soffermiamo sui punti in comune, che — a livello di reazioni emotive — ci trasmettono i portatori di una diversità, nel corpo o nella psiche, talmente definita e radicale, da non poter non mettere in discussione e, a volte, turbare.¹¹

La riabilitazione viene intesa dall'*American Psychiatric Association* come un insieme di metodi e tecniche che cercano di ottenere il massimo di funzione e l'optimum di adattamento per un determinato paziente e che svolga una attività di prevenzione delle ricadute e di riacutizzazione della malattia.

La riabilitazione inoltre si propone di conseguire una meta culturale caratterizzata

⁹ L. Trisciuzzi, *Manuale di didattica per l'handicap*, Bari, Editori Laterza, 2000, pp. 33-35.

¹⁰ «La maggior parte degli approcci relativi alle scelte professionali o alle transizioni lavorative non riguardano la persona nella sua totalità, ma si concentrano a gradi diversi solo su uno dei seguenti aspetti: la formazione, l'orientamento, e l'inserimento professionale [...]. Questi approcci ci dicono come si diventa dei buoni ingegneri ma non ci dicono nulla su come questa competenza verrà utilizzata, se per portare acqua in una zona desertificata o contribuire ad annientare interi gruppi umani», Guichard J. e Huteu M., *Psicologia dell'orientamento professionale*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2003, p. 31.

¹¹ S. Freud, *Il Perturbante*, in *Opere*, vol. IX, Torino, Boringhieri, 1977.

dall'accettazione e dal riconoscimento di questi «deboli», attraverso un'azione sul tessuto sociale che contrasti sia l'atteggiamento pietistico che quello emarginante.

A questo livello si pone la specificità pedagogica dell'intervento che verrà qui illustrato che vede la riabilitazione porsi entro il raggio d'azione della pedagogia speciale perché si rivolge a persone portatrici di una difficoltà nei comportamenti interpersonali, intrapersonali e strumentali, e perché è tra gli obiettivi di questa disciplina favorire l'accettazione e l'integrazione a tutti i livelli per i diversamente abili. La scuola viene vista come luogo di formazione e supporto al progetto riabilitativo poiché l'avvicinamento alla diversità viene concepito come una necessità e un obbligo fondamentali relativamente all'accoglienza, alla conoscenza e alla comprensione dell'altro diverso da sé. Tutto questo per assicurare pari dignità di cittadinanza al disabile a partire dall'apertura alle altre culture fino ad arrivare alla concezione di un pensiero totalmente altro — quale è quello della patologia psichica — e da esso trarre spunti e riflessioni per la maturazione dei giovani.

Altro elemento di interesse è il valore di un'esperienza del genere a livello di prevenzione primaria non solo nei termini di conoscenza delle strutture volte alla cura del disagio psichico, ma anche come occasione per gli studenti di potersi avvicinare alle strutture deputate all'accoglienza e all'ascolto della sofferenza psichica.

È in quest'ottica che si inserisce il nostro lavoro di ricerca, volto a indagare come si possa modificare l'immagine — e, conseguentemente, l'atteggiamento — che gli adolescenti hanno nei confronti del malato mentale.

Psichiatria e interventi formativi in età adolescenziale: un connubio efficace?

Negli ultimi anni si è assistito a un crescente aumento di problemi psichiatrici negli adolescenti — soprattutto negli Stati Uniti — che ha spinto le autorità sanitarie a sviluppare e proporre programmi informativi nelle scuole pubbliche.

J. Battaglia, J.H. Coverdale e C.P. Bushong,¹² ricercatori del *Dipartimento di Psichiatria* di Houston, pubblicarono alcune valutazioni riguardo un programma informativo sulla malattia mentale (Mental Illness Awareness Week Program) svolto in alcune scuole del loro dipartimento. Essi posero particolare attenzione agli atteggiamenti degli studenti verso i problemi connessi alla malattia mentale e al loro comportamento nei confronti degli psichiatri.

Fu scelto un gruppo sperimentale di 1380 studenti, selezionato da scuole medie e superiori, in cui era stato attuato il programma informativo. Un gruppo controllo di 280 studenti fu scelto da scuole rimaste fuori dal progetto.

Gli studenti furono sottoposti a un questionario strutturato, somministrato dagli stessi psichiatri. Dai risultati ottenuti correlando i due gruppi, si verificò che il gruppo sperimentale mostrava un atteggiamento significativamente più positivo nei confronti dello psichiatra. Significativamente maggiore risultò anche la richiesta di aiuto e consulenza e l'atteggiamento di curiosità del gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo.

Uno studio particolarmente interessante è stato quello condotto recentemente da G.S. Tolomiczenko, P.N. Goering e J.F. Durbin del *Dipartimento di Psichiatria* dell'università

¹² J. Battaglia, J.H. Coverdale e C.P. Bushong, *Evaluation of a Mental Illness Week program in public school*, «American Journal of Psychiatry», vol. 147/3, 1990, pp. 324-329.

di Toronto.¹³ Tale studio era volto alla definizione di un programma di educazione della popolazione riguardo alle problematiche di malati di mente senza fissa dimora.

A tal scopo fu selezionato un campione di 575 adolescenti — scelto tra gli studenti di 14 scuole superiori, suddiviso in tre gruppi. Il primo gruppo fu sottoposto a un programma informativo consistente nella visione di un «reality video» che descriveva le condizioni di vita degli emarginati, seguito da una discussione con i protagonisti del video, moderata da un gruppo di psichiatri. Il secondo gruppo fu sottoposto alla sola visione del video, mentre il terzo gruppo aveva funzioni di controllo.

A tutti gli studenti fu, in seguito, somministrato un questionario strutturato (*Attitudes toward Homelessness and Mental Illness*), volto a evidenziare i cambiamenti avvenuti nella percezione di questi emarginati secondo tre variabili: sesso, frequentazione di persone emarginate, gruppo.

L'analisi per sesso mostrò come le ragazze fossero più empatiche e meno pregiudizievoli nei confronti della malattia mentale, con una minore percezione di pericolo rispetto al gruppo dei maschi.

L'analisi per frequentazione mostrò come i ragazzi con una certa familiarità con gli emarginati avessero una maggiore disponibilità nei loro confronti.

L'analisi per gruppo mostrò come i ragazzi che avevano seguito il percorso informativo completo — video più discussione — avessero atteggiamenti più positivi rispetto agli altri. Quelli che avevano partecipato alla sola proiezione del video manifestarono atteggiamenti più negativi, anche rispetto al gruppo controllo, con una forte percezione di pericolo e un atteggiamento di maggiore autoritarismo.

I risultati confermerebbero la validità di un percorso informativo in grado di affrontare in ogni sua parte le problematiche trattate, ma suggerirebbero anche cautela nell'utilizzo di metodi parziali o inadeguati.

La valutazione degli atteggiamenti verso la malattia mentale non ha solo implicazioni sociali ma anche cliniche: aumentare le conoscenze riguardo un problema sanitario per promuovere comportamenti adeguati è fondamentale per qualunque campagna di prevenzione.

Il problema e il progetto di ricerca

A Ostia è presente un *Centro Diurno socio-riabilitativo* che ha il proprio laboratorio teatrale presso l'ITC Paolo Toscanelli.

La presenza degli utenti del Centro diurno in questa struttura durante l'orario scolastico ha scaturito il disappunto del personale della scuola, che ha richiesto di limitare le occasioni di incontro tra studenti e utenti. Il rischio di emarginazione, che si andava configurando, grazie all'aiuto del Dirigente scolastico, si è trasformato in una occasione di incontro tra utenti e studenti concordemente con la «Mission» del centro diurno e l'ottica di educazione alla diversità per la scuola.

Lo studio si colloca nella corrente dei lavori sulla «ipotesi del contatto».

Nella sua prima formulazione questa teoria vedeva nel contatto diretto tra due gruppi, di cui uno discriminato, la possibilità di cambiamento degli atteggiamenti pregiudiziali.¹⁴

Tali studi nel corso del tempo si sono arricchiti e hanno acquistato una complessità sempre maggiore soprattutto per quanto

¹³ G.S. Tolomiczenko, P.N. Goering e J.F. Durbin, *Educating the public about mental illness and homelessness: a cautionary note*, «Canadian Journal of Psychiatry», vol. 46/3, 2001, pp. 253-257.

¹⁴ G.W. Allport, *The Nature of Prejudice*, Cambridge, Addison-Wesley, 1954.

riguarda le condizioni che possono favorire il contatto tra gruppi.

Tra i contributi più recenti si può considerare quello di Dijker¹⁵ che sottolinea l'importanza della qualità delle emozioni esperite nel determinare gli atteggiamenti.¹⁶

L'obiettivo è stato quello di preparare un incontro tra due mondi e «culture» — quello dei «sani» e quello dei «folli» — e concretizzare un incontro che rappresentasse un'esperienza di crescita e di annullamento di barriere fra i due gruppi, con una particolare attenzione ai processi intrapsichici che sono alla base del processo di emarginazione.

Il costruito mentale che si è inteso modificare era appunto la costruzione dello stereotipo che per sua natura si presenta rigido, difficilmente modificabile e basato su pochi elementi.

Per arrivare all'incontro faccia a faccia con gli utenti del centro diurno, era però necessaria una preparazione che si svolgesse su due fronti: quello dell'istruzione (dare informazioni) e quello della crescita empatica (modificare gli aspetti emotivi). L'ipotesi di fondo era che un avvicinamento alla malattia mentale con un atteggiamento di curiosità, sostenuto da un operatore che mettesse in luce la complessità e la drammaticità dei vissuti che caratterizzano la malattia mentale, esplicitando e ridimensionando gli atteggiamenti di paura e rifiuto, avrebbe potuto contribuire alla modifica dello stereotipo. Tutto ciò nel senso di un allargamento-arricchimento degli attributi e di una maggiore elasticità-indeterminatezza, attraverso una modificazione cognitiva e degli aspetti emotivi.

Rivolta a quest'ultimo aspetto è stata la visione dei films (cineforum con discussione) — che sono stati utilizzati anche in interventi a favore della modifica dei rapporti interetnici — che costituiscono tuttora una delle attività formative più collaudate all'interno della scuola.¹⁷ Si è voluto porre proprio questa attività come tappa intermedia — anticamera emotiva e preparatoria alla presa di contatto con le persone reali — fornendo utili spunti e possibilità di modifica, in base all'esperienza personale diretta, di una realtà che nel film rimane sempre e comunque mediata, cioè raccontata da «altri», quando non palesemente romanziata.

Le pellicole sono state scelte in base a un criterio fondato sulla concezione profana della malattia mentale che tende ad far confluire nella visione del matto tipologie assai diverse di patologie psichiatriche.

Certamente non si può dire che si sia data un'informazione asettica, anzi al contrario si è inteso far leva sull'emotività dei giovani mettendo in luce l'aspetto di sofferenza «umana» insito nella patologia mentale (*Shine*), l'assurdità di un'emarginazione che si basa su criteri falsamente oggettivi (la logica della contenzione — *Qualcuno volò*) e la possibilità concreta per persone «di buona volontà» di poter interagire con il malato psichico (*Senza pelle — Birdy*).

È evidente che una comunità così formata può risultare aperta e disponibile, ma debba comunque avere un minimo di competenza.¹⁸ Questo aspetto dell'informazione è stato fornito, data anche la scarsità del tempo a disposizione, attraverso un incontro dedica-

¹⁵ A.J.M. Dijker, *Emotional reactions to Ethnic Minorities*, «European Journal of Social Psychology», 1987, vol. 47, pp. 105-117.

¹⁶ Sugli studi relativi alle ipotesi del contatto vedi la disamina fatta da Nicoli e Zani: *Mal di psiche — la percezione sociale del disagio mentale*, Roma, Carocci, 1998, pp. 31-90.

¹⁷ L. Lumbelli, *La comunicazione filmica — ricerche psicopedagogiche*, Firenze, La Nuova Italia, 1975.

¹⁸ M.A. Nicoli e B. Zani, *Mal di psiche — la percezione sociale del disagio mentale*, Roma, Carocci, 1998.

to all'esame di due aspetti (allucinazione e delirio) della patologia psichiatrica più frequentemente riscontrabile presso gli utenti del Centro diurno: la schizofrenia.

Come ultimo aspetto relativo alla informazione si è ritenuto utile mettere al corrente i giovani su «come si fosse arrivati fin lì», ad avere cioè malati psichici come utenti di una struttura scolastica. A questo proposito si sono date informazioni sulla più recente storia della psichiatria soprattutto con riferimento alla riforma psichiatrica.¹⁹

Il tema a carattere fantastico sulla malattia mentale mirava a suscitare gli aspetti fantasmatici dell'incontro con il folle e a valutare gli atteggiamenti in merito alle emozioni, atteggiamenti cognitivi e tendenza all'azione. A integrazione di questo strumento per sua natura così poco strutturato — utilizzato perché inserito nella quotidianità della vita scolastica e quindi accettato dai ragazzi — è stata affiancata la somministrazione di una *Adjective check list* avente come stimolo il malato mentale. L'*Adjective check list* (ACL) è un test di personalità di autoconcettualizzazione, messo a punto da H.G. Gough, A.B. Heilbrun e da M. Fioravanti e pubblicato nella versione originale nel 1965. L'ACL è composto da 300 aggettivi di uso comune che fanno riferimento a diverse caratteristiche personologiche e che vanno a formare 37 scale. Non è costituito da frasi o domande, ma da una serie di aggettivi riferiti alla personalità che il soggetto può liberamente contrassegnare; non esiste, quindi, l'obbligo di rispondere a tutti gli item del test. L'inventario suscita un grande favore in chi lo deve compilare (sia esso osservatore o un soggetto che si autodescrive): il semplice elenco di una serie di aggettivi molto vicini al linguaggio quotidiano e la possibilità di contrassegnare solo gli aggettivi

ritenuti pertinenti al proprio caso, rendono la compilazione del test gradevole e non faticosa. Utilizzando i punteggi ottenuti dal soggetto alle varie scale si ottiene un profilo che, come indicato dalle istruzioni date per la compilazione, indicherà qual è l'immagine che il soggetto ha del malato mentale, come richiesto in questo caso. L'interpretazione del profilo avviene grazie all'utilizzo di apposite tabelle normative allegate al manuale del test (Firenze, O.S., 1981).

Materiali e metodi

Il campione studiato era composto di 31 studenti — 13 maschi e 18 femmine — appartenenti a due distinte classi liceali, con un'età media di 18 anni.

Il gruppo ha svolto il tema e il test ACL prima (T0) e dopo il percorso formativo (T1).

Le istruzioni fornite agli studenti per la compilazione del protocollo ACL sono state le seguenti. «Indica l'aggettivo o la proposizione descrittiva, tra quelle presenti nella lista, giudicata vera nei confronti del malato mentale. Non ti preoccupare delle contraddizioni e delle ripetizioni, ma proponiti di essere franco e scegli quegli aggettivi che descrivono come, secondo te, è il malato mentale».

Del test ACL sono state valutate le seguenti scale: No.Ckd (numero totale degli aggettivi contrassegnati); Fav (numero degli aggettivi favorevoli contrassegnati); Unfav (numero degli aggettivi sfavorevoli contrassegnati); Com (risposte comuni); Ach (bisogno di successo); Dom (bisogno di dominio); End (bisogno di perseverare nello sforzo); Ord (bisogno di ordine); Int (bisogno di comprendere gli altri); Nur (bisogno di proteggere e aiutare gli altri); Aff (bisogno di associarsi

¹⁹ M.A. Nicoli e B. Zani, op. cit.

agli altri); Het (bisogno di essere in relazione con persone dell'altro sesso); Exh (bisogno di esibizione); Aut (bisogno di autonomia); Agg (bisogno di aggressione); Cha (bisogno di cambiamento); Suc (bisogno di ricevere soccorso o aiuto); Aba (bisogno di umiliarsi); Def (bisogno di mostrarsi deferente); Crs (disposizione a migliorarsi psicologicamente); Scn (autocontrollo); Scfd (fiducia in se stesso); Pad (adattamento personale); Iss (alta stima di sé); Mls (potenziale per il comando).

I ragazzi hanno poi svolto un tema, a carattere fantastico, dal titolo: «Nel XV secolo, sui fiumi della Renania e i canali fiamminghi, navigava la Nave dei folli. Su questa imbarcazione venivano fatti salire i folli sorpresi in stato di vagabondaggio. Non si sa bene dove approdasse questa nave: se in un luogo di riunione di tutti i folli o se vagasse di porto in porto. Ti hanno imbarcato per sbaglio sulla nave dei pazzi. Chi incontri? Come ti comporti? Che pensi?».

Anche questo tema è stato ripetuto al termine della ricerca (T1).

I temi svolti dagli studenti sono stati sottoposti ad analisi del contenuto.

Questo ci ha permesso di evidenziare il loro atteggiamento nei confronti della malattia mentale, prima e dopo il percorso formativo.

Come unità di analisi è stata scelta la frase in quanto elemento di flessibilità e compiutezza in termini di contenuto ed elemento di facile individuazione nell'ambito di un componimento.

Ciascuna frase è stata classificata sulla base di diverse categorie — definite tenendo conto delle componenti dell'atteggiamento — riguardanti le seguenti aree: cognitiva, emotiva e comportamentale.

La componente cognitiva di un atteggiamento consiste nelle convinzioni dell'individuo nei confronti dell'oggetto. Le conoscenze più critiche, incorporate nel sistema degli

atteggiamenti, sono le convinzioni a carattere valutativo che implicano l'attribuzione all'oggetto di qualità quali: favorevole o sfavorevole, desiderabile o indesiderabile, buono o cattivo.

Sono state così definite 14 categorie nell'area cognitiva, 6 nell'area emotiva e 6 nell'area comportamentale (vedi Schema di analisi delle categorie). Le attività cognitive sono: comprensione (COGN1), analisi razionale (COGN2), valutazione senza pregiudizio della malattia mentale (COGN3), valutazione positiva dell'esperienza (COGN4), valutazione del malato — che include le categorie: folle desiderabile innocuo (COGN5), folle accettabile innocuo (COGN6), folle accettabile originale (COGN7), folle accettabile trattabile (COGN8), folle non accettabile passivo (COGN9), folle non accettabile attivo bizzarro (COGN10), folle non accettabile attivo pericoloso (COGN11) —, curiosità (COGN12), inversione di ruolo (COGN13), incomunicabilità (COGN14).

La componente emotiva di un atteggiamento si riferisce alle emozioni connesse con l'oggetto. L'oggetto è sentito come gradevole o sgradevole: piace o non piace. È questa carica emotiva che dà agli atteggiamenti un carattere insistente, stimolante e motivato.

Sono state così definite 6 categorie comprese nell'area emotiva: benessere (EMOZ1), insicurezza (EMOZ2), paura di non potersi allontanare (EMOZ3), paura di diventare folle (EMOZ4), angoscia (EMOZ5), impotenza (EMOZ6).

L'area comportamentale comprende le componenti dell'atteggiamento legate alla tendenza ad agire. Se un individuo ha un atteggiamento positivo verso un determinato oggetto, sarà disposto ad aiutare, a compensare o a sostenere quell'oggetto. Se invece ha un atteggiamento negativo, sarà orientato a danneggiare, punire o a distruggere l'oggetto.

SCHEMA DI ANALISI DELLE CATEGORIE

Attività cognitiva

Comprensione: atteggiamento volto alla comprensione empatica della persona («capisco che non sono cattivi», «capisco che non sono pericolosi»).

Analisi razionale: tentativo di analisi razionale della situazione («devo capire dove sono e come sono arrivato», «guardandomi intorno capii...»).

Valutazione senza pregiudizio della malattia mentale: valutazione fiduciosa e aperta all'esperienza, priva di affermazioni stereotipate («in fondo non erano male come credevo», «quelle persone sono innocue»).

Valutazione positiva dell'esperienza: si trova alla fine del tema, quando il soggetto trae le conclusioni positive dell'esperienza («alla fine mi sentivo a mio agio», «mi resi conto di aver fatto una bella esperienza su quella nave»).

Valutazione del malato:

FD – folle desiderabile, avvicinabile, innocuo («era molto bello», «stavo bene con lui»).

FAI – folle accettabile, avvicinabile, innocuo («mi misi a parlare con lui», «diventai suo amico»).

FAO – folle accettabile, tollerabile, originale («era strano ma innocuo», «aveva modi originali»).

FAT – folle trattabile («mi parlò in modo diretto», «non sembrava pericoloso»).

FNP – folle non accettabile, da evitare, passivo («parla da solo», «adotta comportamenti artistici»).

FNAN – folle non accettabile, da evitare, attivo e bizzarro («si veste in modo strano», «adotta comportamenti incomprensibili»).

FNAP – folle non accettabile, da evitare, attivo e pericoloso («mi sembrava pericoloso», «mi faceva paura»).

Curiosità: desiderio di esplorare, entrare in contatto e conoscere («la prima cosa sarebbe studiare il loro comportamento e confrontarlo con il mio», «una nave che mi attirò particolarmente»).

Inversione di ruolo: tentativo di comprensione che il ragazzo sviluppa immaginando una inversione di ruoli («in un mondo di folli io sono il patologico», «in quella nave avevo la sensazione di essere il matto»).

Incomunicabilità: percezione di una grave difficoltà di comunicazione («anche se questo non

mi capiva per paura strillava», «cerco di chiedere ma non ottengo risposta»).

Emozioni

Benessere: sentimento correlato allo stare bene («sto bene», «sono contento»).

Insicurezza: sentimento correlato a una ridotta sicurezza o padronanza di sé («mi troverei a disagio», «sentii una strana atmosfera»).

Paura di non potersi allontanare: intenso turbamento misto a preoccupazione e inquietudine, dovuto a fattori esterni ambientali di condizionamento della libertà di spostamento («temevo di non poter più scendere dalla nave», «mi dissero che questa era la nave dei folli»).

Paura di diventare folle: sentimento di intensa preoccupazione e ansia connesso al timore di diventare folle («cominciavo ad assumere comportamenti strani», «per paura di diventare pazzo anche io»).

Angoscia: senso oppressivo di malessere, di agitazione e di ansietà («in preda al panico», «domandai piuttosto spaventata»).

Impotenza: sentimento connesso a una forte sensazione di incapacità di poter fare qualcosa («non c'era più niente da fare», «mi sentivo impotente»).

Comportamenti

Condivisione: partecipare, insieme al folle, a idee, sentimenti ed emozioni («mi inserii nel gruppo», «inizierai a parlare e a scherzare con lui»).

Interazione: comportamenti interattivi («facemmo subito amicizia», «gli tolgo il libro»).

Avvicinamento: condotte di avvicinamento («mi avvicino e gli chiedo», «mi avvicinai»).

Esplorazione: desiderio di capire dove si trovano e comportamento conseguente («vado in giro per la nave», «mi sveglio e mi guardo intorno»).

Ricerca di aiuto dal normale: comportamento volto a cercare aiuto dalle persone normali («cercherei di parlare con i medici dell'errore», «dopo aver esposto il mio problema»).

Isolamento: condizione di esclusione da rapporti o contatti con l'ambiente circostante dovuta a ragioni di insicurezza o di incompatibilità («rimango in disparte», «mi isolerei e comincerei a pregare»).

Sono state così definite 6 categorie comprese nell'area comportamentale: condivisione (COMP1), interazione (COMP2), avvicinamento (COMP3), esplorazione (COMP4), ricerca di aiuto (COMP5), isolamento (COMP6).

I dati rilevati dai temi svolti all'inizio della ricerca (T0) sono stati sottoposti ad analisi statistiche e confrontati con quelli svolti al termine del percorso informativo (T1).

Per le procedure di analisi dei risultati è stato utilizzato il software S.P.S.S.

Risultati ottenuti prima dell'intervento formativo

In base ai risultati ottenuti al test ACL il nostro gruppo di 31 studenti, prima di iniziare il percorso informativo, descrive il malato di mente utilizzando un numero molto alto di aggettivi sfavorevoli (UNFAV=75) e un numero basso di aggettivi comuni (COM= 27).

Il paziente viene visto come un soggetto caratterizzato da un basso bisogno di successo sociale (ACH=34) e da una scarsa necessità di imporsi nelle situazioni di gruppo (DOM=36), incapace di pianificare le proprie attività (ORD=27) e di perseverare nei comportamenti intrapresi (END=26).

Sul piano dei rapporti interpersonali è descritto come un individuo scarsamente motivato a interessarsi (INT=33), ad aiutare gli altri (NUR=34) e a legarsi affettivamente ad altre persone (AFF=29 e HET=35).

Gli studenti, prima del corso, rappresentano il folle come una persona eccessivamente svincolata dai legami di interdipendenza (AUT=64), potenzialmente aggressiva (AGG=63), poco conciliante (DEF=40), dotata di scarso autocontrollo (SCN=37) e con ridotte capacità di adattamento (PAD=28).

Il vissuto soggettivo del paziente psichiatrico è immaginato come caratterizzato da una bassa autostima (ISS=35) e fiducia in

se stesso (SCFD=34), da un elevato bisogno di ricevere soccorso (SUC=68) e di un'ampia disposizione a migliorarsi (CRS=65).

I temi svolti dagli studenti, prima di intraprendere il percorso informativo, sono stati sottoposti ad analisi del contenuto (tabella 1).

Si evidenzia come i giovani descrivano, nei resoconti prima del corso, il loro atteggiamento nei confronti del malato mentale come razionale (COGN2=96%), privo di pregiudizio (COGN3=90%) e disponibile alla comprensione (COGN1=77%).

La diversità del folle sembrerebbe stimolare atteggiamenti di curiosità (COGN12=87%), ma il vissuto di incomunicabilità è elevato (COGN14=45%). L'immagine del folle che prevale è quella di una persona imprevedibile (COGN9=45%), a volte bizzarra e fastidiosa (COGN10=38%), a volte originale (COGN7=38%). Solo il 29% dei ragazzi lo giudica innocuo (COGN6=29%) e il 19% simpatico e attraente (COGN5=12%).

Sul piano emotivo, l'esperienza non è vissuta in modo piacevole; nella metà circa degli studenti si evidenziano sensazioni di insicurezza (EMOZ2=51%) e angoscia (EMOZ5=51%). Il 58% di loro esperisce la paura di non potersi allontanare quando lo desiderano (EMOZ3=58%). Molto avvertita dai ragazzi è anche la sensazione di impotenza (EMOZ6=48%).

Dal punto di vista comportamentale c'è, tuttavia, in più del 50% dei resoconti una tendenza ad agire caratterizzata dall'avvicinamento (COMP3=58%), dall'interazione (COMP2=64%) e dalla condivisione (COMP1=54%). Più del 45% dei ragazzi manifesta la tendenza a esplorare COMP4=45%).

Risultati ottenuti dopo l'intervento formativo

L'ACL, somministrato al campione di 31 studenti dopo che hanno completato il

TABELLA 1

Temi: Gruppo sperimentale prima e dopo il corso (* $p < .05$; ** $p < .01$)

	PRIMA %	DOPO %	Mc NEMAR TEST
COGN2 – <i>Analisi razionale</i>	96,8	96,8	.000
COGN3 – <i>Valutazione senza pregiudizio della m. mentale</i>	90,3	90,3	.000
COGN12 – <i>Curiosità</i>	87,1	80,6	.138
COGN1 – <i>Comprensione</i>	77,4	71,0	.195
COMP2 – <i>Interazione</i>	64,5	83,9	.000
EMOZ3 – <i>Paura di non potersi allontanare</i>	58,1	45,2	6.078*
COMP3 – <i>Avvicinamento</i>	58,1	61,3	1.202
COMP1 – <i>Condivisione</i>	54,8	61,3	.000
EMOZ2 – <i>Insicurezza</i>	51,6	67,7	1.631
COMP6 – <i>Isolamento</i>	51,6	38,7	.051
EMOZ5 – <i>Angoscia</i>	51,6	45,2	5.591*
EMOZ6 – <i>Impotenza</i>	48,4	29,0	.822
COMP4 – <i>Esplorazione</i>	45,2	41,9	3.697*
COGN9 – <i>Folle come persona non accettabile, passiva e imprevedibile</i>	45,2	25,8	5.670*
COGN14 – <i>Incomunicabilità</i>	45,2	35,5	1.335
COMP5 – <i>Ricerca di aiuto dal normale</i>	41,9	54,8	3.007
COGN4 – <i>Valutazione positiva dell'esperienza</i>	38,7	41,9	.122
COGN7 – <i>Folle come persona accettabile perché originale</i>	38,7	45,2	.003
COGN10 – <i>Folle come persona non accettabile perché bizzarra e fastidiosa</i>	38,7	6,5	.000
COGN13 – <i>Inversione di ruolo</i>	35,5	22,6	3.276
EMOZ1 – <i>Benessere</i>	32,3	41,9	.056
COGN6 – <i>Folle come persona accettabile perché innocua</i>	29,0	19,4	.058
COGN11 – <i>Folle come persona non accettabile perché fisicamente pericolosa</i>	19,4	22,6	.024
EMOZ4 – <i>Paura di diventare folle</i>	19,4	12,9	5.477*
COGN5 – <i>Folle come persona simpatica e attraente</i>	12,9	3,2	.000
COGN8 – <i>Folle come persona accettabile perché trattabile</i>	9,7	6,5	.000

percorso informativo, evidenza, in base alle differenze risultate statisticamente significative (vedi figura 1), un maggior interesse da parte degli adolescenti nei riguardi della malattia mentale, testimoniato dall'aumento del numero degli aggettivi contrassegnati (NCKD=48) e dal numero delle risposte comuni (COM=34).

Migliora l'atteggiamento nei riguardi del malato mentale: si osserva infatti una

riduzione degli aggettivi sfavorevoli (UNFAV=66).

Il profilo estrapolato è quello di un soggetto che rimane scarsamente interessato al raggiungimento di mete socialmente significative. Restano bassi, infatti, i valori riscontrati sulle scale del bisogno di successo (ACH=36), del bisogno di dominio (DOM=33), del bisogno di perseverare nello sforzo (END=30) e del bisogno di ordine (ORD=29).

	PRIMA DEL CORSO		DOPO IL CORSO		PAIRED SAMPLE T TEST
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.	
NCKD	47.22	8.5	48.67	11.9	-.77
FAV	29.54	12.0	34.12	10.7	-1.83
UNFAV	75.25	14.4	66.70	10.4	3.32**
COM	27.90	12.5	34.64	13.0	-2.93**
ACH	34.29	11.1	36.41	8.9	-1.00
DOM	36.09	12.0	33.64	10.6	1.15
END	26.70	10.5	30.45	8.1	-1.87
ORD	27.77	9.8	29.90	7.7	-1.08
INT	33.70	9.2	39.16	7.9	-3.38**
NUR	34.70	9.3	42.25	9.6	-3.19**
AFF	29.87	12.4	35.16	11.1	-1.93
HET	35.22	9.4	39.67	10.3	-2.20*
EXH	50.90	10.1	49.90	10.5	.45
AUT	64.87	11.0	57.03	9.6	3.40**
AGG	63.93	11.0	52.45	9.5	5.49**
CHA	56.25	7.8	57.12	8.6	-.38
SUC	68.48	13.0	66.22	13.9	.83
ABA	54.90	12.3	60.45	12.3	-2.81**
DEF	40.16	9.1	47.83	8.5	-4.02**
CRS	65.67	10.9	63.51	10.4	.96
SCN	37.61	9.0	41.12	7.8	-2.00
SCFD	34.22	10.4	34.67	9.8	-.23
PAD	28.32	10.0	31.61	9.6	-1.61
ISS	35.90	9.6	38.48	8.7	-1.21
MLS	34.29	12.4	37.19	9.0	-1.23

* p < .05; ** p < .01

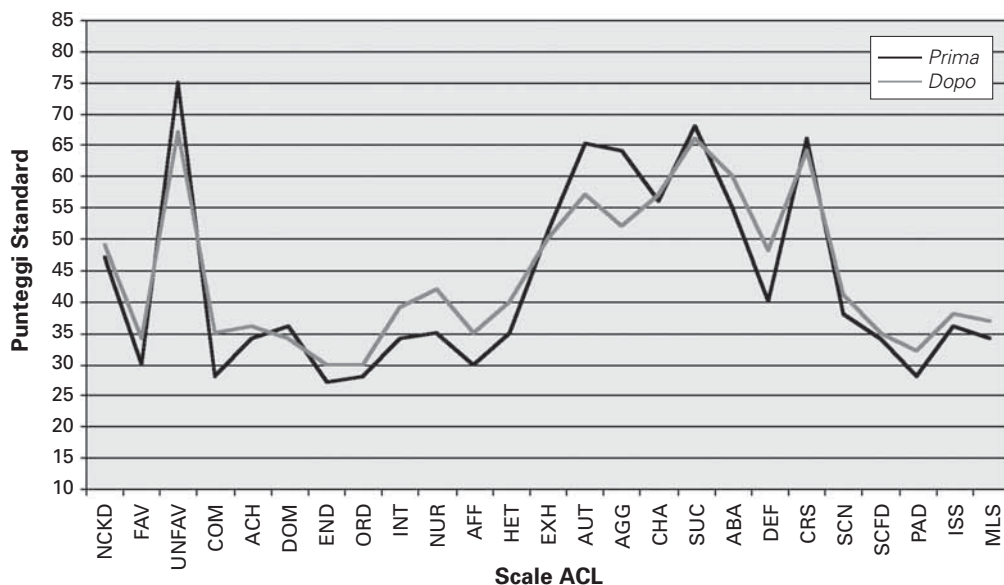


Fig. 1 Andamento delle variabili ACL negli studenti del gruppo sperimentale.

Migliora la descrizione del paziente psichiatrico nell'ambito dei rapporti interpersonali. Aumentano significativamente, infatti, tutte le scale correlate ai bisogni di comprensione (INT=39), protezione e aiuto (NUR=42) e quelle relative alla ricerca e al mantenimento di relazioni affettive (AFF=35), in particolare con persone dell'altro sesso (HET=39).

Nell'ambito delle capacità di gestione dei propri impulsi, emerge l'immagine di un soggetto meno aggressivo (AGG=52), più disponibile (AUT=57), dotato di un maggiore adattamento all'ambiente esterno (DEF=47) e più disposto ad assumere posizioni concilianti (ABA=60).

Dai risultati statisticamente significativi ottenuti dall'elaborazione dei temi svolti al termine del percorso formativo (tabella 1) si evidenzia una valutazione più positiva dell'esperienza con il malato mentale che interessa il 41% dei soggetti del campione (COGN4=41%).

Sembra ridursi il vissuto di incomunicabilità (COGN14=35%) ed emerge un profilo del folle come persona originale e accettabile (COGN7=45%).

Si attenua l'immagine del malato mentale come persona non accettabile, passiva e imprevedibile (COGN9=25%). Solo il 6% del campione di adolescenti descrive il matto come una persona bizzarra e fastidiosa (COGN10=6%).

Sul piano emotivo il campione di adolescenti sembra avvertire, in modo più attenuato, la paura di diventare folle; il 12% dei ragazzi esperisce questo sentimento (EMOZ4=12%).

Si riduce la sensazione di angoscia (EMOZ5=45%) e i ragazzi manifestano una

minore paura di non potersi allontanare quando lo desiderano (EMOZ3=45%).

Anche i sentimenti di impotenza avvertiti dal campione di adolescenti nel rapporto con il malato mentale sono attenuati: soltanto il 29% degli adolescenti li descrive (EMOZ6=29%).

Aumenta la sensazione di benessere che i soggetti del campione provano nel rapporto con il folle: più del 41% di loro manifesta questo sentimento (EMOZ1=41%).

Dal punto di vista comportamentale, il nostro campione di 31 studenti, dopo aver completato il corso informativo pare manifestare una maggiore tendenza all'avvicinamento (COMP3=61%), all'interazione (COMP2=83%) e una maggiore tendenza a condividere l'esperienza con il malato di mente (COMP1=61%).

Al termine del corso formativo, solo il 38% dei ragazzi mostra una tendenza all'isolamento (COMP6=38%). Il campione di adolescenti manifesta anche una minore tendenza all'esplorazione (COMP4=41%).

Conclusioni

La letteratura presenta l'età come uno dei fattori significativamente correlati all'atteggiamento verso il paziente psichiatrico: al crescere dell'età aumentano gli atteggiamenti negativi. Tale correlazione non è stata riscontrata riguardo il sesso, mentre è stato documentato un rapporto con il grado di istruzione: gli adolescenti più istruiti hanno mostrato una maggiore apertura nei confronti del malato mentale.²⁰

La minore incidenza di un atteggiamento autoritario tra la popolazione giovanile, ri-

²⁰ A. W. Clark e N. M. Binks, *Relation of age and education to attitudes toward mental illness*, «Psychological reports», vol. 19, 1966, pp. 649-650.

spetto alle altre fasce di età, è anch'esso un indice di minor rifiuto e di maggiore apertura verso il malato mentale.²¹

Riguardo le conoscenze della malattia mentale da parte degli adolescenti, emerge la rappresentazione del malato psichico come un soggetto che ha visioni e allucinazioni, dal comportamento bizzarro e che perde facilmente il controllo di se stesso, talvolta in modo materialmente pericoloso per gli altri.²²

Il nostro studio, ci ha permesso di delineare — grazie all'utilizzo dell'ACL — un profilo del folle come immaginato o conosciuto dai ragazzi prima del percorso formativo.

Attraverso gli aggettivi utilizzati dai ragazzi del campione si fa strada l'immagine di un individuo che ha poca stima di sé e che nutre scarsa fiducia nelle sue capacità. Nell'ambito dei rapporti interpersonali il folle viene descritto dagli adolescenti come un individuo che si mostra poco interessato a investire affettivamente in rapporti di amicizia o di carattere sentimentale.

Il malato mentale appare come un soggetto che, mostrandosi poco conciliante verso gli altri e disponendo di ridotte capacità di adattamento e di scarso autocontrollo, viene percepito dai ragazzi come potenzialmente aggressivo.

Sul piano sociale emerge il profilo di una persona che mostra uno scarso interesse nelle attività sociali: sembra poco incline a svolgere un'attività lavorativa in modo continuativo e a impegnarsi per il raggiungimento di obiettivi socialmente accettati.

Attraverso l'analisi del contenuto, si è cercato di valutare più direttamente l'atteg-

giamento del campione di adolescenti verso il malato mentale.

Nel valutare la malattia mentale, dal punto di vista cognitivo, i ragazzi mostrano un atteggiamento di grande razionalità, scarsamente pregiudizievole e incline alla comprensione.

Sembrano mostrare una grande curiosità verso il folle che comunque percepiscono, prima della formazione, come una persona non accettabile — in quanto soprattutto bizzarra e fastidiosa, a volte passiva e imprevedibile — con cui sembra difficile stabilire una comunicazione.

Emotivamente, nel rapporto con il malato mentale prima del corso, prevalgono sentimenti di insicurezza, angoscia e impotenza così come appare evidente la sensazione di paura, nutrita dai ragazzi, di non potersi allontanare dal folle.

Nonostante i sentimenti esperiti dagli adolescenti nel rapporto con il malato mentale, sembrerebbero emergere tuttavia dei comportamenti — da parte degli studenti del campione — volti a un avvicinamento e a una interazione con il folle, al fine di poter condividere l'esperienza di incontro.

Dopo l'attività formativa, gli adolescenti forniscono un'immagine del malato di mente che presenta significative differenze rispetto alla precedente.

Dalla ACL emerge il quadro di un individuo che mostra maggiore fiducia nei rapporti interpersonali e una maggiore disponibilità a iniziare e mantenere relazioni con gli altri.

Nel complesso, il folle viene dipinto come una persona caratterizzata da minore aggres-

²¹ J. Cohen e E.L. Struening, *Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospital*, «Journal of Abnormal Psychology», vol. 64, 1962, pp. 349-360.

²² J.D. Coie, P.R. Costanz e G. Cox, *Behavioural determinants of mental illness concerns: a comparison of gatekeeper professions*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», vol. 43, pp. 626-636, 1975. B.P. Dohrenwend e C. Star, *Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance*, «American Sociological Review», vol. 32, 1967, pp. 417-433.

sività, più partecipativa e capace di adattarsi maggiormente ai cambiamenti dell'ambiente esterno, mantenendo una maggiore attenzione alle esigenze dell'altro.

Dal punto di vista sociale non si modifica significativamente l'immagine del folle che rimane piuttosto disinteressato ad affermarsi e a impegnarsi per la conquista di obiettivi socialmente accettati in ambito economico e lavorativo.

L'analisi del contenuto, effettuata sui temi, ci ha permesso di registrare le modificazioni, relativamente alle idee, emozioni e comportamenti dei giovani nel rapporto con il folle.

I ragazzi sembrerebbero valutare positivamente l'esperienza con il malato mentale, mantenendo un atteggiamento caratterizzato da un approccio razionale, comprensivo e privo di pregiudizi.

Il folle viene percepito diversamente dal nostro campione: piuttosto che come una persona inaccettabile e imprevedibile viene descritto come una persona accettabile in quanto originale.

Semberebbero aumentare anche le possibilità, percepite dai ragazzi, di poter comunicare con il malato di mente.

L'esperienza con il matto, durante il percorso formativo, sembrerebbe generare nei ragazzi sentimenti di minore angoscia e impotenza e un maggior benessere che si accompagna a una ridotta paura di non potersi allontanare dal malato di mente.

L'attività formativa sembrerebbe aver rafforzato nei ragazzi la tendenza all'interazione e alla condivisione con il folle, favorendo anche una riduzione dei comportamenti volti all'isolamento.

Le indicazioni che provengono da questa esperienza sono numerose e incoraggianti, anche se l'esiguo numero di partecipanti

all'esperienza non permette di fare generalizzazioni.

Il clima di diffidenza che si respirava al momento in cui è iniziato il lavoro del laboratorio all'interno della scuola rischiava di far saltare il progetto, che vedeva nella mission del centro diurno — il suo porsi tra l'ambiente familiare dell'utente e la sua storia più o meno recente di ricoveri in reparti psichiatrici, e l'ambiente sociale — un'anticamera protetta ma aperta al reinserimento nella società.

Attraverso il progetto riabilitativo non si perseguono fini aventi unicamente carattere terapeutico e di risocializzazione, ma ci si propone anche di conseguire una meta culturale. Si cerca di creare una nuova cultura dell'accettazione e del riconoscimento, attraverso una azione sul tessuto sociale che contrasti sia l'atteggiamento pietistico e deresponsabilizzante che quello palesemente emarginante.

Per creare una comunità accogliente si deve agire almeno su due fronti. La scuola ci è parsa in questo caso come luogo di formazione adatto al costituirsi di questa nuova mentalità.

Siamo partiti dal presupposto che le persone non hanno cognizioni fondate su cosa sia la malattia mentale — nel senso che hanno poche informazioni corrette su questo tipo di patologia psichica — e non si sono mai avvicinati con un reale interesse al vissuto emotivo di queste persone. Questo è quanto accade nella realtà, perché nella visione cinematografica accade il contrario. Il folle tenero, perché bizzarro e divertente, perché indifeso, perché originalissimo, al punto da sedurre, è fra le figure più amate e più narrate.

Ci siamo chiesti anche noi:²³ come sono visti i malati di mente? Ci sono immagini

²³ M.A. Nicoli e B. Zani, op. cit.

nuove del folle o è visto ancora come pericoloso e imprevedibile? Se una persona incontra un paziente psichiatrico, quali sono le sue reazioni a livello cognitivo ed emotivo? Cambia strada o si incontra con lui? Domandavano gli studenti: «E se mi chiede insistentemente una sigaretta e io non ce l'ho che devo fare? Come rispondo?». La domanda finale e fondamentale rimane: come si può intervenire per incidere sul processo di integrazione?

La situazione suggerita nella traccia del tema era piuttosto simile a quella reale: un insieme di situazioni ambigue e di costrizione dove la nave è la società, è la scuola in cui i giovani vivono e sono in qualche modo costretti a stare. Anche la situazione di trovarsi i «matti» in giro per i corridoi non l'avevano di certo scelta loro. Il giovane è attratto dal folle per definirsi sia pure per contrasto (io non sono come quello là) e perché la situazione adolescenziale con i suoi squilibri lo porta a farsi domande sulla sua adeguatezza e quindi anche relativamente alla sua salute mentale, soprattutto quando reagisce in modi che sfuggono al suo controllo.

Tutti i giovani a cui è stato richiesto hanno partecipato all'esperienza dell'incontro reale con i «matti» durante il laboratorio teatrale.

Anche se la voglia era quella di tuffarsi e tornare a casa, o di svegliarsi da un brutto sogno, alcuni hanno potuto escogitare un piano di fuga insieme ai nuovi amici «matti», ricordando con piacere l'esperienza vissuta e da questa hanno saputo trarre profitto («Sono come noi» anche per un impegno sociale «non vanno esclusi, vanno aiutati»).

Non c'è ora la possibilità di dilungarsi sui temi principali emersi dai componimenti dei giovani, ma ci riserviamo di farlo in altra sede.

La giovane età dei ragazzi del liceo ha permesso il cambiamento da una immagine del folle piuttosto stereotipata a una più personale, anche se forse più ambivalente. Questo dimostra come la scuola possa essere terreno fertile per il cambiamento dei pregiudizi e la crescita delle persone a favore dell'umano, che è sempre affascinante pur nella sua complessità e contraddittorietà.

Dice Santerini: «Se come Bauman mette in luce, la globalizzazione dietro l'annullamento tecnologico della distanza aumenta il divario tra la parte di umanità più fortunata e quella più periferica, l'educazione alla cittadinanza globale dovrà affrontare prioritariamente i problemi etici legati a una nuova lettura del mondo». Il senso di responsabilità verso l'intero pianeta dà origine a una «coscienza della mondialità» come «approfondimento delle connessioni che legano le parti al tutto: senso di responsabilità verso l'insieme dei fenomeni e non soltanto del proprio particolare». Un'educazione alla globalità che si pone quindi «sotto il segno della responsabilità: verso il prossimo, il lontano, l'ambiente, le generazioni successive [...]. Il cittadino globale diventerà spettatore passivo della sofferenza di milioni di persone? [...] L'educazione alla cittadinanza, può costituire un passaggio verso l'espressione del coinvolgimento, la condivisione della pietà e l'impegno personale»²⁴ anche verso questa categoria di deboli che più di altri corrono il rischio di essere dimenticati.

Bibliografia

- Allport G.W., *The Nature of Prejudice*, Addison-Wesley Cambridge, 1954.
 Battaglia J., Coverdale J.H., Bushong C.P., Craig P., *Evaluation of a Mental Illness Awareness*

²⁴ M. Santerini, *Educare alla cittadinanza – La pedagogia e le sfide della globalizzazione*, Roma, Carocci, 2002, pp. 208-209.

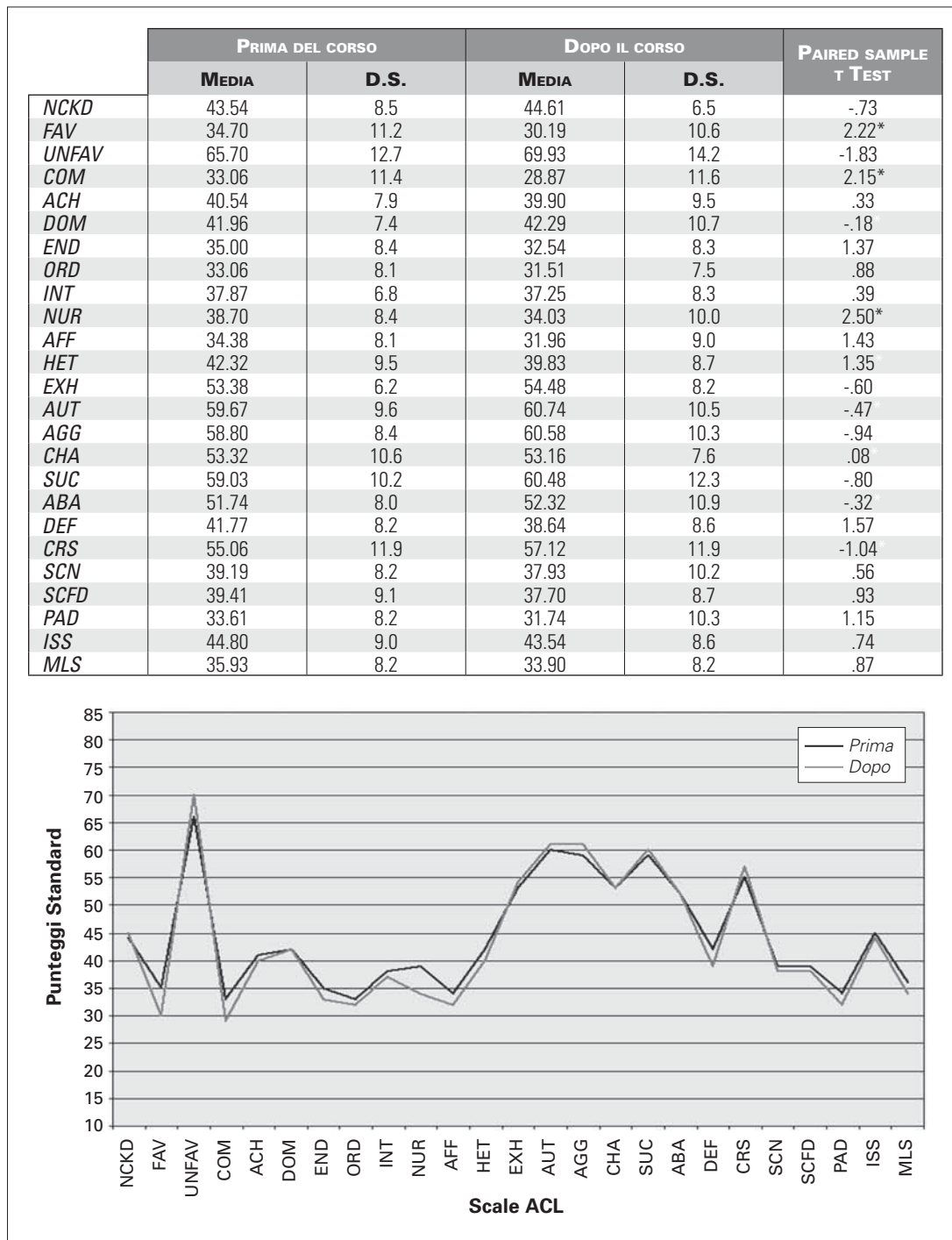


Fig. 2 Andamento delle variabili ACL negli studenti del gruppo controllo.

TABELLA 2

ACL: Gruppo sperimentale e di controllo prima e dopo il corso (* $p < .05$; ** $p < .01$)

	GRUPPO SPERIMENTALE PRIMA VALORI MEDI		GRUPPO DI CONTROLLO DOPO VALORI MEDI		MANOVA F
	CASI	CONTROLLO	CASI	CONTROLLO	
NCKD	47.22	48.67	43.54	44.61	.03
FAV	29.54	34.12	34.70	30.19	7.96 **
UNFAV	75.25	66.70	65.70	69.93	13.66 **
COM	27.90	34.64	33.06	28.87	13.13 **
ACH	34.29	36.41	40.54	39.90	.93
DOM	36.09	33.64	41.96	42.29	.99
END	26.70	30.45	35.00	32.54	5.32 *
ORD	27.77	29.90	33.06	31.51	1.94
INT	33.70	39.16	37.87	37.25	7.29 **
NUR	34.70	42.25	38.70	34.03	16.43 **
AFF	29.87	35.16	34.38	31.96	5.73 *
HET	35.22	39.67	42.32	39.83	6.44 *
EXH	50.90	49.90	53.38	54.48	.53
AUT	64.87	57.03	59.67	60.74	7.65**
AGG	63.93	52.45	58.80	60.58	22.08 **
CHA	56.25	57.12	53.32	53.16	.11
SUC	68.48	66.22	59.03	60.48	1.27
ABA	54.90	60.45	51.74	52.32	3.40
DEF	40.16	47.83	41.77	38.64	15.28 **
CRS	65.67	63.51	55.06	57.12	2.00
SCN	37.61	41.12	39.19	37.93	2.80
SCFD	34.22	34.67	39.41	37.70	.66
PAD	28.32	31.61	33.61	31.74	3.90
ISS	35.90	38.48	44.80	43.54	1.98
MLS	34.29	37.19	35.93	33.90	2.20

Week program in public schools, «American Journal of Psychiatry», n. 147/3, pp. 324-329, 1990.

Brockington I.F., Hall P., Levings J., *The community's tolerance of the mentally ill*, «British Journal of Psychiatry», n. 162, pp. 93-99, 1993.

Canevaro A., Goussot A., *La difficile storia degli handicappati*, Carocci, Roma, 2001.

Clark A.W., Binks N.M., *Relation of age and education to attitudes toward mental illness*, «Psychological reports», n. 19, pp. 649-650, 1966.

Cohen J., Struening E.L., *Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospital*, «Journal of Abnormal Psychology», n. 64, pp. 349-360, 1962.

Coie J.D., Costanzo P.R., Cox G., *Behavioural determinants of mental illness concerns: a comparison of gatekeeper professions*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», n. 43, pp. 626-636, 1975.

Costanzo R., voce *Marginalità sociale*, Enciclopedia delle scienze sociali, Istituto dell'enciclopedia Italiana, vol. V°, p. 508.

Craig T., Wolff G., Pathare S., *Public education for community care. A new approach*, «British Journal of Psychiatry», n. 168, pp. 441-447, 1996.

Craig T., Wolff G., Pathare S., *Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people*, «British Journal of Psychiatry», n. 168, pp. 191-198, 1996.

- Craig T., Wolff G., Pathare S., *Community attitudes to mental illness*, «British Journal of Psychiatry», n. 168, pp. 183-190, 1996.
- De Anna L. (a cura di), *Handicappati*, in *Enciclopedia Pedagogica* (a cura di M. Laeng), La Scuola, Brescia, 1989.
- De Rosa A.S., *Se per la strada incontri un matto... , Sviluppo dei sistemi di credenze e risposta sociale alla devianza e alla malattia mentale in bambini e adolescenti*, Melusina Editrice, Roma, 1995.
- Dichiarazione dell'ONU sui diritti dei portatori di handicap*, Annali P.I., n. 3-4/98.
- Dijker A.J.M., *Emotional reactions to Ethnic Minorities*, «European Journal of Social Psychology», n.47, pp. 105-117, 1987.
- Dionisi A., *Lesilio storico della follia*, in Dionisi A. (a cura di), *Riattivare e riabilitare*, volume a tiratura limitata ad uso di operatori del SSN, a cura del D.S.M., della ASL RMD, Roma, 1998.
- Dohrenwend B.P., Star C., *Social status and attitudes toward psychological disorder: the problem of tolerance of deviance*, «American Sociological Review», n. 32, pp. 417-433, 1967.
- Drolen C.S., *The effect of educational setting on student opinions of mental illness*, «Mental Health Journal», n. 29/3, pp. 223-234, 1993.
- Elzubeir A.M., Rizk E.E., *Identifying characteristics that students, interns and residents look for in their role models*, «Medical Education», n. 35, pp. 272-277, 2001.
- Fioravanti M., Gough G.H., Heilbrun Jr. A., *A.C.L. Adjective Check List*, Organizzazioni Speciali, Roma, 1981.
- Fioritti A., *Leggi e salute mentale: panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2002.
- Guichard J., Huteu M., *Psicologia dell'orientamento professionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003.
- Gutierrèz M. (a cura di), *Handicap: portatori di*, *Dizionario di Scienze dell'educazione*, Editrici: ElleDiCi, LAS, SEI, Torino, 1997.
- Freud S., *Il Perturbante*, in *Opere*, vol. IX, Borinighieri, Torino, 1977.
- Losito G., *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano, 1996.
- Lumbelli L., *La comunicazione filmica, ricerche psicopedagogiche*, La Nuova Italia, Firenze, 1974.
- Nicoli M.A., Zani B., *Mal di psiche, la percezione sociale del disagio mentale*, Carocci, Roma, 1998.
- Rositi F. e Livolsi M. (a cura di), *La ricerca sull'industria culturale: l'emittente, i messaggi, il pubblico*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988.
- Weber R.P., *Content analysis*, Sage, 1990.
- Santerini M., *Educare alla cittadinanza. La pedagogia e le sfide della globalizzazione*, Carocci, Roma, 2002.
- Shokoohi Yekta M., Retish P.M., *Attitudes of Chinese and American male students towards mental illness*, «International Journal of Social Psychiatry», n. 37/3, pp. 192-200, 1991.
- Tolomiczenko G.S., Goering P.N. e Durbin J.F., *Educating the public about mental illness and homelessness: a cautionary note*, «Canadian Journal of Psychiatry», n. 46/3, pp. 253-257, 2001.
- Trisciuzzi L., *Manuale di didattica per l'handicap*, Editori Laterza, Bari, 2000.
- Watson D., Clark L.A., *Measurement and mis-measurement of mood: recurrent and emergent issues*, «Journal of Personality Assessment», n. 68/2, pp. 267-296, 1997.
- Vico G., *Handicap, diversità, scuola*, Editrice La Scuola, Brescia, 1994.