

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA

Facoltà di Scienze dell'Educazione

Curriculum di Psicologia dell'Educazione

**LE STRATEGIE DI COPING NEI
BAMBINI ISTITUZIONALIZZATI**

**Tesi di ricerca semi-sperimentale nel Centro Protezione de
Menores di Quinta de Tilcoco (Rancagua, Cile)**

Tesi di Licenza della studentessa: Margarita Soledad ASSETTATI

Relatore: prof.ssa Anna Rita COLASANTI

Roma, 2005

Introduzione

Le malattie mentali sono frequenti ed universali. Nel 1990 in tutto il mondo, i disordini mentali e comportamentali rappresentavano l'11% di tutto il peso delle malattie. È previsto un aumento del 15-20% nel 2020. Ciononostante la malattia mentale e la salute mentale sono state trascurate dalla maggior parte dei governi e delle società. Dati recenti raccolti dall'OMS, illustrano il grande divario che intercorre fra le risorse disponibili nei vari paesi per la salute mentale e l'effettivo costo causato dai problemi di salute mentale (OMS, 2001).

In questi ultimi anni, ho avuto l'opportunità di trascorrere ripetutamente vari mesi presso l'Istituto di Quinta de Tilcoco in Cile; questo è un centro che si occupa di proteggere i minori a rischio sociale, deprivati e svantaggiati. Vivendo insieme a questi bambini, mi sono resa conto che essi rappresentano un campione significativo della popolazione cilena. Se si pensa che il futuro di un intero paese, che attualmente consta di una popolazione di circa quindici milioni di abitanti, è in mano a bambini, del quale quasi un terzo risponde ai criteri di istituzionalizzazione, non si può che dedurre che nel giro di un ventennio il Cile sarà un paese governato da persone che hanno vissuto una infanzia lontano da un contesto familiare stabile. Le conseguenze non saranno certo positive se non si interviene preventivamente sulla popolazione infantile.

La mia attenzione si è focalizzata sull'esperienza che vivevo ogni anno insieme ai bambini di Quinta, e mi sono resa conto di una realtà che avevo ignorato sino ad allora.

Il Cile ospita uno dei deserti più aridi del mondo: il deserto di Atacama.

Tuttavia, appena una pioggia, rara ed eccezionale, vi si riversa, in quella stessa terra brulla e selvaggia nascono dei fiori bellissimi, multicolore, che inebriano l'aria con un profumo intenso.

I bambini del *Centro Protección de Menores di Quinta de Tilcoco*, di cui tratterò nella mia tesi, sono come i fiori di Atacama: sono nati in un contesto di deprivazione, in assenza di sostegno materiale e morale, senza un futuro, senza speranza, senza conoscere affetto ed amore.

Ognuno di questi bambini ha un motore interno, che dà loro la forza di affrontare la vita di ogni giorno, ma anche di fronteggiare le situazioni difficili di cui sono vittime, dà loro la forza di sorridere al nuovo giorno ed alle nuove esperienze.

La letteratura che presenta la tematica del Coping è consistente e varia; questa è quasi completamente di provenienza americana ed è significativa a partire dagli anni ottanta; periodo in cui sono state numerose le ricerche a riguardo.

Con la mia tesi mi propongo di affrontare la tematica del Coping, con riferimento al contesto dei bambini istituzionalizzati. In particolare il mio studio ha come obiettivo, attraverso una ricerca sperimentale, quello di capire quali siano le strategie di “fronteggiamento” messe in atto dai bambini del Centro Protezione de Menores di Quinta de Tilcoco.

La tesi si svilupperà attraverso tre capitoli, il primo dei quali avrà un’impostazione di tipo compilativo, in quanto svolgerà la funzione di quadro di riferimento teorico. In particolare questo affronterà: una definizione del concetto di Coping; una breve rassegna storica delle ricerche effettuate sul Coping; i modelli interpretativi di riferimento; i tipi di strategie di Coping; il rapporto tra Coping, resilienza e salute.

Il secondo capitolo rappresenterà la parte centrale del mio elaborato, in quanto esporrà il lavoro di ricerca in tutte le sue fasi: finalità e obiettivi, contesto, metodologia, somministrazione di quattro questionari adattati alla popolazione e al contesto locale: il Children’s Loneliness Questionnaire, che permette di valutare il senso di solitudine nei bambini; il Children’s Perceived Self-Control Scale, che vuole misurare la percezione di autocontrollo dei bambini; il Self-Concept Scale for Children, che permette di misurare il concetto che i bambini hanno di se stessi; il Ways of Coping Questionnaire, che permette di individuare le strategie di Coping più utilizzate. Si seguirà con l’analisi e commento dei dati; e l’esposizione dei risultati e sintesi finale dei dati emersi.

Il terzo ed ultimo capitolo concluderà il mio lavoro, fornendo una serie di riflessioni personali. Utilizzando il concetto di benessere, proverò ad integrarlo nel contesto dei bambini istituzionalizzati, alla luce della ricerca effettuata, lasciando inoltre dei compiti aperti da effettuare in un futuro lavoro.

La bibliografia presentata permette di confrontare le fonti utilizzate nel corso del periodo impiegato per l'approfondimento e la stesura dell'elaborato; colgo l'occasione per evidenziare che alcuni testi presenti nella bibliografia finale, non vengono citati direttamente nella stesura dello scritto, in quanto sono stati rilevanti per l'approfondimento personale e consultati personalmente nel corso di questi mesi.

In appendice riportiamo gli strumenti di ricerca utilizzati, nelle versioni in Spagnolo (Cile), e in Italiano, per dare l'opportunità qualora si volesse di poter confrontare gli strumenti.

In sintesi, con questa ricerca, mi propongo di individuare le strategie di fronteggiamento messe in atto dai bambini del Centro di Quinta ed al contempo di inserire il concetto di Coping anche nella realtà dell'infanzia istituzionalizzata. Questo mio progetto è inoltre sotteso dalla speranza di poter contribuire, attraverso di esso, alla crescita del Centro, ai suoi piccoli ospiti, al Cile, in quanto mio paese di nascita e, infine, di portare a compimento la promessa fatta al fondatore dell'Istituto di Quinta Padre Alceste Pier Giovanni, guida e custode di tante vite.

Colgo l'occasione per ringraziare tutti coloro che mi sono stati vicini nel periodo di compilazione della tesi, tra questi in particolare la professoressa Colasanti che mi ha seguito con pazienza e competenza in ogni fase di elaborazione; le amiche e colleghe che mi hanno concretamente supportato nella esecuzione del lavoro; i professori che mi hanno incoraggiato nei momenti in cui ho dubitato; i colleghi ed amici che hanno sempre creduto all'importanza di questo progetto; a mio padre che mi ha stimolato a fare sempre del mio meglio; e a padre Alceste che, pur non essendo presente, è stato colui che sempre mi ha dato l'opportunità di credere in ciò che sono.

Roma, 1 febbraio 2005

Margarita Soledad Assettati

Capitolo primo

IL PROCESSO DI “COPING”: LINEAMENTI TEORICI

Le “Strategie di Coping” possono essere considerate come risorse interne proprie dell’essere umano. Se infatti ci si chiede se esistano processi e dinamiche che le persone mettono in atto nell’affrontare, in particolare gli eventi della vita percepiti come stressanti, non si può non rispondere che l’essere umano abbia varie capacità di attivare delle risorse interne, che gli permettano di superare i momenti di crisi e che lo aiutino anche a vivere la quotidianità.

L’introduzione del tema del Coping è piuttosto recente, in generale, ed in particolare in Italia. La letteratura al riguardo è prevalentemente americana e fa riferimento a ricerche effettuate a partire dagli anni ’80. Questo comporta che il dibattito su questo tema sia ancora ampiamente aperto e vivo.

Nel seguente capitolo presentiamo i lineamenti teorici del Coping, che permettono di avere una visione generale su questo concetto, e di inserirlo in un quadro teorico appropriato.

Il capitolo consta di sette paragrafi il cui tema centrale è il Coping, visto secondo alcuni modelli interpretativi, da noi ritenuti più appropriati in questo lavoro; secondo alcune tipologie di classificazione; secondo i rapporti con altri costrutti teorici, con i quali è strettamente connesso, quali la resilienza e la salute.

La conclusione del capitolo lascia delle domande aperte su questo argomento, proprio perché è nostra intenzione trasmettere non una definizione statica e onnicomprensiva, ma l’idea che il Coping è un concetto dinamico ancora in evoluzione.

1. Definizione del concetto di Coping

Si è accumulata una vasta letteratura nell’ultimo ventennio sull’argomento del Coping. Tuttavia non esiste ancora una definizione specifica, perché nel darla si rischia di perdere vari aspetti di quello che non è propriamente un concetto statico, e dunque definibile, ma un processo dinamico e ciclico.

Considereremo pertanto il Coping come un costrutto multidimensionale facente parte di un processo sociale. Quando si parla delle strategie di Coping o *cope with* (affrontare, far fronte a) ci si riferisce a quelle strategie, cognitive e comportamentali, che l'essere umano mette in atto per risolvere una situazione di stress. Lo stress è dato dalla percezione da parte dell'individuo di una discrepanza tra la situazione che vive e le risorse che ha a disposizione. Il modo in cui il soggetto fronteggerà la situazione stressante sarà la strategia di Coping che è in grado di usare.

I primi a utilizzare il termine Coping, secondo l'accezione sopra espressa, sono stati Folkman e Lazarus i quali ne hanno messo in evidenza l'importanza fondamentale che ha all'interno della struttura di personalità degli individui: "Per Coping si intendono gli sforzi cognitivi e comportamentali per trattare richieste specifiche, interne o esterne, ed i conflitti tra esse che sono valutate come eccessive ed eccedenti le risorse di una persona" (Lazarus, 1991).

Da questa definizione si deduce la caratteristica della ciclicità delle strategie di Coping. Tale ciclo si divide in tre parti:

- la prima è caratterizzata dalla percezione che il soggetto ha di una probabile situazione che potrebbe portare a un cambiamento (sia esso di tipo emotivo, cognitivo o fisiologico);
- successivamente la seconda tappa è caratterizzata dalle risorse cognitive che il soggetto utilizza; in questo modo egli raccoglie più informazioni possibili circa le cause che provocano il cambiamento e circa la valutazione dell'impatto con le relative possibili conseguenze;
- la terza tappa sarà proprio il *cope*, l'affrontare in diversi modi la situazione.

Le strategie utilizzate per affrontare una situazione problematica sono molteplici, così come sono molteplici i meccanismi di difesa. Come quest'ultimi, anche le strategie di Coping dipendono dalle caratteristiche di personalità, dall'ambiente, sia come risorsa che come sostegno, dal tipo di relazione che il soggetto vive, e in base a queste variabili si differenziano.

I ricercatori (Lazarus et alii, 1974) hanno definito due grandi categorie di strategie di Coping: la prima relativa al problema (*problem focused*), la seconda relativa alle emozioni (*emotion focused*). Nel primo caso il soggetto tenderà ad affrontare il problema con più razionalità, in quanto avrà la percezione del controllo della situazione problematica. Nel secondo caso invece il soggetto la affronterà a livello emotivo, tale reazione è data dal fatto che non si avrà la percezione cognitiva di controllo del problema e dunque l'unico modo di affrontare lo stress sarà quella di utilizzare strategie propriamente emotive.

La persona può decidere di non affrontare la situazione fonte di stress utilizzando strategie orientate all'evitamento del problema (*avoidance oriented*). Questa si identifica come una terza categoria, sebbene sia stata riscontrata successivamente.

2. Rassegna storica delle principali ricerche

Qui di seguito presentiamo un quadro storico dell'evoluzione del concetto di Coping sia come termine che come definizione.

Con Freud (1926) si era riscontrata la presenza, oltre dei meccanismi di difesa, anche di strategie che permettevano all'Io di mettere in atto una lotta per proteggersi dai pensieri sgraditi. In seguito, Anna Freud (1936) ne ha fatto una rilevazione più approfondita e ha verificato che esistono determinati meccanismi di difesa che l'essere umano utilizza in situazioni stressanti.

Negli anni Sessanta lo studio si focalizza sui meccanismi consci che il soggetto utilizza nel fronteggiare le situazioni stressanti. Le strategie di Coping vengono considerate meccanismi di difesa dell'Io, ma adattivi e consci. Come già detto, i primi ad utilizzare il termine Coping sono stati Folkman e Lazarus.

Negli anni Settanta e Ottanta si sente la necessità di inserire nello studio delle strategie di Coping il contesto situazionale, perché ritenuto il luogo in cui si attivava il Coping.

Un altro punto di forza nello studio del Coping si ha in questi anni nel porre l'attenzione sulla valutazione cognitiva e sulle risorse proprie dell'individuo. Queste risorse potevano essere sia personali (autostima o autoefficacia), sia ambientali (sostegno sociale, risorse economiche o educative).

Negli anni Novanta si è cominciato a considerare il Coping come un processo in interazione con le variabili ambientali oltre che con le risorse del soggetto. Si è andato delimitando il confine dello studio delle strategie di Coping secondo due approcci: uno che si concentra sui fattori disposizionali e sulla loro importanza (interindividuale) e il secondo che si focalizza sui fattori situazionali (intraindividuale). Il primo ha come oggetto di studio le strategie usate abitualmente dalle persone nelle situazioni di stress, il secondo pone maggiormente l'attenzione sulle strategie messe in atto di fronte a improvvise situazioni stressanti.

Di recente le ricerche hanno puntato ad individuare le componenti del processo di Coping, valutando eventi oggettivi, la valutazione cognitiva degli eventi, le reazioni di disagio, le risorse e personali e sociali, gli sforzi di Coping e gli esiti a breve e lungo termine (Skinner-Edge, 1998).

3. Metodi e strumenti di rilevazione

La misurazione del Coping ha vissuto le stesse vicissitudini della concettualizzazione del termine stesso; infatti sono state elaborate diverse scale di misurazione, sia intra-individuali, relativi a situazioni stressanti specifiche (dolore, perdita di lavoro, tumore, comportamenti collegati alla salute) sia interindividuali, applicabili a varietà di situazioni problematiche.

Lo strumento più famoso e ampiamente utilizzato è il *Ways Of Coping Questionnaire* (WCQ) di Folkmann e Lazarus (1988). Esso rientra nella categoria delle misurazioni situazionali.

La misurazione del Coping a livello concettuale è più simile all'osservazione del comportamento che non alla misurazione dei tratti di personalità o degli atteggiamenti. Uno dei più famosi strumenti che misurano sia il tratto che il processo è il *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE), ideato da Carver (1989), che consiste in 13 scale e 72 items.

Esistono recenti approcci che valutano il Coping ponendo maggiore attenzione al contesto situazionale o alle varie fasi dell'interazione del soggetto con l'evento stressante. Tra questi citiamo lo *Stress and Coping Process Questionnaire* (SCPQ), ideato da

Reicherts e Perrez nel 1994, allo scopo di misurare il Coping all'interno del decorso personale di ipotetiche interazioni di natura stressante, esplorando le risposte cognitive, emotive e attributive del soggetto. Lo strumento consiste nella descrizione di 18 episodi appartenenti a due classi di stress: ogni episodio è diviso in due stadi dinamici che spiegano lo svolgersi dell'intervento.

Attualmente il panorama è abbastanza eterogeneo, pur essendo numerosi i tentativi a predominante orientamento individualistico e cognitivistico, anche a livello teorico non si dimentica il rapporto fondamentale tra persona e situazione di tipo interazionista, secondo cui il comportamento è funzione di un processo continuo multidirezionale nell'interazione persona-situazione (Skinner-Edge, 1998).

4. Modelli interpretativi del Coping

Nel corso degli anni sono state offerte varie concettualizzazioni e quadri teorici di riferimento. Classifichiamo le proposte reperibili in letteratura secondo la proposta di Zani-Cicognani (1999).

4.1. Modello transazionale di Lazarus

Una delle più note elaborazioni, conosciuta come la teoria cognitivo-transazionale, viene proposta da Lazarus e collaboratori (Lazarus, 1968, 1991; Folkman-Lazarus, 1985; Folkman, 1992).

Secondo tale modello la persona e l'ambiente sono in un continuo stato dinamico di azioni e reazioni; le transazioni tra persona e ambiente sono il risultato delle interazioni e adattamenti provocati dallo stress.

In questa ottica la persona è un'agente attivo capace di influenzare l'impatto degli eventi stressanti "*stressors*" attraverso strategie emotive, cognitive e comportamentali. Il Coping è legato al contesto e muta nel tempo in particolari eventi.

Il concetto centrale del modello è il processo di valutazione cognitiva. Il processo di Coping è un'attività cognitiva che procede alla doppia valutazione della situazione: valutazione primaria, che si verifica nel momento in cui di fronte al potenziale evento stressante lo si reputa irrilevante, positivo o stressante, e valutazione secondaria, che

avviene nel momento in cui il soggetto valuta il significato e l'impatto della situazione sul proprio benessere, e decide quali risorse utilizzare per ottenere un vantaggio.

I due processi di valutazione primaria e secondaria possono anche avvenire in maniera simultanea con feed-back reciproci.

Possono essere distinte cinque categorie di risorse di Coping:

- utilitaristiche: servizi disponibili, soldi, status socioeconomico;
- salute ed energia;
- reti sociali: tutto ciò che comprende relazioni interpersonali;
- credenze generali e specifiche relative all'autostima, all'autoefficacia, al senso di padronanza della situazione;
- abilità di *problem solving*: comprese le abilità intellettive, flessibilità, complessità cognitiva e abilità analitica.

In questa prospettiva il Coping è visto come un processo che si svolge nel tempo ed il ruolo decisivo è dato alla valutazione, da cui ne scaturisce una reazione a catena che tende alla gestione della situazione. Lazarus sottolinea l'importanza delle cognizioni nei risultati emotivi: afferma che quando le persone sperimentano situazioni per esempio di disturbo, il significato dato alla transazione influenza l'emozione generata, e pertanto la reazione di Coping (percezione della situazione).

Successivamente Lazarus introduce la variabile dell'efficacia dei risultati ottenuti, definendola valutazione terziaria. Su questa base Lazarus e Folkman (1984) hanno elaborato il *Ways Of Coping Questionnaire* che ha permesso di rilevare le due strategie di Coping utilizzate dai soggetti: *problem focused* e *emotion focused*.

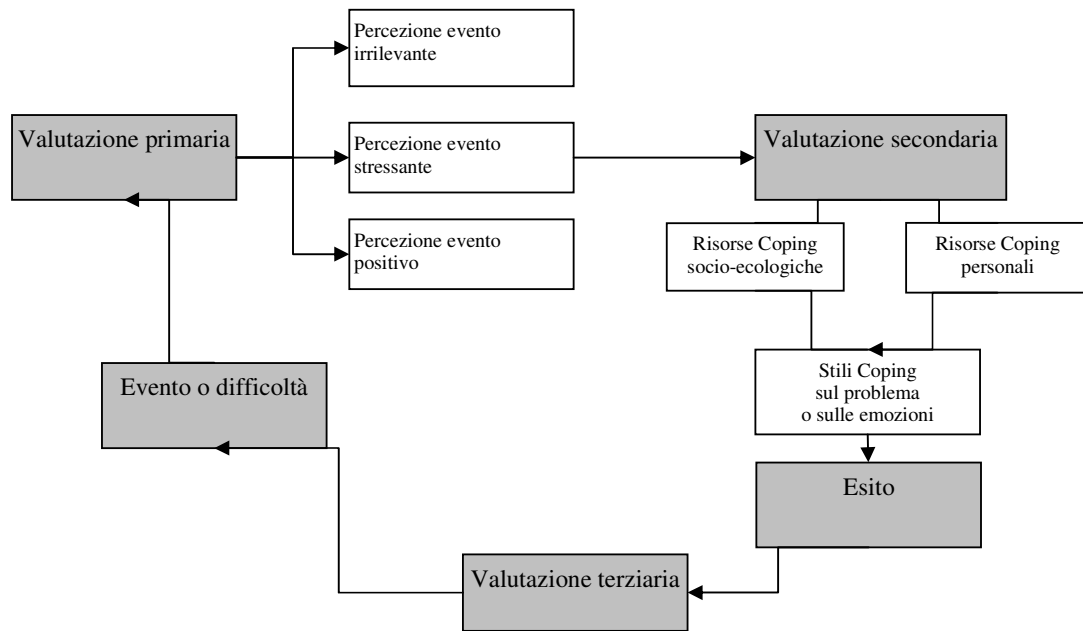


Figura 1 – Schema modello transazionale di Lazarus

Il modello di Lazarus è alla base di una proposta di Erica Frydenberg (1997), che ha elaborato la seguente versione: il Coping (C) è la funzione delle determinanti situazionali

(S) e delle caratteristiche personali (P), della percezione della situazione (pS) e delle intenzioni di Coping. Il tutto può essere espresso con la seguente formula:

$$C = f(P+S+pS).$$

È interessante analizzare come gli aspetti biologici, le caratteristiche di personalità e il clima familiare dell'individuo influenzino la percezione della situazione; il soggetto infatti valuta l'evento come perdita, danno, minaccia o sfida e quali risorse personali e interpersonali sono disponibili per affrontare la situazione. Sembra che il risultato dipenda dall'intenzione e dall'azione effettiva messa in atto. Si tratta di un processo circolare perché le diverse strategie possono essere riutilizzate o rifiutate la volta successiva, dipende sempre dall'esperienza di Coping del soggetto.

4.2. *Modello integrato di Moos e Schaefer*

La proposta di Moos e Schaefer (1993) rappresenta un quadro di riferimento concettuale del processo di Coping, in quanto descrive sia gli aspetti stabili personali, sia i fattori situazionali mutevoli che influenzano gli sforzi di Coping.

Il Panel 1 rappresenta il sistema ambientale, che compone eventi di vita stressanti (malattia fisica cronica, risorse sociali). Il Panel 2 rappresenta il sistema personale comprendente caratteristiche dell'individuo stesso (sociali, personali, auto-fiducia). Panel 1 e Panel 2 influenzano le crisi e le transazioni della vita di un individuo che si troverà ad affrontare Panel 3 (cambiamenti significativi nei circostanziali). Queste influenze incidono su salute e benessere (Panel 5) sia direttamente che indirettamente, attraverso la valutazione cognitiva e le risposte di Coping (Panel 4).

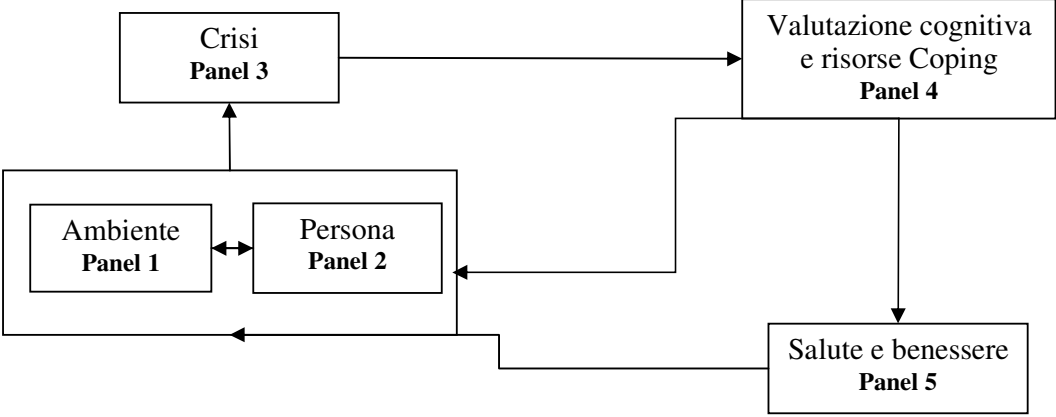


Figura 2 – Schema modello integrato di Moos e Schaefer

Il modello enfatizza il ruolo fondamentale di mediazione della valutazione cognitiva e delle risposte di Coping, oltre a indicare l'importanza dei feed-back che si possono verificare in tutti gli stadi del processo. In seguito gli Autori hanno cercato di classificare le strategie di Coping basando tale classificazione sul quadro concettuale. Il primo approccio si basa sul focus del Coping distinto tra orientamento attivo (*approach*) verso il problema e orientamento di evitamento (*avoidance*) del problema. Il secondo focus si basa sul metodo di Coping utilizzato considerando se la risposta richiedesse sforzi di tipo cognitivo o comportamentale. Combinando i due aspetti descritti Moes e Schaefer (1993) propongono quattro categorie di base di Coping:

- attivo - cognitivo
- attivo - comportamentale
- evitamento - cognitivo
- evitamento – comportamentale.

Ciascuna di queste categorie si articola in sottotipi che costituiscono il Coping *Responses Inventory* di Moos (1993). La scarsa capacità predittiva dei primi studi sugli stressor malattia, ha portato gli studiosi a focalizzare l'interesse sulle risorse adattive delle strategie di Coping. Da una iniziale attenzione rivolta verso aspetti come la vulnerabilità ed i deficit personali, si è passati ad una attenzione focalizzata su aspetti come l'adattamento e le capacità di *resilience*. Attualmente l'interesse dei ricercatori verte sulla verifica di come l'individuo esca rafforzato da una situazione di crisi, poichè acquisisce nuove modalità di Coping, con un aumento di crescita personale (*progression from illness to resilience, and finally to growth*).

Holahan et alii (1996) hanno elaborato due modelli di funzionamento adattivo che si basano sul Coping. Il primo è centrato sulle resistenze allo stress e prende in esame le risposte personali e sociali su due campioni di abitanti in una comunità. I risultati hanno mostrato che la fiducia in se stessi agiva direttamente o indirettamente mediante le risposte di Coping e proteggeva i soggetti dalla depressione. Da qui segue che le risorse influenzano direttamente lo stato di salute psicologica, in condizione di basso stress;

mentre in condizioni di stress elevato, le risorse predicono lo stato di salute mediante il legame con strategie di Coping adattive.

Il secondo modello prende in esame il miglioramento del funzionamento psicologico che risulta alla fine di una situazione di crisi. Lo sviluppo della *resilience* del soggetto di fronte ad esperienze stressanti è correlato con l'acquisizione di nuove abilità di Coping, entrambe portano al rafforzamento delle risorse personali e sociali (Taylor, 1983).

L'efficacia di strategie particolari di Coping dipende altresì dal contesto temporale e dalla controllabilità dello *stressor*; infatti l'evitamento cognitivo può risultare adattivo in situazioni di stress a breve tempo, ma nel lungo periodo può portare a una minor resistenza. Le strategie di Coping attivo sono associate a minor depressione solo quando lo *stressor* è valutato come modificabile o percepito come sottocontrollo. In base al modello presentato da Moos e Schaefer (1993) la valutazione della controllabilità di un evento, influenza il grado in cui il sostegno sociale incide sul Coping e l'efficacia delle risposte di Coping. La focalizzazione sui processi di Coping offre una prospettiva che valorizza i punti di forza dell'individuo e non più i suoi deficit, oltre ad incoraggiare le potenzialità di *resilience* e di crescita personale.

4.3. *Modello dello stress psicosociale di Dohrenwend*

Il modello proposto da Barbara Dohrenwend (1978) si basa sul concetto di stress psicosociale, includendo la dimensione temporale, le tematiche centrate sulla persona e sull'ambiente.

Una persona per rispondere a una situazione di crisi utilizza o i sistemi di sostegno sociale oppure i mediatori psicologici disponibili. Un processo inizia nel momento in cui si verificano uno o più eventi stressanti, e si conclude o con un cambiamento psicologico, sia esso positivo o negativo, o con il ripristino della situazione psicologica iniziale.

Un individuo può contribuire a creare gli eventi che successivamente lo porteranno a dei cambiamenti. Le reazioni allo stress hanno in comune il fatto di essere transitorie. Quello che segue da queste reazioni dipende dalla mediazione dei fattori situazionali e psicologici che definiscono il contesto in cui tale reazione ha luogo.

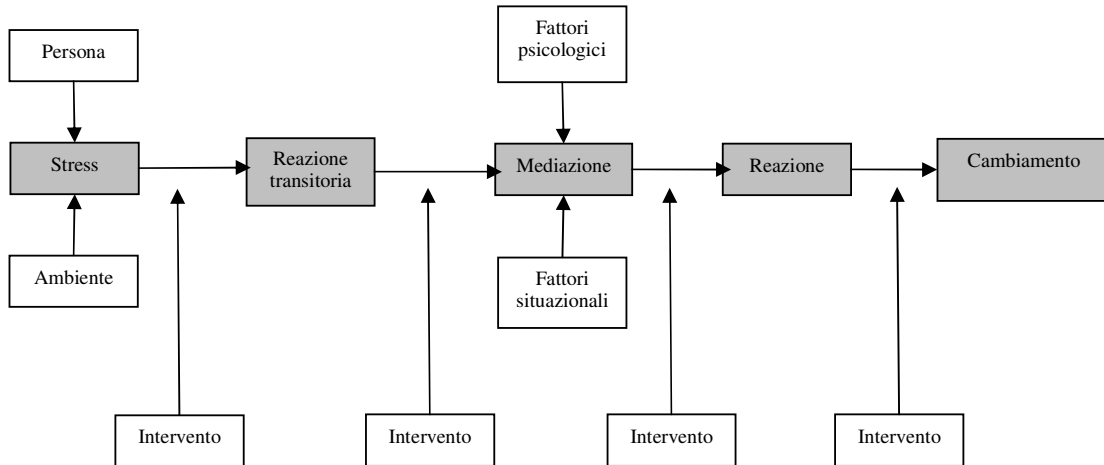


Figura 3 - Schema modello dello stress psicosociale di Dohrenwend

Nel modello sia i mediatori situazionali, che psicologici sono importanti in quanto entrambe interagiscono con le reazioni allo stress, e possono produrre uno dei tre possibili risultati che seguono:

- la persona cresce e cambia in senso positivo in quanto ha padroneggiato l'esperienza;
- la persona può tornare allo stato psicologico per lei normale;
- la persona sviluppa una forma di psicopatologia, come reazione disfunzionale persistente.

Il concetto di stress psicosociale definisce come l'attenzione non sia rivolta unicamente alla persona, ma anche alle circostanze della vita e alle risorse disponibili al soggetto, per affrontare le richieste poste dalla situazione.

Un aspetto fondamentale di questo modello sta nel fatto che si possa indicare un intervento in diversi momenti del processo. Ad esempio si potrebbe intervenire molto prima del momento di una crisi, attraverso il sostegno dei servizi, che potrebbero essere più disponibili alle persone che ne hanno bisogno (esempio: i vari telefoni di pronto soccorso, telefono azzurro, telefono rosa).

Un ruolo importante nel determinare l'esito di una reazione allo stress è dato ai mediatori psicologici, sta ad essi rafforzare la capacità psicologica di una persona affinché possa far fronte ai problemi e sviluppare un alto livello di abilità di fronteggiamento. Si pensi ad esempio ad interventi precoci sui bambini per aiutarli ad affrontare gli stress legati alla crescita, oppure su bambini identificati come vulnerabili per impedire che nello sviluppo manifesti problemi più seri.

Questo si traduce nell'esecuzione di programmi preventivi che siano diretti ad eliminare le circostanze che producono stress. L'Autrice afferma che i mezzi per raggiungere questi fini debbano essere politici o quanto meno di interesse comunitario.

Senza dubbio il modello della Dohrenwend focalizza l'attenzione su una visione olistica dei problemi, inseriti in un contesto sociale e includendo una dimensione temporale della relazione tra stress e comportamento; ma il merito sta nel suggerire che certi interventi possono aiutare a ridurre le patologie, e l'includere i mediatori personali e psicologici nelle esigenze di appoggio di un individuo, quindi utilizzando le strategie di prevenzione.

4.4. Modello sociocontestuale del Coping

Alcuni Autori, Berg et alii (1998) hanno compreso che gli individui coinvolgono "altri" nel processo di soluzione dei problemi; si sono quindi interrogati sul ruolo attribuito al contesto e all'intervento di altre persone. Il coinvolgimento degli altri assume la forma di sostegno sociale, una strategia definita "dipendenza passiva da altri". Al contempo è stato dimostrato che gli "altri" costituiscono una fonte di stress rilevante, tanto che gli stressor correlati alle relazioni interpersonali sono frequentemente presenti.

Gli “altri” coinvolti nel processo di Coping possono rappresentare fonte di informazione, consiglio o sostegno, modelli di funzionamento o malfunzionamento, collaboratori.

Berg tende a descrivere il processo in cui gli individui a contatto con altri, anticipano e affrontano sia problemi di vita quotidiani, sia problemi di una unità sociale. Questo modello parte dal concetto di “spazio di vita attivato” che si riferisce alla transazione tra individuo e contesto. I modi in cui il soggetto interagisce con gli “altri” nel valutare e affrontare i problemi, possono essere basati sulle interazioni tra soggetti e altre persone. La valutazione del problema può essere:

- individuale - solitaria,
- individuale - parallela,
- relazionale - indiretta,
- relazionale - condivisa.

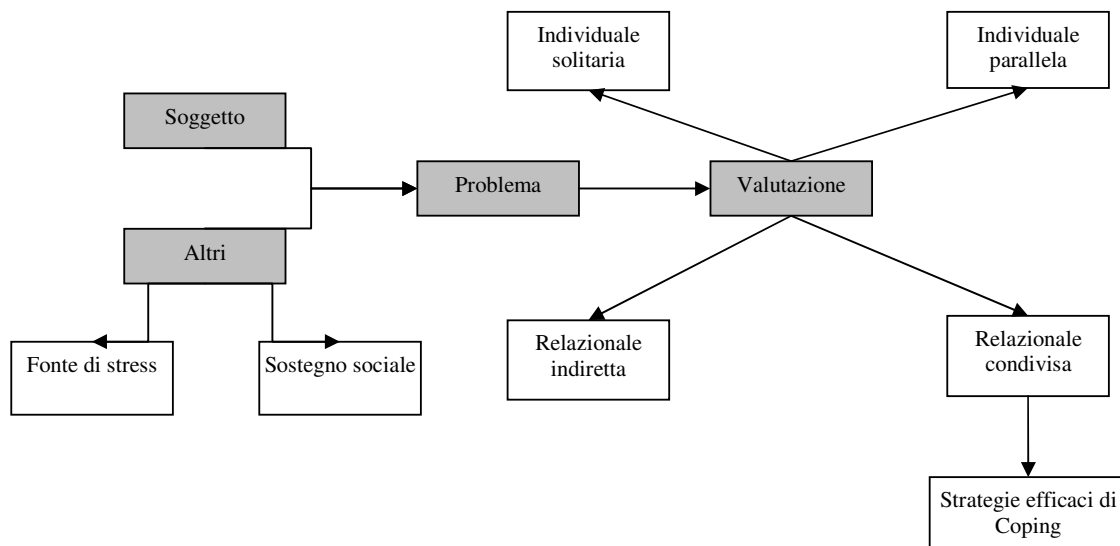


Figura 4 - Schema modello socio-contestuale di Berg et alii

Nel primo caso, individuale-solitario, il soggetto valuta la situazione in base al suo contesto, o spazio di vita attivato (esempio: una giovane coppia di sposi, entrambi lavorano, con il problema di provvedere alla sistemazione di due figli piccoli, dopo l'abbandono della baby sitter. La moglie valuta il problema di sua competenza senza chiamare in causa il marito; quest'ultimo non considera il fatto come fonte di stress, perché ritiene che il problema non è di sua responsabilità. Segue che ognuno affronta il problema in modo individualistico).

Nel secondo caso, individuale-parallela, i soggetti vedono la situazione in modi diversi, e ognuno di loro cerca una soluzione personale (esempio: la moglie percepisce la situazione stressante perché deve affrontare il senso di colpa di lasciare ad altri la cura dei figli; il marito considera come fonte di stress le richieste aggiuntive di contribuire alla gestione dei figli).

Nel terzo caso, relazionale-indiretta, si presenta una situazione in cui la valutazione dello stress influenza gli altri partecipanti all'interazione (esempio: la madre stressata può causare indirettamente stress ai figli, alterando la situazione con essi).

Nel quarto caso, relazionale-condivisa, la situazione in cui i membri della coppia condividono la stessa valutazione dell'evento come stressante per sé e per l'altro e cercano insieme una soluzione.

Queste diverse configurazioni si potrebbero verificare in più punti del processo di Coping. Anche le strategie di Coping sono influenzate dalla valutazione dello stress, variando dal livello individuale agli sforzi collaborativi. Le persone usano strategie più efficaci attraverso il *problem solving* se ottengono maggiore sostegno sociale. Le strategie di *problem solving* comprendono un livello elevato di interdipendenza perché i membri coinvolti sono insieme e lavorano insieme per la soluzione comune, quindi le strategie di Coping sono diverse da quelle individuali

5. Tipi di strategie di Coping

I diversi modelli teorici propongono tipologie varie di classificazione delle strategie di Coping. Presentiamo quelle ritenute più significative.

5.1. Strategie proattive

Le studiose Aspinwall e Taylor (1997) evidenziano il Coping proattivo (attuato prima che l'evento si verifichi), sostenendo che ha importanti benefici per la persona, in quanto:

- minimizza l'ammontare complessivo di stress che la persona potrebbe incontrare;
- aumenta il numero di opzioni possibili per affrontare una situazione;
- consente di preservare risorse personali quali tempo ed energia.

Le due ricercatrici ci propongono un modello articolato in quattro tappe:

1. *individuazione*: intesa come la capacità di prevedere gli effetti stressanti di un evento in arrivo;
2. *appraisal iniziale*: che consiste nel definire in via preliminare il problema in modo da gestirne le emozioni iniziali che possono accompagnare la consapevolezza graduale che l'evento stressante è all'orizzonte. Richiede la formulazione di domande quali: "...mi devo preoccupare di ciò?..." e "...è qualcosa su cui devo prendere provvedimenti?...";
3. *sforzi iniziali di Coping*: cioè la capacità di pianificare e di intraprendere attivando le risorse che sembrano utili;
4. *richiedere e usare il feedback*: consente di avere informazioni aggiornate sullo sviluppo dell'evento (è aumentato lo stress? ha cambiato forma? - sul fatto che l'evento stressante possa cambiare in risposta agli sforzi di Coping - posso fare qualcosa o devo aspettare per vedere se è un problema? E sugli effetti prodotti dai propri sforzi preliminari sull'evento stressante - sono riuscita/o ad allontanarlo?

Ovviamente essendo impossibile prevedere tutto, entrano in gioco alcuni fattori non prevedibili legati all'evento stressante, quali ad esempio la velocità della sua comparsa, la presenza di molteplici segnali di pericolo, l'ambiguità, la gravità.

Il grado in cui il Coping proattivo può essere attuato è moderato dall'ambiente, dall'esperienza passata e dalle risorse interne ed esterne a disposizione della persona.

Ma le nostre ricercatrici insistono, e ci ricordano che per quanto il Coping di evitamento, (che consiste nell'evitare la problematica), ha delle valenze positive ed è più

utile nel caso di eventi incontrollabili; si rivela un fattore a rischio, se usato in modo ripetitivo in quanto non produce nuove informazioni sui problemi e compromette alcune risorse, come il sostegno sociale. Quindi a quanto pare, i problemi vanno affrontati e le situazioni di stress 'previste', magari chiedendo a se stesse/i : “qual è la cosa peggiore che potrebbe succedere?”.

5.2. *Strategie coerenti/stabili- variabili*

Lazarus e Folkman (1987) evidenziano che il Coping varia in base alla natura del problema da affrontare perché ogni problema non si presenta mai nel medesimo modo. In modo particolare Lazarus elabora il concetto della controllabilità dell'evento secondo il quale maggiore è il senso di controllo della situazione e più frequente è il ricorso a strategie attive. Sembra che, indipendentemente dal problema, esista una gerarchia stabile di strategie preferite, sebbene emergano differenze significative nel modo in cui i soggetti affrontano gli eventi.

Le strategie sono dunque stabili nella misura in cui esse sono coerenti con le modalità del soggetto di affrontare l'ambiente, ma allo stesso tempo variano in base alla problematica da affrontare.

5.3. *Strategie funzionali- disfunzionali*

Seiffge e Krenke (1990) distinguono tra Coping attivo, Coping interno e ritiro dall'azione. Il primo, che risulta essere una strategia positiva e funzionale, racchiude quei comportamenti che sono volti a cercare consigli o informazioni da altre persone; il secondo comprende gli sforzi che sono diretti a trovare una soluzione personale al problema; infine il terzo racchiude tutte quelle strategie considerate tra le più disfunzionali, come la negazione del problema.

Il fatto che però queste strategie siano considerate produttive o improduttive, dipende da fattori contestuali. A proposito di terminologia Compas (1987) fa distinzione tra stile, strategia e risorsa di Coping.

Con il termine stile ci si riferisce alla tendenza di una persona ad agire in modo coerente in date situazioni; le strategie sono azioni cognitive o comportamentali che gli

individui mettono in atto; le risorse sono sia aspetti del sé, sia risorse disponibili nell'ambiente.

5.4. *Strategie efficaci- non efficaci*

Esiste una difficoltà nel determinare l'efficacia dei risultati delle strategie di Coping, in quanto sono pochi i tentativi di analizzare gli esiti del Coping sia a breve sia a lungo termine.

Perrez e Reicherts (1992) propongono sei regole che governano il comportamento, affermando che vi è corrispondenza tra aspetti oggettivi di una situazione, valutazione soggettiva di essa e risorse disponibili; in questo modo è possibile determinare l'appropriatezza degli sforzi di Coping:

- se la valenza di un evento è percepita alta, la modificabilità bassa ma la controllabilità elevata, è prevedibile il Coping attivo;
- se la modificabilità è percepita più alta o simile alla controllabilità, la strategia più probabile è la passività;
- se la valenza è percepita alta ma la modificabilità e la controllabilità sono basse, è possibile la fuga o l'evitamento;
- se si percepisce una elevata ambiguità di uno stressor, è probabile la ricerca attiva di informazione e la percezione di una elevata controllabilità;
- se l'ambiguità di uno stressor è bassa come anche la sua controllabilità, è probabile la soppressione dell'informazione;
- se la controllabilità di uno stressor nel breve termine è percepita bassa come anche la valenza dell'evento è probabile la rivalutazione della situazione.

In generale lo sforzo per affrontare il problema è deciso e diretto se c'è la percezione che la situazione possa cambiare; se è incontrollabile l'individuo sceglierà la strategia di fuga o evitamento.

Non esiste nessuno stile di Coping che sia adattivo in tutte le situazioni, tuttavia vi sono evidenze empiriche che dimostrano che alcune strategie sono più produttive di altri; il

problema sta nel determinare che cosa differenzi la valutazione. L'importante è che ci sia un'azione congiunta dei tre fattori: disposizioni di personalità, sostegno familiare e sistemi di sostegno esterni.

6. Rapporti tra Coping, resilienza e salute

Una volta delimitato il Coping nei suoi aspetti essenziali, colleghiamo la definizione data ad altri due aspetti ad esso connessi: la resilienza e la salute.

Prese in considerazione le strategie di Coping utilizzate dalle persone in maniera funzionale al fronteggiamento di situazioni difficili, la resilienza può essere considerata come una soluzione positiva ad una situazione stressante.

In fisica la resilienza è un termine che indica la capacità di un materiale di riprendere la sua forma originale, dopo essere stato sottoposto ad una pressione deformante. In psicologia essa viene intesa come capacità dei soggetti di resistere a eventi stressogeni, anche molto forti, ed avere esiti evolutivi positivi. In particolare la resilienza è stata studiata sulla base delle capacità di molti bambini, maltrattati in diverse forme, di mantenere la vitalità e la speranza.¹ Le ricerche mostrano in generale che la flessibilità della persona è una qualità importante associata al *resilience* e al Coping efficace.

Il Coping inoltre contribuisce a uno stato di benessere e salute mentale. Un soggetto che usa strategie di Coping funzionali e adeguate, alle richieste personali e dell'ambiente, vivrà in uno stato di benessere ed equilibrio mentale, o salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce salute: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e

¹ Il tema dell'efficacia delle strategie utilizzate dai soggetti in situazioni altamente stressanti è oggetto di grande attenzione, soprattutto per quanto riguarda il fenomeno della resilienza. Questi studi hanno cercato di individuare tratti e qualità stabili per distinguere i bambini *resilient* da quelli poco adattivi. Gli aspetti emersi sono i seguenti:

- disposizioni individuali: temperamento, alta autostima, *locus of control* interno e autonomia;
- circostanze familiari: presenza di ambiente familiare supportivo;
- sistemi di sostegno esterni presenti nell'ambiente e provenienti da individuo o gruppo che fornisce modelli positivi di identificazione (Compas, 1987).

non solamente l'assenza di malattie o infermità, [...] in cui l'individuo realizzi le proprie capacità, possa convivere con il normale stress della vita"² (OMS 2001°, p.1).

Un soggetto dichiarato sano è, dunque, una persona che ha capacità di Coping adeguate per affrontare il problema e, al contempo, ha superato la situazione di crisi avendo tratto degli insegnamenti che potrebbero essere utili per riaffrontare un altro stressor.

Partendo dal presupposto che Coping, salute e resilienza sono caratteristiche appartenenti alla persona sana che non possono essere scisse, possiamo affermare che quando le strategie di Coping sono funzionali al superamento dello stress aiutano a ristabilire l'equilibrio proprio della salute mentale, così come la capacità di resilienza è un buon indicatore di salute mentale.

7. Ipotesi aperte

Abbiamo riscontrato che il Coping ha risvolti importanti sia a livello teorico di base, dacché offre l'opportunità di comprensione di aspetti cognitivi, comportamentali e di regolazione delle emozioni; sia a livello applicativo, dacché consente l'individuazione delle abilità e delle competenze da rafforzare con dei programmi di intervento.

Riportiamo di seguito ciò che Compas (1998)afferma, perché riteniamo una analisi critica della situazione contestuale del Coping; secondo lui esistono quattro domande chiave che tuttora sono senza una risposta precisa:

- quali sono le dimensioni fondamentali del Coping: non c'è chiarezza sulle dimensioni da considerare fondamentali. Le proposte si concentrano sulle funzioni della risposta (*problem vs. emotion focused*); gli scopi del soggetto (controllo primario vs. secondario); il metodo (cognitivo vs. comportamentale); orientamento della risposta

² Da questa affermazione dipartono tre concetti generali sul miglioramento della sanità delle persone:

- la salute mentale è parte integrante della salute,
- la salute mentale è più che non la mera assenza di malattie,
- la salute mentale è intimamente connessa con la salute fisica ed il comportamento.

Sinora l'accezione comune circa la malattia mentale ha incoraggiato l'uso del termine "salute mentale" per descrivere il trattamento ed i servizi di supporto per persone con disordini mentali ed in altri campi relativi alla non-salute. Così come lo sono la salute e la malattia in genere, la salute mentale e la malattia mentale sono determinate da fattori multipli (sociali, psicologici e biologici) interagenti tra di loro. Né la salute mentale né la salute fisica possono esistere da sole (Sartorius, 1990). Riconoscere la salute quale l'equilibrio che includa se stessi, gli altri e l'ambiente, aiuta le comunità e gli individui a capire come ambire al proprio miglioramento.

(impegno vs. disimpegno); la natura del processo di regolazione coinvolto (comportamentale, emotiva e di orientamento).

- Quali fattori (biologico, cognitivo, sociale e del contesto) influenzano l'acquisizione e l'uso delle strategie di Coping; specialmente come sono acquisite e come si evolvono lungo l'arco di vita le risposte di Coping del soggetto.
- Cosa rende efficace il Coping e come l'efficacia è collegata ai fattori sociocontestuali e alle differenze individuali. Si è riscontrato che l'efficacia delle risposte dipende dalla natura della risposta e dal contesto in cui è usata; essa è funzione dell'interazione tra tipo di risposta e controllabilità, reale o percepita della situazione.
- Quali aspetti del Coping sono modificabili, se inefficaci, con un programma di intervento e quali sono invece resistenti al cambiamento.

Capitolo secondo

DESCRIZIONE DELLA RICERCA

“Sia l’uomo comune che lo scienziato si pongono domande e arrivano a conclusioni circa il comportamento umano, ma mentre l’uomo comune è di solito inconsapevole dei processi attraverso i quali raggiunge le sue conclusioni, lo scienziato controlla il grado di accuratezza dell’informazione raccolta e la validità delle conclusioni raggiunte sulla base di essa” (Ercolani-Areni-Mannetti, 1999⁵).

Noi non abbiamo pretese di essere scienziati, ma come loro ci siamo interrogati sul comportamento umano, e, come loro, abbiamo sviluppato un argomento cercando di valutare con accuratezza le informazioni raccolte, ottenendo dei risultati sulla base del percorso effettuato.

Nel seguente capitolo presentiamo l’indagine effettuata nel Centro Protezione de Menores, di Quinta de Tilcoco (Cile), in tutte le sue fasi.

Il capitolo è composto da cinque paragrafi che vengono sviluppati nel seguente ordine: finalità ed obiettivi, contesto, metodologia, analisi e commento dei dati, risultati e sintesi finali.

1. Finalità e obiettivi

La presente ricerca è stata realizzata allo scopo di rilevare che tipo di strategie di Coping utilizzano i minori del Centro Protezione de Menores di fronte alle situazioni di stress quotidiane e improvvise, al fine di individuare se queste strategie siano funzionali o meno nel contesto in cui vivono o in cui saranno inseriti successivamente.

Qualora risultasse dall’indagine che i soggetti presi in esame utilizzino strategie disfunzionali o incoerenti, ci poniamo l’ulteriore obiettivo di fornire alcuni lineamenti di un progetto preventivo che abbiano la finalità di rafforzare le strategie funzionali ma deboli, e sostituire, con il giusto supporto, quelle che potrebbero risultare poco efficaci.

2. Contesto

Il presente paragrafo introduce alla descrizione del contesto da cui abbiamo rilevato il campione d'indagine.

2.1. Analisi della situazione (contesto ambientale, economico, sociale)

Il comune di Quinta De Tilcoco si trova nella VI Regione della Repubblica del Cile; la capitale della regione è Rancagua; Quinta de Tilcoco, che dista circa 110 Km da Santiago (capitale dello Stato), è un piccolo comune rurale – di circa 12.000 abitanti. Al centro del paese, si trova il Centro Protezione dei Minori, un complesso composto da strutture e giardini che occupa un'area di sei ettari, con l'accesso aperto al pubblico, senza misure speciali di sicurezza. Il Centro è nato nel 1970 per opera di Padre Alceste Piergiovanni (Ordine sacerdotale Madre di Dio), inizialmente come Casa di Minori, un meritorio tentativo di dare risposta alla grave piaga dell'abbandono minorile in quel Paese.

Questo Centro si finanzia con il (limitato) supporto che il Governo del Cile destina ai minori in condizione di abbandono o di rischio sociale, con il libero aiuto della popolazione del Comune, con donazioni che vengono gestite dalla direzione del Centro stesso, ed anche con progetti volti a beneficiare un'opera in continuo sviluppo.

La maggioranza dei centri per i minori in Cile sono chiusi. Il fatto che non esistano reti, barriere o impedimenti per entrare o uscire dal centro, fa di questo luogo un caso speciale: l'attenzione dedicata ai minori in questo luogo, fa sì che questi non cerchino di allontanarsi o che, nel caso in cui lo facessero, tornino dopo un breve lasso di tempo (alcune ore o al massimo un giorno).

Il Centro Protezione Minori I.C.Y.C., era guidato da Padre Alceste Piergiovanni, che lottava contro una situazione di precarietà e di scarsità di risorse, con un'equipe di 45 persone, tra personale di attenzione diretta ai bambini, personale di servizio, personale tecnico, assistenti sociali, psicologi. Attualmente il Centro ospita 180 bambini più 30 adolescenti ospitati in un secondo Centro in Santiago: Casa Toesca.

7.1. *Luogo dell'intervento*

Il Centro Protezione dei Minori cerca di dare risposte all'abbandono di bambini, tentando di reintegrarne la maggior parte nel nucleo familiare originario, avviando all'adozione quelli in stato di abbandono, curando i restanti fino all'adolescenza con l'obiettivo di formarli ad una professione per evitare la condizione di marginalità e rischio sociale.

Il Centro I.C.Y.C. (Istituto Colonias Y Campamentos Centro de Protección de Menores), accoglie bambini tra i 0 e 13 anni, provenienti dai tribunali di giustizia fondamentalmente della VI Regione, per misure di protezione, come abusi, violenze familiari, disattenzione familiare, abbandono, negligenza, abusi sessuali, rifiuto, ecc. La funzione di questo Centro di Protezione consiste nel reinserire il minore possibilmente nella propria famiglia di origine, biologica o estesa; nel caso in cui ciò non sia possibile, viene sollecitata la condizione di suscettibilità per l'adozione nazionale (Cile) o internazionale (Italia). Esistono purtroppo anche casi in cui nessuna di queste ipotesi risulta praticabile, in questo caso i minori rimangono nel Centro dove vengono seguiti nel loro sviluppo fino all'età di 14 anni. Superato questo limite, i ragazzi vengono mandati in un altro Centro di Santiago (Casa Toesca) dove continuano a ricevere una istruzione scolastica od una preparazione professionale.

Dal punto di vista infrastrutturale, il Centro dispone di vari edifici e sale: il Centro Amministrativo e Direzionale, due sezioni differenziate per sesso (il *parque*, che ospita 60 maschi tra gli 8 e i 14 anni, la *residencia familiar faeminina* che ospita 25 ragazze dagli 8 anni in su), una sezione, *parvulo*, che ospita altri 60 bambini compresi tra i 3 e gli 8 anni, una *sala cuna*, che può ospitare 25 bambini di entrambi i sessi dai 0 ai 2 anni, una scuola con classi fino alla 4° elementare, refettori. Esistono poi strutture per la lavanderia, struttura sportiva, campo per baby football. Infine c'è una Casa di accoglienza per i nuovi genitori adottivi che vengono dall'Italia e si stabiliscono nel Centro da uno a due mesi in modo da seguire da vicino i bambini che il Tribunale affiderà loro poi legalmente. Tutte queste strutture sono ubicate, come già detto, in un parco di sei ettari ricco di giardini ed alberi di vario genere.

Attualmente, il Centro è l'unico della VI Regione che ospiti contemporaneamente minori di entrambi i sessi; questo permette che i fratelli non vengano separati e che non si perda il vincolo familiare. Durante la loro permanenza nel Centro, ai bambini è dedicata un'attenzione ed assistenza integrale mentre, quando possibile, si inizia un lavoro di intervento sulla loro famiglia al fine di permettere il loro rientro nel più breve tempo possibile nell'ambiente familiare di origine.

Quando, invece, per i minori viene accertata una situazione di abbandono (decretata dal Tribunale dei Minori) o nel caso siano stati gravemente danneggiati dal comportamento degli adulti, allora inizia un programma alternativo di collocazione familiare ed il programma di adozione (nazionale o internazionale). Per quanto riguarda il lavoro realizzato nel Centro di Quinta de Tilcoco, esiste un " programma di appoggio " che ha la finalità, sia di lavorare con la famiglia d'origine del minore sia, nel caso, con la futura famiglia adottiva.

8. Metodologia

Qui di seguito riportiamo la metodologia di ricerca applicata: la descrizione del campione, degli strumenti, delle fasi e dei tempi di rilevazione.

8.1. Descrizione del campione

Il campione preso in esame consta di 50 ragazzi del Centro compresi tra i sette ed i quattordici anni; di cui:

Anni		Sesso		Stato		Provenienza		N° genitori			Anni in istituto		
Età	n°	M	F	Internato	Abbandono	Famiglia	Istituto	2	1	0	2-3	4-5	6-8
7	3	3	0	3	0	2	1	1	2	0	1	2	0
8	6	1	5	3	3	3	3	3	2	1	6	0	0
9	11	7	4	4	7	4	7	5	4	2	4	5	2
10	15	7	8	8	7	6	9	4	7	4	4	7	4
11	7	5	2	4	3	2	5	2	4	1	1	4	2
12	5	2	3	3	2	3	2	0	4	1	0	2	3
13	2	0	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
14	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1
Tot.	50	25	25	26	24	21	29	16	24	10	16	21	13
%	100	50	50	52	48	42	58	32	48	20	32	42	26

Tabella 1 - Descrizione del campione

La scelta dell'età è stata fatta in modo arbitrario, l'unico criterio di selezione è stato quello di prendere i soggetti che erano in grado di leggere, comprendere quanto leggevano e scrivere ciò che era richiesto.

Particolare attenzione è stata posta affinché fosse equiparabile il numero dei soggetti di sesso maschile e femminile. È stato preso in considerazione inoltre, per la successiva corrispondenza dei dati, gli anni trascorsi in istituto, lo stato (internato o abbandono), situazione familiare (padre, madre, orfano), provenienza (famiglia, altro istituto), successo scolastico. Abbiamo preso in considerazione anche se i soggetti avessero tutti dei fratelli, dato che poi si è rilevato non rilevante nella successiva elaborazione dei dati.

8.2. *Descrizione degli strumenti di rilevazione*

Di seguito presentiamo la descrizione degli strumenti utilizzati nella ricerca, che riportiamo in appendice nella versione utilizzata (Spagnolo) e in Italiano. Essi sono stati tradotti personalmente in spagnolo e in italiano dall'originale (Inglese), fatta eccezione per il Ways of Coping Questionnaire, del quale è stata utilizzata una versione tradotta e adattata in Cile, data la rilevanza dello strumento.

La scelta dei quattro strumenti è stata fatta seguendo una logica che prendesse in considerazione elementi che potevano risultare rilevanti sia presi singolarmente che in combinazione tra loro; da qui la scelta di scale che misurassero aspetti rilevanti per l'indagine sui bambini istituzionalizzati, quali il senso di solitudine, il concetto di sé, l'auto controllo percepito, e le strategie di Coping.

8.2.1. Children's Loneliness Questionnaire (CLQ)

Il CLQ, ideato da Steven R. Asher et alii (1984), vuole misurare il senso di solitudine nei bambini. Oltre ad identificare i bambini che si sentono soli, questo strumento può essere usato per esaminare le variabili relative a detta solitudine. Esso è indirizzato ai bambini da "third to sixth grade", che equivale all'incirca alla III, IV e V elementare.

Il questionario include sedici elementi primari relativi:

- al senso di solitudine dei bambini,

- alla sensazione di adeguatezza sociale o alla inadeguatezza
- e alla stima soggettiva sul proprio stato sociale.

Sono stati inseriti otto elementi “riempitivi” relativi agli hobbies e altre attività ricreative per aiutare i bambini ad essere più rilassati e aperti nell’esprimere le loro sensazioni.

Istruzioni specifiche sulla somministrazione e correzione, incluse quelle per mostrare ai bambini come usare la tabella con la scala dei cinque valori, sono disponibili in Asher et al. (1985).

Per il calcolo del punteggio bisogna considerare che gli elementi 2, 5, 7, 11, 13, 15 e 23 sono i “riempitivi” e non vengono conteggiati. Gli elementi 3, 6, 9, 12, 14, 17, 18, 20, 21 e 24 sono conteggiati al contrario. Il punteggio dei 16 elementi fa emergere un totale compreso fra 16 e 80. Punteggi più elevati sono indici di una maggiore solitudine.

8.2.2. Children’s Perceived Self-Control Scale (CPSC)

Il CPSC vuole misurare la percezione di autocontrollo nei bambini. Esso è ideato da Laura Lynn Humphrey (1982). I parametri sono simili a quelli sviluppati per la valutazione di autocontrollo dei bambini da parte dell’insegnante.

Undici elementi misurano l’autocontrollo in una prospettiva cognitivo - comportamentale. La teoria di riferimento del test ritiene che l’autocontrollo sia una caratteristica personale che può consolidare i risultati di una terapia e sviluppare la salute nei bambini. L’autocontrollo include:

- i problemi cognitivi,
- l’impegno,
- l’autoregolazione nel tempo
- e la riorganizzazione delle abitudini.

Lo strumento prevede anche dei sottoparametri che misurano tre aspetti dell’autocontrollo:

- autocontrollo interpersonale (ISC),

- autocontrollo personale (PSC)
- e autovalutazione (SE).

La risposta ad ogni elemento sarà alternativamente 1 “in genere SI” o 0 “in genere NO” a seconda se l’elemento descrive o meno il bambino. Gli elementi 1 e 8, che riflettono un basso autocontrollo, sono conteggiate inversamente (2 e 1 al posto di 0 e 1).

Il punteggio totale varia tra 0 e 11. laddove un punteggio più alto rifletterà un maggior autocontrollo. I sottoparametri sono: ISC 1, 2, 3, 4; PSC; 5, 6, 7 SE: 8 e 9 e il punteggio varia rispettivamente tra 0 e 4, 0 e 3, e 0 e 2.

La validità del test è determinata dalla correlazione fra i test somministrati a una distanza di 2 o 3 settimane. Il punteggio così ottenuto è 0.71, correlato come segue: ISC= 0.63; PSC=0.63; SE =0.56. Non è riportato nessun dato sulla consistenza interna.

8.2.3. Self-Concept Scale for Children (SC)

Lewis P. Lipsitt (1958) elabora il Self-Concept Scale for Children per misurare il concetto che i bambini hanno di se stessi.

L’SC consta di 22 aggettivi di carattere descrittivo che definiscono quello che i bambini pensano di se stessi, su una scala da 1 a 5. È uno dei pochi strumenti disponibili di auto-valutazione per bambini dalla III/IV elementare in poi.

Tre di questi aggettivi (il 10, 17 e 20) sono considerati negativi, mentre i rimanenti sono positivi. Tenendo conto del punteggio inverso delle tre domande negative, il punteggio totale potrà essere compreso fra 22 e 110. Punteggi più elevati indicano un livello più alto del concetto di se stessi (minor disistima di se stessi).

Non sono riportati dati sulla consistenza interna. Comunque con il test somministrato alla distanza di due settimane, si è ottenuto un punteggio compreso fra 0.73 e 0.91, indice di una buona stabilità.

8.2.4. Ways of Coping Questionnaire (WCQ)

Secondo Folkman e Lazarus il Coping ha principalmente due funzioni: la regolazione del malessere emotivo e la realizzazione di azioni per cambiare il problema che causa il

malessere. Entrambe i tipi di Coping possono costituire modalità di reazioni sia cognitive che comportamentali. Il lavoro pionieristico di Folkamn e Lazarus ha dato luce a due scale del Coping largamente usate.

Il WCQ era composto da 66 *items*, in cui viene chiesto di pensare ad uno specifico evento stressante verificatosi nell'ultimo mese. La prima analisi fattoriale ha estratto otto fattori per un totale di 50 *items*:

Sei fattori sono rivolti alle strategie di Coping dirette alle emozioni:

- distanziamento (8, 9, 11, 16, 32, 35)
- fuga – evitamento (7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47)
- accettazione di responsabilità (5, 19, 22, 42)
- autocontrollo (6, 10, 27, 34, 44, 49, 50)
- ricerca di sostegno sociale (4, 14, 17, 24, 33, 36)
- rivalutazione del problema (15, 18, 23, 28, 29, 45, 48)

Due fattori sono rivolti alle strategie di Coping dirette al problema :

- Coping di confronto (2, 3, 13, 21, 26, 37)
- risoluzione programmata del problema (1, 20, 30, 39, 40, 43)

Nonostante il prezioso contributo teorico dei due autori e il largo utilizzo dello strumento, il WCQ ha palesato alcune debolezze psicometriche, come la bassa coerenza interna e la mancanza dei dati sul test retest, ma uno dei limiti più evidenti rimane la mancanza di una stabile struttura fattoriale visto che i ricercatori hanno frequentemente trovato diverse configurazioni fattoriali, come conseguenza del campione studiato. Si raccomanda ai ricercatori di calcolare l'analisi fattoriale nel proprio campione e usarne i risultati per determinare le sottoscale; molti ricercatori hanno così aggiunto, scartato, o modificato alcuni *items* modificandoli alla popolazione studiata, rendendo però così i risultati tra loro poco confrontabili. Un ulteriore problema che emerge nel WCQ e nelle scale con molti fattori è la plausibilità teorica dell'interconnessione tra i fattori.

Il WCQ non ha norme italiane pur essendo utilizzato in numerose ricerche.

8.3. *Descrizione dell'iter seguito*

L'intera ricerca è durata circa cinque mesi, tra giugno e ottobre 2004. così suddivisa:

- analisi e scelta degli strumenti di ricerca,
- verifica in loco dell'esistenza di precedenti ricerche per accertare eventuali di adattamenti,
- traduzione degli strumenti di ricerca o adattamento qualora necessario,
- analisi della popolazione d'indagine,
- scelta del campione,
- colloqui con i soggetti per la somministrazione.

Gli strumenti sono stati somministrati ai soggetti singolarmente. Con ognuno di loro la successione delle fasi è stata la seguente: lettura del soggetto di ogni scala e compilazione del test alla presenza dell'esaminatore.

9. Analisi e commento dei dati

I dati elaborati statisticamente, di cui siamo in grado di dare una prima presentazione, riguardano la validazione degli strumenti di rilevazione dei questionari che misurano il senso di solitudine e il concetto di sé, le medie delle variabili dei singoli *items* del Ways of Coping Questionnaire e l'analisi della varianza degli strumenti validati.

9.1. *Validazione degli strumenti di rilevazione*

Allo scopo di verificare la validità e la consistenza degli strumenti da noi adottati, alcuni dei quali non standardizzati, è stata effettuata l'*Items analysis*, media dei singoli *items* del WCQ, e analisi della varianza.

9.2. *Item analysis*

Nell'*items analysis* (corrispondenza della scala), abbiamo rilevato che dei quattro questionari somministrati solamente due sono risultati validi: nel CLQ l'alfa di Cronbach è pari a 0.62 e nel SC è 0.77.

Di seguito riportiamo la tabella che mostra il procedimento effettuato per arrivare ad ottenere l'alfa di Cronbach, nell'SC. Ricordiamo che laddove sono presenti *items* rovesciati (con il segno meno davanti), abbiamo seguito l'indicazione del manuale.

Concetto Di Sé						
Item	Media	Sigma	R Grezzo	R Corr	Deviaz	Alfa Differ
1	2.380	1.524	0.628	0.540	0.084	0.024
2	2.460	1.358	0.469	0.379	0.141	0.012
3	2.320	1.186	0.577	0.509	0.042	0.018
4	2.260	1.367	0.454	0.362	- 0.001	0.011
5	2.140	1.355	0.315	0.215	- 0.085	0.002
6	2.080	1.510	0.587	0.496	- 0.128	0.021
7	2.480	1.359	0.527	0.441	0.155	0.016
8	2.240	1.422	0.568	0.482	- 0.015	0.019
9	2.080	1.397	0.645	0.568	- 0.128	0.024
- 10	2.360	1.453	0.136	0.024	0.070	- 0.010
11	2.140	1.552	0.366	0.254	- 0.085	0.004
12	2.420	1.430	0.465	0.369	0.112	0.012
13	2.500	1.418	0.502	0.410	0.169	0.014
14	2.240	1.379	0.411	0.315	- 0.015	0.008
15	2.140	1.565	0.480	0.375	- 0.085	0.012
16	1.880	1.319	0.442	0.352	- 0.269	0.009
- 17	2.400	1.457	- 0.090	- 0.199	0.098	- 0.023
18	2.280	1.371	0.530	0.443	0.013	0.016
19	2.480	1.249	0.626	0.558	0.155	0.021
- 20	1.700	1.529	- 0.195	- 0.305	- 0.396	- 0.032
21	2.720	1.371	0.433	0.339	0.324	0.008
22	2.040	1.414	0.465	0.370	- 0.156	0.011
Scala : Media		49.74		Sigma	13.01	
Items : Media		2.26		Err. Misura	6.18	
Indice Omogeneità		0.14		Sigma	1.42	
Fedeltà (Alfa di Cronbach)		0.77				

Tabella 2 - Scala Concetto di Sé

Di seguito riportiamo anche la tabella che permette di vedere l'iter eseguito per ottenere l'alfa di Cronbach nel questionario che misura il senso di solitudine.

Senso di Solitudine						
Item	Media	Sigma	R Grezzo	R Corr.	Deviaz.	Alfa Differ.
1	0.720	0.904	0.447	0.348	-0.453	0.020
-3	1.500	1.199	0.478	0.343	0.190	0.030
4	1.000	1.107	0.336	0.202	-0.222	0.009
-6	1.740	1.175	0.358	0.216	0.388	0.008
8	0.860	1.125	0.424	0.294	-0.337	0.020
-9	1.060	1.150	0.584	0.470	-0.172	0.048
10	0.580	0.928	0.342	0.232	-0.568	0.004
-12	1.560	1.264	0.103	-0.059	0.239	-0.029
-14	1.700	1.266	0.385	0.232	0.355	0.011
16	1.400	1.245	0.355	0.202	0.108	0.010
-17	1.660	1.118	0.302	0.164	0.322	0.003
-18	1.540	1.249	0.379	0.228	0.223	0.013
19	1.000	1.262	0.391	0.239	-0.222	0.015
-20	1.280	1.196	0.342	0.195	0.009	0.010
-21	1.240	1.188	0.411	0.271	-0.024	0.021
22	1.380	1.227	0.393	0.246	0.091	0.017
-24	1.360	1.321	0.608	0.476	0.075	0.056
Scala : Media	21.580		Sigma		7.783	
Items : Media	1.269		Err. Misura		4.783	
Indice Omogeneita'	0.099		Sigma		1.214	
Fedelta' (Alfa di Cronbach)	0.622					

Tabella 3 - Scala Senso di Solitudine

9.3. *Analisi delle medie degli items dei questionari*

Riportiamo la tabella che mostra le differenze delle medie degli *items*, dei quattro questionari somministrati.

Sigla	Questionario	Media
CLQ	Children's Loneliness Questionnaire	1.27
CPSC	Children's Perceived Self-Control Scale	1.53
SC	Self-Concept Scale for Children	2.22
WCQ	Ways of Coping Questionnaire	1.56

Tabella 4 - Medie dei questionari

Il seguente grafico mostra le oscillazioni delle medie degli *items* dei questionari.

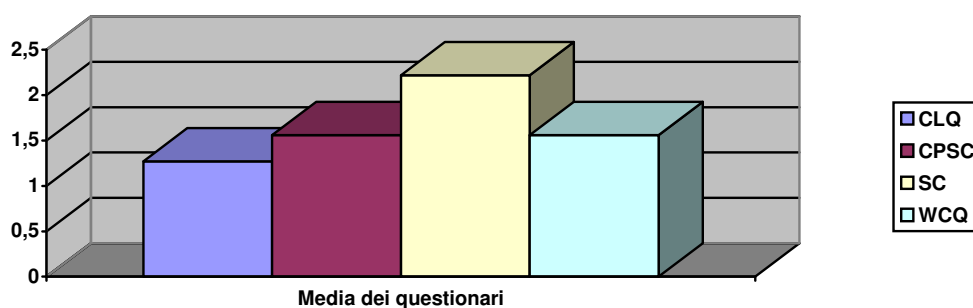


Grafico 1 - Media dei questionari

E' interessante notare come la media degli *items* della scala che misura il senso del sé sia quella più alta; e la media degli *items* della scala che misura il grado di solitudine sia quella più bassa.

9.4. *Analisi delle medie delle scale*

Nell'analisi delle medie delle scale abbiamo confrontato le medie dei questionari somministrati con le medie date dai manuali. I risultati ottenuti sono i seguenti:

- Nel CLQ la media riportata dal manuale è di 16 - 80; dove 16 indica il valore minimo e 80 il valore massimo; più la media si avvicina a 80 e più i soggetti si sentono soli. Nel

questionario somministrato la media è pari a 21.58; ciò significa che i soggetti non sperimentano un senso di solitudine, dato che il valore si avvicina più a 16 che non a 80.

- Nel CPSC la media riportata dal manuale è 0 – 11; dove 0 è il valore minimo e 11 è il valore massimo; più la media si avvicina a 11 e più i soggetti avranno una maggiore percezione di autocontrollo. Nel questionario la media complessiva è di 5.5, esattamente a metà della scala. Per avere una visione più completa analizziamo anche i valori delle sottoscale. Nella sottoscala ISC il valore della media deve essere compreso tra 0 e 4; nel nostro questionario il valore è pari a 2.12, si colloca pertanto nella fascia media. Ciò significa che i soggetti tendono ad un moderato autocontrollo interpersonale. Nella sottoscala PSC il valore della media dovrebbe essere compreso tra 0 e 3; nel nostro questionario il valore è pari 1.24, ciò significa che anche in questo caso i soggetti tendono ad avere un livello medio di autocontrollo personale. Nella sottoscala SE il valore della media dovrebbe essere compreso tra 0 e 2; nel nostro questionario il valore è pari a 1.24, ciò significa che nel nostro caso, i soggetti tendono ad avere un buon livello di autovalutazione.
- Nel SC la media riportata dal manuale è 22 – 110; più la media si avvicina a 110, e più i soggetti avranno un alto concetto di sé. Nel questionario somministrato la media ha un valore pari 48.93; ciò significa che il valore è più vicino a 22 e pertanto i soggetti presi in esame hanno un basso livello del concetto di sé.

9.5. *Analisi del WCQ*

Nel seguente paragrafo riportiamo l'analisi del WCQ nelle medie degli *items* e delle sottoscale.

9.5.1. *Analisi della media degli items del WCQ*

Qui di seguito riportiamo la tabella che mostra le medie di singoli *items* del WCQ.

N°	Items	Media
1.	Mi sono concentrato esclusivamente su quello che dovevo fare per quel problema.	1.62
2.	Ho fatto qualcosa in cui non credevo, però perlomeno non sono rimasto senza fare niente.	1

N°	Items	Media
3.	Ho cercato di trovare il responsabile per fargli cambiare opinione.	1.38
4.	Ho parlato con qualcuno per avere più informazioni sulla situazione.	1.68
5.	Mi sono auto-criticato o rimproverato.	1.44
6.	Non mi sono arreso, ma ho lasciato qualche spiraglio aperto.	1.62
7.	Ho creduto che potesse accadere un miracolo.	1.7
8.	Sono andato avanti nella mia vita (semplicemente alcune volte sono sfortunato).	1.7
9.	Ho continuato a vivere come se non fosse successo niente.	1.48
10.	Ho cercato di tenere per me i miei sentimenti.	1.68
11.	Ho continuato a sperare, per così dirlo; ho cercato di guardare le cose nel loro lato positivo.	1.5
12.	Ho dormito più del solito.	1.46
13.	Ho manifestato la mia rabbia alle persone responsabili del mio problema.	1.8
14.	Ho accettato la simpatia e la comprensione di alcune persone.	1.58
15.	Mi sono sentito incapace di fare qualcosa di creativo.	1.62
16.	Ho cercato di dimenticarmi di tutto.	1.6
17.	Ho cercato l'aiuto di un professionista.	1.38
18.	Sono cambiato, sono maturato come persona.	1.66
19.	Mi sono scusato o ho fatto qualcosa per rimediare.	1.62
20.	Ho creato un piano di azione e l'ho seguito.	1.28
21.	In qualche modo ho espresso i miei sentimenti.	1.54
22.	Mi sono reso conto che io sono stato la causa del problema.	1.3
23.	Sono uscito dall'esperienza meglio di quanto non ne sia entrato.	1.34
24.	Ho parlato con qualcuno che potesse fare qualcosa di concreto per il mio problema.	1.5
25.	Ho provato a sentirmi meglio mangiando, giocando o guardando la televisione.	1.62
26.	Ho preso una decisione importante o ho fatto qualcosa di rischioso.	1.36
27.	Ho cercato di non agire troppo di fretta o di non lasciarmi trasportare dal primo impulso.	1.5
28.	Ho creduto che potesse accadere qualcosa di nuovo.	1.54
29.	Ho riscoperto ciò che è importante nella vita.	1.74
30.	Ho cambiato qualcosa perché le cose fossero migliori.	1.88
31.	Ho evitato di stare con la gente.	1.5
32.	Non ho permesso che il problema mi vincesses; ho rifiutato di pensare al problema per molto tempo.	1.62

N°	Items	Media
33.	Ho chiesto a una zia o a un compagno e ho seguito il loro consiglio.	1.4
34.	Ho nascosto agli altri quanto le cose andassero male.	1.68
35.	Non ho preso sul serio la situazione, mi sono rifiutato di considerarla seriamente.	1.44
36.	Ho raccontato a qualcuno come mi sentivo.	1.34
37.	Ho mantenuto la mia posizione e ho lottato per quello che volevo.	1.3
38.	Mi sono isolato.	1.46
39.	Ho fatto ricorso a esperienze passate; già mi ero imbattuto prima in situazioni simili.	1.62
40.	Sapevo quello che dovevo fare, così che mi sono rimboccato le maniche per far sì che le cose andassero nel verso giusto.	1.7
41.	Mi sono rifiutato di credere a ciò che era successo.	1.52
42.	Ho promesso a me stesso che le cose sarebbero state diverse la prossima volta.	1.8
43.	Ho pensato a un paio di soluzioni diverse per affrontare il problema.	1.2
44.	Ho fatto in modo che i miei sentimenti non interferissero troppo nelle altre situazioni.	1.36
45.	Ho cambiato qualcosa di me stesso.	1.54
46.	Ho desiderato che in qualche modo la situazione svanisse o terminasse.	1.54
47.	Ho fantasticato o immaginato il modo in cui sarebbero potute cambiare le cose.	1.56
48.	Ho pregato.	1.8
49.	Ho ripassato mentalmente quello che avrei fatto o detto.	1.8
50.	Ho pensato come avrebbe dominato la situazione qualche persona che ammiro e l'ho presa come modello.	1.56

Tabella 5 - Media degli items WCQ

Nell'Item 29 (Ho riscoperto quello che è importante nella vita) la media è 1.74; e nell'item 30 (Ho cambiato qualcosa perché le cose fossero migliori) la media è di 1.88; sono quelle più alte, il che significa che sono stati gli items più compresi dai bambini ed a cui hanno risposto maggiormente.

9.5.2. Media delle Sottoscale del WCQ

Qui di seguito presentiamo le tabelle e i relativi grafici, che permettono di evidenziare le oscillazioni, delle sottoscale.

9.5.2.1. Distanziamento

La tabella mostra le medie degli *items* relativi alla strategia di Coping del distanziamento.

N°	Items	Media
8.	Ho seguito con il mio destino (semplicemente alcune volte sono sfortunato).	1.7
9.	Ho proseguito come se non fosse successo niente.	1.48
11.	Ho cercato un filo di speranza, per così dirlo; ho cercato di guardare le cose per il loro lato positivo.	1.5
16.	Ho cercato di dimenticarmi di tutto.	1.6
32.	Non ho permesso che mi vincesse; ho rifiutato di pensare al problema per molto tempo.	1.62
35.	Non ho preso sul serio la situazione, mi sono rifiutato di considerarla seriamente.	1.44
Media		1.56

Tabella 6- WCQ, items sottoscala distanziamento

Dalla tabella si può dedurre che la media dell'*item* 8 è la più alta, pari a 1.7. Ciò significa che i bambini tendono utilizzare la strategia del distanziamento soprattutto nell'*item* che considera il problema come dato dal destino.

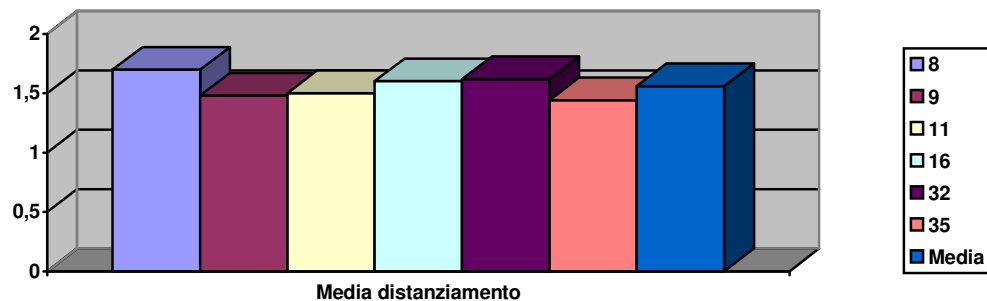


Grafico 2 - WCQ, media sottoscala distanziamento

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie degli *items*. La media tra queste è pari a 1.56.

9.5.2.2. Fuga e Evitamento

La tabella mostra le medie degli *items* relativi alla strategia di Coping della fuga o evitamento.

N°	Items	Media
7.	Ho creduto che potesse accadere un miracolo.	1.7
12.	Ho dormito più del solito.	1.46
25.	Ho provato a sentirmi meglio mangiando, giocando o guardando la tele.	1.62
31.	Ho evitato di stare con la gente in generale.	1.5
38.	Mi sono isolato.	1.46
41.	Mi sono rifiutato di credere a ciò che era successo.	1.52
46.	Ho desiderato che la situazione svanisse o terminasse in qualche modo.	1.54
47.	Ho fantasticato o immaginato il modo in cui sarebbero potute cambiare le cose.	1.56
Media		1.54

Tabella 7 - WCQ, items sottoscala fuga e evitamento

Dalla tabella si può dedurre che la media dell'Item 7 è la più alta, pari a 1.7. Ciò significa che i bambini tendono utilizzare la strategia dell'evitamento soprattutto nell'item che considera la eventuale soluzione del problema come risultato di un miracolo.

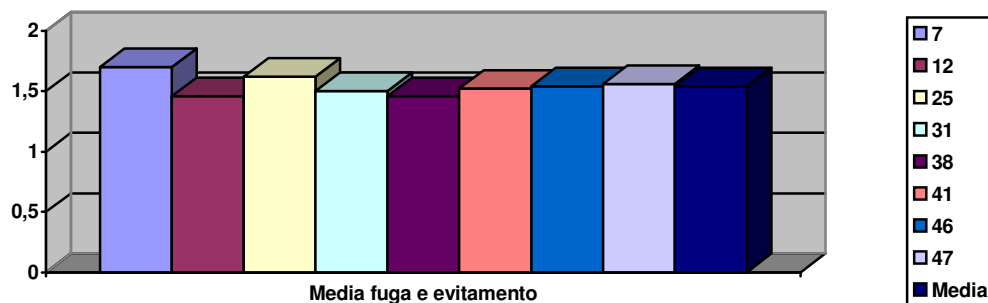


Grafico 3- WCQ, media sottoscala fuga e evitamento

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie degli *items*. La media tra queste è pari a 1.54.

9.5.2.3. Accettazione di responsabilità

La tabella mostra le medie degli *items* relativi alla strategia di Coping della accettazione di responsabilità.

N°	Items	Media
5.	Mi sono criticato o rimproverato.	1.44
19.	Mi sono scusato o ho fatto qualcosa per compensare.	1.62
22.	Mi sono reso conto che io sono stato la causa del problema.	1.3
42.	Ho promesso a me stesso che le cose sarebbero state diverse la prossima volta.	1.8
Media		1.54

Tabella 8 - WCQ, items sottoscala accettazione di responsabilità

Dalla tabella si può dedurre che la media dell'*item* 19 è la più alta, pari a 1.62. Ciò significa che i bambini tendono utilizzare la strategia dell'accettazione di responsabilità soprattutto nell'*item* che considera la eventuale soluzione del problema solo se il soggetto accetta la sua responsabilità.

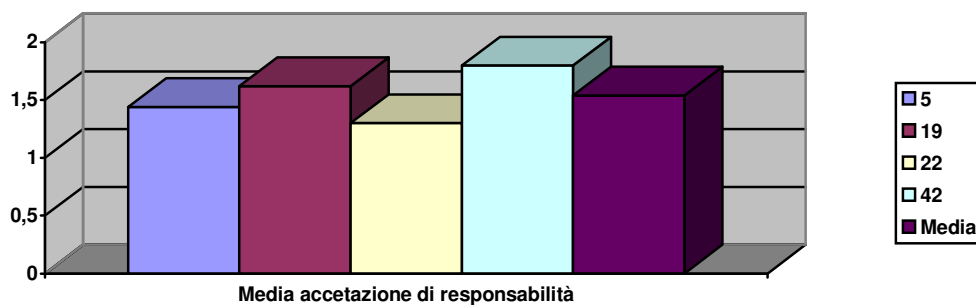


Grafico 4 - WCQ, media sottoscala accettazione di responsabilità

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie degli *items*. La media tra queste è pari a 1.54.

9.5.2.4. Autocontrollo

La tabella mostra le medie degli *items* relativi alla strategia di Coping dell'autocontrollo.

N°	Items	Media
6.	Non mi sono arreso, ma ho lasciato qualche possibilità aperta.	1.62
10.	Ho cercato di tenere per me i miei sentimenti.	1.68
27.	Ho cercato di non agire troppo di fretta o di lasciarmi trasportare dal primo impulso.	1.5
34.	Ho nascosto agli altri quanto le cose mi andassero male.	1.68
44.	Ho cercato che i miei sentimenti non interferissero troppo nelle altre cose.	1.36
49.	Ho ripassato mentalmente quello che avrei fatto o detto.	1.8
50.	Ho pensato come avrebbe dominato la situazione qualche persona che ammiro e l'ho presa come modello.	1.56
Media		1.6

Tabella 9 - WCQ, items sottoscala autocontrollo

Dalla tabella si può dedurre che la media degli *Item* 10 e 34 sono le più alte, pari a 1.68. Ciò significa che i bambini tendono utilizzare la strategia dell'autocontrollo soprattutto negli *item* che considerano la eventuale soluzione del problema solo se il soggetto si controllo nei sentimenti, senza manifestarli ad altri.

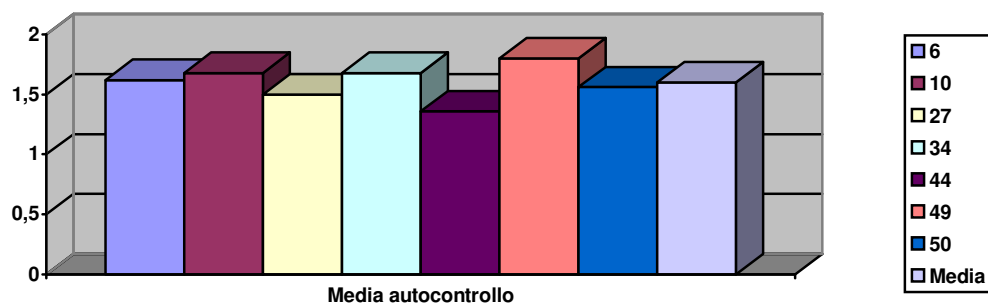


Grafico 5 - WCQ, media sottoscala autocontrollo

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie degli *items*. La media tra queste è pari a 1.6.

9.5.2.5. Ricerca di sostegno sociale

La tabella mostra le medie degli *items* relativi alla strategia di Coping della ricerca del sostegno sociale.

N°	Items	Media
4.	Ho parlato con qualcuno per sapere di più della situazione.	1.68
14.	Ho accettato la simpatia e la comprensione di alcune persone.	1.58
17.	Ho cercato l'aiuto di un professionista.	1.38
24.	Ho parlato con qualcuno che potesse fare qualcosa di concreto per il mio problema.	1.5
33.	Ho chiesto a una zia o a un compagno e ho seguito il loro consiglio.	1.4
36.	Ho raccontato a qualcuno come mi sentivo.	1.34
Media		1.48

Tabella 10 - WCQ, items sottoscala ricerca di sostegno sociale

Dalla tabella si può dedurre che la media dell'*item* 4 è il più alto, pari a 1.68. Ciò significa che i bambini tendono utilizzare la strategia della ricerca del sostegno sociale soprattutto nell'*item* che considera la eventuale soluzione del problema solo se il soggetto comunica con altri per avere maggiori informazioni sulla situazione.

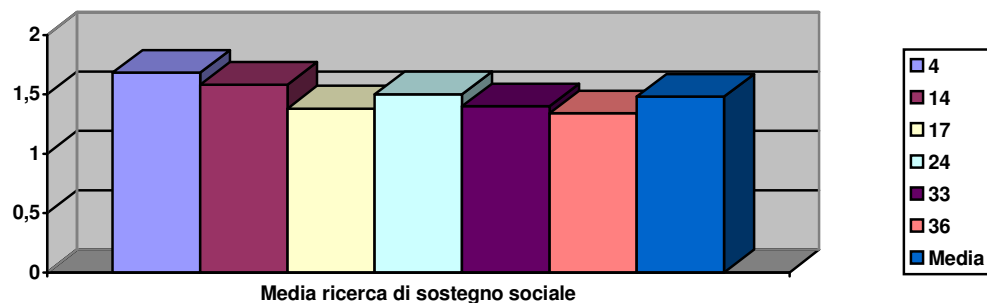


Grafico 6 - WCQ, media sottoscala ricerca di sostegno sociale

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie degli *items*. La media tra queste è pari a 1.48.

9.5.2.6. Rivalutazione del problema

La tabella mostra le medie degli *items* relativi alla strategia di Coping della rivalutazione del problema.

N°	Items	Media
15.	Mi sono sentito incapace di fare qualcosa di creativo.	1.62
18.	Sono cambiato, sono maturato come persona.	1.66
23.	Sono uscito dall'esperienza meglio di quanto non sia entrato.	1.34
28.	Ho avuto fede in qualcosa di nuovo.	1.54
29.	Ho riscoperto quello che è importante nella vita.	1.74
45.	Ho cambiato qualcosa di me stesso.	1.54
48.	Ho pregato.	1.8
Media		1.61

Tabella 11 - WCQ, items sottoscala rivalutazione del problema

Dalla tabella si può dedurre che la media dell' *Item 29* è il più alto, pari a 1.8. Ciò significa che i bambini tendono utilizzare la strategia della rivalutazione del problema soprattutto nell' *item* che considera la eventuale soluzione del problema solo se il soggetto prega.

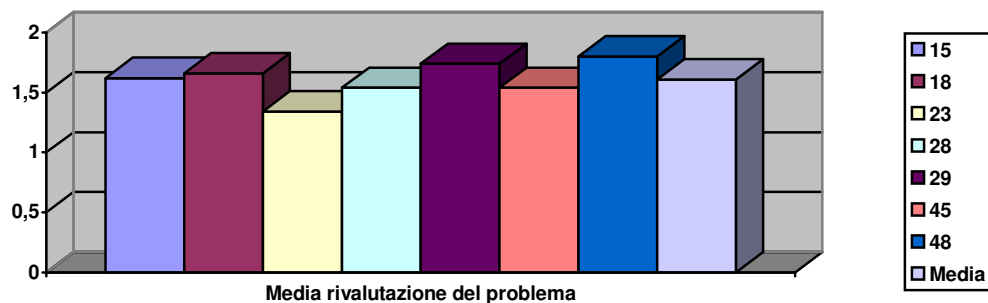


Grafico 7 - WCQ, media sottoscala rivalutazione del problema

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie degli *items*. La media tra queste è pari a 1.61.

9.5.2.7. Coping di confronto

La tabella mostra le medie degli *items* relativi alla strategia di Coping di confronto.

N°	Items	Media
2.	Ho fatto qualcosa in cui non credevo, però perlomeno non sono rimasto senza fare niente.	1
3.	Ho cercato di trovare il responsabile per fargli cambiare opinione.	1.38
13.	Ho manifestato la mia rabbia alle persone responsabili del mio problema.	1.8
21.	In qualche modo ho espresso i miei sentimenti.	1.54
26.	Ho preso una decisione importante o ho fatto qualcosa rischiosa.	1.36
37.	Ho mantenuto la mia posizione e ho lottato per quello che volevo.	1.3
Media		1.4

Tabella 12 - WCQ, items sottoscala Coping di confronto

Dalla tabella si può dedurre che la media dell' *Item* 13 è il più alto, pari a 1.8. Ciò significa che i bambini tendono utilizzare la strategia della ricerca del confronto soprattutto nell' *item* che considera la eventuale soluzione del problema solo se il soggetto manifesta ai responsabili i suoi sentimenti.

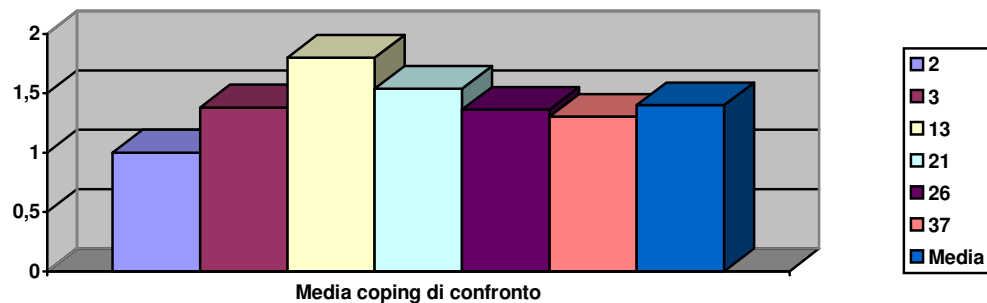


Grafico 8 - WCQ, media sottoscala Coping di confronto

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie degli *items*. La media tra queste è pari a 1.4.

9.5.2.8. Risoluzione programmata del problema

La tabella mostra le medie degli *items* relativi alla strategia di Coping della soluzione programmata del problema.

N°	Items	Media
1.	Mi sono concentrato esclusivamente su quello che dovevo fare in quel problema.	1.62
20.	Ho sviluppato un piano di azione e l'ho seguito.	1.28
30.	Ho cambiato qualcosa perché le cose fossero migliori.	1.88
39.	Ho fatto ricorso a esperienze passate; già mi ero imbattuto prima in situazioni simili.	1.62
40.	Sapevo quello che dovevo fare, così che mi sono rimboccato le maniche per far sì che le cose andassero nel verso giusto.	1.7
43.	Ho proposto un paio di soluzioni diverse al problema.	1.2
Media		1.55

Tabella 13 - WCQ, items sottoscala risoluzione programmata del problema

Dalla tabella si può dedurre che la media dell' *Item* 30 è il più alto, pari a 1.88. Ciò significa che i bambini tendono utilizzare la strategia della risoluzione programmata del problema soprattutto nell' *item* che considera la eventuale soluzione solo se il soggetto cambia le cose affinché siano migliori.

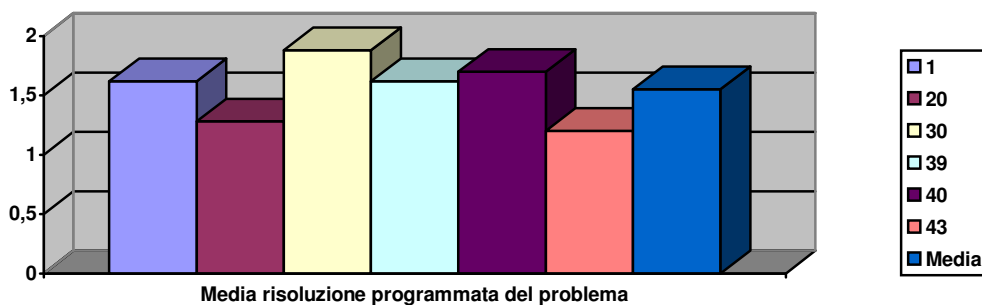


Grafico 9 - WCQ, media sottoscala risoluzione programmata del problema

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie degli *items*. La media tra queste è pari a 1.55.

9.5.2.9. Media delle sottoscale

Il grafico mostra le oscillazioni tra le medie . Si può notare che la strategia che viene più utilizzata è quella della rivalutazione del problema in quanto la media è la più elevata.

Sottoscale	Media delle sottoscale
Distanziamento	1,54
Fuga	1,54
Accettazione di responsabilità	1,54
Autocontrollo	1,6
Ricerca sostegno sociale	1,48
Rivalutazione del problema	1,61
Coping di confronto	1,39
Risoluzione programmata del problema	1,55
Media	1,53

Tabella 14 - WCQ, media delle sottoscale

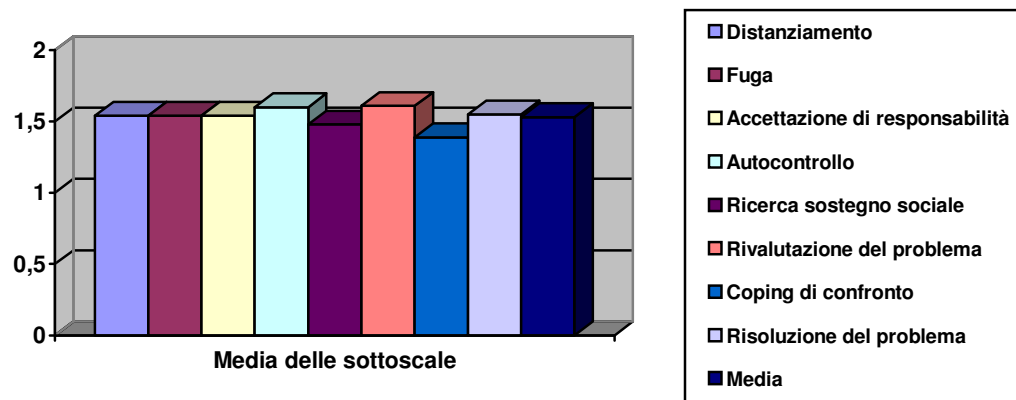


Grafico 10 - WCQ, media delle sottoscale

9.6. Analisi della Varianza

All'interno del campione è stata effettuata una analisi della varianza, sugli strumenti risultati validi, in base ai seguenti parametri: età; anni di permanenza in istituto; sesso;

presenza-assenza dei genitori; riuscita scolastica. Nella parte che segue riportiamo solo le differenze risultate significative, con un valore p uguale o inferiore a 0.05.

9.6.1. Dati Anagrafici

La prima suddivisione del campione in 3 sottogruppi viene fatta in base ai dati anagrafici:

- Primo gruppo: età 7 - 9,
- Secondo gruppo: età 10 - 12.
- Terzo gruppo: età 13 - 14.

Nel SC il confronto tra il secondo e il terzo gruppo presenta un valore p di 0.04; dove la media del secondo gruppo è pari a 2.34 e la media del terzo gruppo è pari a 1.85. sembra pertanto che i soggetti di età compresa tra 10 e 12 anni abbiano un migliore concetto di sé rispetto a quelli di età superiore.

9.6.2. Anni in Istituto

La seconda suddivisione viene eseguita in base agli anni che i bambini hanno trascorso nell'Istituto:

- Primo gruppo: dai 2 ai 3 anni di permanenza,
- Secondo gruppo: dai 4 ai 5 anni di permanenza,
- Terzo gruppo: dai 6 agli 8 anni di permanenza.

La varianza nel CPSC ha un valore p significativo solo nel confronto tra il primo e terzo gruppo, esso è pari a 0.03. La media del primo gruppo è pari a 3.12, nel terzo gruppo è pari a 2.42; questo dato è significativo in quanto aiuta a comprendere che i soggetti che hanno trascorso più anni istituto hanno una percezione di autocontrollo inferiore rispetto a coloro che ne hanno trascorso meno anni. Nello specifico riportiamo i valori anche delle sottoscale del CPSC, che sono risultati significativi:

- nella sottoscala ISC la significatività p è pari a 0.02 ed è data dal confronto tra la media del primo gruppo (0.67) e quella del secondo gruppo (0.45). Ciò significa che i bambini

che hanno un buon autocontrollo interpersonale sono quelli che hanno trascorso meno anni in istituto.

- nella sottoscala PSC si riscontra un p pari a 0.04 dovuto al confronto tra la media del primo gruppo (0.46) e quella del terzo (0.28). Pertanto, si evidenzia che i soggetti con meno anni di istituto alle spalle presentano un maggior autocontrollo personale rispetto a quelli con più anni di permanenza. Per quanto riguarda la significatività rilevata nel confronto delle medie tra il secondo (0.46) e il terzo gruppo (0.28), si registra che essa è pari a 0.02. Ciò indica che i bambini con più anni in istituto hanno un minor autocontrollo personale.

La varianza nel SC presenta una significatività p di 0.01 nel confronto tra le medie del primo (2.41) e del terzo gruppo (1.88). Ciò indica che i soggetti che hanno trascorso dai 2 ai 3 anni in istituto hanno un miglior concetto di sé rispetto a coloro che hanno trascorso dai 6 agli 8 anni. Andamento analogo si registra nel confronto tra le medie del secondo (2.37) e del terzo gruppo (1.88) con un valore p pari a 0.01.

10. Risultati e sintesi finale

Da quanto emerso sino ad ora, possiamo riassumere i dati precedentemente presentati.

- Nell' Items analysis, sono risultati validi solo il CLQ e l'SC. Questo significa che i bambini hanno interpretato correttamente lo stimolo dei questionari; in altri termini essi hanno compreso le domande e risposto in modo adeguato e coerente con il loro stato d'animo. Le scale che misurano il senso di solitudine e il concetto di sé sono risultate dunque valide per essere applicate ai soggetti in esame. Per quanto riguarda il WCQ e il CPSC si è riscontrato non sono stati compresi, ossia che gli stimoli trasmessi dalle domande non sono stati correttamente interpretati. In particolare per quanto riguarda il WCQ possiamo concludere che oltre a non essere valido come strumento di ricerca per detto campione, esso non sia stato compreso correttamente in quanto i soggetti presi in esame non hanno la struttura mentale o emotiva per mettere insieme gli items. Quest'ultimo punto rappresenta per noi un importante dato scientifico,

che ci permette di comprendere in maniera più approfondita la popolazione che è stato oggetto di indagine.

- Nell'analisi della media delle scale nel CLQ abbiamo riscontrato che i soggetti a cui abbiamo somministrato la scala non sperimentano un senso di solitudine. Per quanto riguarda il CPSC i soggetti hanno una percezione dell'autocontrollo esattamente nella media; nella sottoscala ISC i soggetti tendono ad avere un buon livello di autocontrollo interpersonale; nella sottoscala PSC i soggetti tendono ad avere un basso livello di autocontrollo personale; nella sottoscala SE i soggetti tendono ad avere un buon livello di autocontrollo. Nel SC i soggetti non hanno un buon livello de senso del sé.
- Nella media delle sottoscale del WCQ, la strategia di coping più utilizzata in media dai bambini è la rivalutazione del problema.
- Nell'analisi della varianza sono rilevanti i risultati ottenuti dall'SC, dove i soggetti di età compresa tra 10 e 12 anni abbiano un migliore concetto di sé rispetto a quelli di età superiore. Nel CPSC i soggetti che hanno trascorso più anni istituto hanno una percezione di autocontrollo inferiore rispetto a coloro che ne hanno trascorso meno anni. Nello specifico delle sottoscale: nell' ISC i bambini che hanno un buon autocontrollo interpersonale sono quelli che hanno trascorso meno anni in istituto; nella PSC che i soggetti con meno anni di istituto alle spalle presentano un maggior autocontrollo personale rispetto a quelli con più anni di permanenza; per quanto riguarda la significatività rilevata si deduce che i bambini con più anni in istituto hanno un minor autocontrollo personale. La varianza nel SC presenta una significatività che indica che i soggetti che hanno trascorso meno anni in istituto hanno un miglior concetto di sé rispetto a coloro che hanno trascorso più anni.

Capitolo terzo

BENESSERE NEI BAMBINI ISTITUZIONALIZZATI

Questo terzo ed ultimo capitolo rappresenta la conclusione del nostro lavoro. Esso vuole essere una raccolta di riflessioni conclusive sul lavoro effettuato in Cile. Personalmente ritengo che il concetto di benessere sia fondamentale, soprattutto se inserito nel contesto dei minori istituzionalizzati.

Prima di affrontare il benessere nella realtà del Centro di Quinta, riteniamo utile considerare le problematiche dei minori del Centro, per poi poter ipotizzare futuri progetti educativi che mirino al benessere mentali di questi bambini.

Il seguente capitolo si articola in cinque brevi paragrafi nel seguente ordine: concetto di benessere, analisi delle problematiche dei bambini, benessere nei bambini istituzionalizzati, compiti aperti, conclusioni personali sul lavoro effettuato.

3. Concetto di benessere

In molti sono stati, tra filosofi, letterati e psicologi, a cercare di trovare una risposta al concetto di benessere. Forse, alla fine, più che trovare la giusta definizione, ci si rende conto che, questa non sarà mai imprescindibile e separabile dall'idea stessa che l'essere umano ha del senso della sua vita, in quanto uomo ed umanità. La costante e continua ricerca del comprendere gli eventi della vita, positivi e negativi, che sono propri dell'esistere, permette di individuare una corretta visione del benessere.

Per quanto riguarda la disciplina psicologica, essa si è occupata, fin dalle sue origini, del benessere, o meglio, del malessere o, della condizione in cui il benessere manca.

Dalla assenza dei sintomi di malessere, quali le emozioni negative ed i disturbi ad essa collegati: ansia, depressione, inquietudine; si poteva parlare di benessere. Di recente si considera la condizione di benessere in quanto tale, intesa cioè nella sua dimensione positiva; da cui sono stati individuati costrutti teorici che permettono una valutazione di detta condizione.

Una prima direzione si è concentrata sul benessere soggettivo, che corrisponde all'esperienza personale di benessere. Nel tentativo di individuare delle scale attendibili di misurazione oggettiva della qualità della vita, nasce l'interesse in settori specifici (salute mentale, qualità della vita, gerontologia) per il benessere soggettivo. Le ricerche nel campo hanno portato ad approfondire la natura della componente dell'esperienza individuale e le variabili , interne ed esterne, ad essa correlate. Ne deriva la concettualizzazione del benessere come esperienza emozionale positiva correlata con sentimenti di soddisfazione nei confronti della propria vita (Diener, 1984).

Una seconda direzione di analisi parte dal tentativo di superare il concetto di benessere come “assenza di malessere”, proponendo il benessere psicologico, come funzionamento psicologico ottimale o “salute mentale positiva”. In questa linea di pensiero il benessere soggettivo diventa un indicatore di benessere psicologico, strettamente collegato con gli altri indicatori ma non sufficiente da solo a definirne lo stato di salute mentale (Diener *et al.*, 1997).

Entrambe le prospettive concepiscono il benessere come un fenomeno individuale. Recentemente si è riconosciuta l'importanza dell'influenza del contesto sociale nella salute fisica e psichica, tanto da portare alcuni autori a proporre il costrutto di benessere (o salute) sociale, inteso come la qualità delle relazioni sociali dell'individuo nell'ambito della propria comunità, e del funzionamento al suo interno (Larson, 1993; Keyes, 1998).

11. Analisi delle problematiche dei bambini di Quinta

Consideriamo, alla luce dei risultati ottenuti con l'indagine sulle strategie di Coping, quali sono le problematiche riscontrate nei bambini che sono stati oggetto di studio.

- La prima problematica, affrontata nel corso della scelta del campione, è stata quella di rendersi conto che il campione sarebbe stato molto ridotto rispetto a quello preventivato precedentemente.
- Su 180 bambini di età compresa fra 0 e 14 anni, solo il 50 erano in grado di leggere anche se in estrema difficoltà. Questo ci ha messo in difficoltà perché tra le problematiche prese in considerazione non rientrava il tasso di scarsa alfabetizzazione.

- Per quanto concerne le problematiche emerse dai questionari somministrati, abbiamo rilevato che il nostro principale strumento di ricerca non si è dimostrato valido per il nostro campione; a questo si è aggiunta la scarsità del campione che non ha permesso di poter fare una valida analisi fattoriale. Ciò nonostante il WCQ ci ha fornito dei dati rilevanti sui soggetti, poiché essi non avendo compreso lo stimolo offerto dal questionario, hanno dimostrato di avere una struttura mentale ed emotiva incapace di mettere insieme degli *items*.
- Nell'analizzare i dati emersi dal CLQ, abbiamo riscontrato che i soggetti in analisi non presentano un alto livello di solitudine, pure trattandosi di bambini istituzionalizzati.
- Inoltre possiedono una percezione di autocontrollo esattamente nella media (CPSC).
- Senza dubbio nell'analisi della varianza, sono emerse le problematiche fondamentali dei soggetti per cui maggiori sono gli anni trascorsi in istituto, minore sarà la percezione del sé e l'autocontrollo.

12. Benessere nei bambini istituzionalizzati

Avendo una definizione teorica del concetto di benessere, vediamo come tale concetto può essere applicato ai bambini dell'istituto di Quinta de Tilcoco.

Se consideriamo che l'idea del benessere non può essere separabile dall'idea stessa che il soggetto ha del senso della sua vita e che la corretta visione di questa è dalla ricerca nel comprendere gli eventi della vita, positivi e negativi, per questi bambini il benessere di potrebbe raggiungere solo se essi riuscissero ad avere un buon concetto di se stessi e un buon livello di auto-consapevolezza.

In Cile si ritiene che la corretta istituzionalizzazione dei bambini porterà ad un buon livello di benessere soggettivo. Ciò implica che i bambini crescano con persone reputate competenti, ottimi professionisti, ma con scarsa capacità di comunicazione a livello affettivo.

Secondo il Servizio Nazionale dei Minori del Cile (SE.NA.ME.) gli istituti di massa, quelli cioè che sono in grado di ospitare più di 60 minori, dovranno essere chiusi per dar

posto a istituti più “umani”, meno alienanti, che abbiano la configurazione di case-famiglia. Questo perché si dia più attenzione al singolo e non ad un gruppo.

Questa legge è stata applicata a tutti gli istituti in Cile, solo l’istituto di Quinta de Tilcoco è rimasto in vita, proprio in virtù del fatto che sia l’unico che ospita 180 bambini e che abbia la capacità al contempo di offrire attenzione al singolo, proprio per come è strutturato (cfr. cap 2 §2.2.).

Il benessere dunque, per i bambini istituzionalizzati può esistere se essi vivono in un contesto dove vengono stimolati sia da un punto di vista umano e affettivo, sia da un punto di vista cognitivo comportamentale. Chi si occupa di loro deve avere capacità di entrare in contatto con bambini che hanno sofferto, ma allo stesso tempo avere sufficienti competenze per affrontare le problematiche di questi bambini.

Partendo dal presupposto che il luogo migliore dove il bambino deve crescere è la famiglia, non sarà solo la riduzione del numero dei bambini accolti in istituto a garantire il clima familiare, se non si interviene anche sulla qualità umane delle prestazioni fornite dagli operatori.

13. Compiti aperti

Alla luce della ricerca fatta ci poniamo dei futuri obiettivi sia per quanto riguarda la validazione degli strumenti utilizzati, sia per quanto riguarda l’importanza dell’aspetto umano che si evidenzia in questa ricerca.

- Sebbene la ricerca non ci abbia permesso di evidenziare le strategie di coping più frequenti, essa ha lasciato emergere i bambini non hanno la struttura mentale o emotiva che permetta loro di definire i propri contenuti psichici. Il primo compito che ci proponiamo è quello di costruire un progetto che aiuti i bambini di Quinta de Tilcoco a ritrovare un equilibrio mentale e emotivo con se stessi.
- Abbiamo riscontrato che il WCQ non è risultato uno strumento valido ed attendibile per la popolazione oggetto di indagine. Supponiamo che questo non sia dovuto solamente allo scarso numero del campione, ma al fatto che gli *items* non tengano conto della scarsa scolarizzazione. Il secondo compito che ci poniamo, come obiettivo futuro da raggiungere, sarà quello di costruire uno strumento di ricerca che possa

valutare le strategie di coping utilizzate dai minori dagli 8 ai 14 anni, che sia comprensibile alla popolazione locale di riferimento e allo stesso tempo valido in un contesto più ampio, quale quello regionale e nazionale.

- Un altro obiettivo futuro sarà quello di definire un progetto preventivo-promozionale che miri al rafforzamento delle strategie di coping funzionali nei bambini, affinché possa essere applicato alla popolazione presa in esame in questa indagine.

Conclusioni

Nelle seguenti conclusioni vorrei fare un punto della situazione sul lavoro effettuato. Sono consapevole del fatto che si potrebbero trovare incongruenze di tipo metodologico ed errori di battitura. Nonostante queste piccole distrazioni sono soddisfatta del lavoro che ho portato a termine, sia da un punto di vista di metodologia che di contenuti affrontati.

Credo che nel complesso il lavoro sia valido a livello scientifico, anche se non nego che sia diverso da ciò che avevo preventivato; penso che sia proprio questo che ci si deve aspettare nel momento in cui si decide di intraprendere il cammino della ricerca.

Per quanto riguarda il primo capitolo ho affrontato le tematiche che ritenevo essere le più appropriate per il mio elaborato, consapevole del fatto che ho omesso molte fonti, molte ricerche, e vari autori. Ho ritenuto rilevante citare solo quegli aspetti del Coping che, a mio parere, erano interessanti e funzionali per il mio lavoro.

Il secondo capitolo, la ricerca sperimentale, è stato il frutto di molte indagini prelieve per quanto riguarda la scelta degli strumenti di ricerca più appropriati; il lavoro effettuato sul campo è stato complesso, per mancanza di soggetti che rispondessero alle caratteristiche richieste; lo scarso numero dei soggetti del campione ha portato ad avere difficoltà soprattutto nella valutazione degli strumenti di ricerca, oltre che nell'analisi dei dati emergenti. Ciò nonostante i risultati ottenuti sono validi come dati scientifici, e consentono di avere una idea più chiara sia sul campione preso in esame che sulla popolazione del Centro de Proteccìon de Menores. I risultati della ricerca lasciano molti spiragli per un futuro lavoro di ricerca sulle strategie di Coping, visto che il principale strumento di lavoro, il WCQ, si è dimostrato essere uno strumento poco attendibile per quel tipo di realtà.

Nel terzo capitolo ho presentato delle riflessioni conclusive e personali sul lavoro effettuato, all'interno del quale evidenzio i punti su cui si potrebbe integrare il concetto di benessere nei bambini istituzionalizzati. Sarebbe interessante anche l'ipotesi di un progetto preventivo promozionale che miri a rafforzare le strategie di Coping nei bambini presi in esame; punto che mi prometto di sviluppare in un futuro non lontano.

In sintesi mi ritengo soddisfatta per il lavoro presentato, perché mi sono sforzata di integrare sia le motivazioni che mi hanno spinto sin dall'inizio ad intraprendere questo cammino, sia le mie capacità di sviluppare un tema complesso e ancora tanto discusso come il Coping, sia le competenze che ho acquisito in questi anni di studio nel campo della psicologia, sia la caparbità che mi ha permesso di continuare a portare avanti quest'indagine anche quando, apparentemente, non esistevano più i presupposti umani e personali per portarla a compimento.

Colgo ancora l'occasione per affermare che il supporto professionale, umano e pratico dei colleghi, amici, professori, e relatrice, sono stati fondamentali e necessari durante tutto il percorso di elaborazione; ed assolutamente indispensabili nella stesura definitiva del lavoro.

Bibliografia

ALHEIT P. - S. BERGAMINI (1996), *Storie di vita*, Milano, Guerini Studio.

ALPARONE F. R. - M. PREZZA (1998), *Le modalità di Coping e la loro stabilità in relazione alle caratteristiche degli eventi stressanti*, Paper presentato al Convegno di Psicologia della Salute, Milano, marzo 1998.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1993), *Intruments for Practice*, Washinton DC, American Psycological Association.

AMIRKHAN J. H.(1990), *A Factor Analytically Derived Measure of Coping: The Coping Strategy Indicator*, in "Journal of Personality and Social Psychology", 59, pp. 1066-74.

ANTONOVSKY A. (1980), *Health, Stress and Coping*, San Francisco, Jossey Bass.

ASHER et alii, (1984), in *Intruments for Practice*, Washinton DC, American Psychological Association.

ASPINWALL I. G. - S. E. TAYLOR (1997), *A stitch in time; self- regulation and proactive Coping*, in "Psychological Bulletin", 121. pp.417-36.

BANDURA A. (1995), *Self-efficacy in Changing Societies*, Cambridge University Press, Cambridge (trad. It. *Il senso di autoefficacia*, Trento, Erikson).

BERG C.A. – S. P. MEEGAN – F.P. DEVINEY (1998), *A social-contextual model of coping with eveyday problems across the life span*, in "International Journal of Behavioural Development", 22, pp. 239.263.

- BILLINGS A. G. - R. H. MOOS (1981), *The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events*, in “ Journal of Behavioural Medicine”, 4, pp. 139-57.
- BOSMA H. - S. JACKSON (1990), *Coping and Self-concept in Adolescence*, Berlin, Springer-Verlag.
- BUUNK B. P. - F. X. GIBBONS (Edd.) (1997), *Health, Coping and Well-being*, Mahwan (NJ), Erlbaum.
- CARVAJAL VERA K. (2000), *Estudio descriptivo de la modificación de estrategias de afrontamiento*, Santiago, Universidad Santo Tomas, Escuela de Psicología.
- CARVER C. S. - M. F. SCHEIER - J. K. WEINTRAUB (1989), *Assessment Coping Strategies: A Theoretically Based Approach*, in “Journal of Personality and Social Psychology”, 56, pp. 267-83.
- COMPAS B. E. (1987) *Stress and Life Events during Childhood and Adolescence*, in “Clinical Psychology Review”, 7, pp.275-302.
- COMPAS B. E. (1998), *An Agenda for Coping Research and Theory: Basic and Applied Development Issues*, in “International Journal of Behavioural Development”, 22, pp. 231-7.
- DIENER E. (1984), *Subjective well-being*, in “Psychological Bulletin”, 95, pp.542-75.
- DIENER et alii (1997), *Recent findings on subjective well-being*, in “Indian Journal of Clinical Psychology”, 24, 1, pp. 25-41.
- ECKENRODE J. (1991), *The Social Context of Coping*, New York, Plenum.

- EMILIANI F. (1995), *Processi di crescita tra protezione e rischio*, in P. Di Blasio (Ed.), *Contesti relazionali e processi di sviluppo*, Milano, Cortina Editore.
- EPSTEIN S. - P. MEIER (1989), *Constructive Thinking: A Broad Coping Variable with Specific Components*, in "Journal of Personality and Social Psychology", 57. pp. 332-50.
- ERCOLANI A. P. - A. ARENI - L. MANETTI (1990), *La ricerca in Psicologia*, Roma, Carocci.
- FOLKMAN S. (1988), *Ways of Coping Questionnaire*, Mind Garden, Palo Alto.
- FOLKMAN S. (1992), *Making the Case for Coping*, in B.N. Carpenter (ed.), *Personal Coping: Theory, Research and Application*, Westport (CT), Praeger.
- FREUD A. (1967), *L'Io ed i meccanismi di difesa*, Firenze, Martinelli Editore (ed. or. 1936).
- FREUD S. (1967), *Opere*, Torino, Bollati Boringhieri.
- FRYDENBERG E. (1997), *Adolescent Coping. Theoretical and Research Perspective*, London, Routledge.
- GREENGLASS E. R. - R. SCHWARZER (1999), *The Proactive Coping Inventory*, tratto dal World Wide Web a maggio 1999 <http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/greenpci.htm>.
- GUGLIELMI D. - M. DEPOLO (1999), *Validazione italiana della Scala Tolosana del Coping*, Bologna, Rapporto del Dipartimento di Scienze dell'Educazione.
- HAAN N. (1965), *Coping and Defense Mechanisms Related to Personality Inventories*, in "Journal of Consulting Psychology", 29, pp. 373-8.

- HOLAHAN C. J. - R. H. MOOS - J. A. SCHAEFER (1996), *Coping, Stress, Resistance and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning*, in Zeidner, Endler (Edd..) (1996).
- HOLAHAN C. J. - R. M. MOOS (1987), *Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies*, in "Journal of Personality and Social Psychology", 52, pp. 946-55.
- HUMPHREY L.L., (1982), in *Instruments for Practice*, Washinton DC, American Psychological Association.
- KEYES C. L. M. (1998), *Social well-being*, in "Social Psychology Quarterly", 61, 2, pp. 121-40.
- LARSONS J. S. (1993), *The measurement of social well-being*, in "social Indicators Research", 28, pp. 285-96.
- LAZARUS R. S. - J. R. AVERILL - E. M. OPTON (1974), *The Psychology of Coping: Issues of Research and Assessment*, in G. V. COELHO - D. A. HAMBURG - J. E. ADAMS (Edd.), *Coping and Adaptation*, New York, Basic Books.
- LAZARUS R. S. - S. FOLKMAN, (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.
- LAZARUS R. S. – S. FOLKMAN (1987), *Transactional theory and research on emotions and coping*, in "European Journal of Personality", 1, pp. 141-69.
- LAZARUS R. S. (1968), *Emotion and Adaptation: conceptual and empirical relations*, in ARNOLD W. J. (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, Lincoln, University of Nebraska Press.
- LAZARUS R. S. (1991), *Emotion and Adaptation*, New York, Oxford University Press.

LIPSIT L. P. (1958), in *Instruments for Practice*, Washinton DC, American Psychological Association.

MICELI M. (1998), *L'autostima*, Bologna, il Mulino.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN (1997), *Diagnóstico sobre el sistema de protección simple del SENAME*, Santiago, [s.e.].

MOOS R. H. (1992), *Coping Responses Inventory*, Stanford University and Department of Veterans, Palo Alto.

MOOS R. H. – J. A. SCHAEFER (1993), *Coping resources and processes: current concepts and mesaures*, in GOLDBERGER L. – S. BREZNITZ (Edd.), *Handbook of stress, theoretical and clinical aspects*, New York, Free Press.

OLBRICH E. (1990), *Coping and Development*, in Bosma, Jackson (Edd.) (1990).

OMS (2001)

PARKER J. D. A. – N. S. ENDLER (1992), *Coping with Coping Assessment: a Critical Review*, in “European Journal of Personality”, 6. pp. 321 – 44.

PERREZ M. – M. REICHERTS (1992), *Stress, coping and health*, Seattle, Hogrefe & Huber.

PRELLEZZO J. M. - J. M. GARCÍA (?2001), *Invito alla ricerca*, Roma, LAS.

REICHERTS M. – M. PERREZ (1994), *The Stress and Coping Process Questionnaire*, in “Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopatologie und Psychotherapie”, 42, pp. 230-40.

SEIFFGE-KRENKE I. (1990), *Developmental processes in self-concept and coping behaviour*, in BOSMA H. – S. JACKSON (Edd.) (1990), *Coping and self-concept in adolescence*, Berlin, Springer-Verlag.

SERVIZO NACIONAL DE MENORES (2003), *Reformas en materia de infancia y adolescencia*, Santiago, Gobierno de Chile.

SKINNER E. – K. EDGE (Edd.) (1998), *Coping and development across the life span*, Special Section, in “International Journal of Behavioural Development”, 22, pp. 225-366.

TAYLOR S.E. (1983), *Adjustment to threatenign events, a theory of cognitive adaptation*, in “American Psychologist”, 38, pp.1161-1173.

ZANI B. –E. CICOGNANI (1999) (Edd.), *Le vie del benessere*, Roma, Carocci.

Appendici

4. Strumenti di rilevazione

13.1. *Children's Loneliness Questionnaire (CLQ)*

13.1.1. Questionario sulla solitudine dei bambini

Qui di seguito ci sono 24 affermazioni, per favore le legga e indichi quanto siano vere, usando questa scala.

0= Sempre vero per me.

1= E' vero per me la maggior parte delle volte.

2= Non è quasi mai vero per me.

3= Non è assolutamente vero per me.

1. E' facile per me farmi nuovi amici a scuola	0	1	2	3
2. Mi piace leggere	0	1	2	3
3. Non ho nessuno con cui parlare in classe	0	1	2	3
4. Sono bravo nel lavorare con gli altri bambini della classe	0	1	2	3
5. Guardo molto la televisione	0	1	2	3
6. Per me è difficile fare amicizie a scuola	0	1	2	3
7. Mi piace la scuola	0	1	2	3
8. Ho molti amici nella mia classe	0	1	2	3
9. A scuola mi sento solo	0	1	2	3
10. Posso trovare un amico nella classe quando ne ho bisogno	0	1	2	3
11. Faccio molto sport	0	1	2	3

12. E' difficile trovare a scuola un bambino come me	0	1	2	3
13. Mi piace la scienza	0	1	2	3
14. Non ho nessuno con cui giocare a scuola	0	1	2	3
15. Mi piace la musica	0	1	2	3
16. Vado d'accordo con i miei compagni di classe	0	1	2	3
17. Mi sento escluso a scuola	0	1	2	3
18. Non c'è nessun bambino su cui contare quando ho bisogno di aiuto a scuola	0	1	2	3
19. Mi piace disegnare e dipingere(colorare)	0	1	2	3
20. Non vado d'accordo con gli altri bambini della scuola	0	1	2	3
21. A scuola mi sento solo	0	1	2	3
22. Mi vogliono abbastanza bene i compagni di scuola	0	1	2	3
23. Mi piace giocare ai giochi da tavola	0	1	2	3
24. Non ho nessun amico nella classe	0	1	2	3

13.1.2. Esclama sobre la soledad de los niños

Hay 24 afirmaciones, por favor leelas y indica cuanto sea verdadera usando esta escala.

0 = Siempre verdadero para mi

1 = Es verdadero para mi la mayoría de las veces

2 = No es casi nunca verdadero para mi

3 = No es absolutamente verdadero para mi

1.	Es fácil para mi hacerme nuevos amigos al colegio	0	1	2	3
2.	Me gusta leer	0	1	2	3
3.	No tengo a nadie con quien hablar en mi curso	0	1	2	3
4.	Soy bueno para trabajar con los otros niños de mi curso	0	1	2	3
5.	Miro mucho la televisión	0	1	2	3
6.	Para mi es difícil hacer amistades al colegio	0	1	2	3
7.	Me gusta el colegio	0	1	2	3
8.	Tengo muchos amigos en mi curso	0	1	2	3
9.	Al colegio me siento sólo	0	1	2	3
10.	Puedo encontrar un amigo en mi curso cuando necesito	0	1	2	3
11.	Hago mucho deporte	0	1	2	3
12.	Es difícil encontrar al colegio un niño como yo	0	1	2	3
13.	Me gusta la ciencia	0	1	2	3
14.	No tengo a nadie con quien jugar al colegio	0	1	2	3
15.	Me gusta la música	0	1	2	3
16.	Me llevo bien con mis compañeros de curso	0	1	2	3

17.	Me siento excluido en le colegio	0	1	2	3
18.	No tengo a ningùn niño en quien confiar cuando nececito ayuda al colegio	0	1	2	3
19.	Me gusta dibujar y pintar	0	1	2	3
20.	No me llevo bien con los otros niños del colegio	0	1	2	3
21.	Al colegio me siento sòlo	0	1	2	3
22.	Me quieren bastante los compañeros del colegio	0	1	2	3
23.	Me gusta jugar a los juegos de mesa	0	1	2	3
24.	No tengo ningùn amigo en mi curso	0	1	2	3

13.2. *Children's Perceived Self-Control (CPSC) Scale*

13.2.1. Scala dell'autocontrollo percepito dai bambini

Per favore valuti ciascuna di queste affermazioni nel senso che per lei siano vere o false.

Risponda secondo questi valori:

1= Generalmente Sì

2= Generalmente No

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Se qualcuno mi dà fastidio mentre sono occupato, io lo ignoro | 1 | 2 |
| 2. Quando il professore è occupato io parlo con i miei compagni | 1 | 2 |
| 3. Quando qualcuno mi spinge (dà uno spintone) io ci litigo | 1 | 2 |
| 4. Penso ad altre cose mentre lavoro | 1 | 2 |
| 5. E' difficile continuare a lavorare quando i miei amici si divertono | 1 | 2 |
| 6. E' difficile aspettare c'è qualcosa che io desidero | 1 | 2 |
| 7. Commetto errori perché lavoro troppo di fretta | 1 | 2 |
| 8. So quando faccio qualcosa di sbagliato senza che nessuno me lo dica | 1 | 2 |
| 9. Se il mio lavoro è troppo difficile, faccio qualcos'altro | 1 | 2 |
| 10. Dopo che ho fatto qualcosa, è difficile predire che cosa possa succedere dopo | 1 | 2 |
| 11. E' difficile finire il mio lavoro se non mi piace | 1 | 2 |

13.2.2. Escala sobre el autocontrol percibido por los niños

Por favor evalúa cada una de estas afirmaciones en el sentido que es para ti verdadera o equivocada.

Contesta según estos valores:

1 = Generalmente Si

2 = Generalmente No

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Si alguien me molesta cuando estoy ocupado, yo la ignoro | 1 | 2 |
| 2. Cuando el profesor está ocupado yo hablo con mis compañeros | 1 | 2 |
| 3. Cuando alguien me empuja yo peleo | 1 | 2 |
| 4. Pienso en otras cosas mientras trabajo | 1 | 2 |
| 5. Es difícil seguir a trabajar cuando mis amigos se divierten | 1 | 2 |
| 6. Es difícil esperar cuando hay algo que yo deseo | 1 | 2 |
| 7. Cometo errores porque trabajo demasiado de prisa | 1 | 2 |
| 8. Sé, cuando hago algo de equivocados, sin que nadie me lo diga | 1 | 2 |
| 9. Si mi trabajo, es demasiado difícil, hago otra cosa | 1 | 2 |
| 10. Después que he hecho algo, es difícil predecir que cosa pueda suceder después | 1 | 2 |
| 11. Es difícil terminar mi trabajo, si no me gusta | 1 | 2 |

13.3. Self- Concept Scale for Children (SC)

13.3.1. Scala del concetto di sé per bambini

0= Quasi mai

1= Non molto spesso

2= A volte

3= Quasi sempre

4= Sempre

1.	Sono amichevole	0	1	2	3	4
2.	Sono felice	0	1	2	3	4
3.	Sono gentile	0	1	2	3	4
4.	Sono coraggioso	0	1	2	3	4
5.	Sono onesto	0	1	2	3	4
6.	Sono una persona che piace	0	1	2	3	4
7.	Sono una persona di fiducia	0	1	2	3	4
8.	Sono buono	0	1	2	3	4
9.	Sono orgoglioso	0	1	2	3	4
10.	Sono pigro	0	1	2	3	4
11.	Sono fedele	0	1	2	3	4
12.	Sono una persona che collabora	0	1	2	3	4

13. Sono allegro	0	1	2	3	4
14. Sono pieno di idee	0	1	2	3	4
15. Sono famoso	0	1	2	3	4
16. Sono cortese	0	1	2	3	4
17. Sono geloso	0	1	2	3	4
18. Sono obbediente	0	1	2	3	4
19. Sono educato	0	1	2	3	4
20. Sono timido	0	1	2	3	4
21. Sono pulito	0	1	2	3	4
22. Sono disponibile	0	1	2	3	4

13.3.2. Escala de auto-definición por niños (sc)

Individua la frase más adecuada para ti, poniendo el número correspondiente cerca de las afirmaciones. Haga tu mejor.

0= Casi nunca

1= No muy seguido

2= A veces

3= Casi siempre

4= Siempre

1.	Soy amistoso	0	1	2	3	4
2.	Soy feliz	0	1	2	3	4
3.	Soy gentil	0	1	2	3	4
4.	Soy valiente	0	1	2	3	4
5.	Soy honesto	0	1	2	3	4
6.	Soy una persona que gusta	0	1	2	3	4
7.	Soy una persona de confianza	0	1	2	3	4
8.	Soy bueno	0	1	2	3	4
9.	Soy orgulloso	0	1	2	3	4
10.	Soy flòjo	0	1	2	3	4
11.	Soy Fiel	0	1	2	3	4
12.	Soy una persona que colabora	0	1	2	3	4
13.	Soy alegre	0	1	2	3	4

14.	Estoy lleno de ideas	0	1	2	3	4
15.	Soy popular	0	1	2	3	4
16.	Soy cortès	0	1	2	3	4
17.	Soy celoso	0	1	2	3	4
18.	Soy obediente	0	1	2	3	4
19.	Soy educado	0	1	2	3	4
20.	Soy tímido	0	1	2	3	4
21.	Soy limpio	0	1	2	3	4
22.	Soy disponible	0	1	2	3	4

13.4. Ways of Coping Questionnaire (WCQ)

13.4.1. Scala per la valutazione delle strategie di Coping

Di seguito leggerà una serie di affermazioni che descrivono le distinte cose che fanno le persone per affrontare diversi problemi personali.

Prima che lei proceda a rispondere a dette affermazioni deve ricordare e descrivere una situazione-problema che ha vissuto in questo ultimo tempo, e che consideri sia stata la più preoccupante e traumatizzante per lei.

Descriva la situazione preoccupante e traumatizzante per lei:

In relazione alla situazione che ha descritto come il problema più preoccupante e traumatizzante, indichi quale delle seguenti cose ha fatto per affrontare quella situazione.

DEVE RISPONDERE A TUTTE LE AFFERMAZIONI E SEGNARE SOLO UNA DELLE ALTERNATIVE CONSIDERATE.

0 = per niente

1 = in parte

2 = abbastanza

3 = in gran parte

1.	Mi sono concentrato esclusivamente su quello che dovevo fare per quel problema.	0	1	2	3
2.	Ho fatto qualcosa in cui non credevo, però perlomeno non sono rimasto senza fare niente.	0	1	2	3
3.	Ho cercato di trovare il responsabile per fargli cambiare opinione.	0	1	2	3
4.	Ho parlato con qualcuno per avere più informazioni sulla situazione.	0	1	2	3
5.	Mi sono auto-criticato o rimproverato.	0	1	2	3

6.	Non mi sono arreso, ma ho lasciato qualche spiraglio aperto.	0	1	2	3
7.	Ho creduto che potesse accadere un miracolo.	0	1	2	3
8.	Sono andato avanti nella mia vita (semplicemente alcune volte sono sfortunato).	0	1	2	3
9.	Ho continuato a vivere come se non fosse successo niente.	0	1	2	3
10.	Ho cercato di tenere per me i miei sentimenti.	0	1	2	3
11.	Ho continuato a sperare, per così dirlo; ho cercato di guardare le cose nel loro lato positivo.	0	1	2	3
12.	Ho dormito più del solito.	0	1	2	3
13.	Ho manifestato la mia rabbia alle persone responsabili del mio problema.	0	1	2	3
14.	Ho accettato la simpatia e la comprensione di alcune persone.	0	1	2	3
15.	Mi sono sentito incapace di fare qualcosa di creativo.	0	1	2	3
16.	Ho cercato di dimenticarmi di tutto.	0	1	2	3
17.	Ho cercato l'aiuto di un professionista.	0	1	2	3
18.	Sono cambiato, sono maturato come persona.	0	1	2	3
19.	Mi sono scusato o ho fatto qualcosa per rimediare.	0	1	2	3
20.	Ho creato un piano di azione e l'ho seguito.	0	1	2	3
21.	In qualche modo ho espresso i miei sentimenti.	0	1	2	3

22.	Mi sono reso conto che io sono stato la causa del problema.	0	1	2	3
23.	Sono uscito dall'esperienza meglio di quanto non ne sia entrato.	0	1	2	3
24.	Ho parlato con qualcuno che potesse fare qualcosa di concreto per il mio problema.	0	1	2	3
25.	Ho provato a sentirmi meglio mangiando, giocando o guardando la televisione.	0	1	2	3
26.	Ho preso una decisione importante o ho fatto qualcosa di rischioso.	0	1	2	3
27.	Ho cercato di non agire troppo di fretta o di non lasciarmi trasportare dal primo impulso.	0	1	2	3
28.	Ho creduto che potesse accadere qualcosa di nuovo.	0	1	2	3
29.	Ho riscoperto ciò che è importante nella vita.	0	1	2	3
30.	Ho cambiato qualcosa perché le cose fossero migliori.	0	1	2	3
31.	Ho evitato di stare con la gente.	0	1	2	3
32.	Non ho permesso che il problema mi vincessesse; ho rifiutato di pensare al problema per molto tempo.	0	1	2	3
33.	Ho chiesto a una zia o a un compagno e ho seguito il loro consiglio.	0	1	2	3
34.	Ho nascosto agli altri quanto le cose andassero male.	0	1	2	3
35.	Non ho preso sul serio la situazione, mi sono rifiutato di considerarla seriamente.	0	1	2	3
36.	Ho raccontato a qualcuno come mi sentivo.	0	1	2	3
37.	Ho mantenuto la mia posizione e ho lottato per quello che volevo.	0	1	2	3

38.	Mi sono isolato.	0	1	2	3
39.	Ho fatto ricorso a esperienze passate; già mi ero imbattuto prima in situazioni simili.	0	1	2	3
40.	Sapevo quello che dovevo fare, così che mi sono rimboccato le maniche per far sì che le cose andassero nel verso giusto.	0	1	2	3
41.	Mi sono rifiutato di credere a ciò che era successo.	0	1	2	3
42.	Ho promesso a me stesso che le cose sarebbero state diverse la prossima volta.	0	1	2	3
43.	Ho pensato a un paio di soluzioni diverse per affrontare il problema.	0	1	2	3
44.	Ho fatto in modo che i miei sentimenti non interferissero troppo nelle altre situazioni.	0	1	2	3
45.	Ho cambiato qualcosa di me stesso.	0	1	2	3
46.	Ho desiderato che in qualche modo la situazione svanisse o terminasse.	0	1	2	3
47.	Ho fantasticato o immaginato il modo in cui sarebbero potute cambiare le cose.	0	1	2	3
48.	Ho pregato.	0	1	2	3
49.	Ho ripassato mentalmente quello che avrei fatto o detto.	0	1	2	3

50. Ho pensato come avrebbe dominato la situazione qualche persona che ammiro e l'ho presa come modello. 0 1 2 3

13.4.2. Escala para la evaluación de estrategias de afrontamiento

A continuación usted leerá un conjunto de afirmaciones que describen las distintas cosas que hacen las personas para enfrentar diversos problemas personales.

Antes de que usted proceda a contestar a dichas afirmaciones debe recordar y describir una situación problema que a usted le haya ocurrido en este último tiempo, y que considere que fue LA MAS PREOCUPANTE E IMPACTANTE para usted.

Describa la situación más preocupante o impactante para usted:

En relación a la situación que usted describe como el problema más preocupante e impactante, indique cuál de las siguientes cosas hizo usted para enfrentar esa situación.

DEBE RESPONDER A TODAS LAS AFIRMACIONES Y MARCAR SOLO UNA DE LAS ALTERNATIVAS QUE ESTAS CONSIDERAN.

0 = En absoluto

1 = En alguna medida

2 = Bastante

3 = En gran medida

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 1. | Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer en ese problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Me criticé o me sermoneé a mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta | 0 | 1 | 2 | 3 |

7. Confìè en que ocurriera un milagro	0	1	2	3
8. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte)	0	1	2	3
9. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
10. Intentè guardar para mi mis sentimientos	0	1	2	3
11. Busquè algùn resquicio de esperanza, por asì decirlo; intentè mirar las cosas por su lado bueno	0	1	2	3
12. Dormì màs de lo habitual en mì	0	1	2	3
13. Manifestè mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema	0	1	2	3
14. Aceptè la simpatia y compresiòn de alguna persona	0	1	2	3
15. Me sentì insiparado(a) para hacer algo creativo	0	1	2	3
16. Intentè olvidarme de todo	0	1	2	3
17. Busquè la ayuda de un profesional	0	1	2	3
18. Cambiè, madurè como persona	0	1	2	3
19. Me disculpè o hice algo para compensar	0	1	2	3
20. Desarolle un plan de acciòn y lo seguì	0	1	2	3
21. De algùn modo exprese mis sentimientos	0	1	2	3
22. Me di cuenta que yo fui la causa del problema	0	1	2	3

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 23. Salì de la experiencia mejor de lo que entrè | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Hablè con alguien que podìa hacer algo concreto por mi problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Intentè sentirme mejor comiendo, jugando o viendo tele | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Tomè una decisiòn importante o hice algo muy arriesgado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Intentè no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Tuve fe en algo nuevo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Redescubri lo que es importante en la vida | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Cambiè algo para que las cosas fueran bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Evitè estar con la gente en general | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. No permiti que me venciera; rehusè pensar en el problema mucho tiempo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Preguntè a una tia o a un compañero(a) y respetè su consejo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Ocultè a los demàs lo mal que me iban las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. No tomè en serio la situaciòn, me neguè a considerarla en serio | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Le contè a alguien como sentìa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me mantuve firme e pelee por lo que querìa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me desquitè con lo demàs | 0 | 1 | 2 | 3 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 39. Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Me negué a creer lo que había ocurrido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Me prometí a mi mismo(a) que las cosas serían distintas la próxima vez | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Propuse un par de soluciones distintas al problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. Cambié algo de mí | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Deseé que la situación se desvanciera o terminara de algún modo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Fantaseé o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Recé | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. Repacé mentalmente lo que haría o diría | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo | 0 | 1 | 2 | 3 |

Indice delle tabelle e dei grafici

Figura 1 – Schema modello transazionale di Lazarus.....	10
Figura 2 – Schema modello integrato di Moos e Schaefer.....	11
Figura 3 - Schema modello dello stress psicosociale di Dohrenwend.....	14
Figura 4 - Schema modello socio-contestuale di Berg et alii.....	16
Tabella 1 - Descrizione del campione.....	26
Tabella 2 - Scala Concetto di Sé.....	32
Tabella 3 - Scala Senso di Solitudine.....	33
Tabella 4 - Medie dei questionari.....	34
Grafico 1 - Media dei questionari.....	34
Tabella 5 - Media degli items WCQ.....	37
Tabella 6- WCQ, items sottoscala distanziamento.....	38
Grafico 2 - WCQ, media sottoscala distanziamento.....	38
Tabella 7 - WCQ, items sottoscala fuga e evitamento.....	39
Grafico 3- WCQ, media sottoscala fuga e esitamento.....	39
Tabella 8 - WCQ, items sottoscala accettazione di responsabilità.....	40
Grafico 4 - WCQ, media sottoscala accettazione di responsabilità.....	40
Tabella 9 - WCQ, items sottoscala autocontrollo.....	41
Grafico 5 - WCQ, media sottoscala autocontrollo.....	41
Tabella 10 - WCQ, items sottoscala ricerca di sostegno sociale.....	42
Grafico 6 - WCQ, media sottoscala ricerca di sostegno sociale.....	42
Tabella 11 - WCQ, items sottoscala rivalutazione del problema.....	43
Grafico 7 - WCQ, media sottoscala rivalutazione del problema.....	43
Tabella 12 - WCQ, items sottoscala Coping di confronto.....	43
Grafico 8 - WCQ, media sottoscala Coping di confronto.....	44
Tabella 13 - WCQ, items sottoscala risoluzione programmata del problema.....	44
Grafico 9 - WCQ, media sottoscala risoluzione programmata del problema.....	45
Tabella 14 - WCQ, media delle sottoscale.....	45
Grafico 10 - WCQ, media delle sottoscale.....	46

Indice generale

Introduzione	1
Introduzione	1
Capitolo primo	
IL PROCESSO DI “COPING”: LINEAMENTI TEORICI	4
Capitolo primo	
IL PROCESSO DI “COPING”: LINEAMENTI TEORICI	4
1.Definizione del concetto di Coping	5
2.Rassegna storica delle principali ricerche.....	7
3.Metodi e strumenti di rilevazione.....	8
4.Modelli interpretativi del Coping	9
4.1.Modello transazionale di Lazarus.....	9
4.2.Modello integrato di Moos e Schaefer.....	11
4.3.Modello dello stress psicosociale di Dohrenwend	13
4.4.Modello sociocontestuale del Coping.....	15
5.Tipi di strategie di Coping	17
5.1.Strategie proattive.....	17
5.2.Strategie coerenti/stabili- variabili.....	18
5.3.Strategie funzionali- disfunzionali.....	18
5.4.Strategie efficaci- non efficaci	19
6.Rapporti tra Coping, resilienza e salute.....	20
7.Ipotesi aperte	21
Capitolo secondo	
DESCRIZIONE DELLA RICERCA	23
Capitolo secondo	
DESCRIZIONE DELLA RICERCA	23
1.Finalità e obiettivi.....	23
2.Contesto	23
2.1.Analisi della situazione (contesto ambientale, economico, sociale)	24
7.1.Luogo dell'intervento	24
8.Metodologia	26

8.1.Descrizione del campione	26
8.2.Descrizione degli strumenti di rilevazione	27
8.2.1.Children’s Loneliness Questionnaire (CLQ).....	27
8.2.2.Children’s Perceived Self-Control Scale (CPSC)	28
8.2.3.Self-Concept Scale for Children (SC).....	29
8.2.4.Ways of Coping Questionnaire (WCQ)	29
8.3.Descrizione dell’iter seguito.....	30
9.Analisi e commento dei dati	30
9.1.Validazione degli strumenti di rilevazione	31
9.2.Item analysis.....	31
9.3.Analisi delle medie degli items dei questionari.....	34
9.4.Analisi delle medie delle scale	34
9.5.Analisi del WCQ	35
9.5.1.Analisi della media degli items del WCQ.....	35
9.5.2.Media delle Sottoscale del WCQ.....	37
9.5.2.1.Distanziamento	37
9.5.2.2.Fuga e Evitamento.....	38
9.5.2.3.Accettazione di responsabilità	39
9.5.2.4.Autocontrollo	40
9.5.2.5.Ricerca di sostegno sociale.....	41
9.5.2.6.Rivalutazione del problema	42
9.5.2.7.Coping di confronto	43
9.5.2.8.Risoluzione programmata del problema.....	44
9.5.2.9.Media delle sottoscale	45
9.6.Analisi della Varianza.....	46
9.6.1.Dati Anagrafici	46
9.6.2. Anni in Istituto.....	46
10.Risultati e sintesi finale.....	47
Capitolo terzo	
BENESSERE NEI BAMBINI ISTITUZIONALIZZATI	49
Capitolo terzo	
BENESSERE NEI BAMBINI ISTITUZIONALIZZATI	49
1.Concetto di benessere.....	49
11.Analisi delle problematiche dei bambini di Quinta.....	50

12. Benessere nei bambini istituzionalizzati.....	51
13. Compiti aperti.....	52
Conclusioni	54
Conclusioni	54
Bibliografia	56
Bibliografia	56
Appendici.....	61
Appendici.....	61
1. Strumenti di rilevazione.....	61
13.1. Children's Loneliness Questionnaire (CLQ).....	61
13.1.1. Questionario sulla solitudine dei bambini	61
13.1.2. Escalame sobre la soledad de los niños	62
13.2. Children's Perceived Self-Control (CPSC) Scale	63
13.2.1. Scala dell'autocontrollo percepito dai bambini	63
13.2.2. Escala sobre el autocontrol percibido por los niños.....	64
13.3. Self- Concept Scale for Children (SC).....	66
13.3.1. Scala del concetto di sé per bambini.....	66
13.3.2. Escala de auto-definicion por niños (sc)	67
13.4. Ways of Coping Questionnaire (WCQ).....	68
13.4.1. Scala per la valutazione delle strategie di Coping	68
13.4.2. Escala para la evaluaciòn de estrategias de afrontamiento.....	72
Indice delle tabelle e dei grafici	76
Indice delle tabelle e dei grafici	76
Indice generale	77
Indice generale	77