

CESARE KANEKLIN E CATERINA GOZZOLI

**NUOVA
EDIZIONE**

PSICOLOGO DOMANI

MANUALE PER LA PREPARAZIONE
ALL'ESAME DI STATO

VOLUME 2

PROVE PRATICHE

IN COLLABORAZIONE CON
C. D'ANGELO, E. MASCHERONI, E. REVERBERI,
F. PANSERA E D. CRIVELLI

Erickson

Indice

| | |
|--|-----|
| <i>Premessa</i> (D.F. Romano) | 7 |
| <i>Introduzione: esame di Stato... e poi?</i> (C. Kaneklin e C. Gozzoli) | 11 |
| <i>Introduzione al secondo volume</i> | 15 |
| <i>Indicazioni per la lettura</i> | 21 |
| <i>Linee guida per la stesura della seconda e della terza prova</i> | 23 |
| <i>Capitolo 1</i> | |
| Progettazione di interventi complessi: indirizzo clinico e di comunità | 33 |
| Tracce svolte | 33 |
| Alcune prove già assegnate | 50 |
| Letture consigliate | 53 |
| <i>Capitolo 2</i> | |
| Progettazione di interventi complessi: indirizzo sviluppo e educazione | 57 |
| Tracce svolte | 57 |
| Alcune prove già assegnate | 75 |
| Letture consigliate | 77 |
| <i>Capitolo 3</i> | |
| Progettazione di interventi complessi: indirizzo generale e sperimentale | 79 |
| Tracce svolte | 79 |
| Alcune prove già assegnate | 98 |
| Letture consigliate | 99 |
| <i>Capitolo 4</i> | |
| Progettazione di interventi complessi: indirizzo del lavoro e delle organizzazioni | 103 |
| Tracce svolte | 103 |
| Alcune prove già assegnate | 122 |
| Letture consigliate | 124 |
| <i>Capitolo 5</i> | |
| Discussione di casi: indirizzo clinico e di comunità | 127 |
| Tracce svolte | 127 |
| Alcune prove già assegnate | 147 |
| Letture consigliate | 152 |

| | |
|--|-----|
| <i>Capitolo 6</i> | |
| Discussione di casi: indirizzo sviluppo e educazione | 157 |
| Tracce svolte | 157 |
| Alcune prove già assegnate | 176 |
| Letture consigliate | 180 |
| <i>Capitolo 7</i> | |
| Discussione di casi: indirizzo neuropsicologico | 183 |
| Tracce svolte | 183 |
| Alcune prove già assegnate | 198 |
| Letture consigliate | 200 |
| <i>Capitolo 8</i> | |
| Discussione di casi: indirizzo del lavoro e delle organizzazioni | 201 |
| Tracce svolte | 201 |
| Alcune prove già assegnate | 218 |
| Letture consigliate | 221 |
| <i>Capitolo 9</i> | |
| Progetti con tracce trasversali agli indirizzi e titoli riguardanti il tirocinio | 223 |

INTRODUZIONE: ESAME DI STATO... E POI?

Questi due volumi sono dedicati agli psicologi che si accingono ad affrontare l'esame di Stato per l'abilitazione alla Professione. Un'ennesima valutazione dopo tanti esami sostenuti in università! Ma tant'è: abituiamoci a pensare che per tutta la vita saremo giudicati!

I volumi sono stati revisionati sistematicamente e aggiornati anche sulla base delle prove teoriche e pratiche assegnate ai candidati in questi anni successivi al 2009, anno della prima edizione dei volumi.

Perché abbiamo fatto volentieri questo lavoro di aggiornamento? Per invitare i nostri lettori a guardare oltre.

Vi prenderete del tempo per prepararvi all'esame. Non fatelo da scolaretti: cogliete l'occasione anche per rivedere e mettere a punto il vostro progetto professionale per il futuro.

Viviamo in tempi difficili, noi e voi. Gli psicologi lo avvertono in modo acuto poiché «il lavoro c'è», ma non è più così visibile; i «posti di lavoro» tradizionali stanno diminuendo a fronte però di un bisogno sociale di psicologia alto e crescente che fatica a trasformarsi in domande concrete.

In questo contesto guardare oltre, rivisitando il proprio progetto professionale, implica dirsi sinceramente che cosa si è costruito in anni di studio e di vita, che cosa si è fatto, che cosa si vuole costruire per sé e per la società. Il termine «sinceramente» rinvia alla necessità di mettere in atto un ascolto perspicace rispetto a sé e rispetto alla transizione inquietante che stanno attraversando il mondo del lavoro e la società in cui viviamo. Il progetto professionale implica quindi i nostri desideri, le nostre capacità, ma anche l'analisi del contesto in evoluzione, e la visione delle proposte di valore che gli psicologi sono in grado di formulare.

La sosta per preparare l'esame può essere una buona occasione per guardare in faccia la sfida di un lavoro da costruire, non lasciandosi invischiare nel dilemma dibattuto in tutti i media su «lavoro che c'è, lavoro che non c'è».

Un lavoro da costruire, ma in quale direzione, entro quale spazio?

Se noi, più anziani di voi, guardiamo alle nostre spalle, a quello che negli anni abbiamo conosciuto e scritto, vediamo come esista una grande distanza tra ciò che sappiamo

e siamo in grado di comprendere (sul funzionamento mentale, sui problemi relazionali e sociali, ecc.) e quello che si riesce a realizzare nella processualità quotidiana. Come docenti universitari e come psicologi che si occupano del mondo lavorativo, il tema dell'identità adulta al lavoro e del progetto professionale ci sta molto a cuore.

Da anni ci stiamo dedicando con alcuni colleghi a una proposta formativa universitaria che non dimentichi, o rimandi a tempi successivi, la questione dell'identità professionale. A diverso titolo da più di dieci anni abbiamo contribuito a sviluppare nel nostro Ateneo dispositivi formativi¹ che hanno posto al centro proprio il tema della professione psicologica.

Il rischio presente ieri ma ancor oggi forte è quello del riduzionismo della professionalità a un accumulo e assorbimento di saperi e tecniche. È questa una via per certi versi rassicurante perché richiede e si accontenta di una minor messa in gioco, sia da parte degli studenti, sia da parte del sistema universitario medesimo.

Grazie all'esperienza di questi anni, ci appaiono oggi più chiari quegli aspetti che dicono della possibilità o meno di generare nuova conoscenza e professionalità, così come viene tematizzato nel capitolo 1 del primo volume, *Il «ruolo» dello psicologo*. Tali elementi sono generati entro processi non semplici, non lineari, entro spazi e tempi che richiamano continuamente saperi, metodi e tecniche al senso e al significato che possono o non possono avere nella relazione concreta con l'altro/i, nei diversi contesti in cui si andrà a operare.

Questa grande sfida è anche uno spazio di possibilità che dobbiamo esplorare per ridurre la lontananza tra il «fatto di saperne sempre di più» e il riuscire (in proporzione) a realizzare poco, anche per lo sviluppo in pratica della professione.

L'augurio è quello di farcela e di trovare anche le parole per comunicarlo al mondo.

Entro questo sguardo gli anni di università, il tirocinio e l'esame di Stato assumono una connotazione particolare, in stretta connessione e intrecciati l'un l'altro.

Tale accezione viene rinforzata se recuperiamo il significato del termine tirocinio. Esso deriva dal latino *tirònes*, vocabolo con cui i romani indicavano i giovani soldati che facevano la prima campagna indossando la toga al diciassettesimo anno con grande solennità tra il giubilo dei parenti. La voce sembra derivare anche dal greco *teréo* — guardo, tutelo, prendo in cura — poiché i giovani tironi dovevano per un anno frequentare il campo di Marte ove fare esercizi militari e ginnici, sotto la tutela e la protezione del popolo. Quest'ultimo durante l'anno di prova doveva vegliare sul giovane e osservare le sue attitudini e la sua condotta, per poter un giorno con cognizione di causa concedergli o negargli il proprio appoggio quando egli, fatto adulto, avesse concorso ai pubblici uffici.

A nostro avviso, il rischio più grande appare, dunque, da un lato che l'esame di Stato si articoli solo sulle conoscenze acritiche, lontane dal campo in cui porle in uso; o dall'altro che lo si pensi legato in modo esclusivo al fare che diviene la sola misura

¹ Per un approfondimento di tali dispositivi si vedano: Kaneklin C., Scaratti G. e Bruno A. (2006), *La formazione universitaria*, Roma, Carocci; Kaneklin C. e Gozzoli C. (2008), *Fare formazione universitaria oggi: contesti, persone, vincoli e risorse. Un'esperienza di didattica tutoriale*. In G. Venza (a cura di), *La qualità dell'Università: Verso un approccio psicosociale*, Milano, FrancoAngeli.

dell'efficacia. Riteniamo invece che la sfida sia provare a cercare continue connessioni, convergenze e diversità tra percorso universitario, tirocinio ed esame di Stato, entro il delinearci di un progetto personale.

Anche le commissioni valutative sono coinvolte in questa sfida e tanto più sosterranno la proposta di un esame di Stato diverso dall'esame scolastico, tanto più favoriranno il processo di passaggio dalla scuola al lavoro e all'esercizio della professione. Se l'obiettivo dell'esame di Stato infatti è quello di concludere il periodo di tirocinio e di autorizzare l'esercizio della professione, esso sarà necessariamente un'esperienza utile ai candidati tanto più sarà occasione di apprendimento e di riflessione su di sé in un'ottica professionalizzante.

Ecco perché abbiamo pensato a questi volumi. Data la ricchezza della disciplina e la continua evoluzione, l'intento non è ovviamente quello di essere esaustivi nell'affrontare tematiche e questioni, ma quello di proporre esempi per organizzare e affrontare alcune di esse con chiarezza logica ed entro uno sguardo personale e riflessivo.

Al lavoro ha collaborato un gruppo di giovani psicologi che da poco tempo hanno affrontato e vissuto l'esame di Stato; si tratta di giovani professionisti che, entro e fuori il contesto universitario, si stanno specializzando in diverse discipline e che abbiamo scelto di coinvolgere in virtù dei loro diversi interessi entro l'ambito della psicologia. A loro un ringraziamento per la propositività e le ricche riflessioni condivise, così come ai collaboratori della casa editrice Erickson per il prezioso lavoro di confronto e revisione.

Con loro abbiamo lavorato fin dalle prime fasi di ideazione e strutturazione dei testi nel 2009 e abbiamo ripreso i lavori anche per questa nuova edizione: un primo volume più teorico, che accompagna nella stesura della «prima prova» dell'esame di Stato, e un secondo volume più applicativo, su cui vorremmo spendere qualche altra riflessione.

Rispetto al senso dell'esame di Stato, infatti, le cosiddette «prove pratiche» hanno grande rilevanza, anche se spesso sono sottostimate sia da parte dei candidati che chiedono «ingresso» nella comunità professionale, sia da parte delle stesse commissioni giudicatrici, o almeno da quelle che tendono a privilegiare la prima prova.

Di fatto la centratura sulle pratiche professionali rinvia a un interrogativo inerente a quali siano le categorie conoscitive di tipo psicologico utili per costruire della conoscenza per l'intervento in situazioni duali, di gruppo, organizzative. Questione che riproponiamo qui in premessa poiché proprio i nuovi psicologi, sostenitori motivati, ma necessariamente poco esperti della disciplina, corrono il rischio di diventare un buon esempio di come, a fronte di problemi umani e sociali «aperti», si possa cadere intrappolati in percorsi di conoscenza autoreferenziali, riduttivi e sempre più distanzianti, chiusi e inferti.

In questi casi, come già Winnicott magistralmente ci insegnava nel 1971, è come se il sapere psicologico venisse assunto come «un bagaglio di nozioni che fortifica chi le possiede e che viene sfruttato senza poter essere usato».²

Diversamente la conoscenza psicologica può essere una conoscenza che ci immette nella complessità dei sistemi psicosociali. Si tratta, come dice Laura Ambrosiano,³ di

² Winnicott D.W. (1971), *Playing and Reality*, London, Tavistock, trad. it. *Gioco e Realtà*, Roma, Armando, 1985, p. 163.

³ Ambrosiano L., *Clinica medica e clinica psicologica*, «Vivere oggi», anno II, n. 3, p. 21.

un approccio alla conoscenza come «processo interattivo di ricerca e costruzione di significati» sempre parziali e provvisori.

Ciò richiede allo psicologo di sopportare, a fronte di situazioni problematiche specifiche, e a fronte di una realtà che non è solo esterna al soggetto osservante, dei cammini conoscitivi relativamente incerti, indiziari, non necessariamente subito appaganti, in cui non vi sono protocolli validi a priori su cui cominciare ad avviare l'agire professionale.

Agire e agire professionale non sono la stessa cosa. Se non si tratta tanto di applicare schemi e nozioni già ben definite, si tratta allora di sopportare, anche per breve tempo, in modo ricorrente, di sospendere l'azione⁴ per avviare e sviluppare processi di pensiero complesso, e per verificare e/o riorientare le ipotesi di intervento. Ricordiamo inoltre che un vertice conoscitivo è «psicologico» non perché il professionista aderisce a una teoria psicologica, ma in quanto egli tiene conto di ciò che avviene nelle «menti», ovvero nel funzionamento psichico di singoli, di gruppi e organizzazioni, compreso quello che si genera nella relazione tra psicologo e altri attori coinvolti.

Per concludere ci sembra importante fornire al lettore alcune note rispetto alle modalità con cui ha lavorato il gruppo costituitosi per la stesura dei due volumi, rimandando poi alle specifiche «indicazioni per la lettura» riferite a ciascuno dei due volumi maggiori dettagli.

Per l'identificazione dei capitoli in cui suddividere i volumi si è scelto di partire dall'analisi delle tracce assegnate dal 2001 (anno della riforma) a oggi nelle diverse Università italiane sedi dell'esame di Stato (per lo meno quelle a cui è stato possibile accedere tramite i siti internet), per suddividerle poi per tematiche. Da questo lavoro di analisi delle tracce è derivata la suddivisione in capitoli dei due volumi, che abbiamo confermato anche nella riedizione, pur con alcuni approfondimenti in alcuni capitoli che andassero a colmare alcune lacune dei volumi precedenti e meglio rispondessero alle tematiche assegnate dalle tracce degli ultimi cinque anni.

Si è poi valutato di mantenere una struttura unitaria per lo svolgimento di tutti i capitoli, struttura condivisa prima della fase di stesura degli stessi; così il gruppo di lavoro si è suddiviso in base alle aree di maggiore competenza per la prima stesura di ogni capitolo. Infine, nella fase finale di accorpamento dei capitoli, tutto il gruppo è intervenuto nella rilettura e analisi critica di ogni specifico capitolo.

Questo lavoro a più mani rappresenta a nostro avviso uno dei valori aggiunti dei volumi proposti, in quanto è frutto di uno sforzo di esplicitazione e sintesi di ognuno dei passaggi logici sottesi a ciascun capitolo.

Cesare Kaneklin e Caterina Gozzoli
Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

⁴ Si vedano in proposito: Zanarini G. (1985), *L'emozione di pensare: Psicologia dell'informatica*, Milano, CLUP-CLUED; Carli R. (1987), *Psicologia clinica: Introduzione alla teoria e alla tecnica*, Torino, UTET.

CAPITOLO 3

PROGETTAZIONE DI INTERVENTI COMPLESSI: INDIRIZZO GENERALE E SPERIMENTALE

TRACCE SVOLTE

> PROGETTO 1

Il candidato scelga una tra le seguenti tematiche ed elabori un progetto di ricerca o di intervento indicando:

- finalità generali (o ipotesi di lavoro);
- soggetti o popolazione bersaglio;
- metodologie e attività (come intervenire, cosa fare, con quali contenuti);
- tempi di realizzazione (durata complessiva e parziale);
- risultati attesi a breve e lungo termine.

Tematica 1: violenza sulle donne

Tematica 2: disturbi del comportamento alimentare

Tematica 3: dipendenze patologiche

Tematica 4: cerebrolesioni acquisite.

(Università degli Studi di Napoli «Federico II», 2013)

Ipotesi di svolgimento

Relazione tra Disturbi del Comportamento Alimentare, immagine corporea e soddisfazione per il proprio aspetto: una ricerca esplorativa

Titolo

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono in netto aumento sia nel nostro Paese che negli altri Paesi occidentali, tanto che anoressia, bulimia e obesità vengono descritte come le «malattie del ventesimo secolo». A oggi in Italia sappiamo che più di 2 milioni di ragazzi soffrono di DCA, e la maggior parte di essi sono di sesso femminile.

Introduzione

Bulimia e anoressia in modo particolare interessano oggi molte donne che si sentono insoddisfatte del proprio aspetto e aspirano a una

magrezza estrema, mettendo in atto comportamenti restrittivi anche a rischio della vita. Uno tra i criteri per la diagnosi di anoressia e bulimia nervosa è la presenza di un disturbo nella percezione del proprio corpo. Tale criterio assume particolare rilevanza perché costituisce un importante precursore della possibile comparsa di un DCA e la sua remissione è considerata un fattore fondamentale per la guarigione dalla patologia.

Sebbene l'associazione tra patologia alimentare, disturbo nella percezione dell'immagine corporea e insoddisfazione per il proprio aspetto fisico sia stata oggetto di svariate ricerche e studi, essa costituisce ancora oggi un importante campo di indagine.

La prima a ipotizzare una correlazione tra percezione dell'immagine corporea e DCA fu Hilde Bruch che, nel suo testo del 1977, *Patologia del Comportamento Alimentare*, descrisse la modalità distorta di percezione tipica dei soggetti con DCA.

Da allora ci sono stati svariati studi (Rauste-von Wright, 1989; Moore, 1990; Alparone et al., 2000; Pruneti et al., 2004), sia nazionali che internazionali, tesi a dimostrare la stretta correlazione esistente tra DCA, insoddisfazione corporea e incapacità di dare al proprio corpo una valutazione oggettiva. I risultati degli studi condotti su pazienti affetti da DCA hanno permesso di dimostrare che l'immagine corporea, ovvero l'insieme dei vissuti e delle rappresentazioni relative al proprio corpo, risulta in questi casi pesantemente distorta e distante da quello che è il corpo reale. La discrepanza tra corpo reale e ideale è fonte di profonde distorsioni che portano a mettere in atto contromisure sempre più drastiche per la riduzione del peso corporeo. D'altro canto, tale distorsione è strettamente legata a un senso di frustrazione e insoddisfazione che porta a una diminuzione dell'autostima e sovente alla comparsa di sintomi depressivi.

Tuttavia alcuni fattori necessitano di un ulteriore chiarimento. Oggi infatti la presenza di una dispercezione della propria immagine corporea e di un'insoddisfazione nei confronti del proprio aspetto non è infrequente neanche tra la popolazione — specie se femminile — non clinica, e non è ancora chiaro se tale disturbo sia influenzato o meno dall'età o da altri fattori (status, livello di istruzione, ecc.).

Svariati studi, inoltre, tendono a tenere insieme in un unico gruppo pazienti anoressiche e bulimiche, mentre una distinzione potrebbe essere funzionale per una migliore differenziazione dei sintomi associati alle due patologie e per comprendere l'eventuale presenza di differenze nella percezione della propria immagine all'interno dei due gruppi. Molte ricerche, infine, tendono a coinvolgere sia uomini che donne, introducendo così un'ulteriore variabile nel disegno sperimentale. Tuttavia anoressia e bulimia maschile hanno caratteristiche diverse rispetto

a quella femminile, pertanto i due disturbi meritano trattazioni separate. Una ricerca in questo ambito potrebbe rivelarsi estremamente utile per meglio indagare questo fenomeno; i risultati potrebbero inoltre avere grande utilità clinica in termini sia diagnostici che di terapia.

La ricerca proposta vuole indagare la correlazione esistente tra Disturbi del Comportamento Alimentare e disturbi nella percezione dell'immagine corporea, nonché valutare il livello di soddisfazione nei confronti del proprio aspetto in donne e ragazze anoressiche e bulimiche.

La ricerca si propone i seguenti obiettivi conoscitivi:

1. Indagare la valutazione dell'immagine corporea e il livello di soddisfazione per il proprio aspetto in tre gruppi (un gruppo di donne e ragazze affette da anoressia nervosa, un gruppo di donne e ragazze affette da bulimia nervosa e un gruppo di controllo non clinico) e analizzare le eventuali differenze.
2. Nel gruppo di pazienti con anoressia nervosa, valutare il ruolo del BMI (*Body Mass Index* o Indice di Massa Corporea)¹ sulla gravità dei disturbi percettivi e sul livello di insoddisfazione.
3. Indagare il ruolo della variabile età nella percezione della propria immagine.

Per quanto riguarda la ricerca, verranno presi in considerazione tre diversi gruppi, composti ciascuno da 40 soggetti. Un gruppo di donne e ragazze con diagnosi di anoressia nervosa, un gruppo di donne e ragazze con diagnosi di bulimia nervosa e un gruppo di controllo costituito da donne e ragazze senza alcuna diagnosi di patologia.

Le partecipanti ai gruppi verranno scelte in modo tale da poter costituire due classi di età, composte da 20 persone per ciascun gruppo: ragazze 15-25 anni; donne 25-40 anni.

Dal momento che non è possibile ottenere l'assegnazione casuale dei soggetti ai tre gruppi occorrerà tentare di controllare le altre variabili che potrebbero influire sui risultati della ricerca. In tal caso sarà importante fare in modo che i tre gruppi risultino omogenei per status socio-economico e livello di istruzione, che i soggetti appartenenti al gruppo di controllo non soddisfino i criteri per una diagnosi di anoressia nervosa, di bulimia nervosa e non presentino chiari segni di patologia. A tal proposito sarà misurato il BMI di tutti i soggetti coinvolti; inoltre i soggetti del gruppo di controllo dovranno essere sottoposti all'EAT

*Obiettivi:
approfondimento su
finalità generali e
ipotesi di lavoro*

Campione

¹ Il Body Mass Index è un indicatore biometrico utilizzato per classificare gli individui a seconda del loro peso. Il BMI si ottiene dividendo il peso, espresso in chilogrammi, con il quadrato dell'altezza, espressa in metri, e confrontando il risultato ottenuto con apposite tabelle. Secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è possibile rintracciare quattro diverse categorie: sottopeso (BMI < 19); normopeso (19 < BMI < 24); sovrappeso (25 < BMI < 30); obesità (BMI > 30).

*Metodologia
(variabili, procedura,
strumenti)*

(*Eating Attitude Test*) (Garner et al., 1982) per accertare l'assenza dei criteri necessari a una diagnosi di anoressia o bulimia, nonché di condotte restrittive o di abbuffate.

Una volta creati i tre gruppi, si procederà a indagare la soddisfazione nei confronti del proprio corpo e a misurare il BPI (*Body Perception Index*), ovvero l'indice di percezione corporea.

In particolare, per valutare i vissuti nei confronti del proprio corpo e comprendere il livello di soddisfazione delle donne partecipanti alla ricerca verranno impiegati due strumenti: l'EDI (*Eating Disorder Inventory*) (Garner et al., 1983) e il BISQ (*Body Image Satisfaction Questionnaire*) (Rauste-von Wright, 1989).

L'EDI si compone di 64 item divisi in 8 subscale che misurano, tra gli altri, il desiderio di magrezza, l'insoddisfazione corporea e la consapevolezza interocettiva.

Il BISQ, invece, è composto da 26 item in cui il soggetto è chiamato a esprimere il proprio grado di soddisfazione per svariate parti del proprio corpo.

Per quanto riguarda il BPI (*Body Perception Index*), esso verrà misurato attraverso un test che permette di mettere in relazione la misura reale di alcune parti del corpo con la stima soggettiva fatta dall'individuo (Slade e Russell, 1973).

L'utilizzo di questi strumenti è fondamentale per cogliere appieno e misurare l'immagine corporea dei soggetti coinvolti, infatti l'EDI e il BISQ consentono di tener conto degli aspetti emotivi legati al concetto di immagine corporea mentre il BPI di quelli cognitivi.

*Metodologia
(attività e tempi)*

La ricerca avrà una durata totale di 6 mesi. Il primo mese sarà dedicato alla fase di rifinitura del progetto e di contatto con possibili realtà cliniche di supporto al reclutamento. La fase di reclutamento risulterà potenzialmente critica: da un lato è infatti plausibile che soggetti con DCA non siano ben disposti a parlare della propria percezione di sé e dell'immagine corporea con un estraneo; dall'altro, invece, occorre interrogarsi su dove reperire i soggetti che andranno a costituire il gruppo di controllo. Per questo motivo, a tale fase saranno dedicati i primi tre mesi. Tra il quarto e il quinto mese saranno condotte le rilevazioni sperimentali effettive, mentre il sesto mese sarà dedicato all'analisi dei dati e alla iniziale stesura di un report conclusivo.

Nonostante i potenziali limiti del progetto di ricerca esposto — relativi, ad esempio, all'impossibilità di assegnare casualmente i partecipanti ai gruppi e alle possibili difficoltà di reclutamento —, esso potrebbe costituire uno studio interessante per gettare luce su un tema lungamente studiato eppure ancora controverso.

*Analisi dei dati e
procedure statistiche*

Una volta raccolti i dati, si potrà procedere alla loro analisi. In questo caso si attuerà un confronto tra i tre gruppi in esame rispetto

al livello di soddisfazione e alla percezione dell'immagine corporea, impiegando metodi per l'analisi della varianza.

Per quanto riguarda il ruolo del fattore età, e l'influenza del BMI nel caso delle donne e ragazze anoressiche, sarà possibile mettere in atto delle correlazioni.

L'analisi dei dati, condotta con opportuni mezzi statistici, porterà a una verifica o a una falsificazione delle ipotesi presentate nello studio, confermando, o meno, i dati presenti in letteratura.

Sulla base delle principali evidenze in letteratura e delle scelte metodologiche/strumentali effettuate, ci attendiamo che i soggetti affetti da bulimia e da anoressia presenteranno maggiori disturbi legati alla percezione del proprio corpo e una più alta insoddisfazione in confronto al gruppo di controllo. Al contempo, i soggetti affetti da bulimia nervosa presenteranno, plausibilmente, un maggior livello di insoddisfazione o maggiori disturbi legati alla propria immagine corporea. Gli appartenenti a questo gruppo sono infatti quelli per cui lo scontro tra corpo reale e ideale è maggiore. Per quanto riguarda le pazienti con anoressia, BMI più bassi saranno plausibilmente associati a un maggior disturbo nella percezione dell'immagine corporea e, nello specifico, a una sovrastima più significativa delle dimensioni corporee. Nelle pazienti anoressiche, infatti, è stata notata una correlazione inversa tra BMI e disturbo percettivo. Infine, indipendentemente dalla presenza o meno della diagnosi di anoressia, i soggetti appartenenti al gruppo di età compresa tra i 15 e i 25 anni mostreranno problematiche maggiori nella percezione corretta delle dimensioni corporee e un più basso livello di soddisfazione per il proprio aspetto.

Ulteriori risvolti a lungo termine della ricerca, sia rispetto alla pratica clinica psicologica sia rispetto alle riflessioni teoriche, riguardano l'avanzamento nella comprensione del rapporto tra dispercezione corporea e soddisfazione rispetto all'immagine corporea e la discussione del ruolo dell'insoddisfazione per la dispercezione corporea nel percorso diagnostico relativo ai DCA, soprattutto in pazienti adolescenti e giovani.

*Approfondimento:
ipotesi e risultati
attesi a breve
e lungo termine*

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE DI CASI: INDIRIZZO CLINICO E DI COMUNITÀ

TRACCE SVOLTE

> CASO 1

Il Tribunale per i Minorenni di Roma ha incaricato lo psicologo del servizio sociale comunale di effettuare un'indagine psico-sociale su una coppia che ha fatto domanda per l'adozione di un bambino. Il candidato indichi in che maniera svolgerebbe un'indagine di questo tipo e quali elementi indagherebbe maggiormente al fine di stendere una relazione psico-sociale.

(Università degli Studi di Cagliari, 2010)

Ipotesi di svolgimento

L'idoneità all'adozione è un percorso lungo, complesso e multi-dimensionale poiché è individuale, biologico, familiare, psicosociale, culturale e giuridico.

L'esigenza di valutare aspetti individuali delle coppie aspiranti adottive nasce dalla considerazione che nell'adozione ci troviamo di fronte a due problemi, non uno solo: bambini senza genitori ma anche genitori, nella maggior parte dei casi, senza figli. Prendendo in considerazione tale situazione, all'interno della storia personale dei potenziali genitori assumono particolare rilievo le seguenti aree, che potrebbero essere indagate sia in colloqui individuali, sia in colloqui di coppia e poi messe a confronto (Rossi, 1998):

- Motivazione: la scelta di adottare un bambino potrebbe essere motivata da molteplici aspetti, come il dolore per non poter generare, la mancanza dell'esperienza della genitorialità e della continuità, o dal risarcimento per il torto subito. Problematici vengono considerati quegli atteggiamenti estremi, ad esempio acritica accettazione di ogni proposta e problema, sopravvalutazione delle proprie capacità, atteggiamenti salvifici, urgenza di avere un bimbo a ogni costo,

Introduzione

Aree di indagine

diffidenza e grande criticità per ogni aspetto burocratico. Queste motivazioni di fatto riflettono una non plasticità e flessibilità della coppia, requisito indispensabile nell'adozione.

- Età: la differenza d'età tra genitori e figlio non deve superare i 45 anni, rendendo così la situazione il più possibile simile a quella della famiglia naturale, come sancito anche dalla legge italiana (L. 184/83 e L. 149/01).
- Assenza di patologie del genitore: ad esempio disturbi della condotta, gravi forme di depressione.
- Relazioni con la famiglia d'origine e la capacità della coppia di affrontare le reazioni di genitori e parenti. Uno strumento utile a questo livello può essere l'*Adult Attachment Interview* (George, Kaplan e Main, 1985).
- Strategie di coping. È auspicabile che si riscontrino spontaneità e capacità di condividere esperienze emotive, forte senso di realtà, basso livello d'ansia, vitalità e sentimento di adeguatezza personale.
- Vissuto della sterilità. È importante capire se sia una ferita ancora dolorosa, un vuoto o un'offesa o se sia stata già elaborata e accettata.
- Il bambino immaginato e se stessi come genitori immaginati: ogni persona, durante lo sviluppo, si forma una sua idea di bambino, idea che si infrange di fronte all'infertilità e all'impossibilità procreativa. A questo scopo può essere molto utile l'utilizzo del Diario futuro commentato (viene chiesto a ciascun membro della coppia di scrivere una pagina di diario relativa a come si immagina una giornata che si potrà svolgere tra cinque anni) e del Disegno della famiglia futura commentato (in questo caso viene chiesto di disegnare quella che secondo lui sarà la sua famiglia fra cinque anni), come suggerito da Favaloro (1990). È importante quindi riflettere con la coppia su come ognuno immagina se stesso, come immagina il partner, come immagina l'evoluzione che ci sarà.

In un percorso di idoneità all'adozione è importante andare ad approfondire le dinamiche della coppia: essa è il luogo in cui il bambino impara ad apprendere, a significare le cose, come elaborare sofferenza e frustrazione, come condividere, come separarsi, come adattarsi, nei diversi modi materno e paterno. Andranno quindi valutati i seguenti aspetti:

- Apertura della coppia e inserimento nel contesto sociale e naturale: all'interno di una famiglia chiusa si possono sviluppare comportamenti inadeguati che non consentono l'estrinsecarsi delle potenzialità individuali; al contrario, una coppia caratterizzata da flessibilità sembra fornire maggiori garanzie di successo nell'accogliere il bambino.
- Funzionamento di coppia: vari studi hanno dimostrato che determinate variabili interpersonali del rapporto padre-madre influenzano

le interazioni del bambino con gli altri e in particolare il suo adattamento sociale ed emotivo.

- Spazio mentale preparato per il bambino, ossia la disponibilità della coppia a tollerare ciò che è altro da sé, come un bambino portatore di una sua storia e di una sua alterità.

In conclusione, i criteri da utilizzare per esprimere un eventuale giudizio di idoneità ruotano intorno a questi aspetti:

- Plasticità, ossia la capacità di attuare comportamenti adeguati alle possibili diverse situazioni; questi aspetti possono essere anche osservati e rilevati dall'operatore durante il colloquio. Preoccupante è l'utilizzo di modalità scarsamente adattive accompagnate da una certa rigidità di atteggiamenti e posizioni.
- Atteggiamenti «generativi» e creativi, che non hanno nulla a che fare con la componente biologica ma con la capacità di arricchire il mondo esterno con qualcosa dato da sé e dal proprio impegno. Il processo che trasforma un uomo e una donna in genitori e un bambino in figlio è speculare: quanto più il clima familiare si fa vivo, pieno d'interesse e curiosità, tanto più i bambini sentono di essere vivi e accolti in uno spazio che è loro. Questi aspetti potrebbero essere colti durante una visita domiciliare; ad esempio attraverso il modo che la coppia ha di arredare e vivere la casa; durante i colloqui attraverso il tono e il clima emotivo, gli hobby, gli sport, quando praticati, oltre a tutte le possibili espressioni di creatività.
- Capacità di «riparare», rispetto alla sterilità, nel senso che il soggetto rinuncia a una meta irraggiungibile per investire su altro, e riparazione rispetto al bambino, come desiderio di eliminare la sofferenza che gli è stata procurata ridandogli la propria integrità e dignità di essere amato.
- Capacità di elaborare il lutto del non poter essere genitori; spesso il fallimento dell'adozione ha radici proprio in questo punto, poiché è come se la coppia non riuscisse a riconoscere il bimbo adottato come proprio, trattandolo come se fosse nato da loro, senza essere inoltre in grado di vederlo nella sua veste reale.

> CASO 2

Il responsabile di una cooperazione sociale per persone disabili lamenta una serie di problemi nel funzionamento dell'équipe di lavoro. In specifico, gli operatori hanno difficoltà ad interagire tra loro, il coordinatore non mostra capacità di leadership, il livello professionale degli operatori è carente data anche la loro anzianità anagrafica e lavorativa. Tutto questo ha ricadute pesanti sulla qualità delle prestazioni, rilevate anche dai familiari degli utenti. Il/la candidato/a illustri le modalità di intervento di uno psicologo dell'organizzazione e gli strumenti di cui potrebbe avvalersi per affrontare la situazione.

(Università degli Studi di Bologna, 2010)

Ipotesi di svolgimento*Analisi della domanda*

Dopo il primo contatto con i committenti, e dopo avere ricevuto le prime informazioni relative al caso, si ritiene opportuno proseguire con un'ulteriore analisi della domanda e del contesto, ponendo l'attenzione su differenti aspetti e cercando di cogliere il punto di vista dei differenti soggetti coinvolti.

Un primo aspetto da indagare riguarda i dati già esistenti relativi a numero, tipo e contenuti delle lamentele degli utenti (se pervenute per iscritto o raccolte dalla cooperativa). Questo al fine di iniziare a comprendere il fenomeno e come si sta manifestando, analizzando dati già esistenti e di diversa natura che possono dare indicazioni di come esso si sia sviluppato.

Un secondo aspetto da indagare riguarda i punti di vista e le rappresentazioni che i soggetti che lavorano all'interno del centro hanno. È importante in questa fase coinvolgere tutte le persone che fanno parte dell'équipe di lavoro. Gli aspetti principali che si ritiene maggiormente importante e funzionale indagare sono in particolare:

- la rappresentazione e la percezione che i soggetti hanno del proprio lavoro in generale, del proprio contesto lavorativo, della relazione con colleghi e utenti, degli eventuali cambiamenti avvenuti nell'ultimo anno all'interno del centro, in particolare approfondendo come il descrivono, li connotano e come li hanno vissuti;
- aspetti di fatica/difficoltà e di risorsa del gruppo;
- prospettive future individuate e delineate dal soggetto (a livello sia personale sia di gruppo di lavoro);
- livello emotivo connesso alla professione e al proprio contesto lavorativo.

Gli aspetti delineati possono essere indagati tramite un'intervista in profondità (*face to face* individuale) o un questionario costruito ad hoc.

Il metodo e le persone da coinvolgere saranno da decidere a seconda del numero dei professionisti del gruppo, della loro disponibilità, dei tempi e delle risorse.

Si ritiene possa essere utile indagare gli aspetti sopra citati anche con alcune sessioni di osservazione etnografica nel centro, azione che può consentire di vedere in azione il gruppo, le dinamiche interattive e comunicative tra colleghi, con i pazienti e con i loro familiari, il clima organizzativo e alcuni aspetti della cultura organizzativa.

In base a quanto emerso nelle prime interviste e con l'osservazione etnografica, avendo quindi raccolto i primi dati e informazioni significative, si può ipotizzare l'utilizzo del Questionario di Soddisfazione Organizzativa (QSO) di Cortese (2001), al fine di approfondire il tema della soddisfazione lavorativa; esso è composto da 20 item e consente di rilevare alcuni aspetti della complessa relazione tra individuo e organizzazione. Questo strumento, aggiunto ai dati raccolti con le interviste in profondità, potrebbe essere funzionale per istituire un percorso di formazione del gruppo.

Per quanto riguarda la diagnosi organizzativa, si può ipotizzare che possano essere avvenuti alcuni cambiamenti organizzativi (nuove entrate nel gruppo o uscite improvvise, licenziamenti o malattie, liti o disaccordi sull'organizzazione del lavoro, ecc.) che possono aver comportato un deterioramento dei rapporti all'interno del gruppo. Si può inoltre ipotizzare l'esistenza di difficoltà a livello relazionale tra i diversi soggetti impegnati nella cooperativa. Un'analisi più precisa della situazione andrà comunque fatta dopo avere raccolto i dati nella fase esplorativa iniziale di analisi della domanda e del contesto.

Le principali linee di intervento che si potrebbero proporre attualmente, senza avere a disposizione i dati più approfonditi, sono le seguenti:

- Organizzare un percorso di formazione (ad esempio, otto incontri da quattro ore, ogni due settimane) o comunque di supporto agli operatori, al fine di sostenerli nella gestione quotidiana del lavoro e delle relazioni (quindi sia tra colleghi che con gli utenti); offrire uno spazio dove gli operatori possano confrontarsi tra di loro su diverse questioni che ritengono urgenti e primarie per loro e sulle risorse e difficoltà del proprio lavoro; lavorare sulla loro motivazione, ecc. I dettagli di questo percorso (ad esempio, durata, metodo, soggetti da coinvolgere e modalità) andranno definiti dopo la fase esplorativa. Si ritiene comunque utile partire dalle storie e dalle esperienze dei soggetti, coinvolgendo operatori impiegati nel centro a diversi livelli e con diversi ruoli (ad esempio, diversi gruppi ma con momenti di confronto e lavoro in comune).

Ipotesi di intervento

Aree di intervento

Elementi più definiti e approfonditi relativi, ad esempio, al setting, ai metodi e agli strumenti che si intende utilizzare nel percorso formativo verranno forniti quando si potrà fare una proposta di intervento più vicina ai dati raccolti nella fase esplorativa iniziale.

- Proporre dei cambiamenti a livello organizzativo, elaborati insieme ai diversi operatori della cooperativa, per intervenire su condizioni che nella prima fase esplorativa sono state individuate come critiche, ad esempio se c'è un sovraccarico di lavoro, una turnazione difficoltosa, una disposizione logistica non adeguata, ecc.

Sarà inoltre importante:

- Pensare a un momento di restituzione alle figure dirigenti dei dati raccolti e del lavoro fatto insieme ai lavoratori.
- Pensare a modalità di valutazione dell'intervento coerenti con il percorso proposto, ad esempio al termine del percorso di formazione ritagliarsi uno spazio per valutare quanto fatto, i principali apprendimenti e risultati a livello di gruppo.