

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE
Sede Amministrativa del Dottorato di Ricerca

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

IRCCS BURLO GAROFOLO DI TRIESTE

XXI CICLO DEL
DOTTORATO DI RICERCA IN

MEDICINA MATERNO INFANTILE, PEDIATRIA DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE,
PERINATOLOGIA

EPILESSIA, QUALITÀ DELLA VITA E RAPPRESENTAZIONE DI SÉ

Settore scientifico-disciplinare: M-PSI/04 Psicologia dello Sviluppo e Psicologia dell'Educazione

DOTTORANDA
ANNA BELLINI

COORDINATORE DEL COLLEGIO DEI DOCENTI
CHIAR.MO PROF. *ALESSANDRO VENTURA*
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

TUTORE / SUPERVISORE

CHIAR.MA PROF. *SSA LOREDANA CZERWINSKY DOMENIS*
UNIVERSITÀ DI TRIESTE

RELATORE

CHIAR.MA PROF. *SSA LOREDANA CZERWINSKY DOMENIS*
UNIVERSITÀ DI TRIESTE

CORRELATORE

DOTT.SSA *PAOLA COSTA*
Unità Operativa di NPI, IRCCS BURLO GAROFOLO di TRIESTE

ANNO ACCADEMICO 2007/2008

To lead or to be led

**No matter the experience one has,
if they are not perceived as the results
of one's own actions, they are not
effective for altering the way in
which one sees things and
consequently functions.
Herbert Lefcourt**

A conclusione di questo Dottorato di Ricerca un ringraziamento va a:

Prof.ssa Loredana Czerwinsky Domenis

Tutor Supervisore per il presente progetto di ricerca
già ordinario di Pedagogia Sperimentale, Scienze della Formazione, Università di Trieste

Prof. Alessandro Ventura;

Direttore della Clinica Pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste
Coordinatore di questo Dottorato di Ricerca

Prof. Domenico Tecilazic,

Dipartimento universitario di SRS presso UCO di Clinica pediatrica, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

Dott. Marco Carrozzì

Direttore della S.C. di NPI, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

Dott.ssa Paola Costa

Dott. Aldo Scabar

Dott.ssa Renata Aliverti

Dott.ssa Raffaella Devescovi

Dott.ssa Isabella Lonciari

medici specialisti e psicologi della S.C. di NPI, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste

tutto il personale Infermieristico della S.C di NPI

Prof.ssa Nidia Batic

Associato di Statistica Sociale all'Università di Udine, per la consulenza statistica

Per la partecipazione alla ricerca "*Qualità della vita, costo beneficio e determinanti della compliance alla terapia dietetica in soggetti celiaci diagnosticati per sintomi o attraverso screening*" vorrei ringraziare anche

Dott. Tarciso Not

responsabile del Laboratorio di Clinica pediatrica, ospedale Burlo Garofolo di Trieste

Dott.ssa Chiara Zanchi,

specializzanda presso Clinica pediatrica, ospedale Burlo Garofolo di Trieste

tutto il personale Infermieristico della Clinica pediatrica

Infine, **un ringraziamento speciale va ai bambini e ai ragazzi che hanno partecipato a questa ricerca e alle loro famiglie.** Senza la loro gentile collaborazione non avrei potuto raccogliere i dati contenuti in questo lavoro.

Un grazie sincero anche a tutti gli **studenti**, gli **insegnati** e **dirigenti scolastici** di

Istituto Comprensivo "Italo Svevo" (scuole elementari "A. Lovisato" e "San Giusto", scuola media "I. Svevo"),

Istituto Comprensivo "G. Roli" (scuola elementare "Fratelli Visinini" e scuola media "G. Roli")

Licei "F. Petrarca" e "A. Dante".

INDICE

IL PERCORSO DELLA RICERCA	Pag.5
----------------------------------	-------

PARTE PRIMA
CONTRIBUTI TEORICI

CAPITOLO 1° EPILESSIA. INFORMAZIONI UTILI ALLE FIGURE COINVOLTE DEI PROCESSI EDUCATIVI (INSEGNATI, GENITORI, EDUCATORI, ADULTI)	Pag. 13
--	---------

Introduzione

1.1 Informazioni utili per comprendere questa malattia cronica	Pag. 16
1.2 Epilessia, pregiudizio e stigma	Pag. 32
1.3 Epilessia ed aspetti psicologici	Pag. 33
1.4 Epilessia, famiglia e scuola	Pag. 34

CAPITOLO 2° IL COSTRUTTO PSICOLOGICO DEL LOCUS OF CONTROL (LOC) : ORIGINI STORICHE E CULTURALI	Pag. 39
---	---------

Introduzione

2.1 La teorizzazione del concetto: Rotter e la teoria dell'apprendimento sociale	Pag. 40
2.2 Le diverse teorie sul comportamento umano	Pag. 41
2.3 Dalla teoria del comportamento al LOC	Pag. 44
2.4 Alcuni equivoci legati al costrutto	Pag. 45
2.5 Problemi aperti dall' applicazione del costrutto di Rotter	Pag. 46
2.6 Gli sviluppi del costrutto di Rotter	Pag. 50
2.7 Il LOC e le variabili età e genere	Pag. 69

CAPITOLO 3° LOC: AMBITI DI APPLICABILITÀ E STRUMENTI DI MISURAZIONE	Pag. 70
--	---------

Introduzione

3.1 Le applicazioni del LoC dalle origini ad oggi	Pag. 70
3.2 Gli strumenti di valutazione del LOC negli adulti	Pag. 78
3.3 Gli strumenti di valutazione del LOC nei bambini	Pag. 89

3.4 Osservazioni sul costrutto del LOC e relativi strumenti di misurazione	Pag. 96
CAPITOLO 4°	
LOC E QUALITÀ DELLA VITA	Pag. 98
Introduzione	
4.1 Il LOC e il benessere individuale	Pag. 99
4.2 L'influenza del LOC sulla gestione della malattia cronica	Pag. 103
4.3 L'influenza del tipo di malattia cronica sul LOC	Pag. 104
4.4 Epilessia, tendenza ad un LOC esterno e psicopatologie	Pag. 112
4.5 Cambiamenti nell'orientamento del controllo	Pag. 115

PARTE SECONDA

DUE INDAGINI IN AMBITO OSPEDALIERO E SCOLASTICO

Introduzione alle due indagini	Pag. 118
---------------------------------------	----------

CAPITOLO 5°	
L'INDAGINE CON UN GRUPPO DI SOGGETTI EPILETTICI SEGUITI DA UNA STRUTTURA OSPEDALIERA	Pag. 123

Introduzione	
5.1 Gli obiettivi	Pag. 123
5.2 Il campione	Pag. 124
5.3 Strumenti e metodi	Pag. 125
5.4 Tempi e procedure	Pag. 138
5.5 Risultati dell'indagine	Pag. 139
5.5.1 <i>Difficoltà nei contatti con le famiglie dei ragazzi con epilessia</i>	Pag. 139
5.5.2 <i>Il gradimento espresso dai minori per le attività proposte</i>	Pag. 142
5.5.3 <i>Il gradimento espresso dai genitori dei minori per le attività proposte</i>	Pag. 142
5.5.4 <i>La verifica degli obiettivi</i>	Pag. 143
5.6 Conclusioni	Pag. 155

CAPITOLO 6°
CONOSCENZE E PREGIUDIZI SULL'EPILESSIA E IL MALATO
EPILETTICO. UN'INDAGINE CONDOTTA NEL CONTESTO
SCOLASTICO Pag. 156

Introduzione

6.1 Gli obiettivi	Pag. 157
6.2 Il campione	Pag. 157
6.3 Strumenti e metodi	Pag. 158
6.4 Tempi e procedure	Pag. 161
6.5 I risultati dell'indagine condotta in ambito scolastico	Pag. 162
6.5.1 <i>I soggetti coinvolti nell'indagine</i>	<i>Pag. 162</i>
6.5.2 <i>Conoscenza delle malattie croniche tra i ragazzi delle scuole</i>	<i>Pag. 163</i>
6.5.3 <i>Verifica del primo obiettivo: il contesto scolastico e i pregiudizi sulla malattia</i>	<i>Pag. 163</i>
6.5.4 <i>Verifica del secondo obiettivo: il contesto scolastico e il pregiudizi sul malato</i>	<i>Pag.178</i>
6.5.5 <i>Il terzo obiettivo: gli organizzatori per percorsi didattici nel contesto scolastico</i>	<i>Pag. 183</i>
6.6 Conclusioni	Pag. 184

CAPITOLO 7°
CONCLUSIONI GENERALI Pag. 186

Allegati

Numero 1: Il test di Nowicki e Strickland	Pag.192
Numero 2a: Prova di Identificazione degli Stili di Attribuzione (I.S.A.)	Pag. 194
Numero 2b: Le prove libere	Pag. 201
Numero 2c: I risultati individuali della prova I.S.A.	Pag.204
Numero 3: Il questionario di gradimento per i minori coinvolti nel progetto	Pag. 225
Numero 4: Il questionario di gradimento per le famiglie dei minori	Pag.226
Numero 5: Il questionario sulle conoscenze e i pregiudizi sull'epilessia	Pag.229

Bibliografia Pag. 235

IL PERCORSO DELLA RICERCA

La presente ricerca affronta la tematica della qualità della vita nella **malattia epilettica** ad esordio infantile. Quello che i romani chiamavano il “*mal comiziale*” è la più *frequente* tra tutte le malattie neurologiche di una certa gravità. Infatti, questa malattia interessa l'uno per cento della popolazione, circa 500.000 cittadini italiani, con 25.000 nuovi casi ogni anno nel nostro Paese. L'epilessia è un problema di grande rilevanza sociale: in Italia è riconosciuta come "malattia sociale" con D.M. n° 249/65. Inoltre, considerando che il 75% delle epilessie inizia prima dei venti anni di età e che circa un terzo colpisce i bambini con meno di 5 anni di età, si può affermare che l'epilessia può essere considerata una malattia tipicamente *pediatrica*.

Il significato di questo studio sulla qualità di vita nell'epilessia in età evolutiva parte dalla considerazione che questa malattia neurologica sembrerebbe interferire con il regolare sviluppo psico-sociale del bambino. I bambini con epilessia, infatti, ritengono di avere scarso controllo sul proprio comportamento (DeVillis, 1980). Le caratteristiche di imprevedibilità e incontrollabilità di questa malattia esporrebbero il soggetto in età evolutiva ad un senso di ineluttabilità, di inadeguatezza (Matthews, 1982) con conseguente sviluppo di scarsa autostima, isolamento sociale e problemi di comportamento (Austin, 1996 e 2003).

L'epilessia, pertanto, potrebbe ostacolare il processo che nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza porta ad una graduale assunzione di senso di responsabilità e di coinvolgimento personale rispetto alla *causazione* degli eventi positivi e negativi della vita, favorendo nei soggetti atteggiamenti estremisti di tipo fatalistico o rinunciatario.

In definitiva, questa malattia potrebbe influenzare negativamente quello che lo studioso J. Rotter nel 1966 descrisse come il costrutto psicologico del **Locus of Control** (LOC) consistente nella convinzione da parte dei soggetti di sentirsi protagonisti degli eventi della propria vita (*Internal Locus of Control*) e non in balia di forze incontrollabili come il fato, la fortuna o persone più potenti (*External Locus of Control*). In particolare, secondo l'originaria teorizzazione di Rotter, un orientamento di LOC interno indica una interpretazione soggettiva della successione azione-effetti non accidentale, bensì dipendente dal proprio comportamento. Un orientamento di LOC esterno indica, invece, che il soggetto attribuisce la successione comportamento-risultati al caso e non dipendente da sé.

In base alle indicazioni della letteratura, la malattia cronica influenzerebbe il costrutto psicologico del LOC e tale influenza dipenderebbe dal tipo di malattia. Come sostiene lo studioso finlandese Ingemar Engstrom (1991) nella ricerca pediatrica i bambini con malattie croniche tendono a sviluppare un orientamento di LOC esterno. I casi in cui sono stati rilevati – al contrario - punteggi di LOC interni, questi si spiegano con il fatto che la malattia cronica in questione richiederebbe un forte coinvolgimento e una forte responsabilità nella gestione della stessa. In questo senso, malattie croniche come l'epilessia, le malattie oncologiche e la malattia infiammatoria intestinale (IBD), svilupperebbero una tendenza ad un LOC esterno, mentre malattie come il diabete favorirebbero un LOC interno.

Il LOC risulta, pertanto, un utile predittore della capacità di gestire la malattia cronica e un buon indicatore della *qualità di vita* in pazienti affetti da varie patologie (cancro, diabete, obesità, Aids...ed epilessia). Per questa ragione viene molto utilizzato nell'ambito della Psicologia della Salute. Infatti, le convinzioni individuali sulla capacità o meno di gestire gli eventi della vita hanno conseguenze dirette sul controllo della stessa ed in primis sulla adesione al trattamento/cura previsti. In generale, i soggetti che presentano un LOC tendenzialmente interno avrebbero una migliore capacità di adattamento alla malattia e anche un eventuale trattamento risulterebbe maggiormente efficace proprio per il senso di responsabilità e per il coinvolgimento del soggetto nel controllo della malattia. Soggetti con un LOC tendenzialmente esterno, invece, dimostrerebbero un minore adattamento alla malattia, un conseguente rifiuto della stessa e il loro atteggiamento rinunciatario e fatalista non favorirebbe un'adesione efficace a terapie o cure che devono essere seguite con costanza. L'epilessia rientrerebbe, come abbiamo visto, tra le malattie che tenderebbero a indurre un LOC maggiormente esterno inducendo chi ne è affetto ad indugiare in atteggiamenti fatalistici e rinunciatari.

L'esternalità di chi soffre di epilessia risente anche delle caratteristiche di gravità della malattia e dalla rispondenza alla terapia. Oggi, più di due terzi di quanti soffrono del “*mal caduco*” può tenere sotto controllo le crisi con una terapia farmacologica precoce e continuativa e con un adeguato monitoraggio dei farmaci (Freeman ed altri, 1997). Inoltre, il trattamento farmacologico è volto sempre più non solo al controllo clinico delle crisi ma anche alla diminuzione dei possibili effetti collaterali con relativo miglioramento delle prestazioni cognitive e della qualità della vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie. In questo senso occorre individuare il trattamento che tenga sotto

controllo le crisi senza però compromettere la qualità della vita: non è pensabile, infatti, che il controllo delle crisi sia ottenuto accettando che gli effetti collaterali dei farmaci compromettano sensibilmente capacità e/o potenzialità individuali o di vita sociale.

Inoltre, alcune forme di epilessia idiopatica con esordio proprio nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza, sono assolutamente benigne. Esse si verificano tipicamente in soggetti per altro completamente sani e spesso guariscono o si attenuano nell'adulto.

Nonostante il bambino e ragazzo con epilessia abbia la possibilità nella maggior parte dei casi di condurre una vita normale, la letteratura più recente (Cheung, 2006) ci descrive un contesto sociale in cui egli vive e si confronta non scevro da pregiudizi sulla malattia e sul malato. Circondata da un contesto con queste caratteristiche anche la famiglia rischia di sviluppare uno stile parentale che fatica a promuovere nel figlio atteggiamenti di autonomia. I rischi maggiori sono legati al fatto di mettere in atto stili iperprotettivi con forti limitazioni dell'autonomia, oppure fondati su pretese eccessive e svalutazione delle prestazioni scolastiche o, infine, caratterizzati da stati di tensione e conflitto proiettati sul figlio con ambigua colpevolizzazione di questo (Saccomani et al, 1991). In questa situazione, la famiglia può favorire nel figlio atteggiamenti fatalistici o rinunciatari (Cull, 1997). Probabilmente, non vi è un'altra malattia in cui le sofferenze di chi ne è affetto derivano non tanto dagli aspetti medici, bensì dal pregiudizio nei confronti della malattia e del malato.

Fate queste premesse, il presente lavoro intende considerare la rappresentazione di sé in bambini e ragazzi affetti da epilessia. Questi soggetti, nonostante le innegabili difficoltà non solo nel gestire la malattia ma anche legate a inutili pregiudizi sulla malattia e il malato, possono e devono puntare ad una migliore qualità di vita evitando che il contesto comprometta l'immagine di sé. Di fronte ad un ambiente sfavorevole, è facile che anche la famiglia si chiuda in se stessa, per proteggere il figlio, amplificando così gli effetti negativi sul senso di autonomia e indipendenza. Un tale processo di stigmatizzazione finisce per autoalimentarsi trascurando l'evidenza che anche un soggetto in età evolutiva colpito da epilessia può condurre una vita normale. Nonostante i coetanei possano percepire l'epilettico come un "diverso", questa diversità non legittima il pregiudizio nei suoi confronti.

Per verificare quanta sia la distanza tra la rappresentazione che l'epilettico ha di sé e la rappresentazione che i coetanei compagni di scuola gli attribuiscono sono state

effettuate due indagini parallele ed integrate, condotte rispettivamente in ambito ospedaliero ed in ambito scolastico.

L'indagine in ambito ospedaliero, condotta con venti bambini e ragazzi affetti da epilessia idiopatica non grave ed esclusi i ritardi mentali, ha avuto tre obiettivi.

- 1) Verificare *il tipo di orientamento generale di LOC* in un gruppo di bambini e ragazzi con epilessia idiopatica non grave al fine di comprendere se questa forma di epilessia comprometta negativamente il senso di controllo sugli eventi.
- 2) Identificare quali tipi di stili di *attribuzione individuali*, tra i cinque identificati per questa indagine, sono presenti tra i venti soggetti epilettici: Stile Interno, Esterno, Negatore degli insuccessi, Adattivo.
- 3) Individuare alcuni *organizzatori didattico-metodologici funzionali alla predisposizione* di percorsi di cambiamento *ad personam* atti a potenziare in soggetti epilettici non gravi una rappresentazione di sé positiva che faciliti la convivenza con la propria malattia e una migliore qualità di vita. Si tratta di costruire percorsi su misura che portino l'individuo verso uno stile Adattivo in grado di dosare con sapienza e senso di realismo l'internalità e l'esternalità a seconda delle situazioni, garantendo uno stato di maggiore benessere.

Per realizzare questi obiettivi sono state proposte ad un gruppo di bambini e ragazzi epilettici una serie di attività prive di finalità terapeutiche, ma atte a fornire spunti di riflessione metacognitiva sulla personale convinzione di poter influenzare o meno gli eventi della vita. Questa riflessione di approfondimento sull'orientamento personale del LOC è avvenuta sia seguendo una tradizionale prospettiva unidimensionale che attraverso una valutazione multidimensionale.

In particolare, lo strumento che ha permesso una valutazione unidimensionale del LOC è stato *il test di Nowicki e Strickland (1973)*, un test per ragazzi che fornisce un punteggio di LOC esterno in una scala da 0 (esternalità nulla o internalità) a 40 (esternalità massima). La valutazione multidimensionale-multiattribuzionale del costruito di Rotter invece è avvenuta attraverso la *prova di Identificazione degli Stili di Attribuzione (ISA)*. Questa prova, originale e qui in prima applicazione, integra l'originario costruito rotteriano con il concetto di "attribuzione" elaborato da Weiner (1895). Il LOC di ciascun soggetto viene analizzato nelle situazioni di successo/insuccesso ed in base alle *quattro "determinanti" weineriane*, intese come descrittori volti a specificare meglio le dimensioni della internalità e della esternalità. In

particolare, *abilità* ed *impegno* vengono intesi come descrittori della internalità; *contesto* e *fortuna* come descrittori della esternalità. Questa valutazione multiprospettica, che si ispira agli studi De Beni e Moè (1995) attuati per la valutazione del successo nell'apprendimento scolastico, è stata adattata al campo di applicazione delle malattie croniche.

La valutazione multiprospettica, utilizzata in questo lavoro, combina internalità (abilità, impegno) ed esternalità (contesto e fortuna) nelle situazioni di successo ed insuccesso evidenziando quattro diversi *stili di attribuzione*, ossia quattro diverse modalità personali di motivare le cause degli eventi e dei comportamenti del vissuto quotidiano. Lo stile attributivo Interno raggruppa soggetti con uno schema causale riconducibile ad abilità e impegno tanto nei successi quanto negli insuccessi. Lo stile Esterno caratterizza individui con schema causale riconducibile contesto o fortuna tanto nei successi quanto negli insuccessi. Lo stile Negatore degli insuccessi è tipico di quanti sono interni o responsabili per i successi ma esterni negli insuccessi. Lo stile Rinunciatario comprende soggetti con schema causale inverso rispetto al precedente ossia esterno nei successi ed interno negli insuccessi.

A questi quattro stili è stato aggiunto lo stile Adattivo, ispirato alla categoria dei realisti "*bilocals*" identificata da Wong e Sproule (1984). Tale categoria delinea uno stile tipico di soggetti che possono essere tanto interni quanto esterni a seconda delle situazioni. Si tratta pertanto di individui con uno schema causale misto particolarmente "adattivo" in quanto in grado di adeguare la propria internalità e esternalità in modo tale da garantire il senso di responsabilità e di coinvolgimento personale (evitando quindi di incorrere in atteggiamenti fatalistici) tutelando allo stesso tempo l'immagine di sé da possibili incrinature dovute alla eccessiva colpevolizzazione.

È pertanto proprio il modello dello stile Adattivo, ispirato ai realisti "*bilocals*" di Wong e Sproule a divenire il punto di riferimento al fine di un potenziamento dell'immagine di sé, e quindi della qualità di vita, in chi soffre di epilessia. Si tratta, quindi, di sviluppare negli individui modalità interpretative riguardo alle cause degli eventi che implicino una buona dose di responsabilità personale nella causazione dell'evento, ma che allo stesso tempo tutelino la personale autostima evitando l'attribuzione di responsabilità laddove gli eventi sono al di fuori del controllo personale in quanto soggetti al caso, alla fortuna al destino o alla influenza di persone più potenti. Questo rifugio nell'esternalità deve però essere occasionale in quanto è necessario che l'individuo riconosca il legame tra l'impegno, lo sforzo, la messa in gioco dei propri

talenti o abilità e il conseguimento dei risultati. Solo in questo modo si responsabilizzeranno adeguatamente gli individui evitando gli atteggiamenti rinunciatari di coloro che rifiutano di cimentarsi in nuove sfide perché si sentono in balia di forze troppo grandi ed incontrollabili, senza causare atteggiamenti colpevolizzati di quanti invece indugiano in atteggiamenti tendenti all'“onnipotentismo”.

Complementare a questa indagine è stata la ricerca di alcuni organizzatori didattico-metodologici volti alla promozione dello stile Adattivo ossia pronto ad accogliere le sfide con il proprio impegno e utilizzando le proprie capacità ma anche accettando che non sempre tutto può essere controllato.

Tali percorsi di potenziamento di una visione di sé maggiormente adattiva non possono prescindere da quella che è la rappresentazione attribuzionale della malattia e del malato diffusa nel contesto, scolastico in particolare. Da queste osservazioni è emersa la necessità di una seconda indagine, parallela alla prima, e svolta nelle scuole con 316 bambini e ragazzi di età sovrapponibile a quella del gruppo dei bambini e ragazzi con epilessia. Gli scopi di questa **indagine in ambito scolastico** sono riassumibili nei seguenti punti.

- 1) Verifica della presenza di pregiudizi nei confronti della *malattia* all'interno del *contesto scolastico* in cui il soggetto epilettico vive e si confronta. Questa prima *rilevazione descrittiva* del contesto relazionale scolastico intende indagare la rappresentazione attribuzionale dell'epilessia, ossia ricercare le teorie esplicative della *malattia* in questo contesto e verificare se esse siano pregiudicate da una non conoscenza dell'argomento.
- 2) Verifica della presenza di pregiudizi nei confronti del *malato* di epilessia. Questa seconda *rilevazione comparativa* di tipo relazionale intende osservare se la rappresentazione attribuzionale del bambino epilettico riproponga una tendenza a riempire la distanza che separa l'Io dal Malato con il pregiudizio.
- 3) Individuazione di alcuni *organizzatori per interventi di tipo educativo* da attuarsi nelle scuole al fine di permettere agli studenti di instaurare un rapporto corretto con la malattia e il malato.

La presenza di pregiudizi nei confronti della malattia epilettica è stata rilevata attraverso un apposito questionario sulle conoscenze e i pregiudizi relativi all'epilessia ispirato alla studiosa canadese Gajjar (2001). Tale questionario permette di individuare la frequenza delle conoscenze di tipo medico scientifico sulla malattia diffuse tra i soggetti delle scuole, nonché le loro false credenze e i loro pregiudizi sulla malattia stessa.

La valutazione sulla presenza di pregiudizi nei confronti del malato è avvenuta utilizzando il test di Nowicki-Strickland (1973) nella versione per ragazzi dai nove ai sedici anni. Il questionario dei due autori è stato somministrato *due volte*. Nella prima somministrazione è stata valutata l'esternalità dei soggetti non epilettici delle scuole (LOC "proprio"). Nella seconda somministrazione dello stesso test è stata invece valutata l'esternalità attribuita ai soggetti con epilessia (LOC "attribuito"). In sostanza, è stato riproposto lo stesso questionario individuale, richiedendo però ai ragazzi uno sforzo di "**coinvolgimento immaginato**", che non è il semplice assumere la prospettiva di qualcun altro a livello cognitivo, ma significa "*mettersi nei panni di*" da un punto di vista emotivo e situazionale. La doppia somministrazione ha avuto una *funzione comparativa* tra LOC "attribuito" ai ragazzi epilettici e LOC "proprio" dei ragazzi delle scuole al fine di verificare *in che misura* il pregiudizio riempie la distanza Io-malato. Il successivo confronto tra il LOC "proprio" dei soggetti epilettici, rilevato nella indagine condotta in ambito ospedaliero, con quello "proprio" dei ragazzi delle scuole, ha avuto la funzione di verificare se ci sia fondamento nella attribuzione di diversità tra soggetto sano ed epilettico.

Il terzo ed ultimo obiettivo, cioè l'identificazione degli organizzatori didattici da proporre all'interno di percorsi educativi per le scuole al fine di favorire l'instaurarsi di un corretto rapporto con la malattia e il malato esso, è stato sviluppato tenendo in considerazione i risultati ottenuti dalle due indagini parallele.

PARTE PRIMA

CONTRIBUTI TEORICI

CAPITOLO 1

EPILESSIA. INFORMAZIONI UTILI ALLE FIGURE COINVOLTE NEI PROCESSI EDUCATIVI (insegnanti, genitori, educatori, adulti)

Introduzione

Come abbiamo evidenziato nell'introduzione - centrata sulla delineazione del percorso della ricerca - questo lavoro ha inteso approfondire la tematica della *qualità della vita* nella malattia epilettica ad esordio infantile. L'epilessia, infatti, è una delle malattie neurologiche più frequenti e, inoltre, può essere definita una malattia tipicamente pediatrica. Le epilessie dell'infanzia rappresentano un capitolo sicuramente importante nell'ambito di questa patologia, sia quantitativamente (la malattia colpisce il 2-3 per cento della popolazione di età infantile) sia per le peculiari problematiche poste dal manifestarsi di crisi in età evolutiva. Nonostante questa malattia sia il più comune disordine cerebrale importante, essa è spesso circondata da pregiudizi e da leggende, che sembrano poter essere superati con difficoltà. Malgrado i significativi progressi clinici e terapeutici che consentono di condurre una vita praticamente normale, i soggetti con epilessia continuano a essere discriminati sin dal contesto scolastico a causa della mancanza di un'informazione corretta circa la malattia. Tutto ciò ha ovviamente conseguenze negative sulla qualità della vita del soggetto afflitto da questo problema che finisce con l'accettare nei confronti di se stesso talune delle stesse credenze della società che lo svaluta. A conferma di ciò, un'indagine condotta da Baumann et al (2005) mostra come i genitori siano più propensi a considerare l'effetto dell'epilessia in un'aula scolastica più negativo di quello, per esempio, dell'asma. Essi hanno sostenuto inoltre che questa malattia rischia di compromettere la qualità della futura vita del bambino in modo maggiore rispetto a quanto accade per i malati d'asma. Tutto ciò testimonia come gli stereotipi in relazione a persone con epilessia si siano talmente radicati da essere accettati dai più. Le problematiche legate all'epilessia pertanto non sono, di solito, direttamente in relazione alla gravità delle crisi, ma piuttosto sono il risultato di una discriminazione basata su una effettiva disinformazione circa la malattia.

Nel contesto del quadro generale di questa ricerca, il senso di un capitolo dedicato all'epilessia non risiede tanto nella volontà di attuare un approfondimento medico,

quanto piuttosto nella necessità di evidenziare, in un'ottica non medica, quelle informazioni di base sulla malattia che permettano alle figure coinvolte nel processo educativo (genitori, insegnanti, educatori e altre figure adulte significative per il bambino) di avviare un adeguato approccio con la malattia e il malato. Lo stile utilizzato nel capitolo riflette la necessità di ricerca di un linguaggio che sia il più idoneo possibile per comunicare in modo efficace, comprensibile ai più. Per questa ragione, il modo di fornire informazioni sulla malattia è stato improntato a divulgazione.

La fase informativa è stata necessaria, oltre che a fornire le conoscenze base sulla malattia che dovrebbero essere patrimonio condiviso da tutti, anche per poter supportare in modo corretto i due studi di cui si compone questo lavoro. Infatti, lo studio condotto nell'ambito ospedaliero, approfondisce le tematiche legate ai risvolti psicologici causati da una malattia i cui attacchi improvvisi ed imprevedibili possono deteriorare la qualità di vita del paziente, rendendolo facile preda di atteggiamenti fatalisti piuttosto che artefice del proprio destino (riferimento al costrutto psicologico *dell'Internal and External Locus of Control* di J. Rotter, 1966). Lo studio in ambito scolastico, invece, verifica l'atteggiamento di circa 300 studenti di alcune scuole triestine nei confronti di questa problematica (indagini sulla rappresentazione attribuzionale del soggetto epilettico e dell'epilessia).

In quest'ottica che, come abbiamo evidenziato, vuole porsi dal punto di vista di coloro che intervengono nel processo educativo, le informazioni sull'epilessia riguarderanno tre ambiti:

- le conoscenze di base per meglio addentrarsi nella comprensione della malattia (definizione, storia, cause, tipi di epilessia, terapie, gestione della quotidianità);
- i pregiudizi storici e le problematiche psicologiche associati a questa malattia, che porta con sé una ingiustificata "aura" di mistero e di paura;
- i difficili rapporti epilessia-famiglia ed epilessia-scuola, un rapporto quest'ultimo in particolare spesso difficile e segnato da paure, scarsa conoscenza del problema ed incomprensioni.

Tutte le informazioni sulla malattia presenti in questo capitolo sono state ricavate attraverso il ricorso a vari strumenti di consultazione: siti internet di associazioni nazionali e internazionali che si occupano di divulgare conoscenze sulla malattia, depliant informativi forniti alle famiglie per affrontare la problematica dei figli, guide operative sull'epilessia, tesi di laurea relative alla malattia e ai suoi aspetti psicologici,

sociali e famigliari. In particolare, sono stati consultati i siti internet delle seguenti associazioni:

- **LICE o Lega Italiana Contro l'Epilessia:** società scientifica il cui obiettivo statutario è quello di contribuire alla cura e all'assistenza dei pazienti con epilessia nonché al loro inserimento nella società promuovendo e attuando ogni utile iniziativa per il conseguimento di tali finalità;
- **AICE o Associazione Italiana Contro l'Epilessia:** associazione delle persone affette da epilessia e delle loro famiglie; fornisce informazioni su centri e medici specializzati, su come risolvere problemi e difficoltà scolastiche ed amministrative;
- **FOREP,** associazione italiana per la ricerca sull'epilessia e sindromi correlate;
- **Associazione San Valentino:** nata dalla collaborazione di medici ed altri professionisti che hanno deciso di unire le loro forze per abbattere il muro di ignoranza che ancora oggi, nel terzo millennio, circonda l'epilessia e quanti ne sono affetti. Molte sono le Associazioni che si occupano della cura dell'epilessia e della salvaguardia dei diritti di chi ne è affetto, ma, in questo panorama, mancava una struttura di collegamento tra specialisti e pazienti, che si dedicasse all'informazione sull'epilessia rivolta principalmente a coloro che non sono mai stati toccati, direttamente o indirettamente, da questa malattia e che, quindi, sono coloro che mantengono e diffondono quei pregiudizi che tanto ostacolano la vita di chi ne è affetto;
- **ILAE o International League Against Epilepsy,** la maggiore associazione internazionale che si occupa di garantire una adeguata qualità di vita nelle persone con epilessia;
- **International Bureau of Epilepsy (IBE):** un'organizzazione interessata agli aspetti medici e non dell'epilessia e che mira a promuovere una comprensione della malattia.

Accanto ai siti indicati, sono stati consultati anche i seguenti:

- **www.mayoclinic.com** che fornisce informazioni e servizi di consulenza medica;
- **www.leadershipmedica.com** mensile online di scienza medica e attualità;
- **www.cesil.com/leaderforchemist/articoli/italiano/avanzini/avanzini.htm,** curato dal professor Giuliano Avanzini, Direttore Dipartimento di Neuroscienze cliniche Istituto Nazionale Neurologico C.Besta. Milano Presidente della International League Against Epilepsy (ILAE).

Data la modalità scelta di fornire le informazioni in modo divulgativo e per meglio cogliere gli eventuali pregiudizi che si cerca di eliminare, mi sono anche avvalsa dei depliant informativi sull'epilessia che vengono consegnati dal medico specialista presso gli ambulatori per le epilessie. Si tratta di:

- brevi opuscoli di prima comunicazione con linee guida sull'epilessia, come il *“Percorso Epilessia. Per una migliore qualità della vita!”* proposta dalla AICE;
- guide per i genitori di un bambino con epilessia fino ai 10 anni, come la guida *“Bambini si diventa. Una vita di opportunità”*, un volume che è parte del progetto educativo e formativo TOP care realizzato grazie al contributo della Janssen-Cilag Spa e di Neuroscianzedivision;
- alcuni diari di bambini/adolescenti, importanti strumenti di registrazione e di valutazione della crisi (data, ora, tipo di crisi notturna o diurna ed eventuali note sugli effetti collaterali, disturbi, fattori scatenati, situazioni stressanti, ecc...) molto utile al medico specialista anche per ottimizzare la terapia;
- brevi storie per spiegare ai bambini l'epilessia.

1.1 Informazioni utili per comprendere questa malattia cronica

Epilessia nell'antichità

Nella storia dell'umanità, l'epilessia rappresenta una delle malattie conosciute da più tempo. Questa malattia viene più volte menzionata già nei primi testi dell'antichità. Probabilmente perché l'epilessia era una malattia frequente e la grande crisi epilettica (grande male), che presenta un decorso molto caratteristico, ha da sempre profondamente impressionato gli esseri umani. Fino al XIX secolo la medicina ufficiale non era in grado di offrire un rimedio affidabile. Anche se i medici non avevano a disposizione dei farmaci efficaci, molte raccomandazioni mediche si dimostravano utili: riguardavano il comportamento durante una crisi, l'atteggiamento nei confronti della malattia e la dieta. I consigli erano: *“Il malato si protegga dal calore del sole, dai bagni, dai piaceri del vino, dalla stanchezza e dai dispiaceri”* (secondo Celso, 50 d.C.) oppure: *“Durante l'accesso ... ci si comporti con delicatezza e non si infranga la resistenza del malato con violenza”* (Sorano di Efeso, 100 d.C.) ed infine: *“Si eviti il vino, perché null'altro è più facile causa di un accesso”* (Alessandro di Tralle, 600 d.C.). L'efficacia delle raccomandazioni medievali, fondate su motivi religiosi, di trattare gli accessi epilettici con il digiuno, ha in effetti una sua giustificazione: il digiuno porta ad una condizione di acidosi dell'organismo, che determina un sensibile innalzamento della

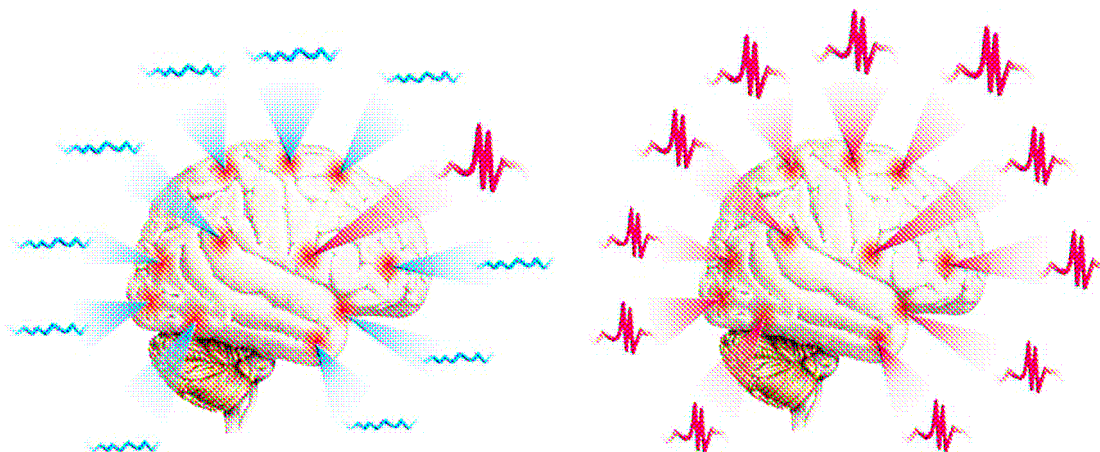
soglia di eccitabilità con riduzione del rischio di una crisi. Ancora oggi ci si avvale di questo principio, quando si prescrive una dieta cosiddetta “*chetogena*”. La dieta chetogena nei soggetti affetti da epilessia farmaco resistente è costituita da una riduzione nell'introduzione di carboidrati e proteine mentre la maggior parte delle calorie viene fornita dai lipidi.

Che cos'è epilessia?

L'epilessia è una malattia o, meglio ancora, una sindrome patologica. In particolare, essa consiste in un complesso di sintomi aventi in comune un'iperexcitabilità a carico del sistema nervoso centrale. Il termine epilessia viene dalla parola greca *epilambanein*, che significa “essere sopraffatti, essere colti di sorpresa”. Infatti, questa malattia, o meglio questo insieme di malattie - giacché se ne conoscono più di 40 tipi diversi - è caratterizzata dall'improvvisa insorgenza di crisi epilettiche che, appunto, colgono il paziente di sorpresa. Questo è il primo dato importante da sottolineare. Infatti, per moltissimo tempo si associava la crisi epilettica a qualcosa di demoniaco, di inspiegabile e soprattutto era considerata un fenomeno da nascondere. Si dice soffrissero di tale patologia grandi personaggi, come Alessandro Magno, Giulio Cesare, Giovanna D'Arco o Napoleone; certamente ne soffrivano Dostoevski, Flaubert, Paganini, van Gogh, una prova che l'epilessia non lede le capacità intellettive, né il rendimento nella vita pratica. Nelle forme abituali non porta nessuna menomazione nell'ambito della vita quotidiana e del successo professionale.

L'origine delle crisi epilettiche è nell'encefalo, ossia in quella parte del sistema nervoso centrale che si trova nel cranio. Il funzionamento e il modo di collegarsi tra loro dei neuroni, le cellule che compongono il nostro cervello, potrebbe essere paragonato a una complicata e vastissima rete elettrica. Ogni neurone è come un relais, che viene acceso o spento da determinati stimoli e che, quando si accende, trasmette una piccola scarica o un impulso ad altri neuroni con cui è collegato. Nei pazienti ammalati di epilessia accade che un gruppo o alcuni gruppi di neuroni siano, per motivi diversi (che possono anche non venire mai identificati), più eccitabili del normale e tendano ad accendersi improvvisamente tutti insieme. Questo fenomeno viene definito scarica, perché corrisponde effettivamente a una scarica elettrica. Come illustra la figura 1.1, questa scarica può rimanere localizzata a livello del gruppo di neuroni che l'ha generata come nelle *epilessie focali (o parziali)* o propagarsi, proprio come un fulmine, per tutto il cervello, come nelle *epilessie generalizzate*.

Figura 1.1 Crisi focale e crisi generalizzata



Esempio di crisi focale.

Esempio di crisi generalizzata.

L'epilessia è fra le malattie neurologiche più frequenti. Essa interessa l'uno per cento della popolazione italiana, oltre 500.000 persone. L'incidenza è di 50 nuovi casi per ogni 100.000 persone ogni anno, vale a dire circa 25.000 nuove unità all'anno. I sintomi possono insorgere a qualsiasi età; in circa l'ottanta per cento dei casi, tuttavia, le crisi iniziano prima dei 20 anni, nell'infanzia e nell'adolescenza. La metà delle epilessie compare nella prima decade di vita e i due terzi nella seconda decade. La massima probabilità sarebbe nel primo anno di vita e poi dopo i 65 anni. L'epilessia è pertanto un problema di vasta rilevanza tanto che in Italia è stata riconosciuta come malattia sociale nel 1965 (D.M: del 5.1.1965, n° 249 ai sensi D.P.R. dell'11.2.1961). Si tratta di una definizione fatta in base alla valutazione della frequenza, durata, grado di handicap per i malati, costo e impatto sociale.

Va ricordato che tutti si possono ammalare di epilessia e che la malattia può comparire a tutte le età della vita. Sono equamente colpiti gli uomini di tutte le razze, di qualsiasi estrazione culturale e appartenenti a qualsiasi strato sociale. Questa malattia è caratterizzata da crisi. Esistono crisi recidivanti, ma anche crisi occasionali cioè eventi che compaiono in modo isolato. Il 5% di tutte le persone, una volta nella vita, presenta una crisi epilettica. Una singola crisi non significa ancora diagnosi di epilessia. In determinate circostanze, per esempio nel caso di febbre alta in età infantile, durante avvelenamenti, nel caso di estreme oscillazioni della glicemia o nell'alcolismo, possono manifestarsi crisi epilettiche isolate. Dopo la regressione della sintomatologia acuta, le

crisi non si ripresentano. Questi eventi vengono denominati appunto crisi occasionali. Si parla di epilessia soltanto nel caso in cui le crisi si ripetono, in assenza di particolari condizioni o di fattori scatenanti. Il 50% di tutte le seconde crisi si evidenziano entro sei mesi dal primo evento. La gravità di una patologia epilettica dipende da numerosi fattori: tipo di crisi, frequenza delle crisi, circostanze della comparsa (diurna, notturna ecc.), tolleranza individuale alle crisi, trattabilità, discriminazione sociale della persona affetta.

I segnali di allarme e i fattori scatenanti la crisi

Alcune crisi sono precedute da segnali di allarme quali sensazioni (la famosa “*aura*” epilettica) che in realtà consistono nella crisi stessa e che avvengono a coscienza lucida. Una delle sensazioni più frequenti è di una morsa allo stomaco che risale verso la gola: è una strana sensazione che i pazienti descrivono come qualcosa che “spinge” o “stringe”. Oppure si può trattare di un odore, una sensazione visiva, un irrigidimento di una mano. Se queste compaiono a coscienza lucida il paziente ha l’avvertimento che la crisi sta avvenendo e quindi può realizzare una strategia di attesa, ad esempio, se guida può fermare l’auto. Non raramente la crisi si limita alla sola “aura”, ma il paziente non è mai sicuro di ciò che avverrà subito dopo: “solo l’aura o anche la perdita di coscienza?”. In ogni caso, queste sensazioni spiacevoli e sgradevoli, dette *prodromi*, si ritiene siano una diretta conseguenza di una leggera modificazione dell’attività elettrica cerebrale, che alla fine muta in un attacco epilettico. Altre crisi, infine, interrompono il flusso della coscienza improvvisamente, allora il paziente rimane repentinamente privo di difese; tutto questo sul piano pratico crea dei problemi enormi, soprattutto perché il paziente non sa mai quando e se si verificherà la crisi.

Potrebbero scatenare un attacco epilettico fattori quali: stress e ansia; la deprivazione di sonno: le persone con epilessia dovrebbero quindi fare in modo di dormire a sufficienza e osservare orari di sonno regolari; stimolazione luminosa intermittente (S.L.I.) ossia dei lampi luminosi o lo sfarfallio del monitor di un computer nel caso di persone con epilessia fotosensibile; modificazioni ormonali durante il ciclo mestruale; il consumo di alcol o droghe (esempio cocaina); il fumo, perché la nicotina contenuta nelle sigarette agisce sui recettori del neurotrasmettitore eccitatorio acetilcolina presente nel cervello che aumenta le scariche neuronali; saltare o ritardare una dose del farmaco antiepilettico; uno stato di malessere; saltare i pasti; antidepressivi o antiasmatici.

L'epilessia è definita dal ripetersi di crisi epilettiche non provocate. Una crisi epilettica non provocata è un evento che occorre in assenza d'eventi precipitanti. Al contrario, una crisi provocata (o sintomatica acuta) è un evento che si scatena in stretta associazione temporale con un disturbo sistemico, tossico o metabolico a carico del sistema nervoso centrale (SNC). Le crisi non provocate possono essere idiopatiche o criptogenetiche, ma possono anche insorgere in presenza di lesioni cerebrali non recenti e non progressive (crisi sintomatiche remote). La distinzione tra crisi non provocate e provocate è fondamentale per la definizione delle relazioni causali tra epilessia e patologie epilettogene.

Per "cause" dell'epilessia si intendono solitamente quei fattori, già presenti alla nascita o acquisiti nel corso della vita, che possono causare tale transitoria ipereccitabilità.

In base all'origine o eziologia dell'epilessia si distinguono tre grandi classi:

- epilessie idiopatiche o primarie per lo più di origine genetica e caratterizzate dall'assenza di danni cerebrali;
- epilessie sintomatiche, o lesionali, in cui molto spesso le cause vanno ricercate in eventi traumatici, come sofferenza asfittica da parto ed incidenti stradali;
- epilessie criptogenetiche (cioè la cui origine non è identificata).

Nelle epilessie idiopatiche o primarie non viene trovata una causa ma si sospetta un nesso causale genetico: ossia per esse si riconosce quasi sempre un'origine *genetica*. Sono caratterizzate dall'assenza di malattie metaboliche o strutturali del cervello all'origine del disturbo e da un quadro neurologico del tutto normale nei periodi intercritici, cioè negli intervalli tra le crisi. Il fatto che la struttura del cervello sia normale suggerisce che le epilessie idiopatiche o primarie siano di tipo benigno, cioè che le crisi siano facilmente controllabili con la terapia e in un'elevata percentuale di casi la terapia potrà essere sospesa dopo qualche anno senza che si ripresentino le crisi. Il "grande male", sebbene caratterizzato da crisi che possono apparire spaventose, appartiene il più delle volte a questa categoria.

Le epilessie sintomatiche o secondarie sono invece forme epilettiche per le quali si riconosce un'origine malformativa o patologica del cervello. È evidente dal nome stesso (secondarie) che in queste epilessie le crisi sono il segno, la conseguenza, di un problema sottostante, un disordine a livello dei neuroni. Mentre nei bambini, sette volte su dieci, le epilessie sono di tipo idiopatico-primario, quindi benigne, quando l'epilessia insorge in età adulta è molto spesso sintomatica e le cause più frequenti sono i traumi cranici, i tumori cerebrali o esiti di interventi chirurgici al cervello, l'ictus (infarto

cerebrale o emorragia cerebrale) e il morbo di Alzheimer, caratterizzato dalla degenerazione del cervello e da disturbi metabolici, cioè malfunzionamento dei reni o del fegato o del pancreas, con aumento delle sostanze tossiche nel sangue.

Infine, le epilessie criptogenetiche sono forme epilettiche di cui non si conosce l'origine/causa, ma che si suppone derivino da alterazioni strutturali del cervello. Infatti, sono caratterizzate da un grave quadro di alterazioni neurologiche e dalla presenza di più tipi di crisi contemporaneamente. Si manifestano nella primissima infanzia e hanno generalmente una prognosi non buona per quanto riguarda il controllo delle crisi e lo sviluppo del bambino.

Vi sono, poi, le patologie epilettogene, ossia condizioni patologiche diverse dall'epilessia che possono causare l'insorgenza di crisi tonico-cloniche. Queste condizioni possono essere: il diabete, le infezioni cerebrali (come la meningite o l'encefalite), il colpo di calore, l'avvelenamento, l'eclampsia gravidica, l'ipoglicemia, la febbre alta, i traumi cranici. In tutti questi casi, l'insorgenza di una crisi epilettica è segno di estremo aggravamento della malattia e richiede immediato ricorso al Pronto soccorso.

L' ereditarietà nell'epilessia

Esistono diverse forme di epilessia e solo alcune sono influenzate da fattori genetici. Ma anche in questi casi, il rischio di trasmissione ereditaria è modesto. Ad esempio, se la madre ha un'epilessia, il rischio che un figlio sviluppi tale patologia si aggira intorno all'8%. Il rischio è invece molto più basso se ad avere l'epilessia è il padre. Questi valori, tuttavia possono essere più alti o più bassi a seconda della forma specifica di epilessia.

In base a quanto riportato da Beghi (2004), l'ereditarietà nell'epilessia si manifesta (vedi tabella 1.1) con tre *pattern* principali (Nance et al, 1997): come manifestazione di malattie ereditarie multi-organo, con eredità mendeliana semplice, con ereditarietà complessa (Johnson, Sander, 2001). Mentre, le epilessie associate a malattie multi-organo o ad ereditarietà mendeliana rappresentano il 2–3% del totale, le epilessie con *pattern* ereditari complessi comprendono la maggior parte delle sindromi epilettiche ossia il 40–60% di tutte le epilessie (Sarratosa, 1999).

Tab. n.° 1.1 Malattie genetiche responsabili di epilessia (Nance et al, 1997)

Epilessie secondarie a malattie ereditarie multi-organo
Disturbi cromosomici
Anomalie metaboliche
Disturbi neurocutanei
Disturbi dello sviluppo cerebrale
Malattie neurodegenerative
Epilessie idiopatiche con eredità mendeliana semplice
Epilessia generalizzata con crisi febbrili plus
Epilessia mioclonica familiare dell'adulto
Epilessia mioclonica autosomica recessiva dell'infanzia
Spasmi infantili legati al cromosoma X
Convulsioni neonatali benigne familiari
Convulsioni infantili benigne familiari
Epilessia frontale notturna autosomica dominante
Epilessia temporale familiare
Epilessia rolandica autosomica dominante con disprassia del linguaggio
Epilessia rolandica autosomica recessiva con distonia parossistica e crampo dello scrivano
Epilessia parziale familiare con foci variabili
Epilessie idiopatiche con eredità complessa
Epilessia con assenze dell'infanzia
Epilessia con assenze giovanili
Epilessia mioclonica giovanile
Epilessia con sole crisi generalizzate tonico-cloniche
Epilessie parziali idiomatiche

Le manifestazioni dell'epilessia

La caratteristica comune a tutte le forme di epilessia è la ricorrenza nel tempo delle crisi epilettiche. In base al tipo di crisi e all'eziologia, si possono definire più di 40 tipi di sindromi epilettiche, alcune molto rare. Verranno qui di seguito indicate le più frequenti.

a) Epilessia rolandica benigna

Chiamata anche epilessia parziale benigna dell'infanzia è una epilessia idiopatica o primaria, caratterizzata da crisi parziali che possono frequentemente generalizzare (crisi parziali secondariamente generalizzate). Il nome deriva dalla zona del cervello (zona rolandica) da dove originano le crisi, prima di diffondersi a tutto il cervello. La crisi parziale interessa la faccia, con perdita di saliva dalla bocca e temporanea incapacità di parlare; se generalizza, si verifica il quadro classico della convulsione (crisi tonico-clonica). Le crisi si verificano quasi sempre nelle ore notturne. Spesso i genitori sentono il bambino agitarsi e avvicinarsi per controllarlo, notano che si trova in stato di convulsione. Al mattino il bambino non ricorda nulla, il suo quadro neurologico e il suo sviluppo cerebrale sono del tutto normali. La diagnosi della forma epilettica si basa sulle caratteristiche alterazioni dell'elettroencefalogramma (EEG), un esame che permette di visualizzare l'attività elettrica del cervello e le sue alterazioni. Vengono applicati elettrodi sulla superficie del cuoio capelluto (la stessa procedura che viene

eseguita sul torace quando ci si sottopone ad un elettrocardiogramma). L'attività elettrica viene registrata e trascritta in modo continuo da un pennino su una striscia di carta. L'elettroencefalografista è in grado di riconoscere un tracciato normale da uno alterato e in molti casi anche di risalire al tipo di epilessia e al punto da dove insorge. L'epilessia rolandica benigna è una forma di epilessia assolutamente benigna, che nel 95% dei casi guarisce spontaneamente prima dell'età adulta e che non sarebbe neppure necessario trattare con farmaci. Vi sono comunque efficaci terapie per evitare il ripetersi delle crisi.

b) Picnolessia o Piccolo male o epilessia con crisi di assenza tipiche

E' una epilessia idiopatica o primaria dell'infanzia, caratterizzata da crisi generalizzate non convulsive. Le assenze sono perdite temporanee della coscienza a volte accompagnate da piccole contrazioni dei muscoli del viso che passano con molta rapidità e non sono seguite da alcun periodo di confusione, ma che possono ripetersi anche migliaia di volte in una giornata. Anche il Piccolo male si diagnostica con facilità tramite l'EEG ed è trattato con successo con i farmaci. Nel 40 % dei casi guarisce prima del raggiungimento dell'età adulta.

c) Epilessia mioclonica giovanile (di Janz)

E' un'epilessia generalizzata che insorge nella pubertà, dovuta a una malformazione genetica che è stata identificata (alterazione di un gene sul cromosoma numero 6). È caratterizzata da spasmi dei muscoli delle braccia (che vengono alzati e abbassati di scatto) che insorgono tipicamente al mattino al risveglio.

d) Epilessia del lobo temporale

È la più frequente sindrome epilettica di tipo parziale e sintomatica o secondaria. Il nome deriva dalla zona del cervello (lobo temporale) da dove originano le crisi. Accade frequentemente che le crisi epilettiche si presentino con sintomi prevalentemente psichici, quali scatti di ira, o con disturbi cognitivi. Può quindi essere possibile che questa forma di epilessia venga confusa con una malattia psichiatrica. La causa più frequente dell'epilessia del lobo temporale è la "sclerosi dell'ippocampo", una malformazione congenita di questa zona del cervello.

e) Sindrome di West

E' una grave forma di epilessia criptogenetica della prima infanzia (insorge tra i 6 e i 12 mesi), che ha tre caratteristiche sempre tra loro associate (definite triade diagnostica): spasmi infantili, arresto dello sviluppo psicomotorio del bambino e un caratteristico quadro all'EEG detto ipsaritmia. Gli spasmi infantili sono contrazioni della muscolatura del tronco per cui il bambino, che ancora non sa camminare ma sta solo seduto, si china in avanti con tutto il busto, di scatto ed estende o piega le braccia. Lo sviluppo del bambino dal punto di vista motorio e intellettuale si arresta, cioè non vengono rispettate le tappe normali di sviluppo, perché l'origine della malattia, sebbene ancora non identificata, è comunque in una profonda alterazione della struttura del cervello. Le crisi epilettiche sono cioè soltanto la manifestazione di una patologia più grave. Proprio perché tutta l'attività cerebrale è disturbata, il quadro visualizzato con l'EEG è completamente alterato e caotico. La malattia ha una prognosi sfavorevole nella maggior parte dei casi.

f) Sindrome di Lennox-Gastaut

E' una grave forma di epilessia criptogenetica della fanciullezza, insorge in un'età compresa tra 1 e 8 anni; è caratterizzata da molti tipi diversi di crisi, tra le quali le assenze, crisi atoniche (improvviso rilassamento dei muscoli, invece della contrazione che contraddistingue le crisi toniche, per cui il paziente può cadere dalla sedia o gli può ricadere la testa sul banco di scuola) e crisi tonico-cloniche generalizzate. È invariabilmente presente un ritardo mentale più o meno grave e il quadro EEG è sempre alterato, anche nei periodi senza crisi. Spesso la sindrome di Lennox-Gastaut segue la Sindrome di West.

g) Epilessia riflessa

Forma di epilessia in cui le crisi sono scatenate da uno stimolo ambientale. Il tipo più comune è la fotosensibilità, cioè la tendenza ad avere crisi convulsive in risposta a lampi di luce o a luci che si accendono e si spengono. Tipica l'insorgenza di crisi mentre il ragazzo gioca con i videogiochi o si trova in discoteca. Comincia nell'infanzia ed è associata alla picnolessia. In un'alta percentuale di casi si risolve nell'età adulta.

h) Crisi a grappolo

Crisi che compaiono con frequenza ravvicinata le une alle altre. Solitamente le crisi epilettiche durano pochi minuti; quando una serie di brevi crisi, o parziali o

generalizzate, si susseguono l'una dopo l'altra con solo un breve intervallo tra le crisi, si parla di un grappolo di crisi. È una situazione di emergenza perché le crisi a grappolo possono evolvere in stato di male epilettico, una forma pericolosa.

i) Stato di male epilettico

Si tratta di una condizione di convulsione continua, che non si interrompe spontaneamente e che se non curata può portare alla morte del paziente. Si può verificare per esempio se incautamente il paziente sospende il trattamento antiepilettico bruscamente.

Quando una crisi convulsiva si prolunga oltre i 5 minuti, occorre portare il paziente al Pronto soccorso perché venga effettuato un trattamento farmacologico di emergenza. Se una persona ha avuto nel suo passato una storia di stato di male non deve mai interrompere la terapia anticonvulsivante.

l) Crisi febbrili

Le crisi febbrili sono crisi tonico-cloniche¹ che si verificano in concomitanza di episodi di infezione con febbre, generalmente, ma non necessariamente, alta. Sono un fenomeno molto diffuso (interessano il 3-4 % di tutti i bambini) nella fascia di età tra i 3 mesi e i 5 anni e hanno una componente di familiarità, cioè quasi sempre altri componenti della famiglia hanno sofferto di crisi febbrili nella loro infanzia. È importante sottolineare che le crisi febbrili non sono una forma di epilessia, sebbene possa accadere che la prima crisi di un bambino che in seguito viene diagnosticato come affetto da epilessia si verifichi durante un episodio febbrile. Questo perché il cervello del bambino, ancora immaturo, è molto più sensibile alle stimolazioni e la febbre lo rende ancora più suscettibile. Un bambino su tre che ha avuto una crisi febbrile ne avrà un'altra in caso di febbre, ma neppure questo significa che abbia o che avrà in futuro l'epilessia. Infatti, con la crescita, il cervello matura e non è più così suscettibile allo stimolo indotto dalla febbre. Solo 3 bambini su 100 che hanno crisi febbrili, svilupperanno in seguito una forma di epilessia. Probabilmente in questi 3 bambini la crisi febbrile è stata solo la prima manifestazione della forma epilettica e non una semplice risposta del cervello immaturo allo stimolo febbrile. Infatti, nei bambini affetti da epilessia, gli stimoli ambientali (vedi epilessia riflessa), come febbre, luci, suoni e anche farmaci, possono

¹ Le crisi tonico-cloniche sono caratterizzate da un iniziale spasmo massimo di tutti i muscoli scheletrici (fase tonica -> *aura epilettica*) seguita dopo poche decine di secondi da contrazioni muscolari rapide, più o meno regolari, con movimenti ampi e veloci (scosse cloniche sincrone -> Fase Clonica).

scatenare le crisi. Sebbene le crisi febbrili allarmino molto i genitori, nella maggior parte dei casi non sarà necessario alcun trattamento tranne un farmaco che mantenga bassa la temperatura in caso di episodi infettivi e il problema si risolverà spontaneamente con la crescita del bambino.

Cosa fare se ci si trova davanti a una persona con una crisi tonico-clonica?

Una crisi tonico-clonica in una persona affetta da epilessia non è in sé un'emergenza medica, sebbene possa apparire tale. Infatti la crisi cesserà spontaneamente in pochi minuti senza lasciare altre conseguenze se non la sensazione di stordimento e stanchezza. I rischi maggiori sono connessi ai traumi che il paziente può provocarsi cadendo a terra e contorcendosi quando è in stato di incoscienza. Occorre quindi proteggere la persona con cuscini per evitare che si ferisca, ma senza costringerne i movimenti, slacciare cinture o cravatte per evitare il soffocamento ed evitare di mettere qualsiasi cosa in bocca perché non è utile per proteggere la lingua dalle morsicature e potrebbe essere invece inghiottita provocando il soffocamento.

È anche opportuno voltare la persona su un fianco perché non rischi di soffocare con la saliva. Quando la persona riacquista conoscenza si può accompagnarla in ospedale o comunque assisterla perché generalmente avrà bisogno di riposo.

Una crisi epilettica deve essere considerata un'emergenza e occorre chiamare un'ambulanza se: la crisi avviene in acqua; la persona che ha la crisi è una donna incinta, un ferito o un diabetico; la crisi non passa spontaneamente entro cinque minuti; una seconda crisi insorge subito dopo che è appena cessata la prima; il paziente non riprende conoscenza subito dopo che le convulsioni sono passate.

La diagnosi di epilessia

Come abbiamo detto, si può parlare di epilessia (o meglio ancora di sindrome epilettica) quando vi è una tendenza ad avere crisi ricorrenti. La diagnosi di epilessia e il riconoscimento del tipo di epilessia si basano sull'anamnesi, che può mettere in luce una familiarità, episodi di anossia al parto, traumi cranici o vascolari; sull'attento esame fisico del paziente da parte di un neurologo e sull'esecuzione di alcuni esami strumentali di cui il più importante è l'elettroencefalogramma (EEG). In caso di picnolessia, per esempio, di epilessia rolandica benigna o nella Sindrome di West, le alterazioni che si riscontrano all'EEG sono così tipiche che permettono agevolmente la diagnosi. Anche in caso di epilessie parziali secondarie o sintomatiche, spesso l'EEG permette di

individuare l'area del cervello da cui si diparte la scarica elettrica che dà origine alla crisi. Non sempre, tuttavia, l'EEG è positivo, cioè alterato. Questo fatto non esclude la diagnosi. Infatti, non sempre l'EEG resta alterato anche nei periodi di intervallo tra le crisi e se non capita che il paziente abbia una crisi durante l'esecuzione dell'esame, l'EEG risulterà normale. In questi casi è possibile effettuare un EEG di 24 o più ore, chiamato EEG ambulatoriale, per vedere, per esempio, le crisi che insorgono solo nelle ore notturne. Si applicano gli elettrodi, collegati a un registratore portatile, in ambulatorio e poi il paziente torna a casa e svolge le sue normali attività. Se nel periodo di registrazione si verifica una crisi, il medico sarà in grado di trovare il tracciato relativo alla crisi stessa e fare la diagnosi.

In casi particolari non è sufficiente la registrazione dell'attività elettrica, ma risulta utile osservare l'attività elettrica in contemporanea ai fenomeni clinici, cioè alla crisi vera e propria. Questo è possibile tramite la video/EEG, una registrazione contemporanea del comportamento clinico del paziente durante le crisi (si filma la crisi), del tracciato elettroencefalografico e del tracciato muscolare, che registrano le contrazioni dei muscoli. Per fare questo occorre ricoverare il paziente, predisporre la strumentazione e attendere che si verifichi la crisi.

Con le moderne tecniche di diagnostica per immagini è anche possibile visualizzare la parte del cervello compromessa che è all'origine delle crisi. Le tecniche utilizzate sono la tomografia assiale computerizzata (TAC) e la risonanza magnetica nucleare (RMN). In entrambi questi esami l'immagine del cervello viene ricostruita su uno schermo tramite un computer che elabora le immagini ottenute con uno scanner. Per circa 30 minuti il paziente deve stare sdraiato e fermo su di un lettino posto in una specie di tunnel; sebbene questa esperienza possa per alcuni essere sgradevole, in realtà questi due esami non comportano alcun rischio né causano alcun dolore. Quando è stata individuata con precisione la zona di origine delle crisi, si può anche pensare a un intervento chirurgico di rimozione della zona compromessa che può portare alla completa guarigione del paziente.

La terapia per l'epilessia

L'epilessia è comunemente controllata con i farmaci. Va precisato, comunque, che la terapia farmacologica è esclusivamente sintomatica, riuscendo - a volte efficacemente - a controllare la comparsa delle crisi, ma in nessun modo è disponibile una profilassi efficace o una terapia curativa. Purtroppo, non esistono farmaci che guariscono in

maniera definitiva, ma solo farmaci che controllano le crisi fintanto che vengono assunti. È proprio per questo motivo che la terapia dell'epilessia è molto impegnativa per il paziente che assume i farmaci e per il medico che li prescrive, poiché è necessario che il medico scelga il farmaco e le dosi in maniera corretta, ma è altrettanto importante che il paziente comprenda il significato e gli scopi della terapia e la prosegua in maniera precisa e per un lungo periodo di tempo, quasi sempre molti anni e non raramente per tutta la vita. La terapia dell'epilessia si fonda sul principio di cercare di ottenere la completa libertà dalle crisi, ma senza compromettere eccessivamente la funzionalità del paziente con gli effetti collaterali dei farmaci anticonvulsivanti. Gli antiepilettici rappresentano la possibilità di gran lunga più importante nel trattamento delle epilessie nonostante argomenti contrari alla loro assunzione legati in particolar modo ai loro effetti collaterali (come per esempio stanchezza, mal di testa, stati confusionali, tremori, cambiamento di peso).

La terapia farmacologica dell'epilessia viene sempre iniziata con un solo farmaco del quale vengono aumentate gradualmente le dosi fino a raggiungere la completa libertà dalle crisi o fino a che insorgono effetti collaterali che vengono giudicati eccessivi. Se il primo farmaco non è sufficientemente efficace o non è abbastanza ben tollerato si passa a un altro farmaco, sempre usato da solo. È soltanto dopo aver provato due o tre farmaci da soli (monoterapia) senza successo che si tenterà la somministrazione contemporanea di due farmaci. Questo perché la monoterapia è considerata la migliore strategia terapeutica per la cura dell'epilessia ed è stato dimostrato in diversi studi che l'associazione di due o più farmaci determina un aumento di efficacia modesto a fronte di un aumento sensibile degli effetti collaterali. Se la terapia farmacologica è iniziata con un farmaco della *prima generazione* (cioè con uno dei farmaci in commercio da molto tempo), quali la carbamazepina, il valproato, la fenitoina o il primidone, il medico farà eseguire al paziente prelievi periodici di sangue per controllare le concentrazioni del farmaco nel sangue e aggiustare la dose in modo da ottenere concentrazioni efficaci, ma non tossiche. Dopo un periodo superiore ai dieci anni in cui non si è verificato nulla di nuovo nella terapia dell'epilessia, negli ultimi anni sono stati messi in commercio numerosi nuovi farmaci antiepilettici, anche chiamati farmaci di *seconda generazione*, tra i quali tiagabina, vigabatrin, lamotrigina, felbamato, gabapentin, topiramato. La maggior parte di essi è indicata solo per la cura delle crisi parziali e, almeno per ora, come terapia aggiuntiva. Oltre alla maggiore tollerabilità, i farmaci della seconda generazione hanno il vantaggio di non avere bisogno dell'esecuzione di prelievi

periodici per misurarne la concentrazione nel sangue, perché tale concentrazione è già prevedibile con sicurezza in base alla dose somministrata.

Il cardine della terapia dell'epilessia è quindi la terapia farmacologica. Solo l'intervento chirurgico di rimozione del focolaio epilettico, oggi possibile grazie agli avanzamenti diagnostici e di tecnica chirurgica, consente una guarigione ma solo in alcuni casi accuratamente selezionati e non rispondenti alle terapie farmacologiche. Infatti, solo il 70% delle epilessie è controllabile con i farmaci. Il restante 30% delle epilessie è farmaco resistente ed in quel caso è possibile procedere con l'intervento chirurgico.

Tuttavia, non è vero che l'epilessia si può eventualmente curare, ma non guarire. Le forme di epilessia benigne (come il "piccolo male" e l'epilessia "rolandica") che iniziano nella infanzia si esauriscono spontaneamente con l'accrescimento e vanno quindi curate per periodi limitati, in attesa della guarigione spontanea.

Infine, occorre ricordare che esistono terapie non farmacologiche, non sostitutive della terapia medica, come: la *stimolazione vagale* o del nervo vago, che dovrebbe inibire lo scatenarsi di attacchi; la *dieta chetogenica* con livelli di grasso molto alti e quindi a basso contenuto di carboidrati; oppure l'*aromaterapia*, l'*agopuntura* e *trattamenti con erbe e medicinali omeopatici*.

Assunzione regolare dei farmaci

Una singola compressa protegge soltanto per breve tempo contro una crisi. Pertanto, una protezione di maggiore durata contro le crisi è resa possibile soltanto da una regolare assunzione dei farmaci. La predisposizione dell'encefalo alle crisi dopo l'assunzione di un'unica compressa viene soppressa soltanto per breve tempo mediante il principio attivo del farmaco. La piena protezione è raggiunta soltanto ore dopo l'assunzione della compressa. L'azione inizia con ritardo rispetto al momento dell'assunzione perché il principio attivo viene assimilato lentamente dall'organismo. Successivamente la protezione si perde completamente, perché il principio attivo viene metabolizzato ed escreto. Assumendo le compresse regolarmente, l'organismo riceve la stessa quantità di principio attivo che ogni giorno viene metabolizzato ed escreto. In questo modo, la quantità di principio attivo nell'encefalo rimane stabile. Se si dimentica l'assunzione della compressa, o se per un altro motivo il principio attivo non arriva all'encefalo (vomito, diarrea), il rischio di crisi aumenta.

Prognosi dell'epilessia

Le persone ammalate di epilessia hanno un'aspettativa di vita leggermente inferiore alla media delle persone normali; questo non è dovuto alla malattia in sé, ma ai rischi connessi agli incidenti che possono accadere durante le crisi convulsive. Una persona affetta da epilessia con crisi tonico-cloniche o parziali complesse non dovrebbe praticare attività sportive quali il nuoto, l'equitazione, l'alpinismo, e tutte le attività in cui una perdita improvvisa di coscienza potrebbe risultare pericolosa. Per lo stesso motivo a una persona affetta da epilessia non verrà con facilità rilasciata la patente di guida, a meno che non possa certificare che da un certo numero di anni non ha avuto alcuna crisi.

L'evoluzione dell'epilessia varia molto a seconda del tipo di sindrome. Le sindromi epilettiche benigne idiopatiche dell'infanzia hanno in genere un'evoluzione ottima, cioè guariscono spontaneamente con la crescita; le sindromi epilettiche che insorgono in età neonatale e si possono ricondurre a un danno cerebrale da parto o da malformazione o le sindromi di tipo criptogenetico, come la Sindrome di West e di Lennox-Gastaut, hanno invece una prognosi poco felice. Questo perché le alterazioni del cervello sono in genere incurabili e anche il controllo delle crisi, quando si riesce a ottenerlo, non è sufficiente a garantire una vita normale. Le sindromi epilettiche che insorgono in età puberale, come l'epilessia mioclonica (di Janz), hanno una buona evoluzione per quanto riguarda la possibilità di controllare le crisi con la terapia farmacologica e lo sviluppo psichico, ma non tendono a guarire spontaneamente e andranno curate per tutta la vita.

Se una forma epilettica insorge in età adulta in seguito a un trauma cranico, cioè a causa della cicatrice cerebrale che si è formata nel processo di riparazione del trauma, la sintomatologia tenderà a essere stabile e non evolutiva e la terapia farmacologica potrà se non eliminare del tutto, ridurre sostanzialmente il numero di crisi, permettendo al soggetto di condurre una vita pressoché normale. Lo stesso può essere detto delle sindromi epilettiche che insorgono dopo un accidente cerebrale, come un infarto o un'emorragia cerebrale. Il danno di base non potrà essere cancellato, ma le crisi potranno essere tenute sotto controllo dalla terapia.

Diversa è l'evoluzione delle forme epilettiche legate ai tumori cerebrali. In questo caso l'evoluzione è quella del tumore. In caso di tumori benigni, l'intervento chirurgico potrà anche cancellare le crisi; in caso di tumori maligni le crisi dovranno essere, per quanto possibile, controllate dalla terapia farmacologica.

In conclusione, si può ricordare che le crisi epilettiche sono solo una manifestazione, un sintomo di un problema cerebrale sottostante. Se il problema non è grave, come nel caso delle forme benigne o delle forme febbrili e metaboliche, basta eliminare il problema di base o aspettare che guarisca da solo e anche le crisi passeranno; se il problema è grave e legato a una malformazione o a un danno permanente del cervello, anche le crisi saranno difficili da eliminare o tenere sotto controllo. Studi epidemiologici hanno permesso di valutare l'evoluzione complessiva dell'epilessia. Dopo una prima crisi epilettica (che non sia febbrile o dovuta a uno stato di intossicazione acuta) la probabilità di averne una seconda è del 50 per cento. Alla seconda crisi epilettica si inizia generalmente un trattamento con farmaci. Sette pazienti epilettici in terapia su dieci non sperimentano più alcuna crisi e dopo un certo periodo di tempo la terapia può essere sospesa, in una percentuale di casi variabile da studio a studio. In questi pazienti l'epilessia si può definire guarita. I restanti pazienti manifesteranno ancora crisi epilettiche nonostante il trattamento. Si parlerà allora di epilessia cronica. Anche nel caso dell'epilessia cronica la combinazione di diversi trattamenti può portare in circa il 20 per cento dei casi alla remissione completa delle crisi, cioè alla guarigione.

Prevenzione e autocontrollo dell'epilessia

In genere, non è possibile parlare di prevenzione della patologia. Quello che è possibile attuare, invece, è una prevenzione dell'acutizzazione delle crisi. Vi sono anche alcuni piccoli accorgimenti che i medici consigliano e che possono essere molto utili per prevenire le crisi epilettiche: dieta adeguata, buon sonno, l'astinenza da farmaci ed alcool, attenzione nell'uso del computer e televisione, specie nelle epilessie fotosensibili, attenzione a certi cibi che possono influire negativamente sugli attacchi nel caso di persone a bassa soglia epilettica, mantenere una giusta respirazione specie se le crisi hanno origine da una iperventilazione.

Epilessia ed attività sportive

Le attività sportive hanno molteplici funzioni positive, e non soltanto negli epilettici. Migliorano lo stato di salute e aumentano l'autostima. Lo sport di squadra si contrappone all'isolamento. Sospendere i bambini epilettici dall'attività sportiva scolastica, nella maggior parte dei casi, è senza fondamento e provoca più danni che vantaggi. Le persone affette da epilessia sono in grado di svolgere quasi tutte le attività

sportive senza correre pericoli e pertanto non dovrebbero lasciarsene dissuadere da insegnanti, familiari o allenatori.

In molte attività sportive, il rischio di riportare ferite è uguale per i sani come per i malati di epilessia. In altri tipi di sport, invece, per i malati di epilessia il rischio di ferirsi è maggiore, come per esempio quando esista la possibilità di precipitare o di annegare. In questi tipi di sport occorre la presenza di una persona d'accompagnamento e il malato di epilessia stesso deve adottare alcuni provvedimenti di sicurezza (casco, giubbotto salvagente ecc.). Per rendere sicuri il nuoto e le attività sportive acquatiche anche per le persone affette da epilessia, occorre osservare alcune importanti regole: consultarsi con il proprio medico riguardo all'idoneità al nuoto; entrare in acqua soltanto dopo adeguato riposo ed in condizioni di benessere. È preferibile nuotare in una piscina anziché in un fiume, lago o mare; entrare in acqua insieme ad un nuotatore esperto ed a conoscenza del problema; non andare mai in barca da soli; portare occhiali da sole nel caso di fotosensibilità. Sono rare le attività sportive che non possono essere praticate da malati di epilessia a causa di un rischio insostenibilmente alto nel caso di crisi. Si tratta delle immersioni in profondità, del paracadutismo, delle scalate in alta montagna e del volo libero con parapendio.

1.2 Epilessia, pregiudizio e stigma

Come ha evidenziato un'indagine presentata dalla Lega Italiana contro l'Epilessia in occasione della settima Giornata Nazionale contro l'Epilessia, il 4 maggio 2008, l'aspetto più grave e persistente di questa malattia è lo stigma. Il pregiudizio condiziona la qualità della vita di persone che, grazie alle terapie che assicurano il controllo della malattia, possono condurre un'esistenza serena. I pazienti sono infatti generalmente soddisfatti della loro qualità di vita, eppure devono scontrarsi con pregiudizi e incomprensioni che circondano questa malattia, dagli antichi romani chiamata la "morbo sacro", poiché si credeva che gli attacchi epilettici fossero una forma di attacco dei demoni o comunque una manifestazione di potenza occulta. Una quota non trascurabile di italiani, il 6%, ritiene che l'epilessia dipenda da una possessione demoniaca, credenza condivisa anche dal 4% degli studenti universitari.

Un appello viene fatto in occasione di questa giornata da un grande nome dello sport italiano come Salvatore Antibo, campione europeo di atletica leggera e medaglia d'argento alle Olimpiadi di Seul. Egli invita le persone come lui a non nascondere la malattia, a curarsi, perché vivere una vita normale è possibile ed è un dovere nei

confronti di chi ci sta accanto. Come dimostra la sua esperienza se si è epilettici si può pur continuare a fare sport. Grazie ai farmaci di nuova generazione, alle tecniche chirurgiche ed alla elevata esperienza clinica dei medici italiani oggi si riesce a contrastare in modo efficace questa malattia. Più difficile diradare le paure legate alla disinformazione e al pregiudizio. In base a questa indagine, infatti, oltre il 90% delle persone sa cos'è l'epilessia, ma solo in termini generici; nel dettaglio le conoscenze sono estremamente deficitarie (il 30% degli intervistati ha risposto non so) e, purtroppo, distorte. Molti ritengono, erroneamente, che la malattia possa provocare disturbi psichici, che sia un vero e proprio handicap e che la vita sociale degli epilettici non possa essere una vita normale". I dati rilevati mostrano quindi che la cultura sulla patologia non si è evoluta: in un precedente sondaggio realizzato dalla Doxa circa 20 anni fa, i risultati della percezione della malattia tra la popolazione erano più o meno gli stessi. Tutto ciò rivela come la collettività in genere sia portata ad accettare molto più facilmente colui che presenta una minorazione fisica permanente e tende a rifiutare chi, a prima vista sembra un soggetto sano che presenta ogni tanto una crisi breve che sconvolgono l'ordine naturale delle cose. Secondo Lennox (uno dei principali epilettologi mondiali) l'epilessia è l'unica malattia in cui la sofferenza è più aggravata dall'atteggiamento della società che dalla stessa malattia. A progredire è invece la ricerca, che oggi punta soprattutto ad approfondire le basi genetiche di alcune forme di epilessia e a migliorare le strategie terapeutiche destinate a risolvere quel 25-30% di casi che non si riesce ancora a curare in modo adeguato con i farmaci disponibili. Se l'esperienza clinica nel nostro paese è tra le migliori in Europa, sembra mancare invece una capillare diffusione delle informazioni tra i pazienti circa le opportunità di cura. In particolare, migliorare il livello di assistenza al paziente epilettico significa valorizzare la rete di assistenza clinica che si è costituita nel corso degli anni nel nostro paese. I pazienti devono essere informati che possono rivolgersi a centri specialistici dove sono disponibili i migliori e più aggiornati strumenti diagnostici e trattamenti terapeutici e dove possono comunque ricevere tutte le informazioni ed essere indirizzati ad altri centri dove, per esempio, è possibile effettuare il trattamento chirurgico.

1.3 Epilessia e aspetti psicologici

Anticipando quanto verrà meglio approfondito nella parte della ricerca dedicata al LOC e malattie croniche, occorre osservare che i bambini che soffrono di epilessia, anche quando le loro crisi sono ben controllate, sono a rischio di sviluppare problemi di tipo

emotivo e comportamentale (Prassouli et altri, 2008). Chi soffre di epilessia, infatti, vive l'esperienza di sentirsi “*diverso*” dall'altro, in quanto mancante di una “*salute normale*”. Questo fatto potrebbe mettere un bambino con epilessia in una posizione di insuccesso, con atteggiamenti passivi e sottomessi nell'adattarsi alle richieste dell'ambiente, provando spesso senso di inferiorità, timidezza, bassa autostima. La vergogna e la paura del rifiuto con la conseguenza bassa fiducia in sé possono generare un *disturbo del comportamento* (immaturità affettiva, bassa tolleranza alle frustrazioni, impulsività, ipercinesì) o forme depressive. In adolescenza, in particolare si potrebbero presentare: pensiero di annullamento e morte; angoscia nella relazione; condotte contrarie e/o aggressive, disturbo di personalità.

Anche in base alla indagine educativa “Future in mind” dell' International Bureau of Epilepsy (IBE) del 2007, l'epilessia ha un notevole impatto emotivo in chi ne soffre. Tale aspetto ha come conseguenza la negazione della malattia stessa per paura di essere rifiutati. Più di un terzo (36%) dei bambini e degli adolescenti, che hanno partecipato, negli anni dal 2005 al 2006, all'indagine dell' International Bureau of Epilepsy (IBE) sui bambini ed adolescenti con epilessia, ha tenuto segreta la propria epilessia alle altre persone in qualche occasione per il timore di essere trattati in modo diverso (38%) e in base alla convinzione che la gente non dovrebbe venirne a conoscenza (47%). Secondo i bambini il gruppo che, tra i compagni di classe, gli amici, gli insegnanti, probabilmente li tratterebbe in modo diverso, sarebbe proprio quello dei compagni di classe.

1.4 Epilessia, famiglia e scuola

Come evidenzia bene l'indagine “Future in Mind” condotta dall'IBE, l'epilessia sembra non potersi scrollare di dosso la “disinformazione” e “la superstizione, le prime cause del disagio e dell'emarginazione che perseguitano chi soffre di questa malattia” specie all'interno dei nuclei sociali in cui cresce il piccolo paziente, in primis la famiglia e la scuola.

Epilessia e famiglia: atteggiamenti dei genitori

La diagnosi di epilessia viene spesso vissuta come una tragedia totalizzante, coinvolgente, capace di alterare i ritmi normali dell'esistenza, di scuotere la stabilità della famiglia. Essa, infatti, non interessa solo l'individuo che ne è affetto ma ha conseguenze su tutti i membri della famiglia. Le famiglie possono oscillare tra comportamenti di:

- iperprotezione e quindi attuare una limitazione della autonomia del figlio,
- negazione o rifiuto della malattia del figlio con conseguente colpevolizzazione del figlio e svalutazione delle sue capacità,
- mancanza di affetto con conseguente riduzione del coinvolgimento emotivo al fine di proteggersi da sentimenti come la paura.

Tutti questi comportamenti assunti da madri e padri di bambini epilettici, che sono una dolorosa testimonianza dello stigma che la società assegna all'epilessia, possono favorire nel figlio l'assunzione di comportamenti di isolamento e di difficoltà relazionali, reazioni depressive o aggressive. Il silenzio, il tener segreta l'epilessia peggiora solo le cose. Inevitabilmente, questi stessi atteggiamenti di non accettazione della malattia avranno conseguenze sfavorevoli anche sulla unità e sull'equilibrio familiare. Se la famiglia trova difficoltà nell'accettare l'epilessia del figlio, un valido aiuto in questo senso potrebbe venire proprio dal *parlarne*:

- con il medico specialista per avere maggiori chiarimenti e manifestare perplessità,
- incontrando genitori con lo stesso problema entrando a far parte di una delle associazioni contro l'epilessia,
- informando e istruendo sulla malattia le persone che si trovano a contatto con il bambino,
- con il bambino stesso incoraggiando domande sulla malattia e fornendo risposte chiare ed adeguate all'età. La *consapevolezza* del bambino, quindi l'essere al corrente di che cosa significa la malattia di cui soffre, è fondamentale per permettendogli di gestirla al meglio.

L'informazione, secondo alcuni ricercatori, sarebbe una strategia per poter essere accettati più facilmente, evitando che venga assegnato un marchio. In questo modo, combattendo lo stigma associato a questa malattia, si migliora anche la convivenza familiare.

Epilessia e scuola: un difficile rapporto

Al fine di dissipare l'ignoranza intorno alla malattia, contribuendo a migliorare la qualità di vita delle persone epilettiche, è più che mai necessario partire dall'ambito scolastico. La scuola ha un ruolo determinante nella formazione non solo del bambino e ragazzo di oggi ma soprattutto dell'uomo di domani. Per questa ragione è necessario intervenire con programmi informativi capillari, proprio nella scuola, a contatto diretto con gli insegnanti ed i bambini: un bambino ben informato sarà un adulto privo di pregiudizi. In

particolare è necessario preparare gli insegnanti, al fine di consentire un corretto inserimento degli alunni affetti da tale malattia ed evitare loro inutili ansie, malcontenti e soprattutto emarginazione.

Uno degli impegni in questo senso è stato il progetto “*Sfida al pregiudizio: epilessia e scuola*” portato avanti dall’Associazione ONLUS San Valentino. L’obiettivo di questo progetto, illustrato nel sito della associazione, è fornire una corretta informazione sull’epilessia per l’abbattimento del pregiudizio e supportare la scuola affinché possa sostenere i soggetti affetti da epilessia, “curando” la formazione dei docenti e l’organizzazione di ambienti di apprendimento e l’impiego di strategie educative coinvolgenti come la redazione del giornale telematico DIVERSA...MENTE a cura dei bambini e dei ragazzi delle scuole in rete che tratteranno la tematica dell’epilessia. Il giornale telematico può diventare uno strumento di comunicazione di idee, fatti, opinioni riguardo la diversità, propria o dell’altro, dentro un circuito virtuale ma che avvicina i ragazzi e soddisfa anche gli educatori, perché lo strumento tecnologico è un mezzo e non un fine. La finalità è crescere le nuove generazioni con la convinzione che la diversità è un valore, una risorsa irrinunciabile per lo sviluppo dell’umanità. L’altro è diverso da me ma non per questo differente da me, con meno diritti o potenzialità.

Come affermato nei presupposti teorici del progetto, ancora oggi l’epilessia viene erroneamente considerata una malattia mentale e spesso gli insegnanti di un bambino con epilessia si chiedono se ci sono diversità fra questo bambino e gli altri alunni. In alcuni ambienti scolastici permane il pregiudizio che le crisi epilettiche siano causa di una riduzione delle capacità mentali od almeno che gli alunni affetti da tale malattia abbiano disturbi del comportamento. La disinformazione ha portato nei secoli a stratificare nell’opinione pubblica, nei confronti dell’epilessia, pregiudizi difficili da sradicare, che rendono difficile la vita quotidiana di chi ne è affetto: non è facile vivere con una malattia considerata a torto pericolosa per sé e per gli altri, contagiosa, incurabile, inguaribile. Anche se è vero che gli antiepilettici possono di per sé indurre effetti collaterali sul versante neuropsicologico (da disturbi di attenzione e concentrazione, a deficit più specifici ad es. della memoria o della denominazione...), solo una piccola parte di alunni con epilessia presenta effettivamente dei ritardi nello sviluppo e nell’apprendimento. Inoltre, i problemi legati all’educazione non sono più gravi di quelli che si presentano con gli altri bambini. Molto spesso gli alunni con epilessia si trovano a dover affrontare situazioni di svantaggio e talvolta anche di emarginazione (ad esempio alcuni genitori pretendono che i propri figli non giochino

con loro, etc.). Tutto ciò, oltre a pregiudicare il senso di sé ed una buona autostima, può influire negativamente sull'andamento scolastico.

Quando il bambino con epilessia fa il suo ingresso a scuola i genitori dovrebbero informare il Dirigente della malattia di cui soffre il figlio lasciando poi a questi la possibilità di valutare se e come informare gli insegnanti. A questo proposito è bene ricordare che, nel dare notizie corrette sulla malattia, è prudente evitare di sbandierare una diagnosi che potrebbe generare preoccupazioni e allarmismi, soprattutto se il bambino ha una forma di epilessia "benigna e ben controllata"; ciò per evitare comportamenti differenziati da parte degli insegnanti. In ogni caso, il comportamento dei compagni nei confronti del bambino con epilessia dipenderà dal modo in cui l'insegnante ne avrà parlato alla classe. L'insegnante dovrebbe essere informato dei possibili problemi causati dalle crisi e di come si manifestano. Se conosce le caratteristiche delle crisi potrà riconoscerle ed evitare di punire il bambino ingiustamente per il suo comportamento durante la crisi (es. se fa scarabocchi, o non risponde alle domande, etc.). Occorre distinguere se un comportamento "disturbato" è la conseguenza diretta della malattia (una o più crisi possono "spegnere" la coscienza del bambino anche più volte al giorno con il risultato che lo stesso non riesce a seguire tutto quello che dice l'insegnante), oppure è causato da errori di educazione o da sfavorevoli condizioni ambientali (es. povertà di risorse). Un'informazione corretta e capillare è fondamentale, non solo per un'adeguata gestione medica dei pazienti epilettici, ma anche per migliorarne la qualità di vita fino alla guarigione, evitando quanto accade a gran parte delle persone che hanno sofferto di epilessia: guarire dalla malattia portando con sé, per tutta la vita, le conseguenze psicologiche e sociali del pregiudizio storico.

Da questa premessa si evince quanto l'esperienza di sentirsi "diverso" dall'altro, in quanto mancante di una "salute normale", sia un elemento che possa mettere un bambino, l'adolescente e in seguito l'adulto, in una posizione di insuccesso, con atteggiamenti passivi e sottomessi nell'adattarsi alle richieste dell'ambiente, provando spesso senso di inferiorità, timidezza, mancanza di autostima. La stima e la fiducia in se stessi permette di prendere decisioni da soli e di mettersi in relazione con gli altri in un rapporto di parità e uguaglianza. Credere in se stessi aiuta le persone a superare momenti difficili e di scoraggiamento e accettarsi per quello che si è, con pregi e difetti, permette di non fare a noi stessi richieste inadeguate ed esagerate. La scuola ha la necessità di investire sulle componenti emozionali affinché il percorso formativo che offre sia in armonia con lo sviluppo evolutivo di ogni bambino che frequenta la scuola.

Il concetto di “diversità” per troppo tempo è stato accompagnato dall’idea di “normalizzare” l’altro convinti che la realtà fosse sinonimo di “normalità”. Oggi la scuola dovrebbe sostenere le molteplici diversità senza necessariamente ridurle a unicità, ma riconoscendo il valore aggiunto che le singole originalità offrono ad un mondo che soffre di un eccessivo conformismo. Inoltre, la scuola è pertanto chiamata ad assumere responsabilmente il suo ruolo di istituzione forte che può influenzare il mondo del sociale, offrendo dei modelli relazionali, di accettazione e condivisione, più ampi di quelli finora sperimentati.

CAPITOLO 2

IL COSTRUTTO PSICOLOGICO DEL LOCUS OF CONTROL (LOC): ORIGINI STORICHE E CULTURALI

Introduzione

In questo capitolo, viene effettuato un approfondimento del fortunato costrutto psicologico del “*Internal and External Locus of Control*” o “*I-E LOC*” ideato da Rotter nel 1966 all’interno della teoria dell’apprendimento sociale. Tale approfondimento ha implicato un ripercorrere a livello teorico origini e storia del costrutto e della teoria all’interno della quale esso è stato ideato. Il costrutto del Locus of Control (LOC) risponde in buona sostanza all’annosa questione su cui da sempre gli uomini si interrogano relativa a chi o che cosa controlli la vita di ciascuno, ossia se si possa dire che ciascuno sia artefice del proprio destino o se sia più veritiero sostenere che la vita di ciascuno sia in mano al fato, al caso o a persone potenti che decidono della sorte di ognuno. In termini psicologici, utilizzando il concetto di LOC ci si riferisce alle credenze di una persona circa il controllo degli eventi della propria vita. Questa espressione è traducibile in “*luogo del controllo*” o “*localizzazione del controllo*”. È la localizzazione - interna od esterna – del controllo a indicarci se un soggetto possieda o meno la convinzione di poter controllare e gestire con coinvolgimento diretto e personale gli eventi della vita propria. In particolare, coloro che credono di poter *agire un controllo* sugli eventi della propria vita e che sentono che con i loro sforzi, impegno, capacità possono determinare quanto accade loro, sono definite persone con un LOC interno. Viceversa, le persone che percepiscono di non aver alcun controllo sulla propria situazione di vita e che credono che gli eventi siano determinati da forze esterne come la fortuna, la sorte, l’influenza di altre persone significative e potenti sono definite persone con un LOC esterno. In realtà, occorre ribadire che non esiste una distinzione così netta tra gli individui. In effetti, seppur sia presente in ciascuno una prevalenza per un LOC interno o esterno, sono molto rari i casi in cui queste due tendenze sono espresse in modo estremo. In questo senso, non sempre le persone con una tendenza per un LOC esterno sottostimano le loro possibilità di controllare gli eventi della vita e non sempre persone con una tendenza per un LOC interno pensano di poter controllare tutti gli eventi che accadono loro: molto dipende anche dalle circostanze, dalle aspettative e dall’evento che l’individuo deve affrontare.

L'approfondimento del costrutto di Rotter ha trovato un fertilissimo campo di applicazione proprio nell'ambito della Psicologia della Salute dove risulta essere uno strumento ancora oggi valido per valutare la *qualità della vita* in pazienti affetti da varie patologie (epilessia, tumore, diabete, obesità, Aids, etc.).

Il presente capitolo, pertanto, esamina le radici storiche e culturali di un costrutto che nella presente ricerca verrà applicato per indagare la qualità della vita di bambini e ragazzi con epilessia, attraverso l'analisi dell'immagine che essi hanno di loro stessi e attraverso la rappresentazione che il contesto dei coetanei a scuola ha della malattia e del malato con epilessia. In particolare, verranno approfondire le varie teorie sul comportamento umano, inclusa la teoria dell'apprendimento sociale all'interno della quale Rotter ha elaborato il suo costrutto. Verranno anche evidenziate le problematiche aperte dal costrutto rotteriano sia a livello concettuale che metodologico e ne verrà seguito l'evolversi dalla originaria prospettiva monodimensionale, in cui "interno" ed "esterno" sono i due poli di un continuum, ad una nuova prospettiva multidimensionale e multiattribuzionale in cui internalità (caratterizzata da "abilità" o da "impegno" individuali) e esternalità (caratterizzata dal "contesto" o dalla "fortuna") vengono concepite come dimensioni indipendenti e che operano diversamente nelle situazioni di successo e di insuccesso. Il concetto ideato da Rotter si fonde quindi con il concetto di "attribuzione". Ciascun individuo, in modo diverso, tende a fornire istintivamente delle spiegazioni causali (le "attribuzioni" appunto) agli eventi di successo o fallimento e nel fare ciò utilizza uno schema abbastanza fisso in cui combina abilità, impegno contesto e fortuna secondo uno "stile attributivo" che gli è caratteristico.

2.1 La teorizzazione del concetto: Rotter e la teoria dell'apprendimento sociale

Il costrutto psicologico dell' "*Internal and External Locus of Control*" viene presentato da Rotter nella sua monografia del 1966 nell'ambito della *teoria dell'apprendimento sociale*, esposta già in "Social Learning and Clinical Psychology" (Rotter, 1954). Questa monografia raccoglie più di 10 anni di ricerche condotte da Rotter e dai suoi collaboratori alla Ohio State University nonché vari metodi di misurazione del LOC poi scartati da Rotter a seguito della creazione della famosa scala Internal-External. "La teoria dell'apprendimento sociale di Rotter è una teoria molare della personalità che avvalendosi di due tendenze della psicologia americana, la teoria stimolo-risposta (comportamentismo) e la teoria cognitiva di stampo lewiniano (cognitivismo lewiniano), descrive il comportamento umano come influenzato da contingenze esterne

e da elementi soggettivi” (Nigro, 1983). Per spiegare il comportamento umano, motivato e diretto al conseguimento di un fine, Rotter si sofferma soprattutto su quella che, richiamandosi a Lewin (Lewin, 1936), definisce “situazione psicologica” o “spazio di vita” anche se, come si vedrà, attribuisce al concetto un senso diverso. Già durante un simposio sulla motivazione (Rotter, 1953) tenutosi in Nebraska, Rotter presenta la sua teoria, dopo un’ampia premessa nella quale espone le tesi a lui contemporanee che utilizzano e quelle che non utilizzano il concetto di “situazione psicologica” per predire il comportamento umano, motivato e diretto al conseguimento di un fine.

2.2 Diverse teorie sul comportamento umano

Il primo a sostenere l’importanza della situazione nel determinare la direzione del comportamento è Cattell (1950). Fino a questa data gli esponenti della teoria motivazionale ritenevano che il comportamento diretto al conseguimento di un fine derivasse dalle pulsioni (Hull, 1943) o che gli stimoli non fossero la causa del comportamento, ma solo opportunità per soddisfare i propri bisogni, i quali forniscono agli individui la motivazione intrinseca e la vera energia per agire; solamente la conoscenza dei processi psicologici umani, della motivazione, delle emozioni consentirebbero di fare predizioni, non il comportamento considerato di per sé. Rotter si inserisce in questo dibattito con la proposta di un nuovo approccio non motivazionale al comportamento. Infatti, l’autore si distacca dall’influenza del modello motivazionale di Hull (1943). “Mentre Hull ritiene che il comportamento diretto al fine sia in parte una funzione della pulsione (*drive*) e propone un modello che può essere considerato una teoria motivazionale, Rotter (1954) sostiene che il comportamento diretto al fine è in parte una funzione dell’aspettativa. In tal senso il modello di Rotter può essere considerato una teoria basata sull’aspettativa” (Nigro, 1983 pag. 29).

La teoria dell’apprendimento sociale si basa sul postulato centrale secondo cui il comportamento viene scelto e agito sulla base delle situazioni specifiche (ambiente) e delle aspettative e valutazioni del rinforzo (individuo); di conseguenza per studiare la personalità bisogna indagare l’interazione tra l’individuo e l’ambiente. Ciò nonostante Rotter non parla di influenza bidirezionale ma, ritenendo le circostanze costanti nel tempo in opposizione a Lewin, afferma che è la situazione psicologica a stimolare delle aspettative. Nella formula che permette di predire il comportamento sono impiegate quattro classi di variabili (Rotter, 1975, pag. 57): il potenziale di **comportamento** (B.P., *behaviour potential*) che corrisponde alla potenzialità che un certo comportamento si

verifichi in una data situazione o in certe situazioni e viene calcolata in relazione ad un singolo rinforzo o a una serie di rinforzi; l'**aspettativa** (*E, expectancy*) che sarebbe "... una probabilità o una eventualità soggettiva che un certo specifico rinforzo occorrerà in una data situazione o situazioni" (Rotter, 1954, p.165) e che risulterebbe indipendente dal valore o dall'importanza del rinforzo; il valore del **rinforzo** (*R.V., reinforcement value*) che viene definito come il grado di preferenza perché si verifichi un rinforzo, al posto di altri con uguale possibilità di verificarsi; e infine la **situazione psicologica**. Per quanto riguarda quest'ultima variabile, essa gioca un ruolo centrale nella teoria di Rotter. Sebbene la formulazione di LOC proposta da Rotter rifletta una posizione interazionistica prossima alle teorizzazioni di Lewin (1936), esistono tra i due autori similitudini e differenze nel modo di definire e di intendere la "situazioni psicologica" (Steitz, 1981).

Analogamente a Lewin, per Rotter la situazione psicologica corrisponde all'ambiente significativo per i soggetti, in contrasto con la realtà fisica, obiettiva. Rotter, come Lewin, ritiene che la situazione psicologica includa l'ambiente esterno (obiettivo) e l'ambiente interno (soggettivo) e che determini la direzione del comportamento umano. Diversamente da Lewin, Rotter descrive la situazione psicologica come composta da "...spunti, che sono le tracce dell'esperienza passata, che servono a stimolare nell'individuo certe aspettative per il rinforzo di specifici comportamenti" (Rotter, Chance, Phase, 1972, p.37). Per Lewin "... la situazione (psicologica) è la totalità degli effetti per l'individuo preso in considerazione." Ed ancora: "Anche quando dal punto di vista della fisica l'ambiente è identico per un bambino e per un adulto, la situazione psicologica può essere fondamentalmente diversa. La situazione deve essere rappresentata nella maniera in cui essa è reale per l'individuo in questione, cioè, nel modo in cui lo influenza" (Lewin, 1936,p.27). All'interno dello spazio di vita la persona e la situazione psicologica sono coinvolte in interazioni bidirezionali (Steitz, 1981). Le percezioni e le azioni di un individuo si influenzano reciprocamente all'interno dello spazio di vita e contemporaneamente ognuno è coinvolto in uno scambio bidirezionale con l'ambiente fisico e sociale.

Contrariamente a Lewin, Rotter non specifica la natura dell'interazione tra individuo e ambiente e non parla di influenza bidirezionale o di una relazione transizionale attiva con l'ambiente percepito. Ed inoltre, ritenendo le circostanze costanti nel tempo in opposizione a Lewin, afferma che è la situazione psicologica a stimolare delle aspettative. Il contenuto o il significato delle situazioni rimane, infatti, relativamente

costante nel tempo. Secondo Rotter, comportamenti, aspettative, rinforzi e situazioni psicologiche sono legati da una formula specifica² che evidenzia come il comportamento atto a soddisfare un bisogno dipende dall'aspettativa di ottenere un particolare rinforzo e dalla preferenza per tale rinforzo. Per bisogno Rotter non intende un impulso interno come gli psicologi motivazionali, ma una potenzialità a rispondere a una serie di comportamenti diretti verso uno o più rinforzi. In questa formula, la situazione psicologica gioca un ruolo determinante nella disposizione ad agire: essa determina e fa emergere i rinforzi e le aspettative. Benché apprese in circostanze specifiche, queste ultime possono anche venir generalizzate. Quando un individuo percepisce due o più situazioni come simili, allora le aspettative per un certo tipo di rinforzo vengono trasferite da una situazione all'altra, generalizzate appunto. Rotter (1975) sottolinea che le aspettative in ogni situazione sono determinate non solo dalle esperienze specifiche in quella situazione, ma anche dalle esperienze in altre situazioni che l'individuo percepisce come simili.

Pertanto, secondo Rotter, si tenderà ad inglobare, a trasferire le aspettative da una situazione ad un'altra sulla base della passata esperienza. In tal senso: “si stabilisce una relazione tra l'esperienza, la situazione specifica e l'aspettativa generalizzata” (Nigro, 1982). Questa relazione viene espressa da Rotter con una formula³ che evidenzia come l'aspettativa generalizzata aumenta cioè con l'incrementarsi dell'esperienza dell'individuo in quella situazione. Inoltre, non sarebbe possibile prevedere il comportamento limitandosi al calcolo delle aspettative dal momento che esse rappresentano solo uno dei principali determinanti del comportamento potenziale: è necessario valutare anche i comportamenti alternativi disponibili, conoscere il valore del rinforzo, la situazione psicologica e la storia personale degli apprendimenti.

Alla fine degli anni '60 tra gli psicologi comportamentisti si diffonde l'idea che sia inadeguato spiegare il complesso comportamento umano e animale in termini di energie e bisogni e che si debbano chiamare in causa cognizioni e pensieri. Le teorie psicologiche spostano l'attenzione dall'ambiente alle aspettative, preferenze, scelte, decisioni, controllo e impotenza dell'individuo. In questo modo le persone non sono

² $B.P. X, S_1, R_a = f(EX, R_a, S_1 \& R.V. , a_1, S_1)$

Tale formula significa che il potenziale di emissione del comportamento (X) che si verifica in una situazione psicologica specifica (S₁), in relazione al rinforzo (a), dipende dall'aspettativa di ottenere un particolare rinforzo (ovvero dalla percentuale che un certo rinforzo segua quel comportamento 'X') in una situazione e dalla preferenza per quel rinforzo.

³ $ES_1 = f(ES_1 \& GE/NS_1)$

Dove: S₁ = situazione specifica; N= quantità di esperienza antecedente che l'individuo ha avuto nella situazione; E= aspettativa; E'= aspettativa specifica; GE = aspettativa generalizzata. Ossia, l'aspettativa generalizzata aumenta cioè con l'incrementarsi dell'esperienza dell'individuo in quella situazione.

intese come un prodotto dell'ambiente, né agiscono in risposta ad impulsi ed energie da soddisfare, ma hanno stili di pensiero individuali, in cui gioca un ruolo fondamentale la storia personale degli apprendimenti: ciò lascia spazi di autonomia alle persona nello scegliere il proprio modo di pensare (Di Bernardo, a.a1996-1997).

2.3 Dalla teoria del comportamento al LOC

Il LOC descrive quindi il grado con il quale un individuo ritiene che i rinforzi che seguono le proprie azioni dipendano direttamente dal suo comportamento. Secondo le parole di Rotter (1966, p.1) "... quando il rinforzo viene percepito da una persona.... come non del tutto dipendente dalle sue azioni, viene in genere visto, nella nostra cultura, come il risultato della fortuna, del caso, del fato. Quando l'evento (il rinforzo) viene interpretato in questo modo da un individuo, definiamo questo fatto credenza nel controllo esterno. Se invece la persona percepisce che l'evento è dipendente dal suo comportamento o da sue caratteristiche personali relativamente stabili, definiamo ciò come credenza nel controllo interno".

Pertanto, una personalità con LOC esterno crede che la successione comportamento-risultati sia casuale, accidentale, non dipendente da sé, per cui non si aspetta che il proprio agire determini una ricompensa, sente di non aver nulla da imparare da successioni dovute al caso o al potere altrui, ed in effetti non impara dalle sue esperienze, crede nella fortuna, manifesta fatalismo, passività e comportamenti superstiziosi, crede che la scorta di fortuna aumenti ad ogni fallimento e diminuisca ad ogni successo. Una persona con LOC interno crede che la successione azione-effetti non sia accidentale, bensì dipendente da sé e base per fare stime sulla probabilità di successo o fallimenti futuri, si aspetta di determinare una ricompensa con il proprio agire, considera i propri successi e fallimenti come feed-back del suo comportamento da cui imparare per modificare le proprie azioni; i rinforzi danno cioè un'informazione di ritorno che permette la controllabilità interna e quindi la capacità di fare previsioni. Il costrutto di controllo interno-esterno è quindi inteso da Rotter come una aspettativa generalizzata a percepire il rinforzo o come dipendente dal proprio comportamento (controllo interno) o come il risultato di forze che vanno al di là del controllo individuale, quali il caso, la fortuna, la sorte (controllo esterno).

Secondo Rotter, Seeman e Liverant (1962), tre sono le modalità di aspettative del controllo esterno: la credenza nella "fortuna" (*chance*) se il mondo è visto come imprevedibile, privo di regole deterministiche; la credenza in un corso predeterminato

degli eventi ossia il “fato” (*fate*), l’attribuzione degli eventi agli altri (*powerful others*), da cui dipenderebbero i rinforzi.

Il controllo interno del rinforzo aumenta nell’individuo le aspettative di ulteriori ricompense nelle situazioni simili; al venir meno dei rinforzi le aspettative si possono ridurre. La presenza o assenza di rinforzi invece non incrementa le aspettative di riuscita negli individui con LOC esterno, secondo i quali i risultati sono casuali, la tendenza alla generalizzazione è minore. Il costrutto del LOC si riferisce ai processi di auto-attribuzione interna ed esterna. È, infatti, “...proprio sulla base dei processi di attribuzione che vengono a strutturarsi e consolidarsi aspettative generalizzate per ciò che attiene al luogo di origine del controllo del rinforzo” (Nigro, 1982). Dalla teoria di Rotter possiamo quindi ricavare una definizione di LOC come una sorta di valutazione del sé.

2.4 Alcuni equivoci legati al costrutto

Nella monografia, “Aspettative generalizzate per il controllo interno o esterno dei rinforzi”- in cui Rotter (1966) presenta la sua scala di misurazione del controllo interno - esterno, dopo aver esposto in breve la teoria dell’apprendimento sociale, antecedente teorico del LOC - viene affrontata la limitatezza di una tipologia che raggruppi le persone secondo il criterio del controllo dei rinforzi in due sole categorie: interno ed esterno. Rotter sostiene che non esistono solo due tipi di processi di controllo, ma che gli individui possono essere collocate in un continuum in base alla percezione delle fonti interne o esterne del controllo. Entrambi gli estremi di questo *continuum*, infatti, sarebbero poco realistici e attendibili. Come Rotter (1975) stesso scrive nel suo articolo “Alcuni problemi ed equivoci legati al costrutto del controllo interno o esterno dei rinforzi”, il LOC ha due accezioni: è una caratteristica personale, un tratto comportamentale che permette di differenziare gli individui riguardo al controllo dei rinforzi, ma rappresenta anche una variabile situazionale che permette di differenziare le situazioni di controllo interno dalle situazioni di controllo esterno. In questa seconda accezione, un tipo di situazione in una particolare cultura produce la credenza che il rinforzo sia o meno sotto il controllo delle persone. Le ricerche che hanno assunto questa porzione di significato hanno utilizzato come parametri situazionali esterni ed interni rispettivamente la “fortuna” e la “capacità”.

Nella sua monografia Rotter (1966) passa in rassegna le ricerche (Phares, 1957) che si sono occupate degli effetti nell’apprendimento delle condizioni “fortuna” o “capacità”,

ovvero degli effetti dei rinforzi, degli aumenti e riduzioni dei successi e dei fallimenti, dell'estinzione delle aspettative o dei suoi cambiamenti, verificatisi in seguito alle diverse istruzioni date dagli sperimentatori: ad un gruppo di soggetti si diceva che il successo che avrebbero ottenuto nel compito sarebbe stato determinato dalla propria del soggetto; ad un altro gruppo dalla fortuna. I risultati hanno messo in evidenza che dare ai soggetti l'istruzione che l'esito del compito dipende dalla loro abilità comporta gli effetti attesi nella modifica delle aspettative dei rinforzi futuri, nel numero dei successi o dei fallimenti sulla base dei rinforzi dati dallo sperimentatore. Mentre il gruppo che riceve l'istruzione che l'esito del compito dipende dalla fortuna presenta modifiche insolite nelle aspettative, non correlate in modo corretto con i risultati positivi e negativi, ma spesso in modo inverso.

Un'ulteriore variabile utilizzata è stata la percentuale dei rinforzi dati che oscillava tra il 100% e il 25% (Rotter, Liverant e Crowne, 1961). La percentuale dei rinforzi dati alle prove dei soggetti incide in modo tale che il gruppo messo in condizione "capacità" smette di provare e si arrende prima nel caso in cui riceva rinforzi parziali, rispetto a quando riceve rinforzi totali, perché più è lunga la serie dei successi precedenti, maggiore è il tempo che impiega per accettare il fatto che non è in grado di svolgere il compito con successo. Al contrario il gruppo messo in condizione "fortuna" insiste maggiormente nel caso di rinforzi parziali: ha un maggior numero di prove di estinzione, perché gli sembra più probabile che la fortuna scompaia nella situazione di rinforzo totale.

In definitiva, è utile sottolineare che il controllo interno - esterno non va inteso unicamente come tratto comportamentale e che quindi non è legittimo ipotizzare una tipologia che contrapponga gli "interni" agli "esterni" (Rotter, 1966 e 1975). Il concetto di LOC riguarda quindi sia parametri situazionali che differenze individuali. Se i rinforzi modificano le aspettative, se un rinforzo varia sistematicamente in rapporto alla natura della situazione, la variabile LOC può essere correttamente letta solo in una prospettiva interazionistica.

2.5 Problemi aperti dall'applicazione del costrutto di Rotter

Lo studio del costrutto interno - esterno implica un considerevole numero di questioni concettuali e metodologiche che vengono bene espresse da Argentero (1996).

Problematiche concettuali

- a) Aspettative generalizzate specifiche. Si possono trovare in letteratura dei tentativi di ottenere previsioni comportamentali in ambiti specifici (ad esempio accademico, professionale, familiare) utilizzando scale costruite per misurare aspettative “generalizzate sul controllo” (ad esempio quella Interna-Esterna di Rotter). Se si desiderano valutazioni accurate ed attendibili riferite a settori particolari, è necessario impegnare strumenti specifici finalizzati a tale scopo.
- b) Esternalità difensiva. È stato dimostrato che a volte gli individui possono manifestare verbalmente un LOC esterno, ma agire in modo interno, specie in situazioni competitive. La ragione della scelta di una tale apparente posizione esterna è quella di una difesa contro un possibile fallimento. La possibilità che un tale processo difensivo possa influenzare il giudizio sul LOC va tenuta presente in fase di diagnosi.
- c) Dicotomia buono/cattivo. Molti ricercatori assumono che possedere un LOC di tipo interno sia indice di una personalità “migliore”, “più sana”, “meglio adattata” di quella con LOC esterno. In realtà non si può in genere sostenere che alla dimensione “interno” siano esclusivamente associate caratteristiche positive. Ad esempio se è vero che l’individuo con LOC interno tende più dell’esterno ad assumersi la responsabilità delle proprie azioni, appare evidente che, a fronte di un insuccesso, il suo livello di autostima potrà risentirne negativamente, come l’immagine di sé. Oppure, pare dimostrato che l’esternalità sia maggiormente legata ad alcuni comportamenti positivi quali quelli altruistici e prosociali.
- d) Sistemi di aspettative singoli/multipli. È possibile che un individuo posseda due o più sistemi di aspettative sul controllo, riferiti per esempio a sé stesso o alle altre persone, ad una situazione o ad un’altra. Occorre riporre attenzione a questa eventualità, tenendo anche presente che questi diversi sistemi di credenze possono più o meno essere espressione di motivazioni difensive.
- e) LOC e attribuzione delle cause. Sussiste una certa misura di sovrapposizione tra la letteratura sul LOC e quella basata sulla teoria dell’attribuzione, in quanto entrambi gli approcci sono focalizzati sulla spiegazione delle cause del comportamento. Il costrutto, infatti, può essere anche definito come riferentesi ai processi di auto attribuzione interna - esterna. Tuttavia, esiste una differenza sostanziale tra questi due approcci: mentre le attribuzioni concernono le cause di eventi passati, il LOC riguarda principalmente le aspettative di eventi futuri. Nigro (1982) sostiene che "è

sulla base dei processi di attribuzione che vengono a strutturarsi e consolidarsi aspettative generalizzate per ciò che attiene al luogo di origine del controllo del rinforzo".

f) Stabilità-temporaneità. È possibile che un individuo possieda delle aspettative interne per i risultati sul lungo periodo ed esterne per i risultati sul breve periodo o viceversa. Questo fatto può incidere sulla stabilità nel tempo del LOC.

g) Effetti dell'esperienza. Qual è il rapporto tra LOC ed esperienze passate? In quale misura esperienze positive possono favorire lo sviluppo di aspettative interne ed esperienze negative quello di aspettative esterne? È possibile che l'esperienza di successi possa influenzare il LOC attraverso la formazione di previsioni ottimistiche, che possono incrementare il livello di sicurezza in sé, l'iniziativa e la motivazione che, a loro volta, costituiscono i presupposti per ulteriori esperienze di successo. Si innesca così un processo a spirale di reciproca influenza tra LOC ed esperienze di vita (Furnham, Sadka e Brewin, 1991). Su questa specifica problematica concettuale è di particolare importanza il contributo offerto da alcuni studiosi di scuola francese (Beauvois, 1984; Dubois, 1987). Secondo questi autori le ragioni di una maggiore valorizzazione sociale dell'orientamento interno vanno ricercate nelle pratiche sociali e nelle implicazioni socio cognitive. Secondo Dubois occorre dubitare dell'ipotesi di Rotter circa la distribuzione normale nella popolazione dell'internalità, sulla base di una serie di considerazioni:

- è riscontrabile un aumento con l'età delle aspettative interne, non spiegabile unicamente in termini di sviluppo intellettuale o cognitivo,
- soggetti adulti che transitano attraverso esperienze formative formalizzate aumentano il loro grado di internalità,
- le credenze interne sono particolarmente condivise da individui appartenenti a gruppi sociali privilegiati,
- esiste una forte desiderabilità sociale verso le spiegazioni sociali di tipo interno.

Queste evidenze indicano l'esistenza di una "norma sociale di internalità", definibile come una valorizzazione socialmente appresa di credenze che privilegiano il ruolo causale dell'attore nella spiegazione degli eventi. Secondo Dubois è pensabile che questa norma non sia tanto effetto di un determinismo psicologico, quanto piuttosto trovi il suo fondamento nelle pratiche valutative associate all'esercizio del potere ed è quindi probabile che il legame tra l'internalità e la pratica valutativa debba essere analizzata anche ad un livello più generale: quello del funzionamento sociale.

La norma dell'internalità è dunque inscritta nelle pratiche delle strutture sociali ed interviene a livello dei processi cognitivi che regolano le spiegazioni causali: in tal senso si tratta di una concettualizzazione che si pone in modo critico rispetto alla posizione di Rotter ed a quella della maggioranza degli studiosi del LOC, che hanno invece considerato tale costrutto principalmente nell'ambito della psicologia della personalità e delle differenze individuali.

- h) Valenza del rinforzo. Ponendosi in un'ottica di revisione autocritica, lo stesso Rotter (1975) per primo ha sottolineato come il valore del rinforzo, cioè la sua valenza, va preso in considerazione nell'ambito della teoria sul LOC. Ad esempio, se si prevede che un individuo ad orientamento interno è motivato al raggiungimento di uno specifico obiettivo, si dovrà provare che a tale obiettivo l'individuo attribuisce una valenza positiva. In sostanza occorre riconoscere che il comportamento risulta influenzato sia dalle aspettative generalizzate (interne/esterne) sia dalla valenza dei risultati attesi.

Problematiche metodologiche

- a) Unidimensionalità/multidimensionalità. Una delle maggiori questioni metodologiche associate alla misura del LOC concerne la sua dimensionalità. Secondo alcuni autori, che si pongono nella tradizione rotteriana, il costrutto originario del LOC sarebbe unidimensionale, ossia si presenterebbe come un continuum di cui l'internalità e l'esternalità rappresentano i poli opposti. Altri autori, invece, ritengono il LOC un costrutto multidimensionale, ossia un concetto multiprospettico, in cui internalità ed esternalità sono dimensioni separate e come tali vanno misurate ciascuna con apposite scale. In questo senso, un gran numero di ricerche ha studiato la struttura fattoriale del questionario di Rotter Internal-External Locus of Control Scale, cercando conferme alla sua unidimensionalità. Accanto a ricerche che convalidano questo tipo di struttura, altri studi hanno isolato due, quattro o cinque fattori distinti col risultato che molte scale multidimensionali del LOC differiscono tra loro per numero, descrizione ed interrelazione dei fattori. Come vedremo meglio, la ricerca di Levenson (1981) per esempio include tre sottoscale: *Internal*, *Powerful Others* e *Chance*. Argentero (1996) descrive anche altri studi che evidenziano i fattori: controllo personale e controllo dell'ideologia, controllo generale e controllo politico, internalità, realismo, strutturalismo e fatalismo, controllo interno - sforzo/controllo interno - abilità. Il motivo principale

della diversità di dimensioni riscontrata parrebbe risiedere nella differente tipologia di soggetti ed ambiti di ricerca in cui sono state condotte le ricerche (uomini/donne, bianche/neri, sani/malati): d'accordo con Rotter (1975) si può convenire sulla necessità di adottare scale per la misura del LOC che siano mirate alle specifiche situazioni applicative.

- b) Valenza degli eventi. Nonostante secondo la maggior parte dei ricercatori la misurazione del LOC possa includere aspettative di controllo riferite tanto ad eventi positivi che a quelli negativi, secondo alcuni può essere opportuno utilizzare due distinte scale per le diverse tipologie di eventi.
- c) Specificità. Accanto a diverse scale di LOC generale, sono state sviluppate una molteplicità di scale per la misurazione di specifici aspetti del LOC: scale per differenti livelli di età (bambini, adolescenti, adulti, anziani); scale di LOC volte a rilevare la percezione di controllo del diabete, tumore, obesità, alcolismo; scale di LOC lavorativo. Il vasto interesse che si è sviluppato attorno alle aspettative di controllo deriva dal fatto che sono state riscontrate numerose e significative differenze negli atteggiamenti e nei comportamenti delle persone in relazione al grado di internalità o di esternalità che le caratterizzano (Lefcourt, 1976, 1981). Il ruolo del controllo interno - esterno è ritenuto importante nei processi di apprendimento, in cui appaiono favorite persone con maggiore internalità. In base a quanto osservato da Argentero (1996), il controllo interno - esterno è stato inoltre messo in relazione a variabili come la motivazione al successo, la capacità di gestire l'ansia, i risultati scolastici, le scelte professionali, la resistenza al fenomeno della influenza sociale, la capacità di affrontare situazioni difficili e insoddisfacenti. Ricerche condotte da Lefcourt e collaboratori indicano che persone con un LOC interno traggono maggiori benefici di altri dal sostegno sociale in situazioni difficili e che in soggetti con un LOC esterno la relazione tra situazioni stressanti e il verificarsi di certe malattie è più stretta che in soggetti con LOC interno.

2.6 Gli sviluppi del costrutto di Rotter

Lo sviluppo del concetto originariamente elaborato da Rotter ha coinvolto diversi aspetti riassumibili nelle quattro direzioni fondamentali in cui Cardaci (1988) convoglia e ordina le diverse ricerche, basandosi a sua volta su un'altra rassegna (Palenzuela, 1984), alla quale ha aggiunto il primo dei seguenti punti:

- 1) la *relazione tra LOC e risultati positivi e negativi*;
- 2) i *tentativi di integrare LOC e teorie dell'attribuzione*;
- 3) una *revisione terminologica, una delimitazione e precisazione concettuale*;
- 4) la *multidimensionalità del LOC*.

1) La relazione tra il LOC e i risultati

Numerose ricerche hanno confermato che il LOC relativo ai successi e quello relativo ai fallimenti sono indipendenti tra loro e correlati a diversi tipi di attività. Dopo il contributo di Crandall (1965) che è stato il primo ad introdurre tale distinzione, altri autori (Mischel, Ebbeson e Zeiss, 1974) hanno mostrato che la misura di controllo interno relativo al successo predice la persistenza dell'azione diretta ad un fine, mentre la misura del controllo interno relativo al fallimento descrive le azioni dirette ad evitare le conseguenze sfavorevoli.

Nel volume di Lefcourt del 1981, vi sono moltissime ricerche al riguardo e vengono distinte sulla base della relazione, talvolta confermata e altre volte no, tra attribuzione per il successo o il fallimento e internalità o esternalità. Queste indagini si erano rese necessarie a causa di un equivoco originatosi dalle affermazioni di Rotter, consistente nel ritenere che gli interni avessero aspettative di successo più alte degli esterni. Rotter in realtà, per predire il comportamento, aveva considerato quale significativo fattore anche le aspettative situazionali, trascurate dagli autori successivi. In particolare, un approccio più significativo consiste nell'utilizzare la classificazione delle quattro determinanti di Weiner (abilità, impegno, contesto, fortuna), di cui si parlerà in seguito, in due diverse condizioni: chi è interno nell'attribuzione dei successi ed esterno nell'attribuzione dei fallimenti, tende a lavorare per più tempo nella condizione in cui *riceve ricompense*. Viceversa chi è interno nella percezione del fallimento ed esterno nella percezione del successo, tende a lavorare per più tempo nella condizione in cui *evita punizioni*.

Dalle ricerche di Brewin e Shapiro (1984) si ricava invece che il LOC e le attribuzioni per i risultati positivi e negativi sono due dimensioni separate. Infatti, la scala di LOC di Rotter è correlata con la responsabilità per i risultati positivi, ma non per quelli negativi. La responsabilità per i risultati negativi è correlata invece con la stima di sé e le differenze di sesso. Si spiega in questo modo anche la depressione, caratterizzata da un'alta attribuzione per i risultati negativi, da senso di colpa e contemporaneamente da

un LOC esterno. La scala di Rotter è più adatta a predire quindi i comportamenti orientati alla meta, piuttosto che le risposte della gente alla sfortuna o alla mancanza di successo a causa della propria incapacità, ovvero a predire i risultati negativi.

2) I tentativi di integrare LOC e teorie dell'attribuzione

Altri studiosi hanno tentato di integrare il LOC con la teoria dell'attribuzione causale, dal momento che il costrutto può essere anche definito come riferentesi ai processi di auto-attribuzione interna - esterna. Solamente nel momento in cui abbiamo conoscenza della possibilità di incidere sul comportamento nostro o altrui, possiamo cercare di controllare le azioni. Il concetto di LOC rimanda quindi dal controllo delle conseguenze delle proprie azioni, all'attribuire a sé o meno la causa di un'azione. Anche Nigro (1982) sostiene che è sulla base dei processi di attribuzione che vengono a strutturarsi e consolidarsi aspettative generalizzate per ciò che attiene al luogo d'origine del controllo del rinforzo. L'attribuzione causale è un processo psicologico attraverso il quale nelle situazioni quotidiane una persona giunge a ritenere un'azione altrui o propria (etero o auto-attribuzione), un evento conseguenza di particolari cause. Secondo Deci e Ryan (1985). Il processo attributivo è un processo motivato intrinsecamente perché permette di fare predizioni corrette, di padroneggiare le nuove situazioni, di raggiungere i risultati desiderati grazie ad un processo di apprendimento che si basa sulle precedenti esperienze: le persone fanno attribuzioni se ciò è per loro un guadagno nel senso di percepirsi competenti; queste attribuzioni saranno strumentali alla valutazione delle ulteriori mete da raggiungere.

a) Le teorie dell'attribuzione ed errori attribuzionali

Quando si parla di attribuzioni e di errori attribuzionali ci si rifà a concetti elaborati da Heider come la "psicologia del senso comune" e l' "analisi ingenua dell'azione" (Heider, 1958). Limitando la rassegna a quanto i teorici dell'attribuzione hanno scritto per contribuire alla comprensione del LOC, è pertanto necessario partire dallo stesso Heider. Egli ritiene che un osservatore non solo percepisca una persona come avente certe proprietà spaziali e fisiche, ma possa anche capire certi elementi intangibili dell'altro, come i suoi desideri, bisogni ed emozioni. Secondo Heider il processo di attribuzione si svolge lungo le seguenti fasi: inizialmente si stabilisce se l'azione osservata può essere riferita: a) ad un fattore causale esterno all'attore o indipendente dalle sue intenzioni, detto "causazione ambientale" o "causazione personale non

autentica”, di natura permanente (difficoltà del compito) o accidentale (fortuna); b) ad una fonte causale interna all’attore, permanente (abilità) o transitoria (sforzo), o ad una interazione di cause esterne e interne. Se si ritiene che l’evento abbia una fonte causale ambientale, si può procedere nella ricerca d’informazione sui rapporti tra caratteristiche ambientali e quell’azione. Se si ritiene che l’azione abbia una fonte causale personale, il processo di attribuzione prosegue fino ad identificare le caratteristiche personali profonde. Nel caso queste abbiano una natura permanente si costituisce una solida base per comprendere e prevedere il comportamento di una persona, per dare struttura e significato al mondo circostante. Heider conia allora il termine “luogo percepito di causalità”, che può avere un orientamento personale (dato dalle due forze personali, l’abilità e lo sforzo assieme, o dalla fortuna) e un orientamento impersonale (dato dalla fortuna o dalla difficoltà del compito).

Tutte le successive teorie attributive hanno tentato di rendere operative le tesi heideriane. Il modello di Jones e Davis (1965) si basa su un processo di inferenza corrispondente, che parte dall’azione e dai suoi effetti per giungere induttivamente alle intenzioni dell’attore e alle disposizioni personali che le sottendono: se le intenzioni attribuibili sono più di una, l’osservatore attribuirebbe tra esse quella socialmente più desiderabile. Mentre nel modello di Jones e Davis l’attribuzione di un certo locus causale interno, visto come intenzionalità, è solo il prerequisito per un processo successivo, che porta ad individuare le caratteristiche personali dell’attore, vero obiettivo del modello, nel modello di Kelley (1967) il processo di attribuzione può condurre ad un locus di causazione esterno, interno o interattivo. Il ruolo di causa è attribuito alla condizione presente quando l’effetto è presente, ed assente quando l’effetto è assente: l’effetto viene attribuito alla causa con cui co-varia sistematicamente. L’informazione sulla causa ha tre caratteristiche: specificità, consistenza e consenso. La configurazione cui tali criteri danno luogo determina quale attribuzione di locus causale risulta più probabile nel caso particolare: esterno (alle circostanze, allo stimolo), interno (alla persona), interattivo, nonché il grado di stabilità del locus attribuito. Questi criteri soggettivi, utili per una valida conoscenza del mondo esterno, hanno significato solo se presi nei reciproci rapporti e non isolatamente. Kelley riconosce i limiti del suo modello: la gente è in grado di utilizzare le informazioni dei tre criteri se le viene richiesto, ma nel procedimento concreto si comporta diversamente.

La teoria dell’attribuzione è una delle espressioni più significative dell’affermarsi del paradigma cognitivista nei confronti di quello comportamentista e delle teorie che

pongono al loro centro l'intervento di fattori dinamico-motivazionali. Da tempo ormai si ritiene che i modelli attributivi classici abbiano un carattere prescrittivo, non esplicativo dei processi cognitivi operanti nella vita quotidiana; nell'analisi causale ingenua infatti emergono diversi errori e distorsioni. La ricerca si è spostata allora verso il tema delle distorsioni sistematiche nei processi attributivi, avanzando sostanzialmente lungo due linee di interpretazione: quella affettivo - motivazionale e quella percettivo - cognitiva. All'interno del filone motivazionale (Zuckerman, 1979), le distorsioni attributive sono spiegate con la tendenza a migliorare la propria autostima, a proteggerla da svalutazioni: si parla di "egotismo attributivo" che corrisponde alla tendenza ad attribuirsi i meriti dei risultati positivi e a rifiutare la colpa dei risultati negativi, quando l'evento è visto come minaccia per la propria autostima. Ciò che Zuckerman e altri spiegano con un effetto "autoprotezione", Jones e Nisbett (1972) del filone cognitivo spiegano in termini di processo di elaborazione delle informazioni; la tendenza ad attribuirsi i successi si baserebbe su tre meccanismi cognitivi quali:

- un maggior numero di aspettative personali riguardo al successo, piuttosto che al fallimento, induce un'attribuzione più probabile del fallimento a fattori esterni;
- la tendenza a percepire la co-variazione tra il proprio comportamento intenzionale e il verificarsi degli effetti voluti, più che tra esso e il non verificarsi degli stessi effetti;
- la tendenza a percepire la contingenza comportamento-effetti, solo nel caso di effetti positivi.

Una posizione diversa da quelle qui esposte è quella che, tra le variabili che influenzano il processo attributivo, considera anche le cosiddette variabili differenziali di popolazione, che comprenderebbero misure di personalità, differenze di sesso e variabili situazionali. Le differenze di processi attributivi tra le persone dipendono quindi da fattori diversi, che vanno dalle variabili personali, interne, a quelle esterne, di circostanza. Le variabili personali, intese come disposizioni stabili e abbastanza generalizzate, orientano il processo attributivo verso un locus causale interno o esterno, secondo uno stile cognitivo posseduto a priori o come tratto di personalità, o più precisamente consistente in schemi di riferimento personali, soggettivi e settoriali, cioè non completamente generalizzati, attivabili solo per individuare le cause di alcuni comportamenti, quando l'informazione non è sufficiente o è ambigua. Questi schemi di riferimenti riguardo alla fonte causale, possono essere condivisi nell'ambito di gruppi naturali come modelli culturali, opzioni ideologiche. Lo stile attributivo si forma

secondo alcuni sulla base delle dimensioni societarie, culturali; secondo altri invece deriva da tratti di personalità, è visto in termini di differenze individuali.

La prima completa teorizzazione della percezione del locus di causazione del comportamento proprio o altrui si deve a Rotter e alla sua teoria del LOC, come si è detto. Questa, da un lato trova le sue radici nelle teorie classiche dell'attribuzione limitatamente al comune tema d'interesse, ovvero la percezione delle cause del comportamento, dall'altro però diverge sostanzialmente e ne è indipendente per due motivi centrali:

- il quadro teorico strettamente cognitivo nelle teorie attributive classiche non trova punti d'incontro con gli assunti di Rotter, inquadrabili in una teoria di apprendimento sociale propria del behaviorismo cognitivista;
- l'approccio di Rotter è centrato sulle differenze individuali, stabili che influenzano l'attribuzione, mentre le teorie classiche si sono impegnate soprattutto a studiare le condizioni di avvio e di svolgimento del processo attributivo.

Secondo De Garda e Mannetti (1988) il LOC è differente da un'attribuzione causale anche dal punto di vista concettuale e operativo. Infatti, il LOC è valutato prima che un risultato si verifichi, mentre le attribuzioni sono fatte dopo. Inoltre, mentre la teoria di Rotter fa riferimento alla percezione dei risultati come accidentali o dipendenti dal comportamento, la teoria attribuzionale fa riferimento a dove sono fisicamente poste le cause: dentro o fuori la persona.

b) la contemporanea considerazione del tipo di controllo e di attribuzione

Chi per primo intenzionalmente ha voluto integrare LOC e teorie attribuzionali è Collins (1974) il quale sostiene che nel LOC sono comprese due dimensioni: alla dimensione "controllo" si riferiscono la prevedibilità o regolarità contro la casualità da un lato, e alla dimensione "attribuzione" le attribuzioni situazionali contro quelle disposizionali dall'altro. Dalla combinazione delle suddette dimensioni risultano non attribuzioni reali, ma diversi tipi di credenze, ed in questo consiste la vera novità di Collins. Si può sintetizzare la posizione di Collins attraverso una tabella a doppia entrata, da cui emergono quattro fattori: se si percepisce un controllo esterno e si fa un'attribuzione esterna, si crede in un *mondo difficile*; se si percepisce un controllo interno e si fa un'attribuzione esterna, di equità, si crede in un *mondo equo*. Procedendo in tal modo si ottengono gli altri due fattori: la *credenza nella fortuna* e la *credenza in un mondo politicamente non influenzabile*. La posizione di Collins è innovativa non

solo per aver coniugato le due diverse dimensioni, ma anche per essere stato tra i primi ad individuare dei fattori che hanno contribuito allo sviluppo in senso multidimensionale del LOC, come dirò tra poco.

Un altro studioso, Weiner (1979) analizza le attribuzioni lungo tre dimensioni:

- 1) il *locus* o luogo di causalità con cui intende la fonte interna o esterna delle cause dei rinforzi; egli distingue fra eventi attribuiti a cause interne (come l'impegno o l'abilità) ed eventi attribuiti a cause esterne (come la difficoltà di un compito o la fortuna);
- 2) la stabilità ossia la possibilità di prevedere l'esito di eventi futuri; essa è maggiore per eventi riferiti a cause stabili (es. abilità, difficoltà del compito) e minore per quelli riferiti a cause instabili (es. fortuna, impegno);
- 3) il controllo ossia l'essere controllabile o no delle cause; esistono cause caratterizzate da un maggior senso di controllo da parte del soggetto, come l'impegno, e altre incontrollabili, come la fortuna (autoefficacia).

Sulla base dei tre criteri del locus delineati, egli ottiene che le aspettative interne si possono riferire ad elementi percepiti come stabili nel tempo (es.: le abilità) o variabili (es.: lo sforzo). Anche le aspettative esterne possono riguardare elementi permanenti (es.: la difficoltà del compito) o variabili (es.: la fortuna). Inoltre l'ascrizione del fallimento a cause stabili (mancanza di abilità o difficoltà del compito) diminuisce le successive aspettative del successo. L'attribuzione del fallimento a cause interne (mancanza di abilità o di sforzo) rende massimi gli effetti negativi legati alla stima, seguenti il risultato. Il successo attribuito a cause stabili aumenta le aspettative seguenti per il successo futuro più di quanto succeda facendo attribuzioni a fattori variabili (es.: fortuna) e i sentimenti legati alla stima seguente il successo (orgoglio) sono massimizzati quando si fa un'attribuzione interna.

c) Le attribuzioni e gli stili attributivi

Dall'intreccio delle tre dimensioni individuate (locus, stabilità e controllo) Weiner ottiene una tipologia di 8 attribuzioni, illustrata nella tabella 2.1. In particolare, le attribuzioni possono essere:

- 1) interne, stabili e controllabili (*tenacia*);
- 2) interne, stabili e non controllabili (*abilità*);
- 3) interne, instabili, anch'esse controllabili (*impegno*);
- 4) interne, instabili, non controllabili (*tono dell'umore*);
- 5) esterne, stabili e controllabili (*pregiudizio*).

- 5) esterne, stabili e incontrollabili (*difficoltà del compito*)
 6) esterne, instabili e controllabili (*aiuto*)
 7) esterne, instabili e incontrollabili (*fortuna*).

Tab. n° 2.1. Tipologia di attribuzioni secondo Weiner (1985)

		Stabilità		Controllabilità		Attribuzione			
interno	stabile		controllabile		<i>tenacia</i>				
				incontrollabile		<i>abilità</i>			
	instabile	controllabile				<i>impegno</i>			
			incontrollabile					<i>umore</i>	
esterno	stabile		controllabile		<i>pregiudizio</i>				
				incontrollabile		<i>difficoltà compito</i>			
	instabile	controllabile				<i>aiuto</i>			
			incontrollabile					<i>fortuna</i>	

Le ricerche successive (Skinner, Wellborn e Connell, 1990) hanno analizzato in particolare modo il rapporto esistente fra tipo di attribuzione e prestazione in compiti cognitivi. In questo modo sono stati identificati (De Beni e Moè, 1995; Moè e De Beni, 2002) cinque principali stili attributivi: a) Stile Impegno Strategico, b) Stile Abile, c) Stile Depresso, d) Stile Negatore, e) Stile Pedina. Come evidenziato nei lavori di De Beni e Moè, cui rimandiamo, chi attribuisce alta importanza all'impegno (stile Impegno strategico) è più motivato al successo, persiste maggiormente anche di fronte alle difficoltà poste dal compito e ottiene prestazioni superiori. Chi invece ritiene che i successi o i fallimenti passati siano attribuibili ad eventi al di fuori del proprio controllo è poco probabile che si sforzi in situazioni ad alto carico cognitivo. Attribuire i propri fallimenti a cause controllabili come l'impegno insufficiente aumenta la motivazione e migliora la prestazione. D'altro canto il processo è circolare, perché anche il fatto di migliorare la prestazione può indurre la sensazione di padroneggiare la situazione e quindi accrescere il valore dato al controllo personale e indurre una riformulazione del proprio sistema attributivo. Al contrario, attribuire a cause poco controllabili porta a rinunciare alle situazioni di apprendimento e alla preferenza per compiti semplici, in cui il rischio di fallire è basso.

Accanto a queste componenti cognitive, vi sono anche componenti emotive. In particolare le attribuzioni a cause incontrollabili tendono a produrre apatia, rassegnazione e depressione. Questi aspetti sono particolarmente evidenti nell'*impotenza appresa*, fenomeno secondo il quale la persona che si è scontrata con

ripetuti fallimenti, attribuiti alla mancanza stabile di abilità, crede di non riuscire e di non farcela in situazioni simili a quella in cui ha fallito. Questa aspettativa porta a credere che il fallimento è inevitabile e che quindi non è possibile fare niente né per affrontare una situazione positiva, né per evitarne una negativa. Conseguenze dell'impotenza appresa sono lo spostamento del LOC attributivo esternamente e, in casi estremi, la depressione. Nelle tabelle seguenti (dalla tabella n°. 2.2 alla tabella n°. 2.6), in parte riprese dai lavori stessi di De Beni e Moè, si illustrano in modo schematico le caratteristiche di ciascuno stile attributivo evidenziandone il tipo di attribuzione causale, le aspettative di riuscita nella esecuzione di compiti e infine le componenti cognitive ed emotive.

Tabella n°.2.2 Stile Impegno Strategico

Caratteristiche	Si basa sullo sforzo intenzionale, sull' applicazione delle strategie più adeguate per portare a termine il compito con successo.	
attribuzione causale	<i>SUCCESSO</i>	Impegno
	<i>INSUCCESSO</i>	Mancanza di impegno
Aspettative di riuscita nel compito	influenzate dal grado di impegno che si è disposti a mettere in atto in relazione alla difficoltà del compito	
Componenti cognitive	<ul style="list-style-type: none"> - lavora per migliorare le proprie competenze più che per dimostrare le proprie abilità - persiste di fronte alle difficoltà - motivazione al successo - particolarmente motivante e funzionale all'apprendimento - forte coinvolgimento personale 	
Componenti emotive	<ul style="list-style-type: none"> - Successo conferma dell'efficacia delle strategie scelte e applicate; soddisfazione - Fallimento necessità di modificare le strategie; senso di colpa Fiducia nelle proprie possibilità e percezione di controllo	

Tabella n°.2.3 Stile Abile

Caratteristiche	Si fonda sulla credenza che le cose riescano bene perché si è bravi, se non riescono non si è bravi ed è inutile provare Attribuzione causale fatalistica.	
attribuzione causale	<i>SUCCESSO</i>	Abilità
	<i>INSUCCESSO</i>	Mancanza di abilità
Aspettative di riuscita nel compito	<ul style="list-style-type: none"> - in caso di successo viene anticipato un ulteriore successo - In caso di fallimento viene anticipato un ulteriore fallimento Motivazione a evitare il fallimento	
Componenti cognitive	Disfunzionale all'apprendimento: <ul style="list-style-type: none"> - In caso di insuccesso può sviluppare senso di impotenza - Non persiste di fronte alle difficoltà - Non vengono affrontate le situazioni difficili e i compiti in cui non si è bravi - Mancanza di impegno e ricerca di strategie Stili che non riconoscono un ruolo centrale all'impegno, possono essere legati a difficoltà d'apprendimento. Infatti, i ripetuti fallimenti possono: portare a sviluppare <i>impotenza appresa</i> , indurre un atteggiamento fatalistico e superstizioso e a perseguire obiettivi di prestazione anziché di padronanza. Infine sono caratterizzati da minore persistenza e minore uso di strategie.	
Componenti emotive	<ul style="list-style-type: none"> - in caso di successo: superbia - in caso di insuccesso: vergogna 	

Tabella n°.2.4 Stile Depresso

Caratteristiche	Si fonda sulla credenza di una mancanza stabile di capacità.	
attribuzione causale	<i>SUCCESSO</i>	Cause esterne
	<i>INSUCCESSO</i>	Mancanza di abilità
Aspettative di riuscita nel compito	basse	
Componenti cognitive	Disfunzionale all'apprendimento: - Rinunciatario; non fa niente per riuscire - Motivazione a evitare il fallimento Persistenza nel compito: bassa - Evitamento compiti e situazioni valutative - Evitamento di compiti difficili in cui potrebbe emergere la propria incapacità Per modificarlo si può agire anche sulle aspettative/attribuzioni di genitori/insegnanti	
Componenti emotive	- in caso di successo: gratitudine, sorpresa - in caso di insuccesso: vergogna	

Tabella n°.2.5 Stile Negatore

Caratteristiche	Si basa sul possesso di Abilità = dote innata. Chi ce l'ha, ha successo, chi non ce l'ha fallisce	
attribuzione causale	<i>SUCCESSO</i>	Abilità;
	<i>INSUCCESSO</i>	Cause esterne;
Aspettative di riuscita nel compito	Limitate in quanto fondate sulla percezione di possedere o meno sufficiente abilità. In caso contrario il soggetto rinuncia o non si applica.	
Componenti cognitive	Motivazione a evitare il fallimento Disfunzionale all'apprendimento: • Poca importanza all'impegno • Di fronte agli insuccessi non cerca strategie più adatte	
Componenti emotive	- in caso di successo: superbia - in caso di insuccesso: gratitudine, sorpresa	

Tabella n°.2.6 Stile Pedina

Caratteristiche	Si basa sul possesso di Abilità (dote innata). Chi ce l'ha, ha successo, chi non ce l'ha fallisce	
attribuzione causale	<i>SUCCESSO</i>	Cause esterne
	<i>INSUCCESSO</i>	Cause esterne
Aspettative di riuscita nel compito	Scarsa a causa di una attribuzione causale fatalistica.	
Componenti cognitive	Motivazione a evitare il fallimento Disfunzionale all'apprendimento: • Poca importanza all'impegno • Coinvolgimento insufficiente, poco interesse	
Componenti emotive	- in caso di successo: gratitudine, sorpresa - in caso di insuccesso: rabbia, sorpresa	

Al di là di queste differenze individuali nel riconoscere principalmente certi tipi di cause piuttosto che altri, lo stile attributivo si sviluppa con l'età. I bambini passano da un riconoscimento soprattutto di cause esterne, in particolare dell'aiuto dell'adulto, a un sempre maggiore riferimento a cause interne, prima di tipo poco controllabile e modificabile (l'abilità) poi più di tipo controllabile (l'impegno). Il raggiungimento di uno stile attributivo maturo si ha verso i 9-10 anni di età. Bambini che presentano capacità e conoscenze metacognitive superiori tendono a presentare più precocemente uno stile attributivo caratterizzato dal riconoscimento soprattutto dell'impegno. Al contrario, ragazzi in svantaggio socio-culturale tendono a presentare uno stile attributivo

poco funzionale all'apprendimento e caratterizzato dal riconoscimento soprattutto di cause esterne associato ad abitudini di studio poco efficaci. Inoltre, è stato dimostrato che, attraverso opportuni interventi di tipo metacognitivo, è possibile stimolare anche molto precocemente il riconoscimento dell'impegno quale causa principale dei propri successi e insuccessi.

d) Lo sviluppo degli stili attributivi

In base alla rassegna di De Beni e Moè, la capacità di formulare delle attribuzioni emerge alla fine del terzo anno di vita, quando il bambino comincia a riflettere sulle cause dei propri risultati positivi o negativi e delle conseguenti emozioni di felicità o tristezza e quindi a provare emozioni di autoconsapevolezza. I bambini piccoli, però, non riescono a distinguere bene fra cause. Prima dell'età di 12 anni il bambino crede che abilità e impegno siano la stessa cosa o che, a parità di risultati, chi si impegna meno è necessariamente più bravo. Fino all'età di 12 anni, i fallimenti scolastici sono attribuiti prevalentemente alla mancanza di abilità o alla difficoltà del compito. I bambini più grandi, invece, attribuiscono meno influenza all'abilità e sono più consapevoli che la riuscita dipende dall'impegno e l'insuccesso dall'impegno insufficiente e conseguentemente sono più propensi all'uso di strategie. Gli studenti universitari possono presentare anche attribuzioni e conseguenti comportamenti più sofisticati: se si aspettano un fallimento, che potrebbe dimostrare la loro incompetenza, si impegnano meno per poter sostenere che il cattivo risultato non è imputabile a scarse capacità, ma all'impegno insufficiente.

Non tutti gli autori sono, però, concordi nell'identificare il momento in cui l'impegno comincia ad essere considerato come l'attribuzione più importante. Come riportano De Beni e Moè, mentre alcuni autori hanno trovato che già i bambini di scuola materna attribuiscono prevalentemente all'impegno, secondo altri questo avviene solo a partire dalla prima elementare o, addirittura, dai 9 anni. Inoltre, con lo sviluppo cambia anche il rapporto fra stile attributivo e prestazione. Ad esempio l'importanza centrale riconosciuta all'abilità non è collegata a prestazioni più negative fino a quando il bambino non riesce a distinguere l'abilità dall'impegno. La relazione positiva tra importanza riconosciuta all'impegno e prestazione migliore inizia a comparire a partire dalla terza elementare, ma diventa significativa a livello di prima. In Italia, lo stile attributivo è stato studiato con soggetti dagli 11 ai 19 anni. Per i ragazzi della scuola

media sono state considerate anche delle situazioni di difficoltà dell'apprendimento. I dati hanno indicato che l'impegno viene riconosciuto come causa principale dei propri risultati sia di successo che di fallimento a partire dagli 11 anni e che i soggetti con difficoltà di apprendimento tendono a riconoscere maggiormente l'importanza di cause esterne, quali l'aiuto, rispetto a ragazzi con prestazioni normali. In una recente ricerca è stato analizzato lo sviluppo del sistema attributivo e i suoi collegamenti con gli aspetti metacognitivi in bambini dai 4 ai 10 anni. I risultati ottenuti hanno indicato che la capacità di riconoscere l'impegno quale causa principale dei propri successi e fallimenti in compiti di apprendimento, memoria e vita quotidiana emerge verso gli 8 anni e può essere considerato un precursore dello sviluppo degli aspetti metacognitivi.

Stile attributivo, educazione ed insegnamento

Il sistema attributivo non è innato ma trae origine dall'insieme di esperienze passate di successo o fallimento e da come tali esperienze vengono interpretate dall'ambiente culturale, familiare e scolastico. Le numerose ricerche che hanno confrontato il sistema attributivo di ragazzi, genitori e insegnanti di diversi paesi hanno dimostrato che, ad esempio, i bambini americani riconoscono maggiormente come causa dei loro successi e insuccessi l'impegno personale, mentre i bambini tedeschi danno più peso all'abilità perché queste sono le cause più frequentemente riconosciute dai loro genitori e insegnanti.

Gli atteggiamenti e le concezioni degli insegnanti influenzano, quindi, diversi aspetti emotivo - motivazionali dei ragazzi. Gli alunni sono in genere particolarmente abili nel cogliere le reazioni emotive che gli adulti manifestano in caso di successo o insuccesso e nel dedurre l'attribuzione sottostante. Ad esempio, se l'insegnante ha una reazione di collera di fronte ad un insuccesso è più probabile che l'alunno sia portato ad attribuirlo alla mancanza di impegno (causa instabile e controllabile) e di conseguenza che ritenga in futuro, con un impegno maggiore, di potercela fare. Al contrario, di fronte alla disattenzione o alla compassione dell'insegnante l'alunno può essere indotto ad attribuire il proprio fallimento alla mancanza di abilità (attribuzione stabile e incontrollabile) e quindi ad avere minori possibilità di riuscita futura.

Le aspettative e l'atteggiamento di genitori e insegnanti possono essere, inoltre, una delle cause di alcune differenze individuali, fra cui quelle legate al sesso. È stato osservato che le ragazze vengono criticate più spesso dei ragazzi a causa della prestazione scolastica non adeguata e quindi ricevono più frequentemente un feedback

negativo sulla prestazione che può ripercuotersi sul sistema attributivo. In effetti, mentre i maschi presentano più di frequente un atteggiamento di negazione per cui tendono ad attribuire l'insuccesso a cause esterne e il successo a cause interne, le femmine, anche in presenza di un rendimento scolastico buono, sviluppano con maggior frequenza un atteggiamento depressivo, caratterizzato da un basso grado di fiducia in sé, per cui tendono ad attribuire il successo a cause esterne e l'insuccesso a cause interne stabili, si sentono spesso esaminate, frequentemente non considerano le esperienze positive passate e, di conseguenza temono di non farcela. Questo spiegherebbe perché ci siano materie ritenute a torto più maschili, ad esempio la matematica, che le femmine affrontano male perché poco motivate a causa dell'attribuzione degli insuccessi alla mancanza di abilità piuttosto che all'impegno.

Considerato che l'insegnante ha numerose possibilità di stimolare lo stile attributivo dei ragazzi e che soprattutto può svolgere un ruolo fondamentale nei casi in cui questo risulti essere poco funzionale all'apprendimento si rivela interessante analizzare le teorie ingenue che l'insegnante possiede al riguardo e gli obiettivi che si pone. Ad esempio se concepisce l'intelligenza come un tratto stabile è molto probabile che attribuisca il fallimento a mancanza di abilità e quindi che ponga il ragazzo in situazioni facili per evitargli l'insuccesso con la conseguenza che quest'ultimo capisce di non essere bravo e si demotiva; se, invece, ritiene che l'intelligenza sia una entità incrementale, e questa è una situazione più frequente per chi si pone obiettivi di apprendimento piuttosto che di prestazione, è più probabile che ponga i ragazzi di fronte a compiti stimolanti che li portano a impegnarsi senza temere il fallimento che è parte del processo di apprendimento.

Così come lo stile attributivo può essere appreso, può anche essere modificato in seguito a uno specifico intervento che ristrutturava positivamente un eventuale stile inadeguato o sostiene e rinforza quello adeguato. Prima di intraprendere un programma di intervento è però opportuno conoscere le attribuzioni degli alunni al fine di individuare eventuali disfunzioni attributive e, dopo l'intervento valutarne l'efficacia. Lo stile attributivo può essere misurato e valutato attraverso l'uso di questionari che vengono letti direttamente dallo studente o presentati dall'insegnante o dall'operatore nei casi in cui sia necessario, ad esempio con bambini piccoli o con soggetti con difficoltà di apprendimento. In tali questionari le situazioni di successo o di fallimento possono essere presentate in forma verbale, cioè tramite la descrizione di situazioni ipotetiche, o figurale, cioè tramite delle illustrazioni. Viene, in genere, chiesto di

indicare quali possono essere state le cause probabili dell'evento (es. hai ottenuto un buon giudizio nel compito di...) scegliendole da una lista di quattro o più cause oppure quanto ognuna delle cause elencate può aver contribuito all'evento.

Mentre i questionari presenti nella letteratura inglese sono molteplici, in italiano è disponibile il Questionario di Attribuzione (De Beni e Moè, 1995), con taratura riferita a studenti dagli 11 ai 20 anni. Lo strumento propone 24 situazioni ipotetiche riferite a compiti di apprendimento, di memoria e della vita quotidiana, 12 di successo e 12 di insuccesso, nelle quali il ragazzo potrebbe essersi trovato, e per le quali è invitato ad individuare le tre maggiori cause, in ordine decrescente di importanza, scelte tra le seguenti: impegno, abilità, facilità del compito, fortuna, aiuto. Versioni abbreviate e semplificate di tale questionario sono state inserite negli strumenti della valutazione iniziale e finale prevista dai programmi per insegnare a studiare la storia e la geografia. Il questionario di attribuzione è stato proposto insieme ad altri strumenti valutativi proprio al fine di tenere sotto controllo non solo gli aspetti strategici e metacognitivi dell'intervento, ma anche quelli emotivi - motivazionali. Infatti, gli obiettivi che si propongono i due programmi di studio sono quelli di sviluppare negli alunni abilità nell'uso di strategie per comprendere e ricordare il testo ma, contemporaneamente, anche la consapevolezza che i risultati si ottengono impegnandosi ad utilizzare le strategie apprese. I percorsi ideati per modificare lo stile attributivo degli studenti, definiti *training metacognitivi-motivazionali*, prevedono di associare l'insegnamento di strategie con aspetti metacognitivo-motivazionali, fra cui quelli legati alle attribuzioni. L'obiettivo fondamentale di tali interventi è quello di insegnare la relazione fra l'impegno, il comportamento strategico e la prestazione efficace. In questo modo il ragazzo impara ad attribuire i risultati scolastici, siano essi positivi o negativi, ad un fattore interno, instabile e controllabile come l'impegno e non ad altre cause che sono meno funzionali nel contesto scolastico (abilità, fortuna, aiuto, difficoltà del compito). Tale addestramento prevede le seguenti fasi fondamentali: l'insegnante descrive la strategia e la sua efficacia in determinati contesti; lo studente utilizza la strategia in una situazione che gli consente di risolvere con successo un compito; l'insegnante fa notare allo studente che la riuscita va attribuita all'impegno, cioè allo sforzo intenzionale di applicare la strategia. Un esempio di intervento diretto volto a creare la consapevolezza nello studente di come sia importante attribuire il successo scolastico all'impegno personale è contenuto nel programma "Imparare a studiare", mentre nei programmi ideati per insegnare a studiare la storia e la geografia non sono previste schede di lavoro

specifiche ma vengono date indicazioni agli insegnanti affinché, nel modo più opportuno, nelle abituali situazioni scolastiche, colleghino l'insegnamento di strategie alla componente attribuzionale.

3) Revisione terminologica e precisazione concettuale

Questa terza area di studi che sviluppano il costrutto di Rotter è molto ampia: ciò sta ad indicare quanto i diversi studiosi che sono intervenuti nel dibattito abbiano considerato importante chiarire l'aspetto teoretico, delimitare l'area concettuale, dedicando una attenzione particolare alla corrispondenza significato-termini, per evitare incomprensioni e utilizzare invece un linguaggio comune ed intersoggettivo. Per la trattazione di questa tematica ci si riferisce all'articolo di Palenzuela (1984).

A Weiner si deve l'importante passaggio dal riferimento alle teorie attributive ai problemi di revisione concettuale e terminologica in senso stretto. Come si è anticipato nel paragrafo precedente egli individua i principali tipi di attribuzione; così facendo delinea anche le tre dimensioni in cui frammenta e circoscrive nello stesso tempo il LOC: locus, controllo e stabilità. Solamente il locus si riferisce alle cause di un'azione che possono avere una fonte attributiva ovvero un locus interno od esterno. Anche Wong e Sproule (1985) si preoccupano di distinguere il LOC dal locus di causalità, assegnando al primo nello stesso tempo il significato di "attribuzione della responsabilità per un risultato" (percezione) e "valutazione dell'efficacia" della persona in una data situazione (fatto) indipendentemente dalla reale contingenza comportamento-risultato, mentre il locus di causalità corrisponderebbe invece solo all'assegnazione della causalità a vari luoghi (persone, stimoli, circostanze). Le precisazioni dei tre autori distinguono ciò che è percepito da ciò che è reale, ciò che fa capo al controllo da ciò che fa capo alla causa vera e propria.

Un'altra fonte di confusione sul LOC è data dai diversi modi in cui il concetto è stato usato: di volta in volta è stato espresso con i termini "padronanza", "responsabilità", "controllabilità", "efficacia", "efficienza", "contingenza" e "competenza". Per Minton (1967) la definizione "abilità a causare cambiamenti nell'ambiente e ad ottenere un effetto voluto" è propria sia del LOC, sia del concetto di potere: per lui la teoria di Rotter è infatti una teoria del potere. Sulla scia di Minton, Newman (1980) identifica la dimensione attribuzionale della controllabilità nella "competenza percepita", che corrisponde al secondo componente del costrutto di Rotter (il controllo). Il primo è da lui definito "contingenza percepita" o locus di causalità. Egli suggerisce che il suo

concetto di “competenza percepita” possa illustrare il caso della “debolezza personale”, su cui ha teorizzato Seligman (1978).

Bandura (1977) distingue tra aspettative di efficacia (efficacia del sé, che si riferisce all’abilità della persona nel produrre il comportamento voluto) e aspettative di risultati (efficacia di contingenza comportamento-risultati), mentre usa come sinonimi il LOC e il locus della causalità. Secondo lui le attribuzioni causali non influenzano direttamente il comportamento: per promuovere il cambiamento le persone devono credere che le proprie azioni possano produrre i rinforzi desiderati nella situazione specifica. È l’efficacia del sé, invece, che determina pensieri, comportamenti, sentimenti: è l’attribuzione del successo alle capacità personali che sembra migliorare l’efficacia del sé, piuttosto che elementi esterni o casuali.

Come riporta Palenzuela, il termine LOC è stato confuso da alcuni autori tra cui Bandura, con il “controllo percepito”, mentre da altri è stato riferito anche al “controllo esperito”. Opinioni ancora diverse, invece ritengono il controllo percepito come un concetto generale, che include il LOC di Rotter, l’efficacia del sé di Bandura, e l’impotenza appresa di Seligman.

Ancora, al concetto di “controllo percepito” alcuni ricercatori fanno affluire i concetti di “competenza percepita” e di “contingenza percepita”, mentre altri preferiscono parlare di “abilità percepita”, “efficacia del controllo del sé”, “controllo percepito del sé”. Inoltre per designare il controllo interno si usa il termine “controllo personale”: Heider aveva parlato di abilità personale, deCharms (1981) di causalità personale. Ma non tutti concordano nel considerarli sinonimi e alcuni autori propongono tre tipi di controllo personale: contingenza comportamento-risultati, competenza percepita, controllo percepito sul comportamento.

Un’altra fonte di confusione è stata l’identificazione, da parte di alcuni autori riportati da Palenzuela, di internalità-esternalità con potere-impotenza e con comportamento diretto da sé-non diretto da sé. Tutti i termini trovati per distinguere il LOC o presi come suoi sinonimi non hanno sortito altro effetto che creare una confusione maggiore, dal momento che sono usati dai ricercatori con significati diversi l’uno dall’altro.

Palenzuela ha tentato una sistematica revisione delle eterogenee accezioni del costrutto, distinguendo tre settori d’indagine. Il primo settore di studi riguarda la *percezione dei risultati* (rinforzi, successi, fallimenti) come contingenti o no con le proprie azioni e attributi: in ciò rientra il LOC, l’impotenza appresa di Seligman e gli studi sulle attribuzioni di successo o fallimento. Il secondo settore riguarda *la percezione delle*

fonti interne o esterne del controllo del comportamento, in cui rientrano le ricerche sul controllo esperito, sul controllo del sé, sulla libertà percepita. Il terzo settore riguarda la *percezione delle proprie capacità e competenze*, che include i modelli dell'efficacia del sé e della competenza percepita. Sulla base di questa suddivisione, Palenzuela circoscrive il costrutto di Rotter esclusivamente alla percezione del rinforzo o aspettativa di contingenza, che implicano la convinzione che le proprie azioni siano contingenti o strumentali ai rinforzi. Con tale riconcettualizzazione Palenzuela cerca di mettere ordine tra i problemi terminologici e concettuali del LOC. Il LOC potrebbe rientrare nei primi due settori in quanto esso va inteso sia come credenza sviluppata in certi risultati, sia come credenza in certe fonti, la quale causa i risultati ed è quindi anteriore ad essi. Questo approccio è più completo, perché è costruito su uno schema circolare in cui azioni-rinforzi-credenze sono un circolo (vizioso o virtuoso) in cui le une alimentano le altre. Infatti, in quanto “percezione di risultati” il LOC contribuisce a comprendere come varia la stima di sé in base agli effetti delle proprie azioni; in quanto “percezione delle fonti” esso mette in luce il proprio potere predittivo, il peso che il percepirsi come “controllore” o “controllato” ha sulle azioni future. L'ambivalenza del LOC è più coerente con le affermazioni originarie di Rotter, che nonostante abbia parlato in primo luogo di rinforzi e risultati, ha anche attribuito alle aspettative un ruolo fondamentale: ciò implica che il comportamento da studiare è sia quello agito, sia quello da agire.

4) La multidimensionalità del LOC

È difficile dire che cosa precisamente misura la scala di Rotter: lo strumento che egli ha costruito per il LOC pecca di ambiguità. Di ciò ci si accorge solamente grazie al confronto con altri strumenti di misurazione del LOC e grazie ad un'analisi approfondita del costrutto stesso. Ad uno sguardo superficiale la scala I-E di Rotter sembra tenere conto di tutto ciò che compare nella definizione del LOC: si potrebbe ritenere che misuri “la credenza nella fortuna e i suoi correlati empirici”, ma è stato usata anche per la misurazione di altri tratti, alcuni riferentesi all'area dell'attribuzione causale: i rinforzi, l'impotenza appresa, le attribuzioni causali del successo e del fallimento; altri riferentesi all'area del comportamento: l'efficacia del sé, la motivazione al conseguimento del risultato, la stima e il controllo di sé, il controllo percepito e via dicendo. In realtà questi termini non coincidono con il LOC, ma sono stati confusi con esso e sovrapposti, di conseguenza la scala predisposta per misurare il costrutto in

questione rimanda a concetti diversi, non solamente a quello per il quale è stata elaborata.

Rotter inoltre ha considerato la scala come unidimensionale, ritenendo che un solo fattore nelle due forme interno - esterno fosse sufficiente per spiegare la varianza. Numerosi studi hanno indicato che almeno due fattori sono necessari. Ad esempio, Mirels (1970) differenzia i fattori della vita personale da quelli della dimensione collettiva, denominando i primi “senso di padronanza della propria vita” e i secondi “controllo di eventi sociali”. Egli giunge a questa distinzione sulla base della ricerca condotta utilizzando la scala Interno-Esterno: l’analisi degli items e della struttura dell’unico fattore esplicitato da Rotter (credenza generalizzata riguardo al controllo dei rinforzi) lo portano ad evidenziare alcune differenze tra gli items stessi e di conseguenza ad individuare due fattori, come detto, non uno generale. Gli items esprimenti il primo fattore usano talvolta la prima persona e considerano quali fonti esterne il fato o la fortuna. Gli items esprimenti il secondo fattore non usano mai la prima persona e considerano quali fonti esterne persone efficaci politicamente e socialmente. Levenson (1973) presenta una scala trifattoriale in cui mantiene l’internalità e ad essa aggiunge due dimensioni derivate dalla specificazione del concetto rotteriano di esternalità: il “controllo da parte dei potenti” e il “controllo da parte del caso”. Sempre Reid e Ware (1973) elaborano un approccio multidimensionale a tre fattori: “controllo del sistema sociale”, ”fatalismo” e “controllo del sé” (dei propri impulsi, desideri ed emozioni). Collins (1974) scrive un articolo dal titolo: “Quattro componenti separati della scala I-E di Rotter: credenza in un mondo difficile, un mondo giusto, un mondo prevedibile e un mondo responsivo politicamente” Più di recente Paulhus e Christie (1981) parlano di “efficacia personale”, “controllo interpersonale” e “controllo socio-politico”.

In questo modo, ad un gruppo di studiosi è sembrato che la multifattorialità della scala dimostrasse la multidimensionalità del concetto. In realtà, il fatto che la scala sia multifattoriale non significa che il concetto sia necessariamente inteso come multidimensionale. La multifattorialità potrebbe riflettere semplicemente fattori intervenienti e confondenti, piuttosto che autentiche dimensioni del costrutto. Ciò ha sollevato due interrogativi: si può sostenere che la scala di Rotter sia davvero unidimensionale? e al contrario che coloro che individuano più dimensioni abbiano elaborato effettivamente una scala multifattoriale?

Nello specifico, delle tre dimensioni di Reid e Ware, solo il “fatalismo” è proprio del costrutto rotteriano. Anche le tre sfere di Paulhus e Christie corrispondono a tre

differenti concetti, piuttosto che ad aree specifiche del LOC: è qui che cade la pretesa multidimensionalità. L'ambiguità deriva dalla confusione tra i fattori del LOC e aree specifiche di esso: per esempio il controllo socio-politico rappresenta una area particolare di rinforzi, piuttosto che un vero e proprio fattore caratterizzante il costrutto in ogni sua forma. D'altra parte è vero anche che il controllo percepito va confrontato, per quanto possibile, con il controllo reale per ottenere una risposta che sia significativa delle differenze tra ciò che è percepito e ciò che è reale.

Più correttamente si dovrebbe dire che al LOC questi ricercatori aggiungono porzioni di significato, invece che specificarlo nelle sue proprie dimensioni. Seguendo gli autori sopra nominati per ciò che concerne la concettualizzazione della multidimensionalità, si identifica un secondo gruppo di studiosi che individua alcune dimensioni all'interno del LOC, come nel caso di Levenson che parla di controllo esterno distinto in controllo da parte della fortuna o da parte del potere altrui e costruisce una scala multidimensionale costituita da tre sottoscale. Altre scale costruite con questa logica sono quelle di Wallston (1978), riguardanti la salute e quella di Lefcourt (1979). La tendenza comune comunque sembra quella di esprimere meglio il significato di controllo interno ed esterno e di esplicitarne le fonti. Soprattutto nel caso dell'esternalità ciò è necessario dal momento che, diversamente da ciò che sosteneva Rotter (1966), le fonti esterne non sono equivalenti. Lefcourt individua: la fortuna, il destino, le forze personali di altri più potenti, le forze interpersonali.

Anche Nigro (1985) distingue due dimensioni dell'esternalità: quella rinunciataria e quella adattiva. La prima è propria della persona fatalista, che crede di non poter esercitare alcun controllo sugli eventi della propria vita, perché il mondo è visto come imprevedibile e disordinato. La seconda è propria di chi riconosce che lo sovrasta un potere reale, oggettivo, che gli eventi sono controllati da altri più potenti di lui e che è necessario individuare nuove strategie per riconquistare il controllo in prima persona. Fin qui la Nigro si attiene perfettamente alla suddivisione elaborata dalla Levenson. La studiosa italiana però arricchisce e completa la sua posizione grazie al confronto con il concetto di efficacia del sé di Bandura. Infatti, sostiene che *"il controllo interno - esterno è da porre in rapporto anche alla reale possibilità di raggiungere i risultati desiderati"*. Una persona si può trovare in tre diverse condizioni di esternalità: può rinunciare ad intraprendere un'azione o a tenere un dato comportamento per uno scarso senso di efficacia personale o perché pur essendo consapevole della propria efficacia si rende conto che non sarà sufficiente per incidere sull'ambiente o ancora che la sua

condotta sarebbe punita, invece che ricompensata. In sostanza i comportamenti controllati esternamente non solo possono avere diverse fonti, come sostengono gli autori sopra accennati, ma possono anche manifestarsi in forme e per motivi diversi, non tutti esprimono fatalismo o impotenza. D'altra parte lo stesso Rotter (1975), al momento di chiarire certi equivoci sorti dopo l'articolo del 1966, sembra più preciso quando afferma che i soggetti che ottengono un punteggio prevalentemente esterno si diversificano tra di loro: alcuni esterni sono fatalistici e passivi, mentre altri sono competitivi, ambiziosi, ma difensivi, ovvero l'esternalità è per loro un modo per difendersi dal fallimento e dalla possibilità che la loro autostima subisca una riduzione. A livello di comportamento essi potrebbero apparire attivi, agendo spinti non dalle loro credenze effettive, ma da motivi diversi quali il conformarsi agli altri, l'evitare effetti spiacevoli.

2.7 Il LOC e le variabili età e genere

Per concludere questa carrellata sul costrutto del LOC è utile riprendere e sottolineare il rapporto di questo concetto con l'età e il genere.

Dell'*età* in parte si è già accennato in precedenza, nel presente capitolo, nei paragrafi dedicati alla integrazione tra il concetto di LOC e quello di attribuzione. È tuttavia utile esplicitare meglio questo legame in funzione del presente lavoro che, come vedremo, prenderà in particolare considerazione l'andamento evolutivo del LOC in base all'età dei soggetti. In questo senso ricordiamo che i bambini, per definizione, cominciano con un luogo di controllo esterno (affidato alle scelte dei genitori, degli insegnanti, dei nonni) e poi imparano col tempo ad esprimere maggiormente le loro idee su quello che fanno e su quali potrebbero essere le loro scelte. Varie ricerche (Lefcourt, 1976; Sherman, 1984) evidenziano come l'orientamento di LOC tende a divenire maggiormente interno con l'età. Più un soggetto matura, più il suo LOC tende a fare meno riferimento ad elementi al di fuori del controllo personale come il fato, il destino, la fortuna, mentre aumenterebbe la sua capacità di manipolare e adattarsi all'ambiente divenendo via via più indipendente (Bialer, 1961; Crandal, 1965). Questi autori sostengono in particolare che la capacità di controllare l'ambiente diverrebbe più pronunciata tra gli 8 e i 14 anni. Per quanto riguarda il *genere*, non ci sarebbero differenze significative di LOC legate al genere (Schultz e Schultz, 2005) tanne se si considera la relazione tra LOC e successo accademico. In questo caso, secondo alcune ricerche i ragazzi sarebbero maggiormente interni rispetto alle ragazze (Strickland e Haley, 1980).

CAPITOLO 3

LOC: AMBITI DI APPLICABILITÀ E STRUMENTI DI MISURAZIONE

Introduzione

In questo capitolo, vengono affrontati due argomenti: le applicazioni che ha trovato il costrutto elaborato da Rotter dalla sua prima esposizione sino al giorno d'oggi e gli strumenti (per bambini ed adulti) di misurazione di questo concetto psicologico a partire dalla scala Interno - esterno creata dallo stesso Rotter, per arrivare alle più recenti scale multidimensionali di misurazione dell'Heath LOC poi adattate a singoli tipi di malattie o di problematiche nell'ambito della salute.

Il senso dell'addentrarsi nei singoli settori di applicazione del LOC è quello di ripercorrere i molti ambiti in cui questo concetto ha trovato applicazione a partire dalla sua teorizzazione sino ad oggi, per evidenziare la ricchezza e la varietà di un costrutto che continua ad essere di grande attualità.

Per quanto riguarda la presentazione dei vari strumenti di valutazione del LOC sviluppatasi a partire dalla fine degli anni '50, sia per adulti che per bambini, essa è un modo per approfondire l'evolversi del costrutto. Infatti, le scale di valutazione del LOC si moltiplicano con il trascorrere degli anni e degli studi, ma non sono unanimemente condivise per il fatto che alcuni ritengono il LOC un fattore unico, altri un insieme complesso di fattori. Il progredire dunque degli strumenti di misurazione del LOC è andato di pari passo con l'approfondimento concettuale.

3.1 Le applicazioni del LOC dall'origine ad oggi

L'aspetto più interessante delle ricerche sul LOC è dato dalla varietà degli ambiti in cui esso è stato impiegato. Nel corso dei decenni, infatti, grazie ad un numero eccezionale di studi, ricerche, riflessioni teoriche e approfondimenti metodologici, il significato del termine LOC si è arricchito, reso più complesso, vitale, flessibile, tanto da guadagnare nuove dimensioni concettuali, nuovi settori d'indagine e d'applicazione rispetto al suo valore e alle sue potenzialità originarie.

La diffusione del costrutto elaborato da J. B. Rotter è tale da aver richiesto, già negli anni '70 e nei primi anni '80, l'elaborazione di diverse rassegne sull'argomento, che mettessero un po' d'ordine all'interno dell'ampia letteratura che si andava formando. Tra queste rassegne di notevole interesse per la quantità degli studi esaminati sono

quelle di Lefcourt del 1976, 1981, 1983, 1984. In particolare, la rassegna di Lefcourt del 1976 è risultata di interesse per quanto riguarda le ricerche passate, le origini del costrutto, i primi risultati; la successiva rassegna in tre volumi (1981, 1983, 1984) sul LOC, invece, riporta le ricerche di autori quali deCharms, Paulhus e Christie, Levenson, Reid, Gregory ed altri. Essi aggiornano il discorso sul LOC concentrandosi soprattutto sui problemi concettuali e operativi di esso. Essi, inoltre, hanno sviluppato o avanzato nuovi settori applicativi come quelli della salute e dei problemi clinici.

Le rassegne di Lefcourt

Lefcourt riporta per ogni settore d'indagine numerosi esempi di ricerche. Egli ha suddiviso i numerosissimi studi sulle applicazioni del LOC in sei aree: a) le ricerche sulle origini sociali e familiari delle credenze, b) la resistenza all'influenza, c) l'attività cognitiva, d) il conseguimento di risultati, e) lo status culturale ed economico e f) l'ambito psicopatologico;

a) Le ricerche sull'origine familiare del LOC

Lefcourt esamina diverse ricerche sulla consapevolezza della relazione tra comportamento e risultati da parte di bambini cresciuti in famiglie differenti per ambiente e pratiche di allevamento. I bambini risultati interni alla scala di LOC sono quelli inseriti in un ambiente aperto, attento, critico, responsivo, in un clima familiare di coinvolgimento positivo, calore, incoraggiamento, approvazione, disciplina non contraddittoria, di affetto e protettività genitoriale, che permette di esplorare la relazione tra atti e risultati, senza subire fallimenti traumatici e provare sentimenti di frustrazione eccessiva. D'altra parte, si è trovato che per sviluppare un LOC interno, un certo grado di isolamento nel bambino è necessario per suscitare un senso di sé come agente causale. Se una casa calorosa e protettiva è associata ad un LOC interno nei bambini in tenera età per l'assunzione della responsabilità personale, il protrarsi di comportamenti materni protettivi può essere d'ostacolo all'internalità nella giovinezza. Sembra che in fasi di sviluppo più tarde l'internalità sia facilitata piuttosto da un certo grado di freddezza, criticità e tensione materne. Il LOC esterno e il fatalismo sono invece correlati con un ambiente non responsivo, caratterizzato da controlli ostili, rifiuti e direttività da parte dei genitori; sono correlati con uno status socio-economico piuttosto basso e con l'appartenenza a gruppi minoritari.

b) Le ricerche sulla resistenza all'influenza

Lefcourt nelle sue rassegne riporta anche alcune ricerche che hanno studiato la relazione tra LOC e resistenza all'influenza, di fronte alla pressione per la conformità. Gli individui con LOC esterno sono più compiacenti, servili, sono poco tolleranti del disagio nel fare ciò che considerano corretto, se ciò non è sostenuto anche dall'autorità; sono pronti ad accettare la suggestione, soprattutto se la fonte è prestigiosa; hanno più fiducia nel giudizio consensuale degli altri che del proprio, quando la posta in palio è alta. Gli individui con LOC interno invece sono meno compiacenti, incuranti dello status della fonte, più tolleranti del disagio, resistono di più ai tentativi d'influenza, sono più fiduciosi dei propri giudizi, soprattutto se la posta è di valore. Non si deve però credere che internalità equivalga ad ostinazione o apatia alle istruzioni dello sperimentatore. Piuttosto, gli interni discriminano se e quale influenza accettare, rispondono alle direttive che sembrano congruenti con le loro opinioni o percezioni, cambiano attitudini e comportamento; sono più circospetti, garantendosi in tal modo una maggior probabilità di resistere ad alcune forme di pressione sociale; non sperimentano il "sentimento di Ponzio Pilato", un abbandono del senso di responsabilità quando si soccombe per la manipolazione di altri.

c) Le ricerche sull'attività cognitiva

Appellandosi al senso comune, Lefcourt riferisce il LOC all'attività cognitiva: il mantenimento del senso di causalità personale può essere facilitato da un'attività cognitiva "non difensiva", "attualizzante il sé", "aperta all'esperienza". In fase di ricerca e assimilazione delle informazioni, gli interni alla scala di Rotter, convinti di poter agire sul loro comportamento, di poter aumentare la loro efficacia, con maggior probabilità si impegnano in passi preliminari nel raccogliere dati, sono attivi nel ricercare informazioni pertinenti al risultato desiderato del comportamento, ne fanno un miglior uso. Al contrario gli esterni cercano di meno le informazioni: ne hanno meno bisogno, dal momento che accettano di buon grado la dipendenza da altri più competenti.

Un'altra funzione cognitiva studiata è l'attenzione, consistente nel modo in cui gli individui mettono a fuoco le informazioni rilevanti per il raggiungimento degli obiettivi. Le persone con LOC interno con più probabilità fanno attenzione ai suggerimenti che li aiutano a risolvere le incertezze, trascorrono più tempo per prendere le decisioni. Il tempo e l'attenzione aumentano quando si dice ai soggetti che il compito dipende

dall'abilità piuttosto che dalla fortuna e quando aumenta la difficoltà del compito. Gli interni meno sono più variabili nell'interesse a seconda delle situazioni. Gli esterni invece hanno bisogno di un minor tempo di decisione, perché non fanno molta attenzione alle informazioni disponibili, sono più distratti, svolgono indifferentemente compiti semplici o difficili. Nei compiti in cui il successo viene attribuito dallo sperimentatore alla capacità, reagiscono con una certa negligenza e impulsività. Complessivamente la differenziazione psicologica tra interni ed esterni contempla per i primi un minor tempo di reazione, grazie ad una maggior attenzione, una grande fiducia nella storia dei rinforzi e nel successo, una certa abilità nel manovrare il sé, nello stare all'erta, attivi, una maggior sensibilità percettiva sia nei compiti intenzionali, sia in quelli incidentali, e per i secondi dei processi cognitivi e percettivi meno attivi, un uso parziale del sistema di attenzione, che aumenta solo quando lo stimolo diventa più saliente. Gli esterni sono processori d'informazione meno curiosi ed efficienti, con più probabilità di fallimento. Un'ulteriore funzione cognitiva che ritengo faccia capo al controllo e all'autoregolazione è quella della metacognizione e della metamemoria: numerosi studiosi ritengono che conoscere i meccanismi dell'apprendimento e della memoria sia utile per ottenere prestazioni migliorate. In riferimento alla capacità di attivare e controllare le strategie per la conoscenza e la memoria sono stati studiati gli esiti nel *setting* scolastico. In base a quanto riportato nelle rassegne di Lefcourt, le credenze attribuzionali influiscono sulla probabilità che un individuo metta in atto comportamenti strategici. L'attribuzione all'impegno nell'uso di strategie aumenta la probabilità che in situazioni di apprendimento l'individuo utilizzi le risorse strategiche a disposizione. Se un bambino tende ad attribuire i propri successi alla scarsa capacità e i propri risultati positivi alla fortuna, alla benevolenza dell'insegnante, alla facilità del compito, sarà meno motivato ad utilizzare le risorse anche strategiche possedute per migliorare le prestazioni. Al contrario un buon stratega possiede conoscenze strategiche ed è in grado di controllarne l'uso; inoltre ritiene che i propri successi siano dovuti al proprio impegno nella scelta e nell'utilizzo di comportamenti di apprendimenti appropriati.

d) Le ricerche sul conseguimento dei risultati

Un'area tematica legata a quella appena trattata e che ha ispirato molte ricerche è quella del cosiddetto "comportamento relativo all'*achievement* ovvero al conseguimento dei risultati. Questo settore è stato indagato soprattutto nel *setting* scolastico. Per ottenere

risultati scolastici è necessario che l'alunno persista nell'attività, come per esempio il leggere, nonostante le inclinazioni immediate siano quelle di giocare, socializzare. La scuola richiede un grado di gestione e controllo del sé, uno sforzo cosciente e un sacrificio del piacere immediato per la possibilità del raggiungimento del risultato futuro. Per raggiungere un risultato secondo Lefcourt occorrono: aspettative di controllo interno, perseveranza, organizzazione dei tempi e degli sforzi, tolleranza nel posporre i piaceri immediati. Il comportamento atto a conseguire dei risultati implica sforzo e motivazione; esso è legato alla percezione della causalità: se una persona si vede alla mercé di capricciose forze esterne con poca probabilità si impegna in un'attività; mentre se è sicura dell'efficacia potenziale del proprio comportamento è disposto a fare alcuni sacrifici: questo significa "aspettativa di controllo interno", che implica una certa tolleranza e dilazione delle soddisfazioni. Solamente se si crede che gli sforzi individuali possono determinare risultati anche lontani, si è disposti a sacrificare il piacere di un risultato immediato per uno maggiore, ma differito nel tempo. Numerosi studi hanno rilevato una relazione tra internalità e perseveranza per raggiungere le mete, dilazione per ottenere rinforzi più gratificanti, abile mantenimento della tensione associata alla dilazione, giudizi di tempo più accurati e comportamento atto ad evitare circostanze avverse. Un bambino interno e maturo, cosciente che i propri sforzi possano prevenire il fallimento, sa rimandare la soddisfazione e sa tollerare la proroga. L'internalità è stata associata anche con il tempo trascorso nello svolgere i compiti scolastici, e con la tenacia nella risoluzione di rompicapi logici. L'esternalità coincide invece con una più negativa valutazione del futuro personale, con un rifiuto delle sfide e con una mancata disponibilità a differire il piacere immediato per mete distanti, per la credenza che eventi imprevedibili potrebbero interferire nella sequenza azione-risultato, vanificando gli sforzi.

e) Le ricerche sullo status culturale ed economico

Lefcourt riferisce di alcune ricerche in cui si sostiene l'importanza delle aspettative di controllo nei compiti scolastici in bambini svantaggiati per status culturale ed economico: questi manifesterebbero un LOC esterno fin dall'età prescolare, a differenza dei soggetti appartenenti alla classe media, bianca. Ciò che aveva suscitato più preoccupazione era il fatto che il controllo interno potesse essere sviluppato solo con un programma prescolare e non più tardi, compensatorio, poco strutturato; ma più spesso, nonostante le esperienze scolastiche, gli effetti dello status sul controllo percepito

permanevano. Anzi l'iniziale LOC esterno oltre ad essere un elemento antecedente la pre-scolarità, in quanto dipendente dalla provenienza economica e culturale, poteva essere poi rinforzato dalle successive esperienze e fallimenti scolastici. Alcune ricerche successive (rapporto Coleman, 1966) spostarono l'attenzione del pubblico verso le caratteristiche di personalità di popolazioni svantaggiate come i neri d'America. Si trovò che solitamente avevano un LOC più esterno dei bianchi, che gli studenti bianchi erano più tenaci nel risolvere i compiti e che quelli neri credevano nel ruolo della fortuna, più che del lavoro duro, per ottenere successo. Già nel 1966 Coleman aveva sollevato quindi il preoccupante dubbio che la scuola americana fosse così debole da non riuscire a superare le differenze sociali tra gli alunni, non facendo altro che perpetuare le ineguaglianze imposte dall'ambiente. Lo status economico, il livello scolastico dei genitori, le abitazioni più o meno modeste, la presenza di libri e giornali in casa, possibilità scarse o notevoli di conoscere ciò che sta oltre il proprio orizzonte limitato sono alcuni degli elementi che caratterizzano le famiglie come svantaggiate o abbienti; a questi corrispondono reazioni significative sul piano della personalità. Le famiglie povere, svantaggiate venivano colpite da una sorta di fatalismo esistenziale, accettavano le cose come destino inevitabile. Riguardo al LOC inteso come l'individuazione del luogo di controllo in cui vengono prese le decisioni, per le famiglie povere esso era visto come qualcosa di lontano, fuori dalla loro portata, e tutto ciò che accadeva avveniva senza che loro potessero fare alcunché. Per gli abbienti il LOC era a portata di mano, le decisioni potevano essere modificate, si riteneva possibile intervenire per ottenere cambiamenti anche a scuola per aiutare il figlio.

f) Le ricerche nell'ambito psicopatologico

Un ulteriore settore di applicazione del LOC è quello proprio della relazione tra questo concetto e una larga serie di fenomeni clinici. Sono stati studiati alcuni comportamenti propri della nevrosi e della schizofrenia. Un sintomo psicopatologico dei pazienti è il fallimento nel giudizio temporale: i malati non hanno il senso del futuro, ma solo del "qui e ora"; essi sono incapaci di differire gratificazioni e ciò consente di rilevare un legame almeno indiretto tra LOC esterno e psicopatologia. Gli interni sono più difensivi e sfuggenti alle sfide, ricorrono anche a sotterfugi pur di mantenere il rispetto di sé seguente il fallimento. Alcuni autori, trovarono che gli interni attribuiscono a sé la colpa per i loro insuccessi più prontamente degli esterni, sono più flessibili nell'assegnare la causa del fallimento; sono cognitivamente più efficienti, più vigili ai significati

potenziali delle loro esperienze e meno facilmente costretti dalle forze ambientali, meno tesi ed ansiosi, ostili e confusi. Per quanto riguarda gli esterni, essi hanno meno bisogno di difendersi dai fallimenti, perché ne attribuiscono la colpa ad altri o alle circostanze, anche basandosi su deboli giustificazioni. Il LOC esterno è stato messo in relazione con la mancanza di maturità e competenza sociale, cioè con un set di meccanismi difensivi poco maturi e primitivi, e con la depressione: il paziente depresso è particolarmente sensibile agli impedimenti che si frappongono nell'attività diretta alla meta; un ostacolo è visto come un'insormontabile barriera; una difficoltà è vista come un sicuro fallimento. Il LOC esterno è stato associato ad una predominanza di esperienze negative, ad un declino del vigore e dell'attività strumentale con il venir meno della sequenza comportamento-risultato. Dopo aver esaminato numerose ricerche, Lefcourt conclude che ansietà, depressione e schizofrenia sono disturbi di personalità correlati con il LOC ed in particolar modo il LOC interno è correlato con un' assenza di psicopatologia.

La rassegna di Lefcourt del 1976 chiude con alcune osservazioni interessanti fatti dall'autore stesso in merito all'andamento evolutivo del costrutto del LOC e alla possibilità di una sua eventuale modificazione. Lefcourt a questo proposito mette in evidenza che il LOC può subire cambiamenti sia con il crescere dell'età cronologica in direzione interna, ma soprattutto con il crescere dell'età mentale e grazie ad alcuni eventi ambientali rilevanti, che alterano la contingenza tra azione e risultato. Se si provano esperienze che modificano la successione, allora le persone possono cambiare le attribuzioni causali proprie delle abitudini consolidate. Anche intenzionali programmi di trattamento sembrano efficaci per aumentare una percezione individuale della personale causalità dei clienti, forzando l'apprendimento dell'efficacia dei risultati contingenti: sono terapie orientate verso l'azione, già sperimentate in diversi *setting* educazionali come gruppi di terapia in college per studenti o programmi per infermiere e sostenute, tra le altre, dalle posizioni teoriche di Weiner, Seligman e Bandura.

Da metà degli anni '80 ad oggi

A partire dalla metà degli anni '80 ad oggi, poi, si assiste ad un proliferare di articoli sul LOC in numerosissime riviste di argomento medico, psichiatrico e psicologico soprattutto. In questi articoli si esamina la relazione tra il LOC e lo stress o l'ansietà, lo sport, l'azione socio-politica, le malattie (tra cui l'epilessia, l'autismo), i disturbi psicologici come la depressione (De Man, 1999), i disordini comportamentali (Ren,

2002), le disabilità fisiche e i ritardi mentali. Ma il costrutto si applica anche all'ambito dei risultati scolastici (Guiping, 2001) ed accademici (Shepherd, 2006), delle aspettative per il successo, dei processi cognitivi (memorizzazione delle informazioni, presa di decisione, strategie e processi di apprendimento, creatività, intelligenza), dei tipi di personalità, dei sentimenti di ostilità e aggressione, della struttura e del clima familiare, degli effetti psicologici sui figli delle separazioni (Sandler, 2000) e dei divorzi (Kalter, 1984) dei genitori, della provenienza etnica, culturale, sociale, economica (le differenze tra razze, popolazioni, gruppi), del razzismo, della delinquenza adulta e minorile (Parrott, 1984) e della condotta durante la prigionia, degli incidenti stradali, del gioco d'azzardo, delle capacità sociali, della religiosità e della superstizione, dell'umore, dell'ottimismo e delle condizioni fisiche, dell'abuso di alcool (Huckstad, 1986), della droga (Bearinger, 1997), del fumo (Presson, 2002), della salute, del lavoro e, riguardo a questo, del *burnout* professionale (ad esempio negli infermieri), della sicurezza sul lavoro, della soddisfazione e della possibilità di scelta.

Ricordiamo, in particolar modo, che gli studi sulla relazione tra orientamento di LOC e abuso di alcool sono numerosissimi e che alcuni di questi studi riguardano le popolazioni di nativi americani (Moran, 1999). Sempre in tema di alcolismo, inoltre, frequenti sono anche gli studi sull'orientamento del LOC e sull'autostima nei figli di persone dedite all'alcol.

In questo periodo, vari sono anche gli studi che concernono l'obesità e quindi la necessità di perdere peso, oppure ricerche sul LOC come indice predittivo di adozione di comportamenti di tutela della salute e di promozione del benessere negli anziani (necessità di rispettare una dieta, di socializzazione, di coltivare interessi). Dal punto di vista teorico, gli autori hanno elaborato nuove scale di misurazione del LOC specifiche per i soggetti destinatari (alcolisti, malati mentali, persone in sovrappeso, detenuti, bambini prescolari).

Sempre nell'ambito della salute, sorgono nuovi interessi, comprensibili alla luce delle nuove emergenze e priorità sociali: dall'88 in poi si scrive riguardo alla relazione tra il LOC e i malati di AIDS, i malati di tumore (Sorgen, 2002) (specie al seno), i pazienti con problemi cardiovascolari (ipertensione), con disturbi psichiatrici (schizofrenia) piuttosto che alimentari (anoressia e bulimia-Keltner, 1984; Cooper, 2007) oltre che di obesità; i diabetici (diabete mellito), le donne che hanno subito violenze sessuali. Alla luce della relazione tra LOC e stato di malattia, si indaga il rapporto medico paziente e la modalità di *counseling* (Fubini, 2002).

Dal 2000 in poi, oltre al settore della salute, dove il LOC è sempre più utilizzato (ad esempio di recente è stato applicato allo studio della sclerosi multipla (Vuger, Kovacic, 2007), della fibrosi cistica (Ricker, 1998), delle lesioni al midollo spinale, della spina bifida (Clancy, 2003), dell'asma (Daley, 1995), della dislessia (Callahan, 2002) etc., possiamo ritrovare la sua applicazione anche al fine di prevenire il suicidio (De Man, 1995), il maltrattamento (Haine, 2003) e l'abuso sui minori specie da parte dei genitori (si veda uno studio sulle punizioni corporali da parte dei genitori sui figli in Iran (Khayyer, 2003) oppure l'efficacia del trattamento periodontale/stomatologico o l'adesione alla terapia per la Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (Obstruction Sleep Apnea Syndrome o O.S.A.S). Il LOC è anche rilevante nel determinare l'adesione alle campagne di prevenzione del tumore alla mammella (screening mammografico).

Il LOC è stato più di recente utilizzato negli ambiti più svariati per studiare il rapporto bullo-vittima nel fenomeno del bullismo (Steensma, 2005-2006), oppure per indagare la percezione infantile di esperienze di lutto familiare e la capacità di elaborare tali situazioni traumatiche; per chiarire gli effetti post traumatici (ansia e depressione) legati al coinvolgimento dei soldati nella guerra in Kuwait (Al-Tarkait, 2007). Il costrutto di Rotter è stato applicato anche per studiare la relazione tra tipo di orientamento del LOC nel giudice ed emissione di una condanna capitale (Beckham, 2007).

Più in generale, il costrutto del LOC viene utilizzato per approfondire il senso di responsabilità, le predizioni del comportamento e le prospettive future, l'immagine di sé, del proprio corpo, la qualità della vita, e il benessere.

3.2 Gli strumenti di valutazione del LOC negli adulti

Seguendo le rassegne di Lefcourt del 1976, 1981, 1983 e 1984 e l'articolo della Nigro (1983), è possibile ricostruire lo sviluppo degli strumenti per la misurazione del LOC.

Prima di Rotter

Il primo tentativo di costruire una scala per la misurazione delle differenze individuali nelle aspettative generalizzate e nelle credenze sul controllo esterno è di Phares (1957). Egli ha voluto mostrare che le persone sulla base delle istruzioni "capacità" o "fortuna", si formano aspettative di rinforzi, di successo o di fallimento, diverse nelle due condizioni. Phares ha elaborato una scala di tipo Likert⁴, con tredici items, a cui i

⁴ La **scala Likert** è una tecnica per la misura dell'atteggiamento. Tale tecnica consiste principalmente nel mettere a punto un certo numero di affermazioni (tecnicamente definiti item) che esprimono un atteggiamento positivo e negativo rispetto ad uno specifico

soggetti rispondono esprimendo il loro grado di accordo con le affermazioni proposte, scegliendo tra alcuni livelli predefiniti di accordo e disaccordo. Gli items corrispondono ad affermazioni che esprimono attitudini o atteggiamenti interni o esterni. Questa scala è un primo tentativo di misurare le differenze individuali ed ha convinto Phares della possibilità di prevedere il comportamento. Come ipotizzato, egli ha trovato che gli individui che ottengono un punteggio esterno si comportano come gli individui della condizione “fortuna”: hanno meno aspettative generalizzate, dopo l’estinzione ne recuperano di meno, hanno meno cambiamenti di aspettative dopo un successo o un fallimento.

La revisione di questa scala è stata immediata: nello stesso anno infatti James e Phares (1957) hanno costruito, sulla base del primo, uno strumento in formato Likert con sessanta items, corrispondenti a diverse opinioni a cui accordare o meno il proprio consenso. Di queste sessanta affermazioni alcune sono riempitive (trenta secondo Lefcourt), le altre sono abbastanza dirette ad individuare la questione in esame. Dalle istruzioni i soggetti sanno che a queste affermazioni possono rispondere utilizzando i valori da zero (forte disaccordo) a tre (forte accordo), senza preoccuparsi della coerenza tra le risposte, ma solo di ciò che sentono realmente. Questa scala è stata usata per alcune ricerche con soggetti normali, schizofrenici, con disabili fisici e con studenti universitari.

La scala di James e Phares è importante, perché rappresenta la fonte da cui si è sviluppata la scala più nota, quella di Rotter. Infatti, essa è stata modificata e superata da Liverant, Rotter e Crowne (1961), i quali presentarono uno strumento diverso dai precedenti: la loro scala era un insieme di sotto-scale specifiche per aree circoscritte di aspettative in base agli obiettivi: il conseguimento dei risultati, la conoscenza e le capacità sociali, l’affetto, le attitudini politiche, la desiderabilità sociale. Inoltre, era nuovo anche il formato del test: esso si presentava come un questionario a scelta forzata, composto da cento items poi ridotti a sessanta, esprimenti credenze interne contrapposte a credenze esterne: di ogni coppia di affermazioni se ne doveva scegliere solamente una. Gli autori si sono accorti che le sotto-scale non fornivano risultati indipendenti, predizioni separate l’una dall’altra, ma che ogni sotto-scala era collegata con altre: per esempio l’obiettivo di conseguire i risultati era legato all’obiettivo della

oggetto. La somma di tali giudizi tenderà a delineare in modo ragionevolmente preciso l’atteggiamento del soggetto nei confronti dell’oggetto. Per ogni item si presenta una scala di accordo/disaccordo, generalmente a 5 o 7 passi. Ai rispondenti si chiede di indicare su di esse il loro grado di accordo o disaccordo con quanto espresso dall’affermazione.

desiderabilità sociale. Per questo motivo è stato abbandonato il metodo delle scale che misurano aspettative di controllo in aree specifiche.

La scala Interno-Esterno (I-E) di Rotter

Un'ulteriore revisione della scala di Liverant, Rotter e Crowne ha comportato modifica della terminologia, per risultare appropriata anche agli adulti privi di istruzione secondaria o agli studenti frequentanti i livelli scolastici inferiori; ha comportato una riduzione del numero delle coppie di affermazioni, diventate ventitré (a cui si sono aggiunti sei items riempitivi per rendere ambiguo lo scopo del test) e una trasformazione della scala in unifattoriale, tendente ad individuare in modo generale e non più specifico l'internità e l'esternalità del controllo di una persona. Questa nuova scala elaborata da Rotter nel 1966, detta scala Interno - esterno o I-E, ha il preciso scopo di misurare le aspettative generalizzate dei soggetti riguardo ai rinforzi. Il campione usato da Rotter era costituito da quattrocento persone, per metà femminile e per metà maschile. Le conclusioni a cui è giunto coinvolgono le differenze di sesso: le donne sarebbero generalmente e tipicamente più esterne degli uomini. Inoltre l'esternalità è vista come un adeguato meccanismo di difesa dai fallimenti, legato al disadattamento: punteggi estremi in questo senso suggerirebbero passività, difficoltà ambientali. Quale conseguenza dell'unifattorialità della scala, secondo Lefcourt si ha un concetto di LOC come un tratto di personalità sul quale sembrerebbe possibile costruire una tipologia: gli interni sarebbero persone potenti, assertive ed efficaci, più liberali, socialmente capaci e ben adattate, meno soggette ad ansietà, grazie all'abilità di reprimere gli insuccessi e le esperienze spiacevoli; mentre gli esterni sarebbero impotenti ed incompetenti.

Rotter spiega che nessuno degli items è direttamente indirizzato alla preferenza per il controllo interno o esterno, ma che essi esprimono piuttosto un'ampia varietà di differenti situazioni e comportamenti relativi. È una precisa intenzione dell'autore, come ha chiarito nel 1975, sviluppare uno strumento che, piuttosto che fornire predizioni molto sicure in situazioni specifiche, fornisca basse probabilità di fare predizioni, ma in una varietà di situazioni. Secondo Rotter il suo test è quindi più adeguato per studiare le differenze tra i gruppi, che per fare previsioni per il singolo individuo.

La scala di Rotter è la più nota e la più generale, in quanto non è diretta ad un campione specifico di soggetti, né ad indagare aspettative in aree specifiche; è stata considerata lo

strumento più agile e facilmente somministrabile; è oggi un punto di riferimento per chiunque si voglia occupare di LOC e della sua misurazione. È questo forse il motivo per cui è quasi l'unica scala di misurazione del LOC tradotta in italiano.

Il questionario nella sua versione prodotta dalla Nigro (1983) è stato somministrato a duecento studenti e duecento studentesse di diverse facoltà dell'Università di Napoli. Seguendo il procedimento di Rotter, le elaborazioni sono state effettuate sui due campioni separatamente e sul campione combinato, ottenendo una distribuzione di frequenza abbastanza simile a quella dei campioni originari in cui erano state trovate significative differenze dovute, o meglio ricondotte, alla variabile "sesso". Oggi queste eventuali differenze si spiegano non come un tratto di personalità, ma come riconducibile a ruoli sessuali propri della società e della cultura odierna. Come la scala di Rotter, anche quella italiana può essere somministrata individualmente o collettivamente e consiste in una serie di coppie di affermazioni. Il punteggio si riferisce al numero di scelte di affermazioni esterne: il risultato "23" significa massima externalità, il risultato "0" significa massima internalità.

Dalla lettura del questionario di Rotter si ricavano considerazioni: 1) alcuni items propongono affermazioni generali altri invece fanno riferimento a fatti specifici, come gli eventi avversi, il trovare un lavoro, il fare amicizia e il piacere agli altri; 2) sono contemplate le diverse forme di esternalità; si parla della fortuna, del caso e di eventi accidentali, di occasioni che capitano o no, ma anche del potere dei politici sui cittadini, degli insegnanti sugli studenti, del capo sui lavoratori; 3) sono presenti affermazioni che contengono diversi aspetti del LOC come per esempio l'incapacità di fare previsioni lontane nel tempo o la credenza fatalistica che la fortuna in futuro aumenti o diminuisca in base ai successi o ai fallimenti ottenuti in precedenza.

Dopo Rotter: una nuova prospettiva

Negli anni 70, all'originale semplicità del modello monodimensionale o Interno - esterno proposto da Rotter sono andati sostituendosi modelli multidimensionali e multifattoriali (Stenley, 1984). Dopo Rotter, si sarebbero quindi sviluppate varie scale che indagano il LOC in molteplici *sfere* dell'esistenza e secondo prospettive e ambiti diversi. Queste scale multidimensionali dovrebbero, secondo i loro autori, avere maggiore potere predittivo rispetto alle misure interno/esterno (Hau, 1995). Inizialmente, i modelli multidimensionali sono stati definiti sulla base di studi compiuti utilizzando la scala I-E di Rotter (Hyman, 1991). In seguito, sono state costruite scale

diverse dal modello originario come ad esempio quella di Levenson (1973), di Lefcourt (1981) e di Pahulus e Christie (1981), tanto da poter contare nel 1993 più di 20 questionari diversi per la misurazione del LOC (Furnham e Steele, 1993). I vantaggi delle scale multifattoriali sono dati principalmente dalla possibilità di individuare per ciascun soggetto un profilo articolato delle credenze relative al controllo, nonché, rispetto alla scala di Rotter, dalla formulazione degli item in prima persona e dall'adozione di risposte di tipo Likert (che rendono più facile la somministrazione del questionario rispetto al confronto tra coppie di frasi). Gli svantaggi consistono nelle problematiche metodologiche conseguenti alla varietà di dimensioni messe in luce dai diversi autori, che rendono a volte difficoltosa la confrontabilità dei risultati ottenuti.

a) La Levenson's LOC Scale (1981)

Particolare diffusione ha registrato la scala di Hanna Levenson (Levenson's LOC Scale, 1981) basata sulla teoria dell'apprendimento sociale di Rotter (1966). Essa include tre sottoscale: la scala I (*Internal*), che misura il grado con cui le persone ritengono di avere controllo degli eventi della propria vita; la scala P (*Powerful Others*) relativa all'aspettativa del controllo esercitato da altre persone che detengono il potere; la scala C (*Chance*) che si riferisce al controllo attribuito alla casualità. Il concetto di internalità nella sua scala è lo stesso utilizzato da Rotter, mentre la dimensione esterna viene estesa in modo da includere due tipi di orientamenti esterni: *powerful others* (non ben rappresentata nella scala di Rotter) e *chance*. Queste tre scale consentono di accertare separatamente le tre maggiori fonti di controllo dei rinforzi che gli individui ricevono. Levenson, infatti, ritiene che una persona che crede nel controllo da parte del destino sia differente dal punto di vista cognitivo e comportamentale rispetto ad una persona che sente di mancare di controllo personale a causa del potere altrui: se il primo può sentirsi un fatalista frustrato dal corso degli eventi (dimensione fatalista), il secondo può sentire che il peso del controllo esterno si può subire o ad esso si può reagire con realismo (dimensione adattiva). Questo aspetto dell'esternalità è importante perché permette l'azione sociale (Nigro, 1985). L'esternalità può così facilitare comportamenti propositivi, aumentare la stima di sé, può essere una zona di sviluppo, di cambiamento verso l'internalità, uno spazio in cui possono operare programmi di trattamento, di rieducazione. In particolare, sostiene Levenson, i modi in cui le persone interpretano gli altri potenti fornirebbero informazioni riguardanti la probabilità di cambiamento

dell'orientamento del controllo. È questo un aspetto che l'autrice si auspica venga ulteriormente indagato.

b) La batteria delle sfere di controllo di Paulhus e Christie (1981)

Un altro modello è quello Paulhus e Christie (1981). Questi autori hanno cercato di estrarre i sotto-fattori presenti nella scala di Rotter. Dopo averne individuati diciotto, li hanno ridotti a quattro sulla base del comportamento: attività socio-politica, comportamento interpersonale, personale conseguimento di risultati e controllo di sé. L'idea di differenziare in questo modo il concetto del controllo percepito è a fondamento dell'*approccio delle sfere di controllo*. Mentre Rotter aveva assunto, implicitamente e senza una base teorica, che fosse più proficuo considerare gli individui come simili nelle aspettative di controllo delle diverse sfere e differenti soltanto l'uno dall'altro, Paulhus e Christie immaginano e propongono un individuo circondato nel suo spazio di vita da sfere concentriche, a partire dal nucleo centrale costituito dal sé.

Scopo di questi autori è di ridare la giusta importanza alla dimensione che, fino a quel momento, era stata più trascurata: la sfera del comportamento interpersonale, sotto cui già si raggruppava il maggior numero di *items*, ma senza esserne consapevoli. In ogni sfera l'individuo trova una varietà di forze esterne con cui battersi. Il controllo della sfera del conseguimento personale dei risultati è detto *efficacia personale* e si ha per esempio nella risoluzione di problemi, rompicapi. Il *controllo interpersonale*, corrispondente alla terza sfera, si ha nelle interazioni a due o di gruppo: sviluppare relazioni, mantenere l'armonia familiare. Percepire il controllo nella quarta sfera, ovvero avere il *controllo socio-politico* implica per esempio il partecipare a manifestazioni, boicottare dei prodotti, inviare lettere a politici. Concettualmente le tre sfere che circondano il sé sono indipendenti per cui si possono ottenere diverse aspettative di controllo nei tre ambiti di interazione. Queste permetterebbero di tracciare un profilo del controllo della persona rispetto al mondo. Il fattore unico di Rotter non caratterizza in modo adeguato le credenze delle persone; piuttosto può darsi che ogni altra dimensione rintracciata in precedenza (fortuna, potere altrui, mondo giusto, difficile) tagli in senso trasversale le sfere di Paulhus e Christie e operi in tutti o in alcuni campi comportamentali.

L'approccio delle sfere di controllo fornisce dunque alcuni vantaggi, quali una suddivisione sistematica delle aspettative di controllo, un'attenzione per il nucleo interno nei diversi livelli comportamentali, piuttosto che per le forze esterne, per meglio

caratterizzare le persone. La batteria SOC (*Spheres of Control*, sfere di controllo), in cui si sostanzia l'approccio, risulta articolata in tre sotto-scale, una per ciascuna sfera: ognuna è composta da dieci affermazioni, alcune positive, altre negative. Se la scala della Levenson risulta ricca, esauriente, flessibile, il dispositivo di Paulhus e Christie appare decisamente più completo, approfondito ed articolato, perché essi propongono un'analisi che copre il settore dell'attribuzione (fortuna, capacità o impegno personale, altre persone), dei risultati (successo o fallimento), del target (se stessi o gli altri) e delle sfere di attività (conseguimento personale dei risultati, vita interpersonale, attività socio-politica).

In particolare, questi autori esplicitano il target, prima ignorato o considerato solo in parte. La stessa Levenson pur individuando diverse fonti di controllo, si era però fissata su un unico bersaglio di controllo: il sé. Il modello qui presentato invece è riuscito a sintetizzare le variabili che in precedenza gli autori avevano isolatamente considerato. Esso permette di fornire un profilo che tenga conto delle *fonti* che determinano certi *risultati* propri o di altri (*target*), che il soggetto può percepire in diversi tipi di *attività*. Una struttura del genere aiuta l'ideazione di nuovi *items* tenendo conto, come già aveva detto Gregory, di bilanciarne il numero in base al tratto a cui fanno riferimento.

Questa scala è un modello che pur presentandosi come generale, comprensivo di tutti gli aspetti, è però costruito in modo tale da avere un valore specifico per attività, persone. Potrebbe per questo motivo essere molto preciso ed adattarsi bene alle situazioni per rispecchiarle fedelmente.

c) Le Multidimensional-multiattributional causality Scales di Lefcourt (1981, MMCS)

Nella sua rassegna dedicata soprattutto ai problemi legati alla misurazione del LOC del 1981, Lefcourt, oltre a dare voce a diversi autori, si ritaglia uno spazio personale per esporre la sua scala del 1979, la MMCS (*Multidimensional-Multiattributional Causality Scale*), ovvero Scala di Causalità Multidimensionale-Multiattribuzionale: il nome deriva dal fatto che nel costrutto egli ha tentato di far convergere le influenze della teoria dell'apprendimento sociale e delle teorie attribuzionali. Mentre queste ultime soffrono di una sovra-specificità, in quanto introducono molte variabili per spiegare le differenze individuali (attribuzioni all'abilità, allo sforzo, conseguenze di stima di sé o di depressione, impotenza o incompetenza, esperienze di successo, di fallimento), la prima soffre di mancanza di differenziazione (controllo interno ed esterno). Lefcourt ha costruito due strumenti per le aree "conseguimento di risultati" e "affiliazione". Ognuno

è composto da ventiquattro items che, per la metà, riportano esperienze di successo e per la metà di insuccesso. I ventiquattro items sono divisi in quattro sotto-scale sulla base dei diversi tipi di attribuzione: attribuzioni interne, stabili (abilità, capacità), attribuzioni interne, instabili (sforzo, motivazione), attribuzioni esterne, stabili (caratteristiche casuali, difficoltà del compito), attribuzioni esterne, instabili (eventi fortuiti). La scala è in formato Likert: i valori vanno da zero a quattro. Grazie a questa scala le persone possono essere descritte in termini di aree in cui sentono di avere bisogno di aiuto per ottenere dei risultati.

d) L'approccio "arco di vita" delle scale di Nowicki e Strickland

Nowicki e Duke hanno focalizzato la loro attenzione sui punti deboli della misurazione del LOC ed hanno tentato di fornire delle soluzioni. Il grande numero e la diversa tipologia degli strumenti approntati per la misurazione del LOC ha ostacolato gli studi comparativi e longitudinali. Essi sostengono che al 1983 sono state elaborate più di trenta scale, la maggior parte delle quali è pensata per un gruppo specifico, per una certa popolazione, senza trovare forme parallele per altre popolazioni e senza avere così un minimo supporto di validità.

Inoltre, spesso certi strumenti si assicurano la propria validità con il metodo del test-retest e con la correlazione con un solo strumento precedente, ma non con altri. Di conseguenza le scale risultano prive di consistenza. Ciò che ai due autori sembra allora indispensabile è una scala che possa adattarsi parallelamente ad altri gruppi per consentire il confronto. Nel tentativo di risolvere questo problema avviarono presso la Emory University un vasto programma di ricerca per lo sviluppo di misure che consentissero comparazioni e studi longitudinali che ha dato luogo ad un consistente corpus di ricerche (Nowicki, 1972, 1976, 1981; Nowicki e Duke, 1974, 1974b, 1983; Nowicki e Strickland, 1973). Le scale sviluppate, denominate Nowicki e Strickland permettono di misurare il LOC lungo tutto l'arco di vita e di impostare ricerche longitudinali⁵. Gli autori Nowicki e Duke hanno concretizzato un approccio del tipo "arco di vita". Con i loro dispositivi essi ritengono di superare alcune lacune della scala di Rotter: l'interferenza della desiderabilità sociale nel LOC; la difficoltà di lettura del

⁵ Le principali scale sviluppate sono: la *Preschool and Primary school Nowicki e Strickland Internal-External LOC scale* (PPNSIE-Nowicki, 1981a); la *Children's Nowicki e Strickland Internal-External LOC scale* (CNSIE- Nowicki e Strickland, 1974), la *Adult Nowicki e Strickland Internal-External LOC scale* (ANSIE- Nowicki e Duke 1974a), la *Geriatric Nowicki e Strickland Internal-External LOC scale* (GNSIE, Duke, Shaheen e Nowicki, 1974).

testo per chi non ha un'istruzione superiore; la mancanza di strumenti comparabili per le altre età della vita.

Oltre a coprire queste lacune, Nowicki e Strickland hanno tradotto i loro strumenti in altre lingue e per altre popolazioni dal momento che fino al 1973 la maggior parte delle ricerche avveniva su campioni di bianchi nord-americani. Inoltre gli autori hanno proposto di verificare la validità del costrutto mettendo in relazione l'internalità con altre variabili di personalità, d'interazione sociale e con i risultati scolastici: con la maggior apertura del sé, la riflessività, l'altruismo, un minor distacco verso gli estranei, una maggior tenacia, la popolarità, e con una minore ansietà, l'autoritarismo, la debolezza, la conformità, il senso di colpa e di difesa del sé.

e) Il Trent Attribution Profile di Wong, Watters e Sproule (TAP, 1984)

Il questionario di Wong, Watters e Sproule (1984) è il *Trent Attribution Profile* o TAP e si fonda sul modello dell'attribuzione causale di Weiner (1979). Nell'approccio attribuzionale il LOC è solo una delle due dimensioni del processo attributivo. L'altra è la stabilità. Un soggetto può attribuire la causalità in base alla dimensione interno ed esterno del LOC e in base alla dimensione della stabilità (causa stabile o instabile). In base a queste due attribuzioni ci sono una serie di fattori causali: abilità (interna e stabile), impegno (interno e instabile), difficoltà del compito (esterno e stabile) e fortuna (esterna e instabile). Nell'approccio di Wong e Sproule (1984) la distinzione tra successo e fallimento, e un confronto tra se stessi e gli altri, permettono di valutare anche "attributional biases". La TAP è una scala con 12 *items* che riguardano situazioni scolastiche, sociali e finanziarie. Ciascuna situazione è presentata sia come successo che come insuccesso che possono riguardare noi stessi o gli altri. Ad esempio, una situazione scolastica è rappresentata in 4 diversi *items*: successo personale, successo altrui, insuccesso personale, insuccesso altrui. Per ciascun *items* sono possibili 4 spiegazioni e per ciascuna è possibile dare un punteggio da 0 a 5. Riferendosi ad un particolare evento (es.: situazione finanziaria difficile, propria o altrui) il soggetto potrebbe rispondere assegnando un alto valore contemporaneamente alla sfortuna e all'insufficiente impegno o capacità personali.

Secondo gli autori il profilo attribuzionale che ne deriva è sensibile alle differenze di LOC rilevate dalla scala I-E, ma rispetto ad essa è più informativo, perché permette di valutare l'interdipendenza tra punteggi di internalità e di esternalità, ammettendo la terza risposta: il realismo. La persona è interna se risponde internamente in tutte e tre le

situazioni. Lo stesso dicasi per l'esterno, che risponde sempre esternamente (gli altri o la fortuna). Un terzo tipo, il realistico, fa scelte accurate rispondendo in modo interno, esterno o misto nelle tre situazioni. La scala di Rotter identifica solo i tipi che, agli estremi, sarebbero idealisti e ottimisti (sopravvalutando le proprie capacità) o pessimisti (sottostimandosi); mentre non identifica i realisti che occupano la parte centrale del continuum. Wong e Sproule nel 1984 sostengono che la scelta dell'alternativa interna - esterna da parte dei soggetti è influenzata da considerazioni di realismo o idealismo. Essi distinguono allora i "controllori idealisti-ottimisti", i "controllati non realisti, pessimisti" e i realisti detti "*bilocali*": non sono interni od esterni, ma interni ed esterni, ovvero percepiscono e desiderano il controllo da entrambi i luoghi. Secondo Wong e Sproule essi sono coloro che alterano ciò che può essere cambiato, ma accettano ciò che non può essere cambiato, non pretendono di essere super-eroi, conoscono i propri limiti, ma riconoscono anche le responsabilità dell'autonomia personale, fanno interagire le costrizioni esterne con il conseguimento di mete realistiche. Sulla scala di Rotter li si può identificare con dei punteggi non troppo alti (esternalità), perché percepiscono l'efficacia del sé in alcune situazioni, né troppo bassi corrispondenti agli idealisti. I "*bilocali*" si rivelano grazie agli schemi attribuzionali che usano per spiegare i risultati. Mentre i controllori (definizione che gli autori danno agli interni) evocano generalmente un unico schema interno per il successo, e i controllati (gli esterni) spiegano gli eventi normalmente attraverso uno schema causale esterno, i bilocali molto probabilmente usano uno schema causale multiplo, che permette loro di sviluppare una varietà di strategie per affrontare le situazioni ed essere quindi più flessibili. Essi distinguono merito e colpa, indipendentemente dal risultato. Un modo diretto per individuare le persone "*bilocali*" è di ottenere due misure separate del controllo percepito interno e del controllo percepito esterno, per varie situazioni: coloro che ottengono punteggi alti in entrambe le scale sono i "*bilocali*", mentre, come si sa già, chi ottiene un punteggio alto nella scala interna e basso in quella esterna è interno e viceversa. Questo approccio è proposto dagli autori come nuova prospettiva e direzione delle ricerche sul LOC. Tale approccio mette in crisi, ancora una volta, la relazione curvilineare tra il LOC e l'adattamento, sostenuta da Rotter. I realisti potrebbero risultare meglio adattati degli interni in molte situazioni; infatti questi ultimi per risultare tali dovrebbero comportarsi in modo aggressivo, dominante. Dalle ricerche si sa che sperimentano più stress e insoddisfazione quando si trovano in una posizione di subordinazione, svolgono bene i compiti che richiedono indipendenza, ma sono poco portati alla cooperazione. I bilocali

invece, oltre a conoscere i propri limiti, ammettono anche i diritti e il potere altrui, svolgono meglio i compiti in cui si richiede un impegno coordinato ed interdipendente, un lavoro di gruppo.

Alla luce di queste considerazioni Wong e Sproule propongono di rivedere molte ricerche, per esempio sulla salute, ambito nel quale l'internalità non sempre è la condizione migliore per superare le malattie, anzi per alcune essa può essere dannosa. Secondo gli autori internalità ed esternalità vanno considerate come due dimensioni separate, non come estremi di un'unica dimensione. Intuitivamente si credeva che le persone normalmente preferissero il controllo interno e detestassero il controllo esterno, nozione che rientrava perfettamente in un approccio unidimensionale. I due autori dimostrano con evidenza empirica la non validità di questa relazione in un approccio bi-dimensionale; ad un campione di studenti universitari è stato chiesto di completare un questionario in cui erano presenti *items* di diversi livelli di complessità: pace-guerra, occupazione-disoccupazione, completamento o meno di un compito scolastico. Ciò ha permesso di conoscere che la gente desidera un alto grado di controllo esterno per eventi complessi, un discreto grado di controllo esterno per eventi moderatamente complessi. Nonostante ciò, l'approccio bi-dimensionale può rientrare nella teoria dell'apprendimento sociale: le aspettative generalizzate sia per il controllo interno sia per quello esterno possono essere viste entrambe in senso positivo o negativo. Già era stata sottolineata l'ambivalenza del controllo esterno: negativo se visto come espressione di passività, fatalismo; positivo se visto come espressione di difesa dal senso di inadeguatezza o di fallimento (Nigro), o spinta al cambiamento (Levenson) o, come dicono gli autori in questione, come necessità per affrontare con successo le situazioni nuove: il controllo esterno può dunque facilitare o inibire le aspettative di successo. La vera novità di Wong e Sproule è allora l'estensione all'internalità di questa duplice valenza: dal momento che il controllo esterno è visto talvolta come aiuto benefico, piuttosto che come restrizione dannosa, non sempre il controllo interno è desiderato.

f) Il Duttweiler Control Index (Duttweiler, 1984)

La scala della Duttweiler (ICI o Internal Control Index) cerca di affrontare alcuni problemi presenti nella scala di Rotter come la scelta obbligatoria tra le risposte sì e no e la desiderabilità sociale. Diversamente dalla scala di Rotter la scala ICI è una scala formato Likert che presenta 28 items. I soggetti possono scegliere tra 5 tipi di risposte

che indicano il grado di accettazione dell'affermazione presente nell'item. Questa scala parte dalla convinzione che il concetto di LOC non sia un concetto omogeneo. L'autrice in particolare sviluppa diverse variabili pertinenti all' *internal LOC*: "*cognitive processing, autonomy, resistance to social influence, self-confidence and delay of gratification*".

g) Scale volte a misurare l'Health LOC negli adulti

Dopo Rotter, si svilupparono varie scale di misurazione del LOC tra cui anche scale relative ad ambiti specifici come la salute. Tali scale adottano una interpretazione del LOC sia monodimensionale che multidimensionale. In questo modo nascono le Health LOC Scales (HLCS) e le Multidimensional Health LOC Scales (MHLCS). In effetti, l'ambito più popolare di applicazione del costrutto del LOC è stato ed è sicuramente la Psicologia della Salute grazie al lavoro di Kenneth Wallston. Le scale volte a misurare il LOC in relazione alla salute sono state oggetto di un lavoro degli autori Furnham e Steele (1993). Tra le più famose vi ricordiamo la Health LOC Scale (Wallston, 1978) e la Multidimensional Health LOC Scale (Wallston, 1976). Quest'ultima scala è basata sull'idea di Levenson che la salute può essere attribuita a tre possibili fattori: interni come la determinazione nello scegliere uno stile di vita salutare, *powerful others* come il proprio medico, la fortuna.

Alcune delle scale descritte nella recensione di Furnham e Steele (1993) sono riferite a ambiti particolari della salute come l'obesità (Saltzer, 1982), la salute mentale (Wood e Letak's Mental Health LOC Scale, 1982), la depressione (Depression LOC Scale of Whiteman, Desmond and Price, 1987), il tumore (Cancer LOC Scale of Pruyn et al., 1988). Furnham e Steele riportano anche il lavoro di Bradley che associa il LOC al diabete.

3.3 La misurazione del LOC nei bambini

Le scale interno-esterno di misurazione del LOC per bambini più utilizzate fino agli anni 80 sono 5 scale unidimensionali che considerano il LOC un concetto bipolare (interno vs esterno): si tratta delle scale degli autori Bialer, 1961; Crandall, Katkovsky & Crandall, 1965; Gruen, Korte e Stephens del 1970; Mischel, Ebbeson, Zeiss, 1974; Nowicki e Strickland, 1973.

a) *La scala Intellectual Achievement Responsibility di Crandall et al.(1965)*

Quasi contemporaneamente a Rotter, nel '65 Crandall, Katkovsky & Crandall hanno proposto una scala detta IAR (Intellectual Achievement Responsibility) ovvero un questionario sulla responsabilità per il conseguimento di risultati intellettuali, composto da 34 *items*. Questa scala era mirata esclusivamente ai bambini e al loro comportamento, al loro sentirsi fonti causali dei successi e dei fallimenti, che sperimentano nelle situazioni di conseguimento dei risultati. Oltre alla *specificità dei destinatari e dell'area indagata*, questa scala si distingue da quella di Rotter per altre due importanti caratteristiche:

- ogni *item* è costituito da un'unica frase che si può concludere in due modi diversi proposti dagli attori, tra cui si deve scegliere.
- gli *item* riportano sia *esperienze di successo*, sia *esperienze di fallimento* e la misurazione tiene conto degli eventi positivi di cui ci si assume il merito e del numero degli eventi negativi di cui ci si assume la colpa: il punteggio totale è dato dalla somma delle risposte interne. Rotter riteneva che la differenziazione fosse saliente nei bambini, ma non negli adulti, le cui credenze sarebbero più generali, per cui non ne ha tenuto conto.
- le cause esterne sono limitate ad un caso solo, *le altre persone*, mentre il fato, la fortuna, il sistema sociale non sono prese in considerazione, in funzione della loro minore accessibilità alla comprensione dei fanciulli d'età scolare.

Nella seconda metà del questionario si ripropongono gli items della prima metà, ma capovolti, in modo che riguardo alla stessa situazione si conosca la credenza nel controllo personale o altrui del successo e dell'insuccesso. Crandall avanza l'esigenza di conoscere le percezioni delle attribuzioni causali differenziandole in base ai risultati.

b) *la scala di Bialer (1961)*

Le tre differenze del questionario IAR rispetto a Rotter non sono però tutte novità. Per quanto riguarda le prime infatti già Bialer nel '61 aveva elaborato un questionario di LOC da somministrare esclusivamente ai bambini, i quali devono rispondere "sì" o "no". Gli items di questo questionario non sembrano di facile comprensione: sono generali, astratti, non calati in situazioni concrete; ciò richiede ai bambini che lavorino su più piani, quello dei dati concreti, degli eventi singolarmente considerati e vissuti in prima persona e quello delle conclusioni generali, delle opinioni. La risposta richiede loro un momento di riflessione, un processo di induzione e di generalizzazione da svolgere autonomamente e

un confronto sul piano astratto tra le conclusioni indotte dalle proprie esperienze e le affermazioni generali del questionario.

c) la scala di Battle e Rotter (1963)

Un secondo test per bambini, di natura più proiettiva, è quello di Battle e Rotter (1963), in cui si propongono situazioni come fumetti. I risultati sono correlati a quelli del test di Bialer.

d) la scala di Gruen, Korte e Stephens (1970)

Qualche anno più tardi è uscita un'altra scala specificamente mirata ai bambini della classe seconda fino alla classe sesta: è la scala interna - esterna di Gruen, Korte e Stephens del 1974. Lo strumento si avvale di trentotto immagini che vengono mostrate ai bambini. Come evidenziano alcuni ricercatori, che hanno applicato la scala per rilevare le differenze di orientamento del LOC tra un gruppo di soggetti con difficoltà di apprendimento e un gruppo di soggetti privi di tali difficoltà, la novità di questa scala rispetto alle precedenti sono è stato proprio il fatto di essere uno strumento pittorico basato sull'utilizzo di immagini (Scott, 1980). Ogni immagine è divisa in tre riquadri: il primo presenta la situazione stimolo, mentre gli altri illustrano le due possibilità di interpretazione tra le quali i bambini sono chiamati a scegliere e che corrispondono ad una risposta interna e ad una risposta esterna. I soggetti vengono forniti di carta e penna, perché possano segnare una "x" nello spazio che raffigura la risposta scelta. Questo strumento ricorda quello di Crandall:

- 1) l'ambito indagato è il medesimo: il conseguimento di risultati, soprattutto scolastici, ma anche sportivi, di socializzazione, amicizia e preferenza accordata o meno dai compagni di classe al soggetto.
- 2) In entrambi si parte da un risultato (es.: l'insegnante dà un buon voto) per risalire al motivo dell'azione, alla fonte che l'ha causato (es.: perché lo scolaro ha studiato molto o perché il compito era facile). Il risultato consiste in un voto scolastico, nell'atteggiamento amichevole o meno degli amici e molto spesso nell'umore di genitori o insegnanti.
- 3) Le fonti interne sono rappresentate soprattutto dallo sforzo, l'impegno, l'interesse e l'attenzione, quindi da fattori che Weiner ha classificato come variabili, piuttosto che da fattori stabili del sé. Un bambino si dice interno quando si rende conto che può causare le reazioni di chi gli sta intorno attraverso questi fattori.

- 4) In entrambe le scale lo stimolo viene presentato due volte: in una circostanza positiva (es.: l'insegnante è felice perché ...) e in una circostanza negativa (es.: l'insegnante è di cattivo umore perché...) per studiare il fenomeno delle credenze nelle attribuzioni del successo e del fallimento. Inoltre si presenta il caso del controllo sia sulle proprie azioni sia sulle azioni altrui.

Altri aspetti rendono la scala di Gruen, Korte e Stephens diversa da quella di Crandall:

- 1) si somministrano immagini con brevi didascalie, invece che il testo scritto degli items: ciò potrebbe forse facilitare la ricostruzione mentale della scena proposta.
- 2) Tra le fonti esterne si comprendono l'umore (genitori, insegnanti), l'aiuto ricevuto o meno, le capacità sportive, sociali, scolastiche dei compagni di classe ed anche la fortuna o la sfortuna, che nel questionario del 1965 mancava.

e) la scala di Nowicki e Strickland (1973)

Nel 1973 Nowicki e Strickland hanno elaborato un questionario sul LOC destinato (Children's Nowicki and Strickland Internal-External Control Scale) a soggetti di età compresa tra i nove e i diciotto anni, e composto da quaranta domande a cui rispondere "sì" o "no". Un punteggio alto di risposte affermative corrisponde ad un orientamento esterno. Le domande fanno riferimento all'impegno, al credere nella possibilità di scegliere di modificare le cose, di far accadere ciò che si vuole, alla capacità di incidere sul comportamento proprio o altrui, alla fortuna e al senso di colpa. Questi autori hanno elaborato strumenti di misurazione del LOC anche per le altre età della vita. La scala CNSIE di Nowicki e Strickland è stata tradotta in quasi tutte le lingue (anche traduzione cinese di Li del 2004) ed è stata così utilizzato in varie ricerche cross-culturali.

f) la scala di Stanford (1974)

Un'altra scala molto nota e specifica per i bambini in età pre-scolare è quella di Stanford (Mischel, 1974), la SPIES (Stanford Preschool Internal-External Scale). Anche questo strumento si basa su quello di Crandall: propone una frase interrotta e due conclusioni che danno ragione dell'affermazione precedente; vi si distinguono due sotto-scale per la valutazione del controllo sui risultati positivi e sui risultati negativi. A differenza della scala di Crandall, però, non mira a valutare il controllo sul conseguimento di risultati scolastici, ma il controllo nelle situazioni generali positive o generali negative.

Ulteriori scale monodimensionali che ho trovato citate sono state la scala di Mischel (Mischel, 1974) e la LOC Scale for Children's perception of Social Interaction, realizzata da Dahlquist e Ottinger (Dahlquist e Ottinger, 1983).

g) la scala multidimensionale di Connel (1985)

Come osservano vari autori tra cui O'Connell e la Richaud De Minzi, la maggior parte delle scale di misurazione del LOC per bambini/ragazzi sono scale di tipo interno/esterno. A seguito della maggiore enfasi data alla natura multidimensionale del costrutto del LOC e alla sua specifica relazione con il contesto/situazione sono state anche costruite delle scale multidimensionali per valutare la percezione del controllo nei bambini/ragazzi.

Un esempio di scala multidimensionale è quella ideata James P. Connel nel 1985: "The Multidimensional Measure of Children's Perception of Control" (MMCP) . Si tratta di una scala multidimensionale che investiga la percezione del controllo in modo dominio-specifico. Essa si compone, infatti, 48 affermazioni di successo e di insuccesso suddivise all'interno di quattro "competency areas" o domini che sono: "cognitive domain" che corrisponde ai risultati scolastici, il "social domain" che indaga le relazioni con il gruppo dei pari, il "physical domain" che riguarda lo sport e infine il "general domain" che valuta la generale percezione del controllo degli eventi della vita positivi e negativi. In questo modo, con lo stesso strumento è possibile valutare "domain specific perceptions" e non limitarsi alle "global control perceptions" come avviene nella maggior parte delle altre scale. Lo strumento permette di stabilire anche quale "source of control" prevale all'interno di ciascun dominio: "unknown control", "powerful other control", "internal control" e comprendere come i bambini spieghino i propri successi ed insuccessi. Per descrivere la percezione dell'orientamento del controllo nei bambini pertanto vengono valutati tre aspetti:

- a) *source of control (internal, powerful others, unknown)*
- b) *competency areas (cognitive, social, physical, general skills)*
- c) *outcome (success or failure)*

Valutando ciascuna delle dimensioni indicate è possibile "determinare il grado con cui il soggetto percepisce gli eventi della propria esistenza come controllati da fonti interne o esterne". La scala ha un formato Likert. Per ciascun item il soggetto può scegliere tra le risposte: true(molto)/sort of true (abbastanza)/not very true (poco)/not at all true (per niente). Alla risposta molto vengono attribuiti 4 punti e indica accordo con il tipo di fonte del controllo quanto indicata nell'item. Ad esempio, se all'item "If i want to do well in

school, it is up to me to do it” rispondo *true*, ciò indica il riconoscimento di una fonte di controllo interna. Secondo Muldoon (2004), il “*domain*” e “*the source of control*” alla quale bambini attribuiscono la riuscita degli eventi sono i più importanti fattori organizzativi nel determinare la percezione di controllo nei bambini (Muldoon, 2005).

h) la scala multidimensionale di Richaud de Minzi (1990)

Nel 1990 de Minzi propone “A new Multidimensional Children’s LOC Scale”, un nuovo strumento di misurazione del LOC per bambini tra i 6 e i 12 anni. Questa scala prevede una diversificazione ed una specificazione ulteriore delle fonti di controllo in particolar modo nella dimensione della internalità. Lo sforzo dell’autrice è volto a specificare meglio le fonti del controllo nella dimensione della internalità che O’Connell aveva lasciato indifferenziata. Infatti, mentre l’esternalità riprende la distinzione di O’Connell tra “*powerful others*” (altre persone più potenti di noi) e “*fatalism*” (il fato, la fortuna), l’internalità si differenzia in modalità “strumentali” e “affettive”. Le modalità strumentali fanno riferimento alle motivazioni al successo e possono essere esemplificate dall’item “molte persone non fanno le cose bene perché sono pigre”. Le modalità affettive sono invece basate sul concetto di affiliazione. Rientra in questo ambito un item come “Ad alcune persone non piaccio perché non mi dimostro simpatico”. Pertanto, gli items possono essere raggruppati in items che descrivono la percezione interna o esterna del controllo. Ancora essi possono essere raggruppati in items che si rifanno alla modalità “*powerful others*” e “*fatalism*” (il fato, la fortuna), “*instrumental modalities*” e “*affective modalities*”. Infine, possono essere raggruppati per situazione: “*personal and general ideology*” e in base al risultato o “*outcome*”: “*success*” or “*failure*”.

Della presente scala sono state costruite due versioni: una versione di 16 items per bambini dai 6 agli 8 anni e una versione di 32 items per bambini dai 9 ai 12 anni. Gli items hanno formato sì (pari a 1) o no (pari a 0) in modo da rendere le risposte più semplici.

In conclusione, consultando la letteratura, si può constatare che la ricerca sul rapporto orientamento interno - esterno del controllo ed età infantile sembra essersi mossa in un duplice senso. Da un lato, per nuovi studi recupera vecchi strumenti come la scala multidimensionale di Connel o unidimensionali, come la popolare scala per ragazzi di Nowicki e Strickland. Quest’ultima scala in particolare risulta essere applicata in varie ricerche attuali e recentemente è stata tradotta in turco (con inserimento però di un

formato Likert-Kaya, 2007) e in cinese. Non sono mancati i tentativi di rileggere in una prospettiva multidimensionale le scale monodimensionali di Nowicki e Strickland individuando ad esempio tre fattori: *personal control* ed *helplessness, achievement and friendship, luck* (Lindbloom, 1982; Walters 1980, Wolf, 1982). Dall'altro la ricerca sul LOC in età evolutiva si è specializzata in ambiti precisi come la *salute* o *l'apprendimento*. Nell'ambito della salute, vari studi (Parcel, 1978; Abdel-Gawwad, 1999) si sono occupati di ideare scale per rilevare il "children's health LOC" (CHLC) ossia la percezione del controllo sulla salute al fine di meglio spiegare la comprensione della malattia e i comportamenti legati alla salute e di pianificare programmi di educazione alla salute. Tali scale vengono applicate in relazione a specifiche malattie come l'asma (Griffin, 2006), la talassemia (Smorti, 2007), l'epilessia, fibrosi cistica, diabete mellito, malattie oncologiche, renali, cardiache, reumatologiche (Kellerman, 1980). Vari sono poi gli sforzi per tradurre la Children's health LOC scale in altre versioni come ad esempio una versione egiziana del 1999 (Abdel, 1999). Altri sforzi (Foster, 2000) sono andati nella creazione di scale multidimensionali di misurazione della percezione del controllo sulla salute nei bambini (MCHLC).

Dal costruito del LOC applicato alla salute (*Health LOC*) si è passati a quello della "health related quality of life" un costruito multidimensionale per rilevare, l'impatto di malattie croniche come ad esempio l'epilessia, sul bambino e la famiglia, le difficoltà legate al trattamento e i problemi del comportamento, psicologici o cognitivi causati dalla malattia stessa, nonché l'impatto sulla società. I questionari sulla *qualità della vita* (QoL) in bambini con malattie croniche però hanno il grande limite, riconosciuto da alcuni autori (Soria, 2008), di non essere ideati dal punto di vista del bambino in quanto spesso richiedono l'intervento del genitore nella compilazione (*parental reports*). Spesso viene, infatti, sottolineata la necessità di ideare degli strumenti che prendano in considerazione il punto di vista del bambino.

Nell'ambito dell'apprendimento lo studio sul LOC si è sviluppato nella direzione dell'approfondimento delle teorie attributive in cui il LOC è una delle variabili considerate assieme alla stabilità e alla controllabilità della causa nello spiegare la causazione degli eventi e comportamenti. Da questo punto di vista mi è stato utile approfondire i lavori di De Beni e Moè in relazione agli stili attributivi motivazionali. Inoltre, sembrerebbe emergere una tendenza ad associare uno strumento di misurazione

del LOC tradizionale unidimensionale con strumenti multidimensionali e multiattribuzionali di valutazione degli stili di attribuzione. Questa tendenza è stata rilevata ad esempio in percorsi di *parent training* con bambini che hanno difficoltà di apprendimento e iperattività e in studi sulla percezione del controllo in adulti con epilessia (Gehlet, 1994).

3.4 Osservazioni sul costrutto del LOC e relativi strumenti di misurazione

Il costrutto rotteriano del LOC è tra i più fortunati e popolari della letteratura psicologica: a distanza di anni dalla sua prima elaborazione esso continua a mantenere una straordinaria vitalità, a guadagnare spazi e dimensioni nuove, a sollecitare la riflessione teorica e la ricerca. Si tratta di un costrutto estremamente flessibile al quale si può fare riferimento nei contesti teorici più diversi. Le critiche da subito mosse alla monodimensionalità (internalità vs esternalità) del concetto elaborato da Rotter in realtà hanno contribuito a aprire nuove ed interessanti prospettive. La questione della multidimensionalità appare convincente sul piano teorico e metodologico ma anche a livello di senso comune. In particolare, la considerazione che una scala unidimensionale identifica solo i tipi che, agli estremi, sarebbero interni (e quindi fiduciosi nelle proprie capacità di incidere sulla realtà) o esterni (e pertanto con tendenza a sottostimarsi), mentre non dà rilievo coloro che occupano la parte centrale del continuum, apre la strada all'idea che la scelta dell'alternativa interna - esterna da parte dei soggetti è influenzata da considerazioni di *realismo*.

Sostenitori della multidimensionalità come Wong e Sproule distinguono allora gli interni o controllori, dagli esterni o "controllati" e individuano i realisti detti "*bilocals*": non sono interni od esterni, ma interni ed esterni, ovvero percepiscono e desiderano il controllo da entrambi i luoghi. Secondo Wong e Sproule essi sono coloro che alterano ciò che può essere cambiato, ma accettano ciò che non può essere cambiato. Sulla scala di Rotter li si può identificare con dei punteggi non troppo alti (esternalità), perché percepiscono l'efficacia del sé in alcune situazioni, né troppo bassi corrispondenti agli idealisti. Secondo questi autori, una tale categoria di realisti si rivela grazie agli schemi attribuzionali che usa per spiegare i risultati. Un modo diretto per individuare queste persone, infatti, è di ottenere due misure separate del controllo percepito interno e del controllo percepito esterno, per varie situazioni: coloro che ottengono punteggi alti in entrambe le scale sono i "*bilocals*", mentre, come si sa già, chi ottiene un punteggio alto nella scala interna e basso in quella esterna è interno e viceversa. Questo approccio è

proposto dagli autori come nuova prospettiva e direzione delle ricerche sul LOC. I realisti potrebbero risultare meglio adattati degli interni in molte situazioni. Infatti, essi oltre a conoscere i propri limiti, ammettono anche i diritti e il potere altrui, svolgono meglio i compiti in cui si richiede un impegno coordinato ed interdipendente, un lavoro di gruppo. Come abbiamo visto, alla luce di queste considerazioni Wong e Sproule propongono di rivedere molte ricerche, per esempio sulla salute, ambito nel quale l'internalità non sempre è la condizione migliore per superare le malattie, anzi, per alcune essa può essere dannosa.

Secondo questa prospettiva multidimensionale pertanto internalità ed esternalità sarebbero due concetti ambigui. Non sempre il controllo interno è desiderato e il controllo esterno non è sempre espressione di passività, fatalismo. Ne consegue che non esistono interni ed esterno come tipi psicologici distinti e non bisogna stigmatizzare in "interno buono" ed "esterno cattivo", perché ciò significa tralasciare il ruolo di quei fattori situazionali che hanno un ruolo fondamentale nel determinare la percezione del controllo (Nigro). Le persone non possono essere considerate totalmente interne o esterne. La percezione del controllo non è un tratto della personalità né una tipologia: è un processo che si riferisce a vari aspetti della vita di una persona e che pertanto può variare in relazione all'aspetto di volta in volta considerato. Ad esempio, un individuo può avere un controllo esonero nel successo e interno nella vita affettiva e viceversa.

Tuttavia, vorrei concludere osservando che se il merito delle prospettive multidimensionali sul LOC è stato quello di aver superato una visione bipolare interno-esterno del concetto stesso, introducendo la possibilità di valutazioni realistiche, esse stesse sono soggette a *limiti*. Tali limiti stanno nella specificità associata alla multidimensionalità stessa. Le prospettive e quindi le scale multidimensionali avrebbero il limite di non cogliere le caratteristiche generali del LOC. Come sostengono Furnham e Steele (Furnham e Steele, 1993) dalla nascita del concetto di LOC ad oggi è stata ideata una "plethora" di strumenti di misurazione del costrutto rotteriano sia secondo l'originaria prospettiva unidimensionale sia in base ad una prospettiva multidimensionale (*sphere specific*). Inoltre, sono proliferate apposite scale per misurare il LOC e aspetti specifici come la salute fisica o mentale, il lavoro e la carriera in modo tale che il costrutto di Rotter è stato esteso ad altre e nuove aree di interesse diverse da quelle originarie.

CAPITOLO 4

LOC E QUALITÀ DELLA VITA

Introduzione

Come abbiamo precedentemente evidenziato, la ragione che ha spinto ad approfondire la storia e l'evoluzione del costrutto di Rotter sta nel fatto che esso ha trovato un fertilissimo campo di applicazione proprio nell'ambito della Psicologia della Salute dove risulta essere uno strumento ancora oggi utilizzato per valutare la *qualità della vita* in pazienti affetti da varie patologie (epilessia, tumore, diabete, obesità, Aids, etc.). La convinzione di agire o subire gli eventi della vita ha conseguenze dirette sul benessere delle persone a partire dalla gestione dello stato di malattia e dalla necessità di aderire ad un trattamento/cura. Infatti, mentre un orientamento di LOC interno sarebbe considerato un buon predittore della efficacia del trattamento/cura in soggetti con malattie croniche, un orientamento di LOC esterno implicherebbe una maggiore propensione verso atteggiamenti fatalisti e rinunciatari, dannosi alla efficacia di una terapia o cura che deve essere seguita con costanza.

D'altra parte, se il tipo LOC individuale influenza lo stato di salute, in base ad una relazione che potremmo definire *chicken-egg*, anche quest'ultimo ha influenza sul LOC del soggetto specie in età evolutiva. In particolare, la malattia, intesa come stato di mancanza di salute influenza le caratteristiche del LOC del soggetto in un modo che dipende dalle caratteristiche della malattia stessa. Una malattia cronica come l'epilessia ad esempio, a causa della imprevedibilità e incontrollabilità che la caratterizzano, potrebbe influire negativamente sulla convinzione di poter gestire con coinvolgimento diretto e personale gli eventi della propria vita determinando un orientamento di LOC tendenzialmente esterno e portando il soggetto con epilessia verso atteggiamenti fatalisti e rinunciatari e ad un probabile nichilismo terapeutico.

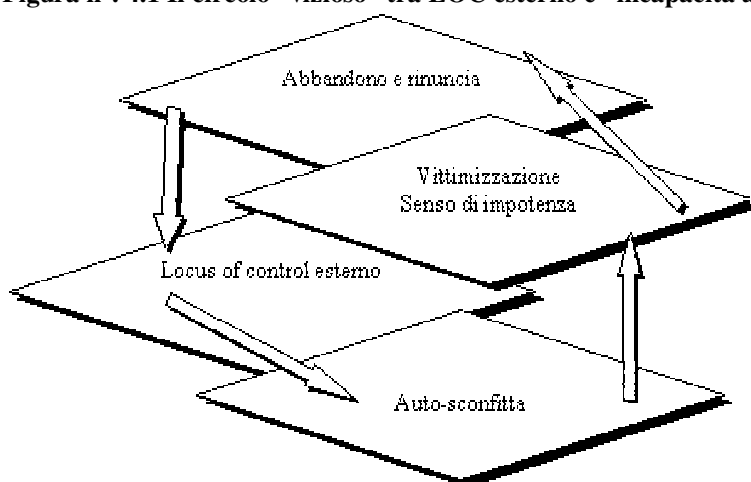
Ponendosi in quest'ottica, il presente capitolo descrive il rapporto tra LOC e benessere individuale evidenziando i benefici dell'essere interni e contemporaneamente la necessità alle volte di salvaguardare la propria personale autostima rifugiandosi nell'esternalità. Inoltre, si esaminano le conseguenze che diverse malattie croniche in età evolutiva hanno sull'orientamento del LOC individuale spingendolo ora verso forme maggiormente interne (come nel caso del diabete) ora verso forme maggiormente

esterne (come nel caso dell'epilessia o della malattia infiammatoria intestinale o IBD). Infine, l'attenzione si focalizza sulla malattia epilettica e sulla tendenza all'esternalità che essa sviluppa nei soggetti che ne sono afflitti, favorendo l'insorgere di problematiche psicologiche di vario genere. Una tale esternalità, al fine di migliorare la qualità di vita del soggetto con epilessia, a maggior ragione se questi si trova nella fase di sviluppo, dovrebbe essere aiutata a spostarsi verso forme maggiormente interne attraverso appositi *training* metacognitivi che partendo dai soggetti stessi favoriscano una equilibrata rappresentazione di sé.

4.1 Il LOC e il benessere individuale

Il costrutto del LOC è strettamente legato alla qualità della vita degli individui. Infatti, esso ha implicazioni rispetto al benessere individuale in quanto si associa ad una serie di competenze adattive e comportamentali. In particolare, il LOC interno o esterno fornisce informazioni sulla capacità/incapacità del singolo di adottare comportamenti o atteggiamenti più o meno funzionali al proprio benessere, di raggiungere i propri obiettivi, di avere o meno successo anche nelle relazioni interpersonali, di adottare comportamenti preventivi o meno rispetto alle principali cause di malattia. Come illustra la figura n°. 4.1, tra un LOC esterno e "incapacità adattive" vi sarebbe un circolo "vizioso" che, a causa di atteggiamenti di abbandono e rinuncia con conseguente potenziamento del un senso di impotenza appreso, finisce con l'incidere negativamente sul benessere dell'individuo.

Figura n°. 4.1 Il circolo "vizioso" tra LOC esterno e "incapacità adattive"



a) I benefici dell'essere "interni"

Pensare di poter controllare gli eventi o, viceversa, ritenere che non si possa esercitare alcun tipo di controllo porta a mettere in atto atteggiamenti e comportamenti diversi e

più o meno funzionali al benessere dell'individuo. Nel primo caso, l'atteggiamento del singolo di fronte agli eventi della vita sarà poco arrendevole e molto determinato nel cercare di raggiungere obiettivi e mete che egli percepisce cadere sotto il suo controllo; l'individuo si sentirà maggiormente responsabile delle sue azioni e avrà maggiori possibilità di successo. Nel secondo caso, l'atteggiamento sarà più passivo rispetto agli accadimenti dell'esistenza e l'individuo sarà presumibilmente più orientato ad accettare gli eventi anche quando potrebbe intervenire efficacemente nel modificarli. Non solo, ma da un punto di vista delle relazioni interpersonali, alcuni autori sostengono che sia maggiormente adattivo possedere un LOC interno piuttosto che esterno. Infatti, si è visto come la percezione di essere prevalentemente controllati da persone potenti si accompagni spesso ad un sentimento di sfiducia negli altri, mentre, al contrario, un comportamento di attenzione e soccorso nei confronti degli altri sembra sia caratteristico degli individui con un LOC interno.

Per quanto riguarda il benessere psicofisico e le reazioni allo stress, si è visto che laddove è presente la percezione di controllo, o di potenziale controllo degli eventi, è più facile far fronte allo stress in modo adeguato e adottare uno stile di pensiero che influenza non solo il buon funzionamento dell'organismo, ma anche l'adozione di comportamenti preventivi rispetto alle principali cause di malattia. In questo senso, non sempre ci si ammala per una questione di pura fatalità.

Il concetto di LOC è quindi stato applicato da ricerche empiriche per spiegare comportamenti di salute: "chi possiede un LOC interno, con maggiore probabilità si sforza di controllare il proprio ambiente, si assume la responsabilità delle proprie azioni e della propria salute, ricerca ed elabora le informazioni rilevanti, dimostra maggiore autonomia nel prendere decisioni, adotta comportamenti di promozione della salute" (Zani, 2000). Le persone che pensano di poter agire sul mantenimento della propria salute, quindi, sono più propense di altre nell'adottare un sano stile di vita e comportamenti preventivi di situazioni potenzialmente pericolose per il proprio benessere. Pensiamo, ad esempio, alle principali cause di mortalità o di invalidità nel mondo occidentale: l'infarto, il tumore, il diabete, l'ischemia cerebrale, i fattori legati agli incidenti stradali. A ben guardare, almeno entro certi limiti, sono tutte cause controllabili e suscettibili di prevenzione dal momento che sono influenzate dalle abitudini di vita seguite dall'infanzia fino all'età adulta. Molte delle morti per incidenti stradali potrebbero essere evitate adottando un comportamento prudente e rispettoso del codice della strada, così come un buon numero di morti per tumore e di quelle per

attacco cardiaco potrebbero essere evitate semplicemente smettendo di fumare. Allo stesso modo, basterebbe tenere sotto controllo il proprio peso, praticare un'adeguata attività fisica e quindi le proprie abitudini alimentari, per ridurre non solo l'incidenza delle malattie coronariche, ma anche per abbassare l'incidenza di artrite, cancro gastrointestinale, diabete, ischemia cerebrale e attacchi cardiaci. E' chiaro che una persona che ritiene di avere un qualche controllo su questo tipo di patologie metterà in atto comportamenti tesi al mantenimento di uno stile di vita sano, quindi eviterà di fumare, farà attività fisica, avrà corretti comportamenti alimentari. D'altra parte, è probabile che una persona secondo cui le malattie come il tumore, l'infarto, il diabete, sono eventi che capitano, sui quali non si può esercitare alcun tipo di controllo, sarà meno propensa e attenta ad adottare e mantenere sane abitudini di vita.

La convinzione di essere in grado di acquisire una certa buona abitudine, e di conseguenza la convinzione di essere in grado di controllare il proprio comportamento, accresce di molto la probabilità che questa buona abitudine venga messa in pratica: ad esempio chi pensa di essere capace di smettere di fumare, di mettersi a dieta o di fare regolarmente ginnastica è molto più probabile che lo faccia e lo faccia con successo. È vero anche l'inverso: chi dubita della propria capacità di realizzare un certo cambiamento positivo per la salute, ad esempio smettere di fumare, è molto difficile che ci riesca, nonostante sia consapevole dei rischi cui va incontro continuando a mantenere quel tipo di comportamento.

Un'altra ragione per cui pensare di poter controllare gli eventi ha degli effetti benefici sulla propria salute è data dal fatto che pensare di avere un certo grado di controllo sugli eventi, aiuta ad affrontarli in modo maggiormente efficace e più attivo. Molte ricerche in ambito medico mettono in luce come siano preziose le idee del paziente intorno alla propria efficacia personale e alla percezione di poter esercitare un controllo sugli eventi nel processo di ripresa dopo un infarto o durante il decorso di una malattia o dopo un intervento chirurgico: in particolare chi pensa di poter far qualcosa in prima persona per migliorare il proprio stato fisico e per favorire il decorso della malattia si dimostra non solo più ottimista, ma anche più attivo nel seguire le indicazioni mediche. A questo punto consideriamo il rovescio della medaglia e vediamo come il pensare di non avere alcuna possibilità di controllo su una situazione ambientale stressante, o peggio ancora la sensazione di aver perso il controllo, possano minare alla base l'organismo favorendo l'insorgere di malattie. In effetti gran parte delle prove dell'importanza che il senso di controllo può avere per la salute fisica ci vengono dall'aver rilevato come la mancanza

di esso e soprattutto la sua perdita improvvisa abbia ripercussioni negative, serie e spesso drammatiche sulla salute.

In questo senso, le evidenze più consistenti emergono dagli studi condotti sugli anziani inseriti all'interno di case di riposo dove poco o niente dell'organizzazione della vita dell'anziano è lasciata al suo controllo. In una serie di esperimenti si è visto come introdurre la possibilità per l'anziano di decidere e agire un certo controllo su alcuni momenti o attività della giornata abbia effetti positivi non solo sul suo tono dell'umore, che migliora visibilmente, ma anche sulla sua salute fisica; viceversa la perdita o la sospensione di tale possibilità ha effetti deleteri sul suo benessere. Si è visto inoltre che la percezione soggettiva di controllo, almeno in certi aspetti, influenza il decorso del tumore: si è rilevato come pazienti con un atteggiamento attivo, combattivo, improntato all'ottimismo e alla percezione di poter esercitare un qualche controllo sulla situazione, vivono più a lungo.

Da ultimo, molte ricerche evidenziano come l'esposizione continua a situazioni stressanti che l'individuo percepisce come incontrollabili, ha conseguenza nocive per il buon funzionamento del sistema immunitario, cosa che rende l'organismo più vulnerabile a malattie infettive. Da quanto riportato sin qui appare evidente come aver fiducia nelle proprie possibilità di controllare gli eventi abbia un'azione diretta e positiva sullo stato di salute, così come, al contrario, la mancanza o la perdita di controllo sugli eventi sembra avere un effetto negativo su di essa. Occorre aggiungere che ciascuno di noi percepisce la possibilità o meno di controllare gli eventi non solo in relazione alla salute ed alla malattia, ma anche in relazione a tutti gli accadimenti della vita.

b) Quando l'essere "esterni" è funzionale

Anche se molti studi mettono in luce come credere di poter controllare gli eventi della propria vita sia funzionale ad un migliore adattamento del soggetto al proprio ambiente, non si deve trascurare il fatto che anche un orientamento opposto, in alcune circostanze, possa avere una qualche utilità. Pensiamo ad esempio alle situazioni di insuccesso inaspettato: in questi casi, la capacità di attribuire le colpe a fonti esterne, e non esclusivamente a se stessi, può essere un mezzo che, a breve termine, permette di attenuare l'impatto con l'esperienza negativa. In ogni caso, è importante sottolineare che questo tipo di difesa è funzionale se presa a piccole dosi: infatti, se venisse utilizzata costantemente, potrebbe condurre ad una sorta di abitudine, in virtù della quale il

soggetto potrebbe rimanere in una situazione di passività, piuttosto che mettere in atto soluzioni comportamentali in grado di modificare la situazione negativa che si trova ad affrontare.

Pensiamo a quelle situazioni in cui l'individuo non può oggettivamente intervenire per mutare e migliorare il corso degli eventi: in questi casi, accettare la situazione così come si presenta e farsene una ragione, pensando anche che sia colpa del destino o di persone potenti, è funzionale al benessere dell'individuo: infatti, in questo modo la persona smette di arrovellarsi cercando di cambiare una situazione che non può essere modificata, e può impiegare le sue energie per attrezzarsi nell'affrontarla nei migliore dei modi. E' importante ribadire: non esistono soggetti che hanno esclusivamente un LOC esterno e soggetti che hanno esclusivamente un LOC interno. Un sistema di credenze equilibrato ed adattivo, cioè funzionale al benessere dell'individuo, deve poter comprendere, oltre agli aspetti più adattivi dell'internalità, anche aspetti propri di un orientamento più esterno. In base a quanto sostenuto da Lefcourt, esiste una relazione tra LOC e variabili fisiche come: benessere, salute e malattia.

4.2 L'influenza del LOC sulla gestione della malattia cronica

Il tipo di orientamento di LOC ha delle conseguenze anche sulla gestione della malattia cronica. In generale, chi possiede un orientamento di LOC interno presenta: una capacità maggiore di adattarsi alla malattia e di attivare quindi risorse di *doping* caratterizzate da attività, attenzione, vigilanza (Roesch e Weiner, 2001). Inoltre, ha una maggiore senso di autonomia e competenza (Ziegler, 1981). Un atteggiamento aperto e responsabile di questo tipo fa sì che il livello di comprensione della malattia sia migliore con effetti positivi sul controllo della malattia stessa (*self-care*), sull'efficacia del trattamento e sulla sfera psicologica del soggetto (Christensen et altri, 1991) che incorre meno nel rischio di sviluppare problemi psicologici. Anche una ricerca condotta con adulti epilettici da (Baker, 2002) evidenzia una correlazione positiva tra "*Health Related Quality of Life*" o HRQOL e LOC in adulti con epilessia. Chi, invece, presenta un LOC esterno manifesterebbe un atteggiamento di chiusura, di ritiro in sé stesso, con tendenza al fatalismo e alla rassegnazione che avrà ripercussioni negative sul controllo della malattia, l'efficacia del trattamento e la sfera psicologica con tendenza a sviluppare un senso di inadeguatezza (Matthews, 1982). Nel caso del diabete ad esempio, se si ha un luogo di controllo interiore, lo stato del proprio diabete è determinato dai propri comportamenti. Se una persona si controlla più spesso la

glicemia, queste informazioni saranno di aiuto (per esempio, per imparare gli andamenti glicemici, per adattare la quantità di insulina, per modificare le scelte alimentari o l'attività fisica). Se si ha un luogo di controllo esteriore, invece, lo stato del proprio diabete è determinato da forze esterne. Un eccesso di luogo di controllo esteriore si traduce spesso in nichilismo terapeutico, rabbia, depressione, ribellione, omissione dell'insulina, mancanza di controlli delle glicemie e/o dell'osservare gli appuntamenti medici di controllo, dato che, a giudizio del paziente, non vi è molto senso nel fare tutta quella fatica se non ne verranno benefici.

La conoscenza del LOC, in quanto struttura teorica per controllare il proprio comportamento, si rivela importante per migliorare il trattamento medico e tutelare la vita già a partire dal modo con cui le informazioni relative alla malattia vengono fornite. Infatti, a seconda dell'orientamento del LOC le informazioni vengono utilizzate dalle persone interessate in modo diverso: mentre gli interni sono maggiormente propensi a chiedere informazioni sulla procedura del trattamento in modo da diminuire la loro ansia, gli esterni non sembrano averne bisogno: troppe informazioni li rendono più ansiosi. Se lo scopo è di diminuire l'ansia nel paziente in modo che questi possa beneficiare della terapia, sarà importante sapere “quanta” informazione dare.

Infine, occorre riprendere alcune considerazioni fatte in precedenza per cui non bisogna sovrapporre il binomio “interno–esterno” con quello “buono-cattivo”. In primo luogo perché gli individui non sono mai completamente interni od esterni e in secondo luogo perché vi sono dei limiti tanto nell'internalità come nell'esternalità. Infatti, se un LOC interno è una buona garanzia nella gestione della malattia, un'eccessiva internalizzazione del soggetto nella gestione dei vari aspetti della vita può essere anche dannosa. L'eccessiva responsabilizzazione ad esempio potrebbe portare a un elevato senso di colpa e paralizzare le iniziative. In questo senso, la percezione del proprio essere protagonista degli eventi della vita dovrebbe ispirarsi ad un sistema di credenze equilibrato ed adattivo, cioè funzionale al benessere dell'individuo, deve poter comprendere, oltre agli aspetti più adattivi dell'internalità (ad esempio nella lesione della malattia), anche aspetti propri di un orientamento più esterno (alleggerire il senso di colpa).

4.3 L'influenza del tipo di malattia cronica sul LOC

Se il tipo di orientamento di LOC ha delle capacità predittive nei confronti dello stato di benessere generale dell'individuo oppure in relazione alla capacità di controllo della

malattia, è anche vero che lo stato di malattia può influenzare l'orientamento del LOC. In questo senso, uno degli aspetti approfonditi in questa ricerca è il rapporto tra orientamento interno o esterno di LOC e malattia cronica ad insorgenza giovanile. Al tal fine, sono state esaminate una serie di ricerche che hanno preso in considerazione il LOC e specifiche malattie croniche.

Per poter confrontare i risultati dei diversi studi, essi sono stati innanzitutto raggruppati in base al tipo di malattia cronica considerata. Pertanto, si evidenziano una serie di ricerche sul diabete risalenti agli anni '80; ricerche sulla colite ulcerosa e il morbo di Crohn (1980), le malattie psicosomatiche e croniche (1982), la malattia infiammatoria intestinale (1991); due studi sull'epilessia anch'essi degli anni '80; una ricerca sul tumore (1989) e una sulla la spina bifida (2006). Tali ricerche sono state raccolte all'interno di apposite tabelle riassuntive (vedi oltre nel testo) che specificano, oltre al tipo di malattia, il campione, i risultati emersi e le eventuali osservazioni, lo strumento utilizzato per rilevare il LOC. Riguardo a quest'ultimo elemento si evidenziano tre diversi test: 1) il test di Nowicki e Strickland (1973); 2) una versione tedesca formato Likert di tale test, ideata da Steinhausen per i suoi studi del 1980 e 1982. In questa versione, invece del formato di risposta "sì" o "no", il soggetto per ciascun item può esprimere il proprio grado di accordo o disaccordo; 3) la Multidimensional Measure of Children's Perception of Control o MMCPC (Connell, 1980). In base agli studi considerati e riassunti nelle seguenti tabelle, alcune osservazioni sono possibili in relazione a ciascun tipo di malattia cronica.

a) Le ricerche sul diabete

Le ricerche sul diabete, illustrate nelle tabelle riassuntive n°. 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, sono tutte condotte con lo stesso strumento: il test di Nowicki e Strickland. Questo fatto permette di procedere a dei confronti tra i quattro studi. La prima osservazione da fare è che il gruppo dei soggetti con epilessia non rivelerebbe un LOC dissimile da quello dei ragazzi sani di pari età. Questa nota ci viene dallo studio di Moffatt e Pless (Tabella n°4.2) ma anche da quello di Gross (Tabella n°4.3). Pertanto, il diabete, non sembrerebbe essere tra le malattie croniche che esternalizzano e portando i soggetti verso un senso fatalistico e rinunciatario. Anzi, il continuo sforzo di monitoraggio del loro stato di salute li porterebbe a divenire tendenzialmente interni, responsabili nella gestione della loro salute. La seconda considerazione è che se si relaziona il punteggio di LOC con il controllo della malattia e il genere, si ottengono spunti interessanti.

Infatti, sembrerebbe emergere (studio di Beatrix, Tabella n°.4.1) una differenza di genere tale per cui il LOC si fa più interno con l'età, ma in modo maggiore nelle ragazze. Inoltre, mentre effettivamente le ragazze con un cattivo controllo della malattia tendono ad essere maggiormente esterne e ad assumere un atteggiamento rinunciatario, tra i ragazzi quelli che evidenziano un cattivo controllo della malattia tendono ad essere più interni e a cercare quindi soluzioni per risolvere il loro problema. Questa differenza legata al genere rifletterebbe secondo gli autori la diversa risposta data dai maschi e dalle femmine di fronte allo stress per la malattia. Infine, un aspetto inquietante a mio avviso emergerebbe da un'ultima ricerca (Tabella n°.4.4) che associa un buon controllo del diabete ad un LOC tendenzialmente esterno da parte dei ragazzi che però vivono in una famiglia con impostazione rigida e che li segue costantemente. La gestione della malattia è delegata all'adulto, con buoni risultati dal punto di vista della salute, ma con il rischio di compromettere autonomia e indipendenza dei ragazzi stessi.

Tab. n°.4.1 La ricerca sul diabete di Beatrix del 1982

Ricerca 1	Beatrix A. (1982), <i>Relationship between behavioural factors and diabetics control children and adolescents</i> , "Psychosomatic Medicine", Vol 44 (4), pp. 321-339.		
tipo di malattia	211 soggetti diabetici insulino dipendenti		
strumento	NSLC		
età	5-19		
orientamento LOC		Maschi	Femmine
	5-8 anni	M= 20.8 , d.s.=4.1	M= 17.7 , d.s.=3.8
	9-11 anni	M= 17.6 , d.s.=3.9	M= 17.6 , d.s.=3.7
	12-14 anni	M= 12.0 , d.s.=4.5	M= 9.3 , d.s.=3.7
	15-19 anni	M= 13.0 , d.s.=5.3	M= 9.0 , d.s.=1.4
osservazioni	<i>Ci sono differenze legate all'età e al genere. I bambini tendendo a divenire maggiormente interni con l'età e le ragazze tendono con il tempo a divenire maggiormente interne rispetto ai ragazzi. Come viene evidenziato, il dato è rilevante perché in altri studi o non è emersa alcuna differenza di genere oppure i ragazzi sono risultati più interni delle ragazze.</i>		

Tab. n° .4.2 La ricerca sul diabete Moffatt e Pless del 1983

Ricerca 2	Moffatt, M.E., Pless, I.B. (1983), <i>Locus of control in juvenile diabetic campers: changes during camp, and relationship to camp staff assessments</i> , "Journal of Pediatrics", 103(1), pp. 146-50.	
tipo di malattia	156 soggetti diabetici che hanno frequentato un campo per sviluppare capacità di controllo della malattia 95 soggetti diabetici che, al campo, sono stati seguiti da medici specialisti 30 soggetti diabetici che non hanno frequentato un campo (gruppo di controllo)	
strumento	NSLC	
età	9-14 anni	
orientamento LOC	Punteggio medio di LOC all'inizio del campo	Cambiamento nel punteggio medio di LOC
ragazzi diabetici al campo (135)	M= 14.8 (d.s.=0.4)	-1.0
ragazzi diabetici seguiti da specialisti al campo (95)	M= 14.0 (d.s.=0.5)	-1.3
ragazzi diabetici non al campo(30)	M= 13.5 (d.s.=0.7)	-0.2
Osservazioni	<i>I cambiamenti nel punteggio medio di LOC sono significativi per i bambini che hanno partecipato al campo ma non per i controlli. I cambiamenti nel punteggi medio di LOC sono maggiori nei ragazzi al campo seguiti da medici specialisti. Gli autori evidenziano che i valori di LOC nei vari gruppi sono simili a quelli rilevati per i soggetti sani di pari età. Il diabete, per l'alto grado di coinvolgimento nel controllo della malattia, tenderebbe ad internalizzare.</i>	

Tab.nr. 4.3. La ricerca sul diabete di Gross del 1985

Ricerca 3	Gross A. M., Delcher H.K., Snitzer J. (1985), <i>Personality variables and metabolic control in children with diabetes</i> , "The Journal of Genetic Psychology", 146(1), pp. 19-26.
tipo di malattia/e	37 soggetti diabetici insulino-dipendenti 30 soggetti sani
strumento	NSLC
età	9-12
orientamento LOC	Il punteggio medio di LOC nei bambini con diabete è sovrapponibile a quello dei bambini non diabetici ($t=1.5$, $p>0.055$)
osservazioni	<i>Dallo studio emergerebbe che un LOC interno o esterno non è relazionabile con un migliore o peggiore controllo della malattia.</i>

Tab. n° 4.4 La ricerca sul diabete di Evans del 1987

Ricerca 4	Evans C. L. (1987), <i>The relationship between diabetic control and individual and family characteristics</i> , "Journal of psychosomatic research", vol. 31(3), 187, pp. 367-374.
tipo di malattia/e	38 soggetti con diabete
strumento	NSLC
età	10-17
orientamento LOC	punteggi di LOC moderatamente esterni
osservazioni	<i>Un buon controllo del diabete si associa ad un LOC tendenzialmente esterno, a una famiglia con impostazione rigida. Rischio di compromettere autonomia/ indipendenza dei figli.</i>

b) Le ricerche sulle malattie psicosomatiche e croniche

Dalla ricerca di Steinhausen (tabella n°.4.6) emerge che quando la malattia cronica ha una certa gravità (fibrosi cistica, morbo di Crohn, colite ulcerosa), vi è una maggiore tendenza verso punteggi interni. Nel caso dell'asma bronchiale pertanto i pazienti presenterebbero livelli di internalità minori rispetto agli altri gruppi esaminati poiché si sentirebbero colpiti dalla malattia ma in modo minore. I dati della ricerca del 1980 (tabella nr. 4.5) confermerebbero questa tendenza, con i soggetti malati di morbo di Crohn più interno rispetto al gruppi dei controlli sani. Questi risultati non vengono confermati dallo studio di Engstrom che rileva una tendenza ad esternalizzare per i soggetti con IBD (tabella n°.4.7).

Tab. n° 4.5 La ricerca sulla colite ulcerosa e morbo di Crohn del 1980

Ricerca 5	Steinhausen, H.C. (1980), " <i>Comparative studies of ulcerative colitis and Crohn's disease in children and adolescents</i> ", Journal Of Child Psychology and Psychiatry, vol 23(1), pp 33-42
tipo di malattia	10 soggetti con morbo di Crohn 7 colite ulcerosa 17 sani
tipo di test sul LOC	NSLC nella versione tedesca
età	4-14
orientamento LOC	I soggetti con morbo di Crohn presentano un LOC più interno dei controllo sani.
osservazioni	<i>Il morbo di Crohn tende ad internalizzare</i>

Tab. n° 4.6 La ricerca sulle malattie psicosomatiche e croniche del 1982

Ricerca 6	Steinhausen, H.C. (1982), " <i>Locus of control among psychosomatically and chronically ill children and adolescents</i> ", Journal of Abnormal Child Psychology, vol. 10(4), pp. 609-615.
tipo di malattia/e	43 soggetti con malattie psicosomatiche (asma bronchiale, colite ulcerosa) 46 soggetti con malattie croniche (fibrosi cistica e Crohn's disease) 53 sani
tipo di test sul LOC	NSLC nella versione tedesca formato Likert
età	4-14
orientamento LOC	Tutti i gruppi, tranne asma bronchiale, hanno rivelato un LOC più interno rispetto ai sani.
osservazioni	<i>Le malattie croniche severe in cui il soggetto percepisce la possibilità di un controllo sulla malattia stessa per un maggiore benessere, portano a sviluppare un LOC tendenzialmente più interno.</i>

Tab. n° 4.7 La ricerca sulla malattia infiammatoria intestinale del 1991

Ricerca 7	Ingemar Engstrom, M.D. (1991), <i>Family interaction and locus of control in children and adolescents with inflammatory bowel disease</i> , "Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry", vol 30(6), pp. 913-920.
tipo di malattia/e	20 soggetti con Inflammatory Bowel Disease (IBD) 20 soggetti con diabete 20 soggetti sani
tipo di test LOC	NSLC
età	7-18
orientamento LOC	LOC medio per IBD: 17.3 (d.s.=4.5) LOC medio per diabete: 12.0 (d.s.=5.1) LOC medio per i controlli sani: 11.4 (d.s.=2.9)
<i>osservazioni</i>	<i>20 soggetti con Inflammatory Bowel Disease presentano un LOC più esterno rispetto ai 2 ulteriori gruppi. Questa malattia, dalla evoluzione incerta, crea la percezione da parte del soggetto di non poter controllare la propria vita.</i>

c) Le ricerche sull'epilessia

Le ricerche sull'epilessia (Tabelle n° 4.8, 4.9) indicano chiaramente che questa malattia porterebbe a sviluppare un LOC decisamente esterno con conseguente sviluppo di un senso di fatalismo e di impotenza appresa. Tutto ciò non può che influire negativamente sulla buona adesione alla terapia e sulla generale qualità della vita del bambino/ragazzo colpito da questa malattia.

Tab. n° 4.8 La ricerca sull'epilessia di Mattheus e Barabas del 1982

Ricerca 8	Mattheus WS, Barabas G, Ferrari M. (1982), "Emotional concomitants of childhood epilepsy", <i>Epilepsia</i> , 23 (6), pp. 671-81.
tipo di malattia/e	15 epilettici idiopatici esclusi ritardi mentali e patologie associate 15 diabetici (diabete mellito) 15 sani
strumento	Multidimensional Measure of Children's Perception of Control (MMCP) di Connell 1980
età	7-12 anni
orientamento LOC	I bambini con epilessia tendono ad attribuire persino i loro successi a fonti non identificate (<i>unknown sources</i>) e ciò in misura maggiore rispetto ai coetanei diabetici e sani

Tab. n° 4.9 La ricerca sull'epilessia di Sally e Correa del 1987

Ricerca 9	Sally, Correa (1987), <i>Locus of control in children with epilepsy</i> , "Psychological reports", Vol. 60 (1), pp. 9-10.
tipo di malattia/e	13 bambini con epilessia (assenze, crisi di tipo tonico-clonico, epilessia parziale complessa) 7 ricevono un programma di "health education on epilepsy" 6 costituiscono il gruppo di controllo
strumento	NSLC
età	9-13
orientamento LOC	Valori di LOC riferiti per i 13 soggetti: M=16.15 con sd=3.29.
<i>osservazioni</i>	<i>L'incremento delle informazioni sulla malattia nel gruppo dei 7 soggetti, non ha portato il LOC verso l'internalità. Ciò è forse dovuto alla esiguità del gruppo. In questa ricerca, il punteggio medio di LOC nei ragazzi epilettici è più esterno rispetto a quello dei ragazzi con diabete della precedente ricerca. L'epilessia tende ad esternalizzare.</i>

d) La ricerca sul tumore

L'esperienza di essere sopravvissuti al tumore ha l'effetto di esternalizzare il LOC in misura tanto maggiore quanto più severe sono le conseguenze della malattia stessa sulla quotidianità del bambino (tabella n° 4.10).

Tab. n° 4.10 La ricerca sul tumore del 1989

Ricerca 10	Greenberg H.S. et altri (1989), <i>Psychologic functioning in 8-to-16- year-old cancer survivors and their parents</i> , "Journal of Pediatrics", 114: pp. 488-493.
tipo di malattia/e	138 bambini sopravvissuti al tumore 92 bambini sani
strumento	NSLC
età	(8-16 anni)
orientamento LOC	In generale, il gruppo dei bambini e ragazzi colpiti da tumore presenta un punteggio medio di LOC maggiormente esterno rispetto ai coetanei non malati. Punteggio di LOC medio per i bambini sopravvissuti al tumore= 13.6 , d.s. =5.2 Punteggio di LOC medio per i controlli sani= 10.6 , d.s. =4.6
<i>osservazioni</i>	<i>Il gruppi dei bambini e ragazzi sopravvissuto al tumore è stato suddiviso in 3 sottogruppi a seconda della gravità della loro situazione. Emerge chi presenta severe conseguenze successive alla malattia, con notevoli limitazioni nella gestione della vita quotidiana, rivela un LOC più esterno rispetto a chi che non ha subito conseguenze altrettanto severe.</i>

e) La ricerca sulla spina bifida

Questa ricerca non ha evidenziato particolari legami tra LOC esterno e una peggiore qualità di vita (tabella n° 4.11).

Tab. n° 4.11 La ricerca sulla spina bifida , 2006

Ricerca 11	Oddson B.E. (2006), <i>The role of pain in reduced quality of life and depressive symptomology in children with spina bifida</i> , "Clinical Journal of pain", 22 (9), pp. 784-9.
tipo di malattia/e	68 bambini affetti da spina bifida
strumento	NSLC
età	8-19
orientamento LOC	In base a quanto riportato, si evidenzia un trend che va verso forme di esternalità con $t=-1,98$ e $p=0.05$. Il livello di lesione e il punteggio di LOC non hanno una associazione lineare.
<i>osservazioni</i>	<i>I punteggi medi di LOC esterno non risultano associati a minore qualità della vita.</i>

La tavola sinottica nella pagina successiva (tab. n° 4.12) evidenzia e mette a confronto i dati delle ricerche. In particolare, osservando i risultati delle ricerche sembrerebbe che maggiore è la percezione da parte dell'individuo di poter controllare la malattia, maggiore sarà la tendenza a sviluppare un orientamento di LOC interno. Ad esempio, nella ricerca sul diabete di Moffat e Pless (1983), i ragazzi diabetici che hanno partecipato ad un campus e che sono stati seguiti da specialisti hanno presentato un punteggio medio di LoC esterno pari a 14.0 (d.s.=0.5). Tale punteggio viene giudicato non lontano da quello rilevabile nei soggetti sani di pari età in base alla letteratura. La malattia cronica in questione pertanto tenderebbe ad internalizzare più che ad esternalizzare. Quando, invece, la malattia è fuori dal controllo personale i punteggi di LOC sarebbero maggiormente esterni. Infatti, nella ricerca sui bambini sopravvissuti al tumore di Greenberg et altri (1989) i *cancer survivors*, presentano punteggi medi di LOC con la NSLC pari a 13.6 (d.s.=5.2), mentre per i controlli sani tali punteggi medi sono pari a 10.6 (d.s.=4.6). Lo stesso può dirsi per la ricerca di Sally e Correa sull'epilessia (1987): i ragazzi epilettici coinvolti hanno manifestato un punteggio medio di LOC in base alla NSLC che è pari a 16.15, con d.s.=3.29. La malattia in questione pertanto sembrerebbe esternalizzare il LOC. Anche la malattia infiammatoria

intestinale (IBD) implica la tendenza ad un LOC esterno. Nel caso della ricerca di Engstrom su tale malattia, infatti, i soggetti che ne sono colpiti presentano un punteggio medio di LoC pari a 17.3 (d.s=4.5). Tale punteggio è molto più esterno rispetto ai due ulteriori gruppi esaminati nella stessa ricerca: un gruppo di soggetti con diabete, che ha presentato un punteggio medio di 12.0 (d.s=5.1) e un gruppo di controllo composto da soggetti sani con punteggio medio di LoC di 11.4 (d.s=2.9).

Tab. n°.4.12 Tavola sinottica delle ricerche su malattie croniche in età evolutiva e LOC

Ricerca	Malattia	strumento			Età	Orientamento di LOC		Osservazioni
		NSLS ⁶	NSLS Likert ⁷	MMCP ⁸				
1	Diabete	●			5-19	Maschi M=20.8 (4.1) M=17.6(3.9) M=12.0 (4.5) M=13.0 (5.3)	Femmine M=17.7 (3.8) M=17.6 (3.7) M=9.3 (3.7) M=9.0 (1.4)	<i>Ci sono differenze legate all'età e al genere. Ragazzi e ragazze tendendo a divenire maggiormente interni con l'età, con le ragazze maggiormente interne.</i>
2	Diabete	●			9-14	1.Ragazzi diabetici al campo inizio campo: M=14.8 (0.4) conclusione campo : -1.0 2.Ragazzi diabetici seguiti da specialisti al campo inizio campo: M=14.0 (0.5) conclusione campo: -1.3 3.Ragazzi diabetici non al campo inizio campo: M=13.5 (0.7) conclusione campo: -0.2		<i>I cambiamenti nel punteggio medio di LOC sono significativi per i bambini che hanno partecipato al campo e che sono stati seguiti da specialista, ma non per i controlli. Gli autori evidenziano che i valori di LOC nei vari gruppi sono simili a quelli rilevati per i soggetti sani di pari età.</i>
3	Diabete	●			9-12	Il punteggio medio di LOC nei bambini con diabete è sovrapponibile a quello dei bambini non diabetici (t=1.5, p>0.055).		<i>Dallo studio emergerebbe anche che un LOC interno o esterno non è relazionabile con un migliore o peggiore controllo della malattia.</i>
4	Diabete	●			10-17	Punteggi di LOC moderatamente esterni nel gruppo dei soggetti con diabete.		<i>Un buon controllo del diabete si assocerebbe ad un LOC esterno, ad una famiglia con impostazione rigida, con il rischio però di compromettere autonomia e indipendenza dei figli.</i>
5	Colite ulcerosa/ morbo di Crohn		●		4-14	I soggetti con morbo di Crohn presentano un LOC più interno rispetto al gruppo dei sani.		<i>Il morbo di Crohn tende ad internalizzare</i>
6	Asma bronchiale/ colite ulcerosa/ fibrosi cistica/ morbo di Crohn		●		4-14	Tutti i gruppi clinici, tranne asma bronchiale, hanno rivelato un LOC più interno rispetto ai sani.		<i>Le malattie croniche severe in cui il soggetto percepisce la possibilità di un controllo sulla malattia stessa, portano a sviluppare un LOC tendenzialmente più interno.</i>
7	IBD (Malattia infiammatoria intestinale)	●			7-18	LOC IBD: M=17.3 (4.5) LOC diabete: M=12.0 (5.1) LOC sani: M=11.4 (2.9)		<i>I soggetti con IBD presentano un LOC più esterno rispetto ai 2 ulteriori gruppi. L'evoluzione incerta crea la percezione da parte del soggetto di non poter controllare la propria vita.</i>

⁶ NSLS=Nowicki and Strickland LOC Scale, 1973

⁷ NSLS Likert=Nowicki and Strickland LOC Scale, formato Likert

⁸ MMCP=Multidimensional Measure of Children's Perception of Control (Connell, 1980).

Ricerca	Malattia	strumento			Età	Orientamento di LOC	Osservazioni
		NSLS	NSLS Likert	MMCP			
8	Epilessia			●	7-12	I bambini con epilessia tendono ad attribuire persino i loro successi a fonti non identificate (<i>unknown sources</i>) e ciò in misura maggiore rispetto ai coetanei diabetici e sani	<i>I bambini con epilessia potrebbero facilmente sviluppare un senso di impotenza appreso.</i>
9	Epilessia	●			9-13	Valori di LOC per i 13 soggetti: M=16.15 (3.29)	<i>L'incremento delle informazioni sulla malattia nel gruppo dei 7 soggetti, non ha portato il LOC verso l'internalità. Ciò è forse dovuto alla esiguità del gruppo. Il punteggio medio di LOC nei ragazzi epilettici è tendente all'esternalità.</i>
10	Tumore	●			8-16	Il bambini colpiti da tumore presentano un punteggio di LOC (M=13.6 , d.s. di 5.2) maggiormente esterno rispetto ai coetanei non malati (M=10.6 , d.s. di 4.6).	<i>Il bambini sopravvissuti al sono stati suddivisi in 3 sottogruppi a seconda della gravità della loro situazione. Chi presenta severe conseguenze successive alla malattia, con notevoli limitazioni nella gestione della vita quotidiana, rivela un LOC più esterno rispetto a chi che non ha subito conseguenze altrettanto gravi.</i>
11	Spina bifida	●			8-19	Si evidenzia un trend che va verso forme di esternalità con $t=-1,98$ e $p=0.05$. Il livello di lesione e il punteggio di LOC non hanno una associazione lineare.	<i>I punteggi medi di LOC esterno non risultano associati a minore qualità della vita.</i>

La tabella seguente (tabella nr.4.13) riassume il confronto tra i dati delle ricerche condotte con il test di Nowicki e Strickland e permette una ulteriore osservazione. Tra le malattie considerate la maggiormente esternalizzante risulta essere la malattia infiammatoria intestinale o IBD. Segue l'epilessia. In entrambe le malattie il paziente in effetti può fare poco per controllare l'andamento della malattia. L'esternalità dei tre gruppi di ragazzi diabetici della ricerca 2 (Moffat e Pless) in realtà è apparente in quanto, come abbiamo già evidenziato, gli autori stessi nel loro articolo sostengono che tali punteggi non sono dissimili da quelli rilevati per i ragazzi sani di pari età all'epoca della ricerca.

Tab. n° 4.13 Punteggi medi di LOC con la NSLS in alcune ricerche su malattie croniche

Ricerca nr	NESSUNA MALATTIA	DIABETE	TUMORE	EPILESSIA	IBD
Ricerca 10	10.6 (4.6)		13.6 (5.2)		
Ricerca 7	11.4 (2.9)	12.2 (5.1)			17.3 (4.5)
Ricerca 2		Campo no 13.5 (0.7) Campo sì 14.8 (0.4) Campo e specialisti 14.0 (0.5)			
Ricerca 9				16.15 (3.29)	

In definitiva, sembra opportuno richiamare l'osservazione di uno studioso svedese, Ingemar Engstrom (1991) secondo il quale nell'ambito delle ricerche in pediatria, i bambini con malattie croniche tendono a sviluppare un LOC esterno. I casi in cui viene rilevato un LOC tendenzialmente interno è perché la malattia richiede un elevato grado di coinvolgimento personale nella gestione della stessa. In effetti, come osservato, mentre il gruppo dei diabetici svilupperebbe un LOC interno simile a quello dei soggetti sani, il gruppo dei ragazzi con malattia infiammatoria intestinale o IBD, con epilessia e con cancro, tenderebbero a sviluppare un LOC esterno.

4.4 Epilessia, tendenza ad un LOC esterno e psicopatologie

Numerose ricerche (Cummings, 1994; Blumer e Altshuler, 1997; Livneh e Antonak, 1997 in Baker, 2000) evidenziano il legame tra epilessia e un orientamento di controllo esterno. L'epilessia, infatti, è una malattia caratterizzata da una perdita del controllo (Matthews et altri, 1982). Un attacco epilettico può accadere ovunque, in qualunque momento e senza alcun preavviso. La paura di una improvvisa ed imprevedibile perdita di controllo e di conoscenza è la dimensione essenziale di questa malattia (Matthews e Barabas, 1981). Pertanto, avere l'epilessia porterebbe l'individuo che ne soffre a sviluppare un LOC esterno (Zeigler, 1982). I soggetti affetti da tale malattia sono sottoposti a crisi non controllabili, imprevedibili e croniche che impediscono di poter sperimentare una qualche forma di controllo sul proprio corpo (Uhlmann, 2002). Le persone con epilessia proprio a causa dell'impossibilità di controllare le proprie crisi, tenderebbero a sviluppare una "credenza fatalista" (Scambler, 1989), ossia una credenza in un controllo esterno (Baker, 2000). L'imprevedibilità della malattia influisce sulla convinzione che siano gli altri più potenti, il fato o la fortuna ad avere il controllo sulla vita del paziente più che il paziente stesso (Arnstorn, Droge, Norton e Murria, 1986; Matthews e Barabas, 1986; Ziegler, 1981 in Bennett, 1982). Comparata con altre malattie croniche, inoltre, l'epilessia è associata ad un maggiore LOC esterno (Matthews e Barabas, 1981). Wallston e De Villis (Wallston e De Villis, 1980 in Cull, 1997) riferiscono che un gruppo di pazienti epilettici di una loro ricerca si percepiva con un LOC molto meno interno rispetto ad un gruppo di pazienti senza epilessia. Krakow, Buhler e Haltenhof (Krakow, Buhler e Haltenhof, 1999) evidenziano un minore punteggio di internalità nei soggetti malati epilettici adulti non curabili ai quali non vengono attivate apposite risorse di *coping* (strategie attive, focalizzate sul problema).

”Un LOC esterno è stato ritenuto responsabile dello sviluppo di problemi psicologici nell’epilessia” (Gehlert, 1998). Già nella sua rassegna Lefcourt (Lefcourt, 1976) riportava come alcune ricerche correlassero la credenza in un LOC esterno con una maggiore predisposizione a sviluppare psicopatologie come la depressione. Studi condotti da vari autori (Bennett, 1992, Au, 2003) hanno trovato correlazioni statisticamente significative tra un LOC esterno e psicopatologie di tipo depressivo. Matthews e Barabas (Matthews e Barabas, 1981), correlarono la credenza in un LOC esterno – tipica dell’epilessia - con ansietà, bassa autostima, senso di impotenza appreso e aumentato rischio di suicidio.

Le ricerche sull’epilessia e orientamento di LOC esterno in età evolutiva

Anche ricerche (Sally e Correa, 1987; Artega, 1999) condotte sull’epilessia infantile evidenziano come la malattia si associ ad un orientamento del controllo esterno e come essa possa interferire con il regolare sviluppo psico-sociale del bambino. I bambini con epilessia, infatti, ritengono di avere scarso controllo sul proprio comportamento (DeVillis, DeVillis, Wallston e Wallston, 1980 in Schwan, 1999). Il verificarsi delle crisi è inevitabile e "avviene indipendentemente da ciò che essi fanno" (Matthews e Barabas, 1980). In particolare, a sostegno della loro tesi, Matthews e Barabas (Matthews e Barabas 1986 in Baker, 2000), dimostrarono che bambini con epilessia posseggono un orientamento di LOC più esterno rispetto ai bambini con diabete mellito. L’esternalità di chi soffre di epilessia viene sviluppata o mantenuta da vari fattori (Cull, 1997), tra cui: atteggiamento dei genitori (stile parentale), gravità e frequenza delle crisi, percezione che il paziente ha di sé, percezione che ha della malattia.

LOC esterno e disturbi del comportamento/psicopatologie in età evolutiva

“Un bambino con epilessia è soggetto ad attacchi ricorrenti con una frequenza imprevedibile, la quale compromette il senso soggettivo del controllo nel bambino. Le relazioni interpersonali vengono complicate perché le altre persone [attorno al bambino] sono costrette ad assumere il controllo, di solito con interventi iperprotettivi. L’uso quotidiano di medicinali richiama costantemente la mancanza di controllo e il senso di dipendenza” (Sally e Correa, 1987). Un LOC esterno in bambini con epilessia - che costantemente percepiscono una sensazione di mancanza di controllo sul proprio corpo - viene associato a disturbi di comportamento e psicopatologie e quindi è considerato in un fattore di rischio. I bambini con epilessia sono in particolar modo a rischio nello

sviluppare scarsa autostima, isolamento sociale, e problemi di comportamento (Austin, 1996, 2003).

Come sostiene Artegas (1999), l'epilessia infantile non è solo identificabile nell'episodio di crisi, ma ha delle rilevanti ripercussioni a livello cognitivo e nel comportamento, ripercussioni che possono essere anche più pesanti della malattia stessa. E' per questa ragione che il trattamento e la diagnosi non si dovrebbero limitare agli episodi di crisi, ma dovrebbero anche garantire una qualità di vita del minore che soffre di questa malattia, avendo particolare riguardo ai vari problemi psicologici che ne derivano, quindi a come il minore vive la sua infermità. I bambini con epilessia, infatti, presenterebbero spesso:

- una immagine di sé e una autostima molto inferiore rispetto ai soggetti sani o a soggetti con altre malattie croniche come il diabete (Mattheus, 1982;)
- un LOC esterno associabile a disturbi del comportamento (Matthews,1981; Austin, 2003) e di attenzione e quindi dell'apprendimento;
- una minore motivazione a relazionarsi con i pari e a formare amicizie (Matthews,1981)
- sentimenti di impotenza e sfiducia (Bennet e Krein, 1989 in Schwean, 1999; DeVillis, 1980)
- ansia e paura (Gillberg, 2006) anche nel momento del sonno,
- difficoltà ad accettare il proprio stato (vergogna)/sentimenti negativi verso la malattia (Crepaldi, 2002) anche a causa delle stigmatizzazione cui la malattia è soggetta per cui l'epilettico sarebbe uno che ha problemi di ritardo mentale;
- problemi di comunicazione all'interno della famiglia;
- possibile sviluppo di psicopatologie di tipo depressivo, specie in età adolescenziale (Torta, 1999; Andelman, 2000).

Vari studiosi (Hermann e Whiteman, 1992 in Brown, 2003; Dunn et altri, 1999) hanno, infatti, evidenziato una relazione tra un LOC esterno, cui si accompagnano atteggiamenti negativi nei confronti della malattia e problemi di comunicazione all'interno della famiglia, e la depressione in adolescenti con epilessia. I fattori che secondo Artegas (1999) incidono nell'elevato tasso di depressione tra i minori con epilessia sono proprio il LOC esterno e la mancanza di elaborazione del dolore. L'elaborazione del dolore passa fasi che Artegas (Artegas 1999) individua in: rappresentazione mentale, negazione, ira, depressione, negoziazione, accettazione, rassegnazione. Il superamento di ciascuna fase di questo percorso è di fondamentale

importanza affinché il soggetto possa convivere positivamente con la sua malattia. Spesso la situazione di negazione della malattia causa l'interruzione del trattamento con la conseguente ricomparsa delle crisi e un peggioramento della situazione in chi ne soffre. Il processo di assunzione di responsabilità nella gestione della malattia implica l'accettazione e la conoscenza della stessa. E non è raro che un bambino con epilessia ad esordio infantile arrivi all'adolescenza senza aver pienamente compreso il significato della sua infermità. In questo modo, è facile che la fase negazione-ira si cronicizzi e il processo di elaborazione del dolore non giunga a compimento. In altri casi, può essere che l'adolescente rinunci a crescere, bloccando il processo conflitto e maturazione proprio dell'adolescenza senza giungere l'accettazione della malattia stessa. Un LOC interno, invece, predirebbe un atteggiamento positivo nei confronti della malattia, una elevata autostima e buone relazioni sociali (Brown, Lambert et altri, 2000; Burlew, Telfair, Colangelo e Wright, 2000 in Brown, 2003)

4.5 Cambiamenti nell'orientamento del controllo

Come già osserva Lefcourt nei suoi tre volumi dedicati agli studi sul LOC, il fine ultimo delle scale volte a misurare l'orientamento del controllo è quello di migliorare la qualità della vita dei soggetti inducendo una modificazione del controllo stesso, ossia portandolo verso misure maggiormente interne nel caso di punteggi che tendono all'esternalità. In questo senso, alcuni tentativi hanno cercato di rendere l'ambiente più stimolante e migliorando le condizioni di vita; altri, invece, hanno focalizzato l'attenzione sul benessere fisico (sviluppare più abilità) per favore dell'internalità. Infine, diversi studi hanno lavorato, non sempre con successo, al tentativo di modificare l'esternalità in soggetti in età evolutiva attraverso programmi (progetto di terapia del relax, progetto di tutela della salute, progetto sul rapporto azioni e conseguenze) che lavoravano sul comportamento. L'utilizzo di programmi basati sul comportamento è di utilità per bambini e ragazzi in quanto è più facile – rispetto all'adulto- cambiare l'orientamento del controllo, una *generalized expectancy* frutto delle esperienze vissute quotidianamente.

In ogni caso, il cambiamento indotto deve partire dai soggetti interessati. Lefcourt ricorda, infatti, che il cambiamento riguarda le persone le quali devono essere sorrette da abilità ed entusiasmo. Per questa ragione, al fine di un miglioramento nella qualità della vita, occorre puntare su aspetti quali il senso di efficacia (*self-efficacy*) e

l'affettività positiva (vs affettività negativa) ossia gli stati interiori e le emozioni positive (Gramstad, 2001), al fine di favorire adeguate risorse di *coping* (Roesch, 2001) nel soggetto affetto da epilessia.

Per i soggetti in età evolutiva, in particolare, è fondamentale sviluppare un senso di responsabilizzazione nella gestione della malattia. Alcuni ricercatori hanno ritenuto di poter ottenere questo effetto attraverso la divulgazione di una adeguata conoscenza e comprensione del significato della malattia stessa. La ricerca di Sally e Correa (Sally e Correa, 1987) sul LOC nel bambino malato epilettico cronico si è mossa in questa direzione, anche se senza ottenere un grande successo. I due ricercatori hanno tentato di variare l'orientamento del controllo dei soggetti epilettici, spostandolo da forme maggiormente esterne a forme più interne, attraverso un aumento delle conoscenze e della comprensione della epilessia da parte dei bambini interessati. Il tentativo non aver prodotto risultati rilevanti forse a causa dell'esiguo numero dei casi esaminati.

PARTE SECONDA

DUE INDAGINI
IN AMBITO OSPEDALIERO
E
SCOLASTICO

INTRODUZIONE ALLE DUE INDAGINI

L'epilessia è una malattia neurologica cronica che implica una serie notevoli di limitazioni e di ripercussioni nella vita del soggetto che ne è affetto, specie quando l'esordio è infantile o giovanile. È evidente che essa è un elemento determinante nella *qualità della vita* di chi ne soffre. Per questo è importante che il bambino con l'epilessia, anche se le medicine non riescono a far scomparire del tutto le crisi, continui la sua vita: prosegua i suoi studi con l'attenta e fiduciosa guida degli insegnanti, continui a giocare e a praticare sport, abbia una alimentazione completa ed apprenda regole del vivere civile come tutti i suoi coetanei.

Secondo alcuni autori (Calman in Aronson e Beckman, 1987), il concetto di *qualità della vita*, fa riferimento alla percezione soggettiva di uno stato di benessere (“*wellbeing*”), soddisfazione (“*satisfaction*”), felicità (“*happyness*”) e, quindi, andrebbe misurato solo in termini individuali. In particolare, esso dipenderebbe dalle esperienze passate e dalle speranze future, elementi questi che ne costituirebbero la componente principale. Pertanto, ponendosi in un'ottica che coglie la sempre maggiore influenza riconosciuta a fattori psicologici nella determinazione della qualità di vita (Au, 2002), diviene più che mai rilevante il legame tra la qualità della vita stessa e il costrutto psicologico dello “*Internal and External Locus of Control*” (I-E LOC) elaborato da Rotter nel 1966, nell'ambito della teoria dell'apprendimento sociale. Secondo Rotter, un orientamento di LOC interno indica un'interpretazione soggettiva della successione azione-effetti non accidentale, bensì dipendente dal proprio comportamento. Un orientamento di LOC esterno indica, invece, che il soggetto attribuisce la successione comportamento - risultati al caso e non la ritiene dipendente da sé. Pertanto, è proprio la localizzazione - interna od esterna - del controllo a indicarci se un soggetto possieda o meno la convinzione di poter controllare e gestire con coinvolgimento diretto e personale gli eventi della vita propria.

Nell'ambito della Psicologia della Salute tale costrutto è, a tutti gli effetti, uno strumento ancora oggi utilizzato per valutare la qualità della vita in pazienti affetti da varie patologie (come ed esempio epilessia, tumore, diabete, obesità, Aids) in quanto queste differenti convinzioni hanno conseguenze dirette sulla gestione dello stato di malattia ed in primis sulla adesione al trattamento/cura prevista. Infatti, mentre un orientamento di LOC interno è considerato un buon predittore dell'efficacia del

trattamento/cura in soggetti con malattie croniche, un orientamento di LOC esterno implicherebbe una maggiore propensione verso atteggiamenti fatalisti e rinunciatari, dannosi all'efficacia di una terapia o cura che deve essere seguita con costanza.

Palenzuela (Palenzuela, 1984) sostiene che lo sviluppo del concetto originariamente elaborato da Rotter ha subito numerose rielaborazioni tra le quali vanno ricordati i tentativi, posti in essere da vari studiosi, come ad esempio Weiner, di integrare il costrutto psicologico del LOC con le "attribuzioni", ossia quei processi attraverso i quali gli individui interpretano le cause degli eventi, delle azioni e dei fatti che si verificano nel loro ambiente (Kelly, 1967). L'attribuzione è quindi una spiegazione causale su determinati fenomeni, eventi o comportamenti. Si tratta di "teorie ingenuè" (Heider, 1958) che ciascuno di noi si costruisce nel tentativo di dare un senso alla realtà e renderla più comprensibile.

Weiner, nel 1979, individua nelle attribuzioni tre dimensioni separate: il LOC (interno vs esterno); la stabilità (stabilità vs instabilità); la controllabilità (controllabilità vs incontrollabilità). Egli sostiene che le aspettative interne si possono riferire ad elementi percepiti come stabili nel tempo (es.: le abilità) o variabili (es.: lo sforzo). Anche le aspettative esterne possono riguardare elementi permanenti (es.: la difficoltà del compito) o variabili (es.: la fortuna). Inoltre, afferma che l'ascrizione del fallimento a cause stabili (mancanza di abilità o difficoltà del compito) diminuisce le successive aspettative per il successo. L'attribuzione del fallimento a cause interne (mancanza di abilità o di sforzo) rende massimi gli effetti negativi legati alla stima, seguenti il risultato. Il successo attribuito a cause stabili aumenta le aspettative seguenti per il successo futuro più di quanto succeda facendo attribuzioni a fattori variabili (es.: fortuna) e i sentimenti legati alla stima seguente il successo (orgoglio) sono massimizzati quando si fa un'attribuzione interna.

In questa indagine si è voluto approfondire l'aspetto della qualità della vita in soggetti con epilessia facendo riferimento al costrutto rotteriano e alla evoluzione-fusione weineriana di tale concetto in quello di stile attributivo. In particolare, proprio attraverso un approfondimento del LOC e degli stili di attribuzione, si è voluto comprendere come viva e come si viva un ragazzo con epilessia, quale rappresentazione egli ha di se stesso. Infatti, la qualità della vita dipende anche dalla positività di tale rappresentazione di sé.

Questa ricerca non riguarda solo il contesto ospedaliero, dove si è lavorato con bambini e ragazzi con epilessia, ma coinvolge anche il contesto scolastico. La decisione di

approfondire l'aspetto della qualità della vita in soggetti con epilessia considerando anche l'ambito scolastico è conseguenza del fatto che la scuola è il primo e vero luogo di confronto di ogni soggetto in età evolutiva. Per questa ragione, si è ritenuto importante conoscere il contesto in cui il bambino e il ragazzo con epilessia vive e si rapporta quotidianamente. La rappresentazione che il soggetto epilettico ha di sé non può prescindere dal modo in cui egli viene vissuto dall'ambiente scolastico in cui è inserito, dalla percezione di essere accettato al pari degli altri o di essere invece ritenuto un diverso.

In particolare, *in ambito ospedaliero* si è inteso indagare se il soggetto epilettico viva se stesso come un soggetto protagonista degli eventi della propria esistenza (LOC interno) o piuttosto come un individuo più facilmente in balia di eventi al di fuori del controllo personale proprio per la particolare situazione che si trova a vivere (LOC esterno). L'orientamento del LOC nei soggetti con epilessia è stato indagato anche da una prospettiva multidimensionale che non si limita a evidenziare un orientamento interno versus uno esterno ipotizzando un continuum tra internalità ed esternalità, ma che, tenendo in considerazione le diverse determinanti della internalità (“abilità” e “impegno”) e della esternalità (“contesto” e “fortuna”) individuate da Weiner, è in grado di cogliere le sfumature dei meccanismi individuali di funzionamento del LOC nelle diverse situazioni di successo ed insuccesso. La teoria dei determinanti di Weiner viene quindi ripresa in una serie di attività proposte a un gruppo di ragazzi epilettici seguiti in ambito ospedaliero, per approfondire il loro stile attributivo (Ravazzolo, De Beni, Moè, 2005) ossia per verificare se - data l'imprevedibilità e incontrollabilità della loro particolare condizione - possano essere portati a spiegare gli eventi affidandosi di più alla “fortuna” o al “contesto” (elementi che costituiscono un LOC interno) piuttosto che alla personale “abilità” e all’ “impegno” (elementi che costituiscono un LOC esterno).

La finalità ultima di tutto questo percorso in ambito ospedaliero è stata quella di giungere alla delineazione di alcuni organizzatori didattico-metodologici, funzionali alla predisposizione di eventuali percorsi successivi che possano supportare i bambini e i ragazzi con epilessia, potenziando una rappresentazione di sé positiva che li aiuti ad uscire indenni dal confronto con un contesto sociale che ancora oggi mantiene e diffonde molti e inutili pregiudizi su questa malattia. Il senso di tali organizzatori è quello di indurre stili attribuzionali, modalità di interpretare gli accadimenti della propria esistenza, siano essi positivi o negativi, in modo maggiormente adattivo ossia

che aiutino il soggetto a convivere con il proprio problema. Si tratta di stili che devono essere sufficientemente flessibili da valorizzare il legame tra conseguimento di risultati e impegno/sforzo (e abilità personali) e il riconoscimento che non sempre tutto ricade sotto il controllo individuale.

Un tale stile può essere appreso attraverso appositi percorsi che prendano avvio proprio dal tipo di orientamento di controllo personale prevalente. Ad esempio, un soggetto esterno potrebbe essere maggiormente rispondente ad un percorso di tipo direttivo, un interno ad uno non direttivo. In questo modo, ai soggetti viene offerta la possibilità di un cambiamento a partire dalla identificazione di comportamenti poco adattivi o problematici nello spiegare successi ed insuccessi personali e evidenziando il ruolo che la persona ha nel mantenere tali comportamenti.

I percorsi di potenziamento della rappresentazione di sé dovranno tenere conto anche delle indicazioni emerse dai ragazzi delle scuole riguardo alle loro opinioni, spesso inficiate da pregiudizi, sulla malattia e sul malato epilettico. Per quanto riguarda l'*ambito scolastico*, infatti, si sono approfondite le teorie attribuzionali sull'epilessia ossia i sistemi di spiegazione ed interpretazione della *malattia*, che i soggetti che compongono questo contesto si costruiscono per far fronte ad un fenomeno che ancora oggi, nonostante i progressi della scienza e della medicina in questo campo, suscita incontrollabili paure. In questo lavoro, inoltre, si sono approfondite anche le teorie attribuzionali sul *malato* epilettico ossia i sistemi di spiegazione ed interpretazione del comportamento nel soggetto con epilessia diffuse tra i coetanei della scuola. In particolare, si è inteso indagare come il soggetto epilettico venga percepito dai coetanei nel contesto della scuola: un ragazzo come loro oppure diverso a causa della malattia con cui deve convivere. A tal fine è stato studiato l'orientamento del LOC negli studenti di alcune scuole a partire dalle classi elementari fino al ginnasio, e si è analizzata la proiezione dell'orientamento di LOC fatta dagli studenti stessi nei confronti di un ipotetico coetaneo con epilessia. Ne è scaturito un interessante confronto tra il LOC personale degli studenti delle scuole e il LOC da loro attribuito ai soggetti con epilessia. Questo dato è a sua volta paragonabile con gli effettivi punteggi dell'orientamento di LOC emersi nel gruppo dei soggetti epilettici. Da entrambi questi approfondimenti sulla malattia ed il malato emergono delle indicazioni che potrebbero essere utilizzate come organizzatori didattico-metodologici funzionali alla attuazione di percorsi educativi in ambito scolastico volti a sensibilizzare i ragazzi ad una comprensione corretta del mondo dell'epilessia e del malato.

In conclusione, la qualità della vita nel soggetto epilettico è stata indagata dal punto di vista del soggetto che ne soffre e dal punto di vista del contesto e delle sue teorie esplicative in relazione alla malattia e al malato. Da questo studio emerge, quindi, un interessante confronto-scontro di prospettive tra bambini e i ragazzi delle scuole di Trieste, che fungono da osservatorio sulla malattia e il malato, e bambini e i ragazzi che vivono in prima persona la malattia.

CAPITOLO 5

L'INDAGINE CON UN GRUPPO DI SOGGETTI EPILETTICI SEGUITI DA UNA STRUTTURA OSPEDALIERA

Introduzione

In ambito ospedaliero, è stata condotta un'indagine che ha approfondito la rappresentazione di sé del soggetto epilettico, ossia ha cercato di capire meglio come viva se stesso chi soffre di epilessia, quale percezione abbia di sé e della propria capacità di incidere sulla realtà (LOC interno) o di sentirsi in balia degli eventi (LOC esterno). In particolare, questa indagine ha permesso di approfondire la localizzazione del controllo interno/esterno in soggetti epilettici idiopatici sia attraverso una prospettiva unidimensionale di derivazione rotteriana, che attraverso una prospettiva multidimensionale che recupera la teoria dei determinanti di Weiner ("abilità", "impegno", "contesto", "fortuna"). Dal punto di vista dei soggetti coinvolti nell'indagine, questo approfondimento sul LOC personale ha avuto una funzione riflessiva/metacognitiva, che stimolando riflessioni sul modo individuale di spiegare le cause dei successi e degli insuccessi (analisi delle teorie attribuzionali), potrebbe rendere i soggetti coinvolti maggiormente consapevoli su questo aspetto e avviarli alla promozione di uno stile attributivo motivazionale maggiormente funzionale alla riuscita nella vita in genere, uno stile che sappia conciliare con consapevole senso di realismo l'importanza di elementi interni quali "abilità" e "impegno" personale con fattori esterni come la "fortuna" o le circostanze del "contesto".

5.1 Gli obiettivi

Il percorso cui bambini e ragazzi sono stati invitati non aveva finalità cliniche/terapeutiche, ossia non si voleva parlare della malattia e dei suoi problemi, ma veniva presentato come un *guardarsi allo specchio*, un momento di riflessione che ciascuno dei partecipanti dedicava a sé stesso e alle proprie modalità di rapportarsi con gli altri nella quotidianità, attraverso una serie di attività mirate. In particolare, gli obiettivi di questa indagine condotta in ambito ospedaliero si possono riassumere nei tre punti seguenti.

- 1) Verificare *il tipo di orientamento generale di LOC* in un gruppo di bambini e ragazzi con epilessia idiopatica non grave. Questa prima valutazione permetterebbe di capire se questa forma di epilessia internalizzi o esternalizzi il LOC di bambini e ragazzi che soffrono di questa malattia influenzandone conseguentemente la qualità di vita.
- 2) Identificare *i tipi di stili di attribuzione individuali* attraverso una analisi dei meccanismi di orientamento del LOC differenziata per le situazioni di successo e quelle di insuccesso. Questo secondo tipo di valutazione permetterebbe di identificare gli stili disfunzionali rispetto al benessere individuale come avviene nei casi di stili eccessivamente responsabilizzanti/colpevolizzanti, verso stili troppo deresponsabilizzanti/fatalistici oppure che indulgono pericolosamente in una attitudine rinunciataria o, ancora, che negano i personali fallimenti. A partire dalla consapevolezza dei limiti di ciascuno dei precedenti stili prenderebbero avvio percorsi di *cambiamento* verso uno *stile Adattivo* che consente di gestire la malattia con responsabilità e coinvolgimento prevenendo dai rischi di un eccesso di internalità (colpavolazione, paralisi dell'azione).
- 3) Individuare alcuni *organizzatori didattico-metodologici funzionali alla predisposizione* di tali percorsi di cambiamento *ad personam* atti a potenziare in soggetti epilettici non gravi una rappresentazione di sé positiva che faciliti la convivenza con la propria malattia e una migliore qualità di vita. Si tratta di costruire percorsi su misura che portino l'individuo verso uno stile Adattivo in grado di dosare con sapienza e senso di realismo l'internalità e l'esternalità a seconda delle situazioni, garantendo uno stato di maggiore benessere.

5.2 Il campione

L'indagine condotta in ambito ospedaliero è stata proposta a 66 soggetti di età compresa tra i 9 e i 16 anni, affetti da epilessia idiopatica, escluse le forme gravi e/o accompagnate da ritardo mentale. La casistica è stata selezionata presso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. I casi sono stati individuati attraverso l'esame delle cartelle cliniche e i risultati dei test psicologici di QI. Le famiglie dei minori coinvolti sono state contattate telefonicamente e tramite una lettera in cui si chiarivano gli scopi della ricerca e si richiedeva l'interesse alla partecipazione. Delle 66 famiglie contattate solo 20 hanno accettato di partecipare al percorso di tre incontri proposto ai loro figli, firmando un consenso informato.

5.3 Strumenti e metodi

Il gruppo dei ragazzi seguiti in ambito ospedaliero è stato inviato a partecipare ad una serie di tre incontri, distanziati da quattro o cinque mesi. Ciascuna seduta è iniziata con *attività di riscaldamento* atte a creare un'atmosfera di maggiore confidenza con i singoli ragazzi e a instaurare un legame di collaborazione. Tali attività non sono pertanto state oggetto di valutazione. In occasione di questi incontri sono state somministrate due prove: a) il test unidimensionale di rilevazione del LOC (interno vs esterno) degli autori Nowicki e Strickland; b) una prova multidimensionale-multiattribuzionale appositamente ideata per l'Identificazione degli Stili di Attribuzione (prova I.S.A.).

a) Il test unidimensionale di rilevazione del LOC (interno vs esterno) degli autori Nowicki e Strickland

Il test di Nowicki-Strickland (1973) nella versione per ragazzi dai 9 ai 16 anni (allegato 1) è stato utilizzato per conoscere il tipo di orientamento (interno/esterno) di LOC nei soggetti con epilessia coinvolti. Questo strumento si presenta come un questionario individuale, da compilare in forma anonima, composto da quaranta domande (*items*) a cui rispondere “sì” o “no”. Ciascuna affermazione viene valutata in direzione esterna e a ogni risposta in tal senso viene attribuito un punto. Il punteggio massimo per le risposte esterne può giungere a 40. Le domande fanno riferimento all'impegno, al credere nella possibilità di modificare le cose, di far accadere ciò che si vuole, alla capacità di incidere sul comportamento proprio o altrui, alla fortuna e al senso di colpa. Alcuni esempi di items sono:

- Item 6: “*Credi che, studiando molto, si possa andare bene in tutte le materie?*”,
- Item 21: “*Pensi che se trovi un quadrifoglio, ti porterà fortuna?*”
- Item 40: “*Pensi sia meglio essere intelligenti piuttosto che fortunati?*”.

Riguardo alla modalità di somministrazione, ciascun *item* del test è stato letto e spiegato dall'intervistatore, mentre l'intervistato rispondeva sul questionario. Il test è stato somministrato due volte, all'inizio e alla conclusione dei tre incontri proposti ai ragazzi al fine di valutare la coerenza delle risposte date nel tempo (test/re-test).

Perché utilizzare il test unidimensionale di Nowicki-Strickland?

È necessario procedere con alcune osservazioni circa le motivazioni che hanno spinto ad adottare in questa indagine uno strumento come il Test di Nowicki e Strickland. Questo strumento ha infatti dei *limiti* non trascurabili che sono la:

- *vetustà*, si tratta, infatti, di uno strumento che risale agli anni '70,
- *unidimensionalità*, mentre le attuali ricerche che esaminano il costrutto del LOC in relazione alla salute/benessere prediligono strumenti multidimensionali e multiattribuzionali appositamente tarati per la specifica malattia oggetto di ricerca oppure scale sulla qualità della vita.

A fronte di questi innegabili limiti tuttavia, maggiori sono state le considerazioni sulle ottime *potenzialità* legate a questo strumento. Infatti, nonostante vi siano varie scale volte a misurare il costrutto del LOC nei bambini, la scala unidimensionale di Nowicki e Strickland risulta essere metodo di valutazione:

- *molto utilizzato* per rilevare una convinzione generalizzata sul luogo del controllo nei bambini (Kit –Tai Hau, 1995),
- *pratico* in quanto *facile e veloce* da eseguire grazie all'utilizzo di una terminologia semplice,
- *significativo* in quanto il LOC interno si correla a una serie di altre competenze di tipo adattivo e a comportamenti/atteggiamenti prosociali (come l'assertività),
- *tradotto* in varie lingue. In effetti, di recente alcuni studiosi hanno provveduto ad una versione turca (Kaya, 2007) e una cinese (Li e Lopez, 2004) della Children's Nowicki and Strickland Internal-External Locus of Control Scale.

Pertanto, questo strumento, nonostante sia datato, risulta ancora un valido mezzo per la rilevazione dell'orientamento del LOC, adatto alla fascia di età presa in considerazione in questa indagine (9-16 anni) e ad un confronto con altri studi e ricerche di livello internazionale, in modo da poter attingere ad una letteratura di ampio respiro sul tema del LOC e malattie croniche, ma non solo. *Moltissimi* sono, infatti, gli ambiti di ricerca individuati in cui è stata utilizzata proprio la scala unidimensionale ideata per bambini e ragazzi da Nowicki e Strickland nel 1973. Oltre all'ambito delle *malattie croniche* (per una analisi approfondita del quale rimandiamo al capitolo 4), il test dei due autori è stato applicato in ricerche riguardanti: *depressione* in bambini affetti da tali malattie (Burke, 1999); *handicap fisici congeniti* (Janelle, 1992), problemi di tipo *ortodontico* (Lee et altri, 2008); *adolescenze a rischio* per problemi di autostima (Enger, 1994; Conners, 2005), *suicidio* (Pearce, 1993), difficoltà *comportamentali* (Miller, 2003; Liu, 2000); *autostima* (James, 1978); disturbi *dell'apprendimento* (Tarnowski, 1989), disturbi del *linguaggio* (Madison, 2001), *successo scolastico* (Shepherd, 2006); *violenza domestica* (Kilpatrick, 1998); *percezioni non verbali* (Hall, 1999).

b) *la prova multidimensionale-multiattribuzionale appositamente ideata per l'Identificazione degli Stili di Attribuzione (prova I.S.A.)*

La prova multidimensionale-multiattribuzionale di Identificazione degli Stili di Attribuzione o prova ISA (allegati 2A e 2B), *originale* e qui in prima applicazione, è stata appositamente strutturata con il supporto di vignette con lo scopo di integrare la misura unidimensionale del LOC con una prospettiva che colga la “variabilità”, la “complessità” e la sfaccettatura del costrutto (Lefcort, 1985). Il test di Nowicki e Strickland, infatti, ci descrive l’orientamento del LOC in generale, fornendo un punteggio di esternalità. La prova multidimensionale permette di specificare meglio i meccanismi di orientamento del LOC indagando *separatamente l’internalità e l’esternalità* nelle situazioni di successo e di insuccesso. Questa procedura non è possibile con il test dei due autori ma è di notevole rilevanza in quanto permette di passare da una valutazione del LOC interno vs esterno alla costruzione *di stili di attribuzione* individuali. In effetti, in questa prova, la dimensione dell’internalità viene descritta dalle determinanti identificate da Weiner come “abilità” ed “impegno”, mentre l’esternalità risulta identificata dalle determinanti “contesto” e “fortuna”. Tali determinanti costituiscono le cause che secondo gli individui motivano l’accadere degli eventi e vengono valutate sia all’interno delle situazioni di successo che in quelle di insuccesso. Per spiegare gli eventi che accadono, infatti, il soggetto non fa solo riferimento alla percezione che essi siano o meno legati al suo agire (cause interne o esterne alla persona) ma integra questo luogo percepito di causalità con la percezione della stabilità e con la controllabilità della causa stessa. In questo modo, una causa interna “stabile e incontrollabile” viene descritta da Weiner come “*abilità*”, una causa interna “instabile e controllabile” definisce invece l’ “*impegno*”, una causa esterna “stabile e incontrollabile” delinea il “*contesto*”, mentre una causa esterna “instabile e incontrollabile” descrive la “*fortuna*”.

Con la prova ISA è pertanto possibile valutare come ciascun soggetto motiva situazioni di successo e di insuccesso e individuare stili attributivi personali nel fornire spiegazioni causali degli eventi. È opportuno ricordare che la tendenza ad associare due tipologie di strumenti (unidimensionale e multidimensionale) diversi è stata riscontrata anche in alcune ricerche che riguardano ad esempio percorsi di parent training per genitori con figli che hanno difficoltà di apprendimento/iperattività oppure in studi sulla percezione del controllo in adulti con epilessia (Gehlert, 1994).

Perché ideare una prova appositamente volta a Identificare gli Stili di Attribuzione?

La decisione di optare per la creazione di una nuova prova è stata detta dal non aver riscontrato l'esistenza di un test di misurazione del LOC per bambini e ragazzi che:

- permettesse di giungere alla identificazione dei diversi stili di attribuzione analizzando le determinanti di Weiner (abilità impegno, contesto e fortuna) in situazioni di successo ed insuccesso, secondo una prospettiva multidimensionale-multiattribuzionale,
- non si riferisse solo all'ambito dell'apprendimento scolastico, identificando unicamente le motivazioni funzionali/disfunzionali rispetto al successo scolastico, come accade con i questionari sugli stili attributivi motivazionali delle autrici De Beni e Moè (1995),
- utilizzasse vignette, ossia strumenti particolarmente indicati per soggetti in età evolutiva dato che combinando testo scritto e illustrazione, in cui l'immagine funge da cassa di risonanza della parola, rendendo più agevole e accattivante la comprensione del messaggio scritto.

Da dove trae spunto la prova ISA

Lo strumento è liberamente ispirato alle scale multidimensionali e multiattribuzionali che tentano di cogliere la complessità insita nel costrutto di Rotter, originariamente concepito come misura unidimensionale. Si tratta di una prova strutturata che prende spunto dalle Scale di Causalità Multidimensionale-Multiattribuzionale di Lefcourt (MMCS, 1981). Questi ritiene che le varie componenti (“abilità”, “impegno”, “contesto” e “fortuna”) del LOC non siano mutuamente esclusive: una persona può credere per esempio nel proprio impegno e allo stesso tempo alla fortuna. Le scale di Lefcourt sono adatte a persone adulte. D'altra parte, come abbiamo detto, le scale multidimensionali-multiattribuzionali per bambini/ragazzi in genere si rifanno alla analisi di stili motivazionali all'interno del contesto scolastico dell'apprendimento, aspetto limitativo per gli obiettivi di questa ricerca. Infatti, per cogliere la flessibilità del concetto di LOC occorre valutare anche situazioni di vita in cui è più realistico credere nell'aver avuto fortuna o nelle circostanze del contesto che riferire tutto a meriti o mancanze personali. Infine, nemmeno le scale multidimensionali per bambini e ragazzi di O'Connell (1985) o di de Minzi (1990) sarebbero validi strumenti in quanto anch'esse non sufficientemente utilizzate per poter attuare confronti con studi condotti nella letteratura internazionale. La scala di O'Connell, poi, possiede delle limitazioni

concettuali in quanto, come abbiamo visto (capitolo 3), non coglie le determinanti nella dimensione dell'internalità.

Per questi motivi si è pensato ad una prova multidimensionale-multiattribuzionale basata su 32 vignette a scelta vincolata, affiancate da due prove libere, che includesse situazioni di successo ed insuccesso - ispirate alla vita quotidiana in famiglia, a scuola, nello sport, con gli amici - e che combinasse testo scritto e illustrazione. Nelle vignette l'immagine funge da cassa di risonanza della parola.

Dalla scala di Lefcourt è stata ripresa la *distinzione tra un egual numero di situazioni di successo e di insuccesso*. Infatti, delle 32 vignette qui proposte 16 riguardano successi e 16 insuccessi. Per articolare la *tipologia delle situazioni* è stata anche ripresa la distinzione di Lefcourt tra il *contesto del conseguimento di risultati* e quello dell'*affiliazione*, nella presente indagine rinominato "*relazioni sociali*". Pertanto, sia nei successi che negli insuccessi troviamo situazioni che si riferiscono ad entrambi i contesti. Come nella scala di Lefcourt, anche nella prova ISA si procede alla individuazione del "peso" delle determinanti "abilità", "impegno", "contesto" e "fortuna" per ciascuna risposta. Infatti, sebbene il presente strumento e la scala di Lefcourt siano strutturalmente diversi, il focus della prova ISA rimane quello di monitorare il peso delle determinanti nelle situazioni di successo e in quelle di insuccesso.

Descrizione della prova ISA

La prova ISA, adatta ad identificare lo stile attributivo in ragazzi dai 9 ai 16 anni, è composta da 32 items espressi tramite il ricorso a vignette e testo scritto (allegato 2a). Le situazioni descritte si svolgono in contesti di vita scolastica, familiare, ricreativa in cui i ragazzi potrebbero essersi effettivamente trovati. Una volta visionata la vignetta e letta la situazione di contesto, si richiede al soggetto di scegliere solo una tra le quattro soluzioni possibili ipotizzate per motivare i comportamenti di successo o di insuccesso. Tali soluzioni si richiamano alle determinanti di Weiner, cui anche Lefcourt faceva riferimento nelle sue scale. Ricordiamo, infatti, che tra le cause a cui attribuire i propri successi o insuccessi Weiner (1985) ritiene essere più frequenti: **l'impegno** personale o la mancanza di impegno, **l'abilità** o la non abilità; il **contesto**; la **fortuna** o la sfortuna. Alcuni esempi di items tratti dalla prova ISA (allegato 2a) sono di seguito riportati.

Item 5: riguarda una situazione di successo sportivo

Il tuo sport preferito è l'atletica leggera. Hai appena vinto una gara regionale di corsa ad ostacoli. Il tuo allenatore si avvicina e ti dice: **“Complimenti sei arrivato/a primo/a!”**. Tu cosa risponderesti?

- a) *“Credo bene, dopo tutti gli allenamenti che mi ha fatto fare se non arrivavo primo/a cambiavo specialità!”* (**impegno**)
- b) *“Aveva ragione a farmi partecipare, se non avessi vinto non avrei creduto di essere un/a vero/a “fenomeno della corsa ad ostacoli” come dice lei!”* (**abilità**)
- c) *“Il mio rivale si è infortunato mentre correva!”* (**fortuna**)
- d) *“Corro in casa ed il tifo dei miei amici sulle gradinate mi ha dato la forza di dare i meglio di me!”* (**contesto**)

Item 6: riguarda una situazione di insuccesso sportivo.

Hai appena eseguito il tuo difficile tuffo sbagliandolo completamente e cadendo a schienata nell'acqua! Il tuo allenatore di tuffi ti viene incontro e ti chiede: **“Che ti succede oggi? Sembra che tu non ti sia mai tuffato/a dal trampolino! La giuria è stata anche troppo buona a darti il punteggio che hai avuto per il tuo tuffo!”**. Cosa risponderesti?

- a) *“Lo so che ultimamente non mi impegno abbastanza, ma devo recuperare i brutti voti a scuola!”* (**impegno**)
- b) *“Non lo so davvero, forse questo tipo di tuffo non è in realtà la mia specialità: dovrei avere più equilibrio e poi ho paura dell'altezza!”* (**abilità**)
- c) *“Sono scivolato/a con un piede ed ho perso l'equilibrio!”* (**fortuna**)
- d) *“Il/la ragazzo/a prima di me ha fatto un tuffo perfetto ed il pubblico era tutto in favore suo. Mi sono lasciato/a prendere dallo sconforto!”* (**contesto**)

Riguardo alla modalità di somministrazione, ciascuna delle 32 situazioni viene presentata su power point e letta ad alta voce dall'intervistatore, mentre l'intervistato indica la risposta scelta su un apposito foglio. Le 32 vignette vengono presentate in due sedute distinte e sono caratterizzate dalla presenza ogni volta di 8 successi e 8 insuccessi, presentati con un ordine randomizzato.

Accanto alle 32 vignette con scelta vincolata (con una risposta da fornire tra 4 possibili soluzioni), vengono aggiunte **due ulteriori prove** che chiameremo “libere” in quanto danno al soggetto la possibilità di scelta, questa volta libera, tra alternative di successo o insuccesso (allegato 2b). Queste prove aggiuntive proprio per la loro maggiore spontaneità sono considerate determinati nel delineare con maggiore chiarezza lo stile attributivo individuale. Esse vengono inserite a conclusione della serie delle vignette perché in questo modo è plausibile che i ragazzi inizino a elaborare una *forma mentis*, ossia una abitudine a ricercare la spiegazione degli eventi esaminando di volta in volta

più cause possibili (abilità, impegno, contesto e fortuna) prima di scegliere quella prevalente in una data situazione.

In particolare, una delle due prove aggiuntive prevede la libera scelta tra due vignette che esprimono rispettivamente una situazione di successo (vincere un premio per la migliore fiaba) e una di insuccesso (rovinare una amicizia). Una volta effettuata la scelta successo/insuccesso i ragazzi propongono una soluzione, che verrà poi valutata in relazione alle quattro determinanti (abilità, impegno, contesto e fortuna).

La seconda prova, invece, consiste nella realizzazione di una vignetta con contesto e titolo scelti dal soggetto stesso. Si verificherà se questi sia propenso ad ipotizzare un successo o un insuccesso. Successivamente il ragazzo è chiamato a fornire quattro possibili spiegazioni della situazione da lui stesso ideata, indicando la risposta che ritiene più idonea a spiegare la situazione raffigurata nella vignetta. In questo caso, si evidenzia se il ragazzo ha colto tutte le determinanti o se ne predilige alcune. Ad esempio, se da un ragazzo viene disegnata una vittoria in una partita a tennis, le possibili spiegazioni attribuibili alle quattro determinanti potrebbero essere: a) *ho vinto perché sono brava* (abilità); b) *perché mi alleno tanto* (impegno); *perché alla mia rivale faceva male il polso* (fortuna); *perché tutti erano convinti che fossi la migliore e facevano il tifo per me* (contesto). L'utilizzo di attività di tipo pittorico è motivata dalla volontà di mettere a disposizione uno strumento atto ad agevolare una spontanea comunicazione di messaggi. In effetti, nonostante ci sia una specifica richiesta di realizzare una vignetta raffigurante una qualsiasi situazione di successo o insuccesso, anche questa prova va considerata come poco strutturata in quanto i soggetti sono liberi di cimentarsi in un qualunque tipo di contesto, proiettando nella raffigurazione stessa le proprie personali rappresentazioni della realtà, i propri vissuti in relazione ad essa e facendo emergere contenuti personali significativi.

Modalità di valutazione della prova per l'identificazione degli stili di attribuzione

Nella prova ISA, la Identificazione dello Stili di Attribuzione *prevalente* nel soggetto viene fatta considerando l'andamento dell'internalità e dell'esternalità nelle situazioni di successo ed insuccesso. In particolare, intrecciando successo/insuccesso con internalità/esternalità è possibile ottenere quattro stili diversi. Essi sono descritti nella tabella n°.5.1 e sono:

1. lo stile **Interno** o fortemente "responsabile" o dei "controllori" (Woung e Sproule, 1984) in quanto è interno tanto nei successi quanto negli insuccessi;

2. lo stile **Esterno** o totalmente “deresponsabilizzato” detto anche “pedina” o stile “controllato”, che all’opposto è esterno tanto nei successi quanto negli insuccessi;
3. lo stile **Negatore**, che è interno nei successi ed esterno negli insuccessi;
4. lo stile **Rinunciatario** o dell’ ”impotenza appresa” che è esterno negli insuccessi ed interno negli insuccessi.

A questi quattro stili - che si ispirano agli stili attributivi motivazionali di De Beni e Moè (1995) – è stato aggiunto un ulteriore stile che chiameremo stile Adattivo e che recupera la categoria, definita dagli Woung e Sproule (1984), dei realisti “*bilocal*”, individui la cui flessibilità ispirata a senso di realismo permette loro di essere interni/esterni a seconda dei contesti e quindi fortemente “adattivi”.

Tab.n° 5.1 Dall’ internalità/esternalità nei successi/insuccessi agli stili di attribuzione

Un soggetto chenegli insuccessi è <i>interno</i>	...negli insuccessi è <i>esterno</i>	... negli insuccessi è <i>interno/esterno</i>
nei successi è <i>interno</i>	Stile “interno”	Stile “negatore”	
nei successi è <i>esterno</i>	Stile “rinunciatario”	Stile “esterno”	
nei successi è <i>interno/esterno</i>			Stile “adattivo”

Ricordiamo che in questo tipo di prova sugli stili di attribuzione la dimensione dell’internalità è data dalle determinanti weineriane *abilità* e *impegno*, mentre quella dell’esternalità è definita dalle determinanti *contesto* e *fortuna*. Addentrandoci nel vivo della modalità di utilizzo della prova ISA per l’Identificazione dello Stile Attributivo prevalente in un individuo, occorre sottolineare che ciascun soggetto totalizza 32 punti (relative alle vignette con una scelta tra quattro) più due, derivanti dalle prove aggiuntive, ma che per praticità verranno considerati separatamente. I 32 punti sono distinti in 16 per i successi e 16 per gli insuccessi. Qualitativamente poi essi si possono distribuire tra abilità, impegno, contesto e fortuna. In questo modo è possibile stabilire per ciascun soggetto a quale determinante viene dato maggior peso nelle situazioni di successo e in quelle di insuccesso. Per ciascun soggetto le risposte vengono riportate in una griglia che permette di conteggiare i punteggi ottenuti nelle quattro determinanti (A=abilità, I=Impegno, C=Contesto, F=Fortuna) nelle situazioni di successo e insuccesso e di evidenziare il tipo di controllo prevalente nei successi e il tipo di controllo prevalente negli insuccessi, facendo emergere uno tipo prevalente di stile attribuzionale.

Esempi di valutazione della prova e identificazione dello stile attributivo

Per cercare di capire meglio questo meccanismo che porta alla individuazione di uno stile prevalente, esaminiamo, a titolo *esemplificativo*, i casi di cinque soggetti che hanno partecipato alla prova ISA e che hanno identificato rispettivamente uno stile Interno

(soggetto n° 17), uno Esterno (soggetto n° 2), uno Negatore (soggetto n° 1), uno Rinunciario (soggetto n° 11), e uno Adattivo (soggetto n° 3).

Iniziamo dal *caso numero 17*. Come ci illustra la tabella n°.5.2, questo soggetto rivela una prevalenza della determinante *impegno* tanto nei successi quanto negli insuccessi. Infatti, nei successi l’impegno ottiene un punteggio di 7+1, mentre l’abilità ottiene zero punti, e il contesto e la fortuna rispettivamente 4 e 5 punti; negli insuccessi l’impegno ottiene un punteggio di 7, mentre l’abilità ottiene 3+1 punti, il contesto 4 punti e la fortuna 2. Nel caso del nostro soggetto che si ritiene decisamente protagonista sia dei propri successi che dei fallimenti, motivandoli come il frutto del proprio impegno o della mancanza di esso, lo stile corrispondente potrebbe pertanto essere definito uno in prevalenza **stile Interno** e in particolare basato sull’impegno. Come evidenzia la tabella 5.2, nella caratterizzazione dello stile vanno tenuti in considerazione anche i due ulteriori punteggi provenienti dalle prove aggiuntive (prove libere). Questi punteggi che ci aiutano ad identificare meglio lo stile attributivo ci indicano che per questo soggetto la prova libera conferma in entrambi i casi l’andamento del LOC tendente all’internalità e quindi un profilo coinvolto, responsabile degli eventi che lo riguardano. Lo stile interno o responsabile è chiamato anche stile dei “controllori” (Wong e Sproule, 1984) proprio per la particolare caratteristica di questo stile che tende a riportare sotto il proprio controllo tutte le situazioni.

Tab. n° 5.2 Determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto n° 17 Interno

SUCCESSO					INSUCCESSO				
vignetta n°	A	I	C	F	vignetta n°	A	I	C	F
1				1	2		1		
3		1			4				1
5			1		6		1		
7		1			8		1		
9				1	10		1		
11				1	12		1		
14		1			13			1	
16		1			15			1	
17			1		18			1	
19		1			20	1			
21				1	22		1		
24			1		23	1			
26				1	25			1	
27		1			28				1
29			1		30	1			
32		1			31		1		
LIBERA 1		1			LIBERA 1				
LIBERA 2					LIBERA 2	1			
TOTALE	0	7+1	4	5	TOTALE	3+1	7	4	2

Il *caso numero 2* (tabella n° 5.3) rivela una prevalenza della determinante *contesto* in successi ed insuccessi. Infatti, nei successi l’impegno ottiene un punteggio di 7+1, mentre l’abilità ottiene 5 punti, e il contesto e la fortuna rispettivamente 3+1 e 1 punti; negli insuccessi l’impegno ottiene un punteggio di 7, mentre l’abilità 4 punti, il contesto 3 punti e la fortuna 2. Questo soggetto presenta uno schema causale

diametralmente opposto al precedente in quanto che si ritiene in balia di elementi incontrollabili come le circostanze favorevoli/sfavorevoli del contesto, tanto nei successi che nei fallimenti. Lo stile potrebbe essere prevalentemente **Esterno** e dipendete dalle circostanze del contesto. I punteggi provenienti dalle prove aggiuntive confermano un tal tipo di stile (esterno e basato sul contesto) solo nel caso di successi. Lo stile esterno o non responsabile è chiamato anche stile dei “controllati” (Wong e Sproule, 1984) o stile “pedina” (deCharms, 1981, De Beni e Moè, 1995) proprio per la particolare caratteristica di questo stile che tende a delegare la propria responsabilità per successi/insuccessi.

Tab. n° 5.3 Determinati scelte per ciascuna vignetta dal sogg. n° 2. Esterno

SUCCESSO					INSUCCESSO				
vignetta n°	A	I	C	F	vignetta n°	A	I	C	F
1	1				2		1		
3		1			4		1		
5		1			6			1	
7			1		8			1	
9			1		10	1			
11			1		12				1
14			1		13		1		
16			1		15			1	
17			1		18			1	
19	1				20	1			
21	1				22			1	
24		1			23			1	
26	1				25	1			
27	1				28	1			
29				1	30			1	
32			1		31				1
LIBERA 1		1	1		LIBERA 1				
LIBERA 2					LIBERA 2				
TOTALE	5	3+1	7+1	1	TOTALE	4	3	7	2

Il caso numero 1 (tabella n° 5.4) presenta un soggetto con una prevalenza della determinante *abilità* nei successi e *contesto* negli insuccessi. Infatti, nei successi l’abilità ottiene un punteggio di 9+1, mentre l’impegno ottiene 3 punti, e il contesto e la fortuna rispettivamente 2 e 2+1 punti; negli insuccessi il contesto ottiene un punteggio di 7, mentre l’abilità ottiene 5 punti, l’impegno 3 punti e la fortuna uno. Questo soggetto presenta uno schema causale in cui internalità ed esternalità operano in modo opposto nei successi e negli insuccessi in quanto il soggetto è interno nei successi di cui riconosce la paternità e che attribuisce alla propria abilità, ma è totalmente esterno nei fallimenti per i quali nega/non accetta/sottovaluta una propria responsabilità e che attribuisce alle circostanze sfavorevoli del contesto. Lo stile corrispondente potrebbe pertanto essere definito uno stile prevalentemente **Negatore degli insuccessi**. I due ulteriori punteggi provenienti dalle prove aggiuntive confermano la tendenza di questo stile a polarizzare l’orientamento del controllo solo nel caso di successi.

Tab. n° 5.4 Determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto n° 1. Negatore

vignetta n°	SUCCESSO				vignetta n°	INSUCCESSO			
	A	I	C	F		A	I	C	F
1	1				2			1	
3		1			4			1	
5	1				6	1			
7	1				8			1	
9	1				10				1
11				1	12		1		
14			1		13	1			
16	1				15	1			
17	1				18	1			
19	1				20			1	
21	1				22		1		
24		1			23			1	
26				1	25			1	
27	1				28			1	
29			1		30	1			
32		1			31		1		
LIBERA 1	1			1	LIBERA 1				
LIBERA 2					LIBERA 2				
TOTALE	9+1	3	2	2+1	TOTALE	5	3	7	1

Il caso numero 11 (tabella n°5.5) presenta un soggetto con una prevalenza della determinante *contesto* nei successi e *impegno* negli insuccessi. Infatti, nei successi il contesto ottiene un punteggio di 5+1, mentre l'abilità ottiene 2 punti, e l'impegno e la fortuna rispettivamente 4 e 5 punti; negli insuccessi l'impegno ottiene un punteggio di 5, mentre l'abilità ottiene 1 punto, il contesto 4+1 punti e la fortuna cinque. Come nello stile precedente questo soggetto presenta uno schema causale in cui internalità ed externalità operano in modo opposto nei successi e negli insuccessi ma con una differenza in quanto il soggetto è esterno nei successi di cui non riconosce mai la paternità e che attribuisce esclusivamente alle circostanze del contesto, e totalmente interno nei fallimenti per i quali si assume sempre la responsabilità e che attribuisce alla propria mancanza di impegno. Lo stile corrispondente potrebbe pertanto essere definito uno stile prevalentemente *Rinunciatorio*. I due punteggi provenienti dalle prove aggiuntive confermano la tendenza di questo stile a polarizzare l'orientamento del controllo in un modo che è decisamente dannoso della propria autostima solo nel caso di successi. Lo stile rinunciatorio definibile anche come stile *Stile impotenza appresa* o "*stile depresso*" (*De Beni e Moè*) è uno stile esplicativo che in base alla letteratura potrebbe con più probabilità venir associato ad un "*general feeling of helplessness*" o impotenza appresa per la difficoltà di attivarsi per migliorare la propria situazione dato che il soggetto tende ad attribuirsi le colpe ma non i meriti (Peterson, 1992).

Tab. n° 5.5 Determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto n° 11 Rinunciario

vignetta n°	SUCCESSO				Vignetta n°	INSUCCESSO			
	A	I	C	F		A	I	C	F
1		1			2		1		
3			1		4				1
5	1				6		1		
7		1			8		1		
9	1				10		1		
11				1	12			1	
14			1		13				1
16				1	15		1		
17			1		18			1	
19				1	20	1			
21				1	22				1
24		1			23			1	
26			1		25				1
27				1	28			1	
29			1		30				1
32		1			31		1		
LIBERA 1			1		LIBERA 1				
LIBERA 2					LIBERA 2			1	
TOTALE	2	4	5+1	5	TOTALE	1	6	4+1	5

Gli stili attributivi evidenziati dai questi primi quattro soggetti (Interno, Esterno, Negatore, Rinunciario) sono *ispirati* alle autrici De Beni e Moè (De Beni e Moè, 1995) le quali, come abbiamo detto, hanno delineato nel loro lavoro una serie di stili funzionali rispetto al successo nell'apprendimento scolastico. Nella loro rassegna tuttavia non trova posto una tipologia di stile che potrebbe essere di interesse in una indagine che focalizza l'influenza di una malattia cronica come l'epilessia sul LOC di bambini e ragazzi che ne soffrono. Per soddisfare questo bisogno rispetto alla gestione della malattia cronica, e della quotidianità in generale, nella presente indagine è stato *ipotizzato* in quanto un ulteriore stile. Si tratta dello stile esemplificato dall'ultimo dei soggetti qui esaminati e che definiamo **stile Adattivo**. Il quinto e ultimo caso infatti è descritto dal soggetto numero 11 (tabella n° 5.6) per il quale nei successi prevale sia la determinante interna dell'impegno (5 punti) che quella esterna della fortuna (5 punti), mentre l'abilità e il contesto hanno punteggi minori rispettivamente di 3+1 e 3. Per quanto riguarda gli insuccessi prevale la determinante interna della abilità (6 punti), mentre l'impegno, il contesto e la fortuna hanno punteggi minori rispettivamente pari a 4+1, 4 e 2. Questo soggetto presenta uno schema causale *misto* in particolare nel contesto dei successi, in cui in cui internalità (impegno) e esternalità (fortuna) sono entrambe presenti. I 2 ulteriori punteggi provenienti dalle prove aggiuntive (prove libere) confermano la tendenza di questo stile distribuire il controllo interno ed esterno in un modo che è decisamente flessibile ed adattivo, specie per i successi per i quali un può di fortuna sostiene i risultati riconducibili all'impegno personale.

Tab. n° 5.6 Determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto n° 3 Adattivo

vignetta n°	SUCCESSO				vignetta n°	INSUCCESSO			
	A	I	C	F		A	I	C	F
1		1			2		1		
3			1		4				1
5			1		6			1	
7		1			8		1		
9				1	10		1		
11				1	12		1		
14				1	13			1	
16	1				15	1			
17		1			18	1			
19	1				20	1			
21				1	22	1			
24				1	23			1	
26		1			25			1	
27	1				28				1
29			1		30	1			
32		1			31	1			
LIBERA 1	1				LIBERA 1				
LIBERA 2					LIBERA 2		1		
TOTALE	3+1	5	3	5	TOTALE	6	4+1	4	2

Questo stile di tipo “interno-esterno” si richiama alla categoria dei soggetti realisti “*bilocals*” descritti da Wong e Sproule (1984). Secondo questi autori accanto ai soggetti con LOC interno e ai soggetti con LOC esterno, esisterebbero quei soggetti che, non sono interni od esterni, ma interni ed esterni, ovvero percepiscono e desiderano il controllo da entrambi i luoghi. Essi alterano ciò che può essere cambiato, ma accettano ciò che non può essere cambiato, non pretendono di essere super-eroi, conoscono i propri limiti, ma riconoscono anche le responsabilità dell’autonomia personale, fanno interagire le costrizioni esterne con il conseguimento di mete realistiche. I “*bilocals*” si rivelano grazie agli schemi attribuzionali che usano per spiegare i risultati. Mentre i “*controllori*” - definizione che gli autori danno agli interni – evocano generalmente *un unico schema interno*, e i “*controllati*” –ossia gli esterni - spiegano gli eventi normalmente attraverso uno *schema causale esterno*, i “*bilocals*” usano uno *schema causale multiplo*, che permette loro di sviluppare una varietà di strategie per affrontare le situazioni ed essere quindi più flessibili. Essi distinguono merito e colpa, indipendentemente dal risultato.

Tale stile recupera anche l'idea di Lefcourt (1985) che il costrutto del LOC va necessariamente visto come una variabile che può mutare nella stessa persona a seconda del segmento di vita indagato e senza un criterio esclusivo di una fonte attributiva o di un'altra. Lefcourt ritiene che si possa credere nello stesso tempo alla fortuna e alle proprie capacità o almeno il ricercatore non lo deve escludere a priori. Le determinanti quindi possono non essere esclusive. Uno stile di questo genere potrebbe essere estremamente adattivo se sorretto da un atteggiamento consapevole e non frutto di una indecisione che collocherebbe il suo autore in una “*aurea mediocritas*”.

La necessità di *integrare* questi stili con lo stile Adattivo nasce dalla considerazione che, nella gestione della malattia cronica, la capacità di dosare internalità ed esternalità è funzionale al benessere dell'individuo. La promozione di uno stile Adattivo, infatti, potrebbe contrastare le difficoltà legate ad una malattia che tende ad esternalizzare il soggetto e quindi a deresponsabilizzare inducendo atteggiamenti rinunciatari con effetti di nihilismo terapeutico. Allo stesso modo potrebbe avere effetti benefici nel caso opposto di una malattia cronica che porti il soggetto a sviluppare uno stile eccessivamente interno o responsabile con il forte rischio di incorrere nell'eccesso di colpevolizzazione per il mancato conseguimento dei risultati voluti. Indubbiamente è auspicabile che nella gestione della malattia cronica il bambino che ne è colpito sviluppi un LOC interno perché ciò implica coinvolgimento personale e responsabile nella gestione della malattia e garantisce benessere e qualità di vita. Tuttavia, questo sviluppato senso di responsabilità potrebbe anche ritorcersi contro la salute e il benessere stessi nel momento in cui esso dovesse divenire pervasivo dell'intera personalità. Elevato sarebbe, infatti, il rischio di paralisi dell'agire individuale per la paura e il senso di colpa nel caso di possibili fallimenti. Pertanto, tra tutti i cinque stili quello adattivo sembrerebbe essere a mio avviso quello maggiormente efficace in quanto interpreta gli eventi ricorrendo a determinanti sia interne che esterne. Questo atteggiamento deve però essere supportato da un adeguato senso di *realismo*, di consapevolezza delle situazioni vissute e delle variabili in gioco.

5.4 Tempi e procedure

Gli incontri con i soggetti affetti da epilessia sono avvenuti presso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile del Ospedale Burlo Garofolo di Trieste nel corso del 2006-2008. Ciascun incontro ha avuto la durata di un'ora e si è svolto all'interno della struttura complessa di NPI, in un'apposita saletta messa a disposizione. All'interno di ciascuna seduta sono state proposte tre attività, appositamente predisposte al computer in modo da rendere il lavoro interattivo anche grazie al costante ricorso ad immagini che fornissero un supporto visivo alle consegne delle singole attività. La seguente tabella n° 5.7 illustra in modo schematico le attività proposte in ciascuno dei tre incontri.

Tab. n° 5.7 Le attività svolte nei tre incontri

Primo incontro	Secondo incontro	Terzo incontro
Nowicki e Strickland (Test)		
Attività di riscaldamento	Attività di riscaldamento	Attività di riscaldamento
vignette	Vignette	
	vignette libere	Vignette libere
		Nowicki e Strickland (Retest)

5.5 I risultati dell'indagine

5.5.1 Difficoltà nei contatti con le famiglie dei ragazzi con epilessia

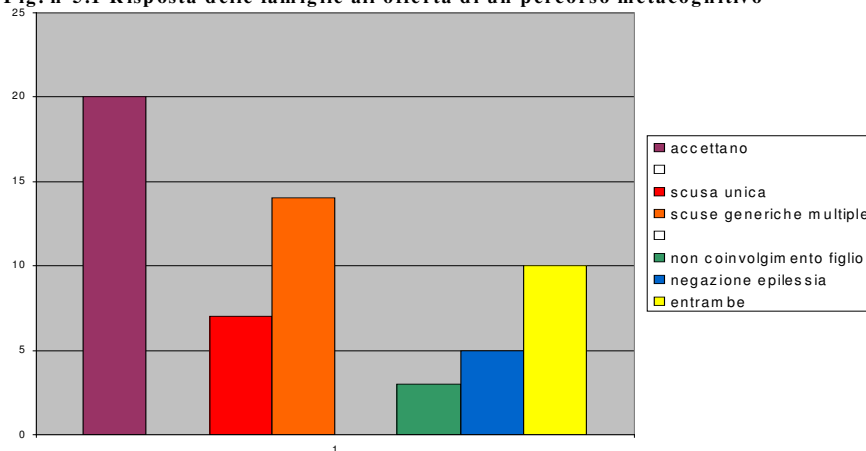
Rispetto al fine di questa indagine, che è quello di approfondire la rappresentazione di sé in un gruppo dei bambini e ragazzi con epilessia, può essere interessante anche osservare che l'adesione allo studio è risultata scarsa. Infatti, delle 66 famiglie contattate, sette sono risultate irraggiungibili, trentanove invece hanno rifiutato di far partecipare al progetto i propri figli, mentre solo venti hanno accettato (tabella n° 5.8). Le venti famiglie che hanno da subito accettato di partecipare al progetto hanno accolto con entusiasmo questa iniziativa perché a detta loro “*si interessava*” alla situazione vissuta dai loro figli e dall'intero contesto familiare. Inoltre, di queste 20 famiglie, solo 8 abitano a Trieste: l'impegno e la volontà da parte loro non sono quindi mancati.

Tab. n° 5.8 I contatti: la difficoltà di reperire soggetti disponibili a partecipare alla ricerca

Risposte delle famiglie alla proposta di ricerca	Numero di famiglie	%
famiglie che hanno rifiutato	39	59
famiglie che sono risultate irraggiungibili	7	11
famiglie che hanno aderito alla proposta	20	30
Totale delle famiglie contattate	66	100

In definitiva, data l'esiguità dei casi il campione esaminato non può considerarsi rappresentativo della realtà dei soggetti epilettici idiopatici. Tuttavia, anche i rifiuti all'offerta di partecipare ad un'indagine che approfondisse la rappresentazione di sé nei loro figli, possono essere considerati un dato indicativo. In particolare, il grafico nella figura 5.1, evidenzia accanto alle 20 famiglie dei minori che hanno accettato la proposta, le svariate e alle volte persino paradossali giustificazioni addotte dalle famiglie che invece non vi hanno aderito.

Fig. n°5.1 Risposta delle famiglie all'offerta di un percorso metacognitivo



In effetti, su 39 famiglie che hanno opposto un rifiuto, le motivazioni si possono raggruppare nelle seguenti categorie.

- Sette famiglie hanno addotto una **scusa generica “unica”** chiamando in causa ora una mancanza di tempo, ora la distanza,⁹ ora gli impegni di lavoro personali ora gli impegni scolastici del figlio.
- Quattordici famiglie hanno addotto **scuse di tipo generico**, ma **“multiple”** fino ad arrivare in alcuni casi a citare insieme più cause come la mancanza di tempo, la distanza, gli impegni di lavoro personali e gli impegni scolastici del figlio.
- Cinque famiglie hanno addotto la giustificazione della **negazione della malattia del figlio** affermando che questi: 1) non ha l'epilessia ma solo una “forma lieve” di tale malattia (ad esempio: “*mio figlio ha solo un'epilessia focale notturna*” oppure “*mio figlio ha solo un' epilessia con pochi episodi*”); 2) sarebbe affetto solo da “assenze inconsapevoli”; 3) ha avuto delle crisi in passato ma che adesso, con la terapia, le cose vanno bene o addirittura “*il problema si sta risolvendo*”, per cui “*il trattamento verrà sospeso*”; 4) “*non ha più problemi*” e “*non ha bisogno di sostegno*”; 5) non sa di avere l'epilessia perchè, anche se prende regolarmente dei farmaci, non gli è mai stata comunicata la malattia, (“*io a mo figlio/a non ho mai detto niente*”). Infatti se il figlio stesso, che è il diretto interessato, non chiede nulla in merito a ciò che gli sta succedendo, l'argomento epilessia viene archiviato e le crisi vengono giustificate come una conseguenza dell’*“aver mangiato troppo”* o dell’*“essere troppo stanchi”*.
- Tre famiglie negano la partecipazione attraverso la **volontà di non coinvolgere il figlio**. Sebbene il progetto di ricerca venga da alcuni genitori esplicitamente ritenuto interessante per comprendere meglio le difficoltà di chi soffre di questa malattia, la partecipazione alla ricerca del proprio figlio non viene ritenuta opportuna perché questi penserebbe di avere qualcosa che non va come una “*malformazione al cervello*” o di non “*essere come gli altri*”. Il figlio, secondo il genitore, tenta invece di dimenticare o ha “*dimenticato*” questa esperienza che “*non ha influenzato la sua vita*” né evidenziato problemi di alcun tipo (socializzazione, rendimento scolastico, etc). I figli, a detta dei genitori, non hanno bisogno di una ricerca che si occupi di loro perché “*la loro vita è normale*” e “*stanno bene*”. A volte, il mancato assenso

⁹ In effetti, su 39 famiglie solo 9 risiedono a Trieste. Questo fatto ha sicuramente inciso sulla scarsa aderenza all'indagine.

alla partecipazione è dovuto, a detta dei genitori, anche alla non volontà dei figli stessi di prendere parte al progetto.

- Dieci famiglie pur **negando la malattia del figlio, non lo vogliono coinvolgere né rendendolo consapevole del proprio stato**. Si tratta di famiglie che oltre a sostenere che il figlio non soffre affatto di questa malattia ma solo di crisi “*leggere*” e “*in risoluzione*”, manifestano la volontà di non coinvolgerlo rendendogli noto il proprio stato. Tali giustificazioni rivelano un atteggiamento incoerente, che attraverso la negazione della malattia e la non volontà di coinvolgere il figlio, finirebbe indirettamente per ammettere l’esistenza di una difficoltà ad affrontare l’esistenza di un problema.

La riluttanza nel parlare della malattia del proprio figlio potrebbe forse nascere dall’equivalenza epilessia=“*problema nel cervello*”, una eguaglianza in cui purtroppo potrebbero radicarsi pregiudizi sfavorevoli al benessere del figlio, alla sua qualità di vita. In effetti, il tacere la malattia del figlio alla scuola, non è un atteggiamento infrequente, come affermano gli insegnanti stessi secondo i quali nelle scuole i casi di epilessia rappresentano una realtà che li coglie impreparati proprio perché la famiglia, in nome del bene del figlio e della volontà di proteggerlo, tende a nascondere il problema. Così facendo, si creano situazioni difficili specie in occasione delle gite scolastiche.

5.5.2 Il gradimento espresso dai minori per le attività proposte

A termine del percorso, ai venti soggetti è stato somministrato un questionario di gradimento (allegato 3) al fine di valutare come sono state vissute dai partecipanti le attività proposte. Le domande riguardavano l’essere soddisfatto o meno del percorso svolto, le attese prima dell’inizio degli incontri, i voti che in una scala da 1 a 5 avrebbero attribuito a ciascuna attività e i suggerimenti personali per migliorare il percorso in generale. Nel complesso sembrerebbe che vi sia stata soddisfazione per le attività proposte che sono giudicate per lo più tra il discreto e l’ottimo. La prova ISA (Identificazione degli Stili di Attribuzione) in particolare sembrerebbe aver riscosso un certo successo (tabella n°.5.9)

Tab. n° 5.9 Gradimento per le attività proposte

Tipo di attività		voto				
		Insufficiente (1)	Quasi sufficiente (2)	Discreto (3)	Molto buono (4)	Ottimo (5)
Test di Nowicki-Strickland		-	5	12	12	11
Prova di Identificazione degli Stili di Attribuzione (ISA)	1) 32 vignette a scelta vincolata	-	3	2	12	23
	2) 2 vignette a scelta libera	1	2	12	10	15
Totale voti		1	10	26	34	49

Tra i suggerimenti per migliorare il percorso loro proposto, alcuni ragazzi fanno delle proposte interessanti come l'inserimento di questionari di tipo psicologico (9 soggetti) al fine di comprendersi meglio. Inoltre, alcuni propongono più attività di tipo pittorico o di lavoro interattivo con il computer (9 soggetti), mentre altri e desidererebbero più incontri (4 soggetti).

5.5.3 Il gradimento espresso dai genitori dei minori per le attività proposte

Anche ai genitori dei minori che hanno partecipato al progetto è stato proposto un questionario di gradimento sul percorso offerto ai propri figli strutturato in quattro parti (allegato 4). In particolare, è stato richiesto di indicare se l'indagine sia stata ritenuta valida o meno, se vi fosse sufficiente chiarezza nello scopo. Inoltre, è stata indagata la volontà o meno di conoscere meglio risultati e benefici per il figlio emersi dalla ricerca stessa. Nel questionario sono state anche richieste delle indicazioni per comprendere come sia avvenuta la decisione di partecipare al progetto, ossia se si sia trattato di una decisione presa solo dai genitori, oppure se sia stato coinvolto anche il figlio e, infine, se sia stato richiesto un parere del medico di base. Alcune domande a risposta libera, che sono state poi raggruppate in categorie (vedi tabella n° 5.10), concernevano le ragioni che hanno rassicurato nella partecipazione, la reazione del figlio alla proposta di partecipazione, l'utilità e la ripetibilità dell'esperienza.

Tab. n°5.10 Gradimento sull'iniziativa espresso dalle famiglie dei minori

ASPETTI VALUTATI	Famiglie che rispondono affermativamente
1) Valutazione su aspetti generali	
1. validità della ricerca	20
2. chiarezza dello scopo	19
3. volontà di ottenere informazioni sui benefici per il figlio	19
2) Come è stata presa la decisione di partecipare?	
1. coinvolgendo il figlio	13
2. solo tra genitori	8
3. richiedendo un parere anche al medico di famiglia	3
3) Quali aspetti che hanno rassicurato nella partecipazione al progetto?	
1. il fatto che il progetto aiuti la ricerca sull'epilessia e favorisca la qualità di vita di chi ne soffre	14
2. il buon rapporto con il medico curante e la struttura	8
3. le informazioni telefoniche esaurienti	2
4) Quale è stata la reazione del figlio/a alla proposta di partecipare?	
volontà di partecipare	18
non particolare interesse	2
Utilità e ripetibilità dell'esperienza	
Esperienza utile o ripetibile	17

In generale, le famiglie riconoscono la validità delle proposte, sostengono che gli scopi siano stati indicati con sufficiente chiarezza e desiderano sicuramente conoscere meglio gli obiettivi, la ricaduta e i benefici per il figlio. Riguardo alla modalità con cui è stata

presa la decisione di partecipare, nella maggior parte dei casi i genitori hanno coinvolti i figli, solo in 8 casi su 20 i genitori hanno deciso da soli. In tre casi, i genitori ne hanno parlato anche con il medico di famiglia.

Le motivazioni che hanno spinto a partecipare sono riconducibili alla convinzione che una ricerca sull'epilessia che aiuti i ragazzi a migliorare la *qualità della loro vita* è di per sé valida. Inoltre, alcune famiglie indicano il buon rapporto con il medico curante e la struttura e da ultimo le esaurienti informazioni telefoniche in cui si delucidavano gli obiettivi e le modalità della proposta.

Secondo i genitori, *i figli* hanno aderito volentieri all'iniziativa ed hanno manifestato la volontà di partecipare. Solo in due casi i ragazzi sembrano essere stati spinti dalle famiglie in quanto di per sé non avrebbero manifestato un particolare interesse personale a partecipare a questa iniziativa. In generale, quasi tutti i genitori ritengono l'esperienza utile o ripetibile.

5.5.4 La verifica degli obiettivi

Primo obiettivo: bambini e ragazzi epilettici e livello di esternalità

Passando ora all'esame dei risultati raccolti, il primo obiettivo di questa indagine, come abbiamo visto, è stato quello di verificare il tipo di orientamento di LOC in un gruppo di 20 bambini e ragazzi (13 femmine e 7 maschi) di età compresa tra 9 e 16 anni, attraverso la somministrazione del test di Nowicki e Strickland. Al solo fine di osservare la *coerenza* delle risposte fornite, la somministrazione è avvenuta all'inizio e alla fine dei tre incontri che hanno visto coinvolti i bambini e ragazzi in ambito ospedaliero¹⁰.

I punteggi medi di LOC nel test-retest. Come evidenzia la tabella 5.11, il gruppo in questione non ha presentato differenze statisticamente significative tra i punteggi medi di LOC nel test e nel retest: infatti se nel Test il punteggio medio di LOC totale è risultato pari a 13.95, con d.s. di 3.89, nel Retest il punteggio medio di LOC totale è risultato pari 13.55, con d.s di 5.26. Il fatto che nelle due somministrazioni i punteggi medi siano sovrapponibili significa che i ragazzi a distanza di 4 o 5 mesi hanno fornito risposte effettivamente coerenti.

¹⁰ In ciascuna delle seguenti valutazioni statistiche il test di differenza statistica applicato, dopo aver verificato la omoschedasticità dei dati, è il test t di Student (livello di significatività considerato pari al 95%, corrispondente ad un p-value di 0.05).

Tabella 5.11 Valori medi di LOC nel Test-Tetest ed influenza del genere/età

	n	Test M (d.s.)	Retest M (d.s.)	p
Totale	20	13.95 (3.89)	13.55 (5.26)	<i>n.s.</i>
Maschi	7	14.28 (3.98)	14.28 (4.46)	<i>n.s.</i>
Femmine	13	13.76 (4.0)	13.15 (5.78)	<i>n.s.</i>
<i>p</i>		<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	
Elementari	7	14.28 (3.30)	13.85 (4.94)	<i>n.s.</i>
Medie	9	14.33 (3.74)	15.11(4.16)	<i>ns</i>
Ginnasio	4	12.50 (5.80)	9.5 (7.14)	<i>n.s.</i>
<i>p</i>		<i>ns</i>	<i>n.s.</i>	

Influenza del genere nel test-retest. Inoltre, il test e il retest non hanno evidenziato alcun tipo di differenze di LOC statisticamente significative legate al genere. In questo gruppo il genere non avrebbe quindi particolare influenza sull'orientamento di LOC e sia i ragazzi che le ragazze mantengono posizioni coerenti.

L'andamento evolutivo nel test-retest. Il confronto tra test e retest eseguito per gruppi di età non fa emergere differenze statisticamente significative tra le due somministrazioni e ciò conferma la coerenza delle risposte date dai ragazzi nel tempo. Infatti, sebbene nel retest i soggetti sembrerebbero internalizzare con maggiore rapidità, neanche questo dato non è statisticamente significativo perchè la differenza tra la fascia di età delle elementari e quella del ginnasio tanto del test quanto nel retest non è statisticamente significativa con $p > 0,05$.

In definitiva, possiamo notare che i risultati ottenuti dalla somministrazione del test di Nowicki e Strickland esprimono una scarsa esternalità, ossia poca convinzione che gli eventi siano al di fuori del controllo personale. Il gruppo dei 20 bambini e ragazzi con epilessia idiopatica, è quindi risultato, un **gruppo tendenzialmente interno**. Infine, i soggetti con epilessia distribuiti per livelli scolari, presentano una esternalità decrescente con l'età anche se, in base al test T di Student, non esiste una differenza statisticamente significativa nei punteggi medi di LoC tra le diverse classi di età con p maggiore di 0,05 anche nel confronto tra medie e ginnasio.

Occorre osservare che i risultati ottenuti con la somministrazione del test di Nowicki e Strickland sono probabilmente solo in apparente contrasto con i risultati riportanti dalla letteratura sull'argomento, dove si sostiene che l'epilessia si assocerebbe ad un LOC tendenzialmente esterno (Sally e Correa, 1987; Matthews e Barabas, 1982). Il fatto che nel gruppo dei 20 ragazzi affetti da epilessia idiopatica, la malattia non sembri aver compromesso il senso di controllo sugli eventi potrebbe essere riconducibile alle

peculiari caratteristiche del gruppo in questione. In sostanza, **questa internalità è particolare** perché i soggetti sono consapevoli che la loro malattia: non è grave, anzi per questo tipo di epilessie benigne vi sarebbe la possibilità di una guarigione spontanea con l'età; è seguita da medici specialisti; non è farmaco resistente e quindi può essere controllata con una adeguata terapia farmacologica assunta regolarmente; viene affrontata con coraggio e determinazione dalla famiglia intera che incoraggia nel figlio un atteggiamento autonomo e responsabile nella gestione della malattia.

Sarebbe stato interessante poter osservare l'andamento del LOC nei bambini e ragazzi che non hanno partecipato alla ricerca e alle cui spalle vi sono spesso famiglie che preferiscono non affrontare l'argomento. Questo atteggiamento di negazione della malattia o di volontà di tacere per non danneggiare il figlio potrebbe, al contrario, aver favorito in costui modalità di gestione della malattia meno improntate allo sviluppo della personale autonomia e responsabilità e maggiormente indulgenti verso forme di dipendenza e delega.

A riprova di quanto sia importante l'atteggiamento di responsabilità e autonomia nel favorire una tendenza verso l'internalità, riscontrata in questo gruppo di soggetti epilettici, vorrei avanzare un'ultima considerazione che viene dai risultati di una ulteriore ricerca condotta sempre in ambito ospedaliero presso la Clinica Pediatrica I.R.C.C.S. Burlo Garofolo di Trieste.¹¹ La ricerca, in fase di realizzazione, ha fino ad ora coinvolto un gruppo di bambini e ragazzi celiaci, per i quali la dieta senza glutine è l'unica cura possibile per poter mantenere un certo benessere. Lo *scopo* è quello di verificare 1) se la malattia celiaca implichi un LOC maggiormente esterno nel gruppo dei soggetti con celiachia, diagnosticata da almeno un anno, rispetto ai soggetti sani; 2) se un LOC maggiormente esterno pregiudichi l'adesione alla dieta senza glutine. A tal fine sono stati sinora esaminati 150 soggetti celiaci e 353 soggetti sani in età dai 6 ai 16 anni. Ai soggetti celiaci è stato somministrato sia il questionario di Nowicki e Strickland nelle due diverse versioni per bambini (6-8 anni) e per ragazzi (9-16) che il questionario Kindl sulla qualità della vita nel celiaco; ai soggetti sani invece solo il questionario di Nowicki e Strickland sempre nelle due forme diversificate in base all'età. Al fine di agevolare il confronto con la presente indagine, in questo testo, si farà riferimento ai soli risultati ottenuti con i ragazzi dai 9 ai 16 anni.

In particolare, somministrando lo stesso test di Nowicki e Strickland, anche al gruppo dei 99 soggetti con celiachia, i risultati (tabella n° 5.12) che otteniamo sono simili a quelli rilevati per il gruppo dei soggetti con epilessia. Infatti, sebbene celiaci ed epilettici non siano comparabili per classi di età a causa della esiguità del gruppo degli epilettici, confrontando i punteggi generali di LOC e l'andamento per età all'interno di ciascuno dei due gruppi possiamo ricavare alcune informazioni:

- 1) i punteggi medi di LOC nel gruppo dei soggetti con celiachia indicano una generale tendenza verso l'internalità e sono sovrapponibili a quelli ottenuti dal gruppo dei soggetti con epilessia (punteggio

¹¹ La ricerca di A. Bellini, C. Zanchi, M. Montico, T. Not, A. Ventura dell'IRCCS Burlo Garofolo Trieste e Università di Trieste, si intitola "Psiche e compliance alla dieta senza glutine: il ruolo del Locus of Control".

medio di LOC per i celiaci pari a 13.18 con d.s. di 4.32 versus punteggio medio di LOC per gli epilettici pari a 13.95 con d.s. di 3.9) in quanto la differenza espressa dal valore di $p > 0,05$ non è statisticamente significativa;

- 2) in entrambi i gruppi l'internalità tende a decrescere con l'età anche se questa tendenza non risulta essere statisticamente significativa in quanto in entrambi i gruppi nel passaggio elementari-ginnasio il valore di $p > 0,05$.

Questi dati potrebbero costituire la riprova del fatto che l'essere molto coinvolti e quindi consapevoli della propria malattia e della gestione della stessa, come lo sono anche i soggetti con celiachia costantemente costretti a monitorare la loro dieta, potrebbe generare internalità. Pertanto, nel gruppo dei soggetti epilettici idiopatici e in quello dei soggetti celiaci gestire la cronicità della malattia sembrerebbe operare in modo simile richiedendo responsabilizzazione e costante coinvolgimento personale e portando gli individui a sviluppare una tendenza per l'internalità.

Tab. 5.12 Esternalità dei soggetti epilettici e celiaci a confronto

Livello scolastico	Punteggi medi con il test di Nowicki- Strikland	
	LOC dei ragazzi epilettici	LOC dei ragazzi celiaci
	M(d.s.)	M(d.s.)
elementari	14.28 (3.30) n=7	14.18 (4.40) n=40
medie	14.33 (3.74) n=9	12.61 (3.66) n=41
ginnasio	12.50 (5.80) n=4	12.28 (5.28) n=18
totale	13.95 (3.9) n=20	13.18 (4.32) n=99

Ulteriori considerazioni verrebbero dai risultati ottenuti con il gruppo dei ragazzi celiaci incrociando i punteggi medi di LOC con due domande sulla qualità della vita (abbreviata in QdV) tratte dal test Kindl (tabella 5.13).

Tab. 5.13 LOC e qualità della vita nei soggetti con celiachia

LOC e QdV (Kindl test)	sì	no	<i>p</i>
<i>Si sentono diversi</i>	12.88 (6.02) (n tot=26)	9.81 (4.99) (n tot=114)	<i>0,011</i>
<i>Seguono la dieta senza trasgressioni</i>	9.82 (5.12) (n tot=108)	12.46 (5.43) (n tot=30)	<i>0,014</i>

In particolare, i ragazzi che rispondono negativamente alla domanda "Il fatto di avere la celiachia ti fa sentire diverso dai coetanei?" presentano un LOC maggiormente interno rispetto a quanti sostengono invece che la malattia aumenti la sensazione di diversità rispetto agli altri. Inoltre, coloro che rispondono positivamente alla domanda "Segui la dieta senza glutine senza trasgressioni?" presentano un LOC maggiormente interno rispetto a quanti ammettono di non avere una buona compliance alla dieta. In definitiva, bambini e ragazzi celiaci con un LOC interno presenterebbero una migliore qualità di vita e una migliore *compliance* alla dieta senza glutine. Questi dati sono importanti perché anche se descrivono i benefici dell'essere interni nel caso di una malattia cronica come la celiachia apportano delle informazioni utili a tutti coloro che soffrono di una malattia cronica e che dall'essere interni possono trarre maggior beneficio e migliore qualità di vita.

Concludendo, la gestione coinvolta consapevole e quindi responsabile di una malattia cronica, come confermano i dati sulla celiachia, tenderebbe a generare negli individui un LOC interno, a sostenere la

convinzione che la malattia nel suo complesso non peggiori la qualità di vita di chi ne soffre e a supportare gli sforzi costanti nella adesione alla terapia per mantenere un certo benessere.

Secondo obiettivo: ragazzi epilettici e individuazione di stili attributivi individuali

La verifica del secondo obiettivo della ricerca consiste nell'identificare i tipi di stili attributivi che caratterizzano il gruppo dei bambini e dei ragazzi con epilessia. Questa identificazione rappresenta anche il contributo originale apportato a questa indagine, che ha visto coinvolti solo 20 casi e potrebbe in futuro essere estesa anche ad una più ampia casistica.

Per tabulare i risultati di questa prova in relazione a ciascuno dei 20 bambini e ragazzi cui essa è stata somministrata si è proceduto secondo i *criteri* descritti. Ricordiamo qui solo che è la prevalenza della internalità o della esternalità nel successo e insuccesso a descrivere il tipo di stile. I punteggi derivanti dalle due prove aggiuntive, che vanno a favore dell'internalità o dell'esternalità, contribuiscono a delineare la tipologia di stile.

L'allegato 2c riporta per ciascuno dei 20 soggetti la compilazione della scheda che identifica per ognuna delle 32 vignette la determinante scelta e, inoltre, la tabella con il conteggio dei punti ottenuti da ciascuna determinante all'interno dei successi e degli insuccessi. Il numero identificativo dei 20 ragazzi è stato stabilito in base ai punteggi medi di LOC ottenuto con test di Nowicki e Strickland. L'ordine è decrescente, pertanto, il soggetto cui è stato attribuito il numero più basso coinciderebbe con quello che ha ottenuto il punteggio di LOC esterno nel gruppo, mentre il soggetto cui è stato assegnato il numero più alto corrisponderebbe a quello che ha ottenuto il punteggio di LOC meno esterno.

Per facilitare un commento dei risultati ottenuti, la tabella seguente (tabella n° 5.14) raggruppa i 20 soggetti in base al tipo di stile attributivo individuato con la applicazione della prova ISA (Identificazione degli Stili di Attribuzione), riportando anche i punteggi attribuiti alle quattro determinanti nelle situazioni di successo e di insuccesso. In questo modo è ben visibile la determinante prevalente nei successi (colonna di sinistra) e negli insuccessi (colonna di destra). È proprio l'identificazione del tipo di determinante prevalente nei successi e negli insuccessi che permette di passare dal tipo di orientamento del LOC (interno/esterno) alla identificazione di uno stile attributivo tra quelli ipotizzati.

Come abbiamo detto, infatti, intrecciando successo/insuccesso e internalità/esternalità è possibile ottenere quattro stili diversi che sono lo stile Interno o fortemente

“responsabile” o dei “controllori”, lo stile Esterno o totalmente “deresponsabilizzato” detto anche “pedina” o stile “controllato”, lo stile Negatore e lo stile Rinunciataro o della “impotenza appresa”. A questi quattro stili - che si ispirano agli stili attributivi motivazionali ideati dalle studiosse De Beni e Moè (1995) – è stato aggiunto un ulteriore stile che ho chiamato Adattivo e che riecheggia lo stile definito dei realisti “*bilocals*” dagli autori Woung e Sproule (1984), uno stile che sa essere realisticamente interno/esterno a seconda dei contesti e quindi fortemente “adattivo”.

Tab. n° 5.14 Risultati della prova ISA (Identificazione degli Stili di Attribuzione)

Sogg.	Successo				Insuccesso				LOC in successi/ insuccessi	Tipo di stile
	Abilità	Impegno	Contesto	Fortuna	Abilità	Impegno	Contesto	Fortuna		
14	2+1*	8	3+1*	3	4	5	4	3	Interno/Interno	Interno/ Responsabile/ dei “controllori”
17	0	7+1*	4	5	3+1*	7	4	2		
18	4	6	3	3	3+1*	6	3+1*	4		
19	6	4	3	3	1	7	4+1*	4+1*		
Tot.	13	26	14	14	13	24	17	14		

2	5	3+1*	7+1*	1	4	3	7	2	Esterno/Esterno	Esterno/Non Responsabile/ Controllato/Pedina
5	4+1*	3	2	7+1*	4	4	3	5		
9	4	4	8	0	4+1*	5	6+1*	1		
10	3+1*	4	7+1*	2	4	3	6	3		
Tot.	18	15	26	12	17	15	23	11		

1	9+1*	3	2	2+1*	5	3	7	1	Interno/Esterno	Negatore
4	3	6	2+1*	5	4	2+1*	8	2		
6	6	3	3	4	3	4+2*	7	2		
8	4+1*	6	3	3	2+1*	3	5	6		
13	6+1*	5+1*	2	3	3	4	4	5		
Tot.	31	24	13	18	18	19	31	16		

11	2	4	5+1*	5	1	6	4+1*	5	Esterno/Interno	Rinunciataro/della Impotenza appresa
15	2	3+1*	5	6	3+1*	5	4	4		
Tot.	4	8	11	11	5	11	9	9		

3	3+1*	5	3	5	6	4+1*	4	2	Interno/Esterno, Interno/Esterno	Adattivo/ Interno/esterno
7	2	10	1	3	4	5+1*	5+1*	2		
12	5	4	2+1*	5	6	2	6+1*	2		
16	3+1*	7	4+1*	2	5	2	5	4		
20	6	6	3	1	4+1*	6	4+1*	1		
Tot.	21	32	15	16	26	21	27	11		

* punteggio da prove aggiuntive

Passando ora alla distribuzione dei 20 soggetti in base ai 5 diversi stili attributivi, osserviamo che lo stile *Interno* raggruppa 4 soggetti che si sentono fortemente responsabili tanto per i loro successi che per i loro fallimenti, chiamando in causa in particolar modo l’impegno e la mancanza di impegno. Lo stile diametralmente opposto

a questo, che è quello *Esterno* che riguarda 4 soggetti in particolare. Essi, negando una propria responsabilità tanto nei successi quanto negli insuccessi, chiamano in causa specialmente le circostanze favorevoli o sfavorevoli del contesto. Nello stile *Negatore*, invece, che è interno nei successi ed esterno negli insuccessi, vi sarebbe una certa propensione a non riconoscere le proprie colpe o mancanze. Questo tipo di schema causale sarebbe presente in 5 soggetti che se nel successo si appellano quasi indistintamente alla propria abilità o all'impegno personale, nell'insuccesso rimandano soprattutto alle circostanze sfavorevoli del contesto e solo in minor parte alla sfortuna. Per quanto riguarda lo stile *Rinunciatorio*, stile che risulta esterno nei successi ed interno degli insuccessi, esso non sembrerebbe essere particolarmente frequente. Fortunatamente solo due casi rivelerebbero questa pericolosa tendenza a non assumersi i meriti per i successi, che vengono attribuiti invece alle circostanze favorevoli del contesto o alla fortuna, e ad attribuirsi le colpe specie per mancanza di impegno personale.

È presente un ultimo stile, lo stile qui definito *Adattivo* che, come abbiamo fatto notare precedentemente, risulta essere particolarmente flessibile ed in grado di adattarsi alle situazioni. Tale stile, infatti, sa essere interno ed esterno a seconda delle circostanze del contesto. I 5 soggetti che evidenziano questo tipo di schema causale ricorrono alle varie determinati con flessibilità. Sembrano pertanto presentare un atteggiamento abbastanza maturo perché riconoscono che il successo è sì frutto di abilità e impegno personali ma anche di un pizzico di fortuna. L'insuccesso è spesso dovuto, oltre che alla mancanza di abilità o impegno, anche alle circostanze sfavorevoli, e in misura minore alla sfortuna.

Un'ultima osservazione va fatta a proposito della importanza delle prove libere e della loro funzione di conferma della delineazione degli stili. Nella maggior parte dei casi esse risultano avvalorare in tutto o in parte la tendenza emersa con la somministrazione delle 32 vignette. Solamente in 4 casi (n° 18, 19, 4,6) queste prove vanno in senso diverso rispetto alla tendenza prevalente. Solo la possibilità di sondare più soggetti e avere una casistica più ampia permetterebbe di verificare se in casi del genere esiste un divario tra quanto appreso dall'ambiente educativo e quanto sentito personalmente.

Terzo obiettivo: organizzatori didattico-metodologici per interventi ad personam

Il terzo obiettivo della ricerca è stato quello di identificare alcuni organizzatori di carattere didattico-metodologico che possano essere utilizzati all'interno di percorsi strutturati ad personam e volti al potenziamento della rappresentazione di sé nei soggetti con epilessia. Potenziare la rappresentazione di sé significa tendere verso un'immagine

di sé stessi come individui “adattivi” in grado di affrontare le diverse situazioni modulando la convinzione di poter dominare gli eventi con la necessità, alle volte, di arrendersi di fronte ad essi quando risultano essere al di fuori del controllo personale. In definitiva, una buona immagine di sé significherebbe adozione di uno stile adattivo o basato su uno schema causale misto di tipo “Interno/esterno”. Il *cambiamento* e l'adozione di un tale tipo di stile è possibile in quanto gli stili vengono appresi e a questo scopo vengono qui illustrati gli organizzatori utili a percorsi mirati al potenziamento della immagine di sé. Essi sono stati ricavati a partire da una valutazione di quelli che sono i *limiti* dei singoli stili attributivi.

Vorrei aggiungere che, poiché non sembrerebbe esistere un legame tra l'età e un particolare tipo di stile attributivo, nel modulare l'intensità dei diversi interventi occorrerà non sottovalutare che all'interno di ogni tipo di stile si ritrovano età eterogenee con bisogni evolutivi diversi che vanno tenuti in considerazione. Così ad esempio un elemento da tenere sicuramente in considerazione in maniera trasversale ai diversi stili ma a cui dare sempre maggiore importanza con l'età è il gruppo dei pari. Infatti, all'interno di percorsi di potenziamento dell'immagine di sé con soggetti in età evolutiva nel caso di pre-adolescenti e adolescenti non si potrà prescindere dal fondamentale ruolo svolto dal gruppo dei pari. Ciascun ragazzo/a infatti ricerca, il confronto con il gruppo dei pari e il riconoscimento da parte di esso. In questo processo di ricerca di identità non bisogna dimenticare le possibili difficoltà che potrebbe causare una difficoltà ad essere visibili ai coetanei a causa del proprio stato di salute.

Qui di seguito vengono descritti gli organizzatori didattico-metodologici per percorsi di potenziamento della rappresentazione di sé per i soggetti con stile Interno, Esterno, Negatore, Rinunciario.

Infine, sebbene lo stile adattivo sia lo stile cui dovrebbe mirare il cambiamento, è opportuno verificare che tale stile sia effettivamente ispirato da senso di realismo nell'applicare l'internità e l'esternità a seconda delle situazioni. Pertanto anche nel caso di questo stile verranno indicati degli organizzatori didattico-metodologici per percorsi di verifica e potenziamento di questa schema causale.

a) Stile Interno

Prendiamo in considerazione il gruppo dei soggetti con stile Interno. Esso è costituito da un soggetto delle elementari di 9 anni, un soggetto della scuola media di 12 anni, tre soggetti del ginnasio, rispettivamente di 15 e 16 anni. Gli organizzatori didattico-

metodologici per percorsi di potenziamento della rappresentazione di sé in soggetti con stile Interno dovranno tenere in considerazione che questi bambini e ragazzi nella spiegazione degli eventi utilizzano uno schema causale tendenzialmente interno: i successi e gli insuccessi dipenderebbero da elementi controllabili, mentre non ci sarebbe spazio per elementi al di fuori del controllo personale. Gli interni, definiti da alcuni ricercatori i “controllori” presentano la caratteristica di ritenersi sempre responsabili di quanto accade loro, nel bene e nel male. Le loro teorie stabili sulle cause degli eventi della realtà riportano sempre all’individuo e al suo senso di responsabilità. Essi, pertanto, potrebbero essere oggetto di un percorso che punti innanzitutto alla consapevolezza delle caratteristiche del proprio stile, con le sue potenzialità (senso di responsabilità, fiducia, maggiore possibilità di ottenere successi, resistenza all’influenza altrui) ma anche i suoi non trascurabili limiti e che porti ad un superamento dei limiti stessi promuovendo un senso di *rilassamento*, di *leggerezza dell’Essere* e scoraggiando la tendenza alla *suscettibilità* e senso di *colpa* che li perseguita specie di fronte agli insuccessi. In particolare, la riflessione che potrebbe essere fatta per smorzare i sensi di colpa degli interni è che non sempre il fallimento è dovuto a cause individuali. Infatti, alle volte gli insuccessi possono anche essere dovuti a cause esterne ed incontrollabili come la sfortuna o il contesto sfavorevole. Inoltre, qualora l’insuccesso fosse da ascrivere a demeriti personali come mancanza di abilità o di impegno, è bene sottolineare che alle volte fallire è umano e non un segno di debolezza o di incapacità. Gli errori sono opportunità per arrivare alla “padronanza”. Per questi soggetti occorrerà quindi stimolare una riflessione sulla necessità di un equilibrato senso di responsabilità che non sia tale da paralizzare l’azione o da provocare eccessive colpevolizzazioni.

b) Stile Esterno

Il gruppo degli esterni è costituito da quattro soggetti: due bambini delle elementari di 10 anni e due ragazzi della scuola media di 13 anni. Questo gruppo di soggetti, definiti da alcuni ricercatori i “controllati”, presenta negli insuccessi un atteggiamento di difesa o di non responsabilità e resta esterno anche nei successi. Gli esterni pertanto presentano la caratteristica di non ritenersi mai responsabili di quanto accade loro, nel bene e nel male, e le loro teorie stabili sulle cause degli eventi della realtà riportano sempre alle circostanze legate al contesto e alla fortuna negando ogni senso di responsabilità. Per il gruppo dei soggetti esterni, una volta reso consapevole delle potenzialità (tutela dell’autostima, evitare delusioni/situazioni difficili) e soprattutto dei limiti (mancato

riconoscimento dei meriti nei successi, senso di inefficacia, vulnerabilità all'influenza altrui) del proprio stile, gli organizzatori didattico metodologici di un percorso di riflessione metacognitiva volto a migliorare la rappresentazione di sé dovrebbero puntare su una *responsabilizzazione* sia nel conseguimento dei successi che nei fallimenti. Un adeguato senso di responsabilità infatti potrebbe ridimensionare il pericoloso senso di fatalismo che spesso induce la tendenza a non portare a termine *impegni/compiti*. In questo modo, verrebbe fornito un consistente supporto per aiutare questi soggetti a sperimentare maggiori possibilità di conseguire risultati soddisfacenti e gratificanti. Fondamentale è quindi insistere sulla necessità di dover attribuire i propri insuccessi anche ad una propria mancanza o inabilità.

c) Stile Negatore

Questo gruppo è costituito da un bambino delle elementari di 11 anni; tre ragazzi della scuola media, rispettivamente di 12, 13 e 14 anni e uno studente del ginnasio di 15 anni. Pensare a organizzatori didattico-metodologici per un percorso educativo rivolto a questi soggetti significa tenere in considerazione che il gruppo dei soggetti negatori è nettamente interno nei successi, ma esterno negli insuccessi. Essi vanno resi consapevoli del fatto che il loro personale schema causale presenta degli aspetti positivi come il fatto di valutarsi positivamente nei successi (dei quali si riconoscono come responsabili), ma anche dei limiti dettati da un atteggiamento di non accettazione o svalutazione degli insuccessi. Essi, pertanto, potrebbero essere oggetto di un percorso che induca, con ragione, un *senso di responsabilità* anche nel caso di insuccessi.

d) Stile Rinunciataro

Questo gruppo è costituito fortunatamente solo due ragazzi uno della scuola elementare di 11 anni e uno delle medie di 13 anni. Gli organizzatori didattico metodologici per un percorso di riflessione metacognitiva volto a migliorare la rappresentazione di sé in questi soggetti dovrebbero tenere in considerazione che il gruppo dei soggetti con stile rinunciataro è nettamente esterno nei successi, ma interno negli insuccessi. Il sistema causale di questi ragazzi è tale che esso non presenta potenzialità ma solo limiti. Essi infatti hanno purtroppo la tendenza a valutarsi negativamente nei successi (dei quali non si riconoscono come responsabili), e si ritengono personalmente responsabili degli insuccessi. Essi, pertanto, potrebbero essere oggetto di un percorso di *potenziamento dell'autostima* e del senso di efficacia personale in modo da favorire, con ragione, un

adeguato senso di protagonismo anche nel caso di successi e da sminuire il senso di colpa per gli insuccessi legati a sempre a una propria mancanza di abilità o di impegno. Caratteristica di questo stile è come abbiamo detto un'atteggiamento di denigrazione delle proprie capacità: per questi soggetti quando si sbaglia la situazione diventa ingestibile e nulla può essere fatto per modificarla (Dweck, 2002). A causa dei loro atteggiamenti preoccupati e negativi, che li portano a oscurare i successi raggiunti con gli insuccessi, quando affrontano problemi difficili mostrano un evidente scadimento delle strategie che li porta a rinunciare rapidamente. Spesso la risposta di impotenza non corrisponde ad una precisa valutazione della situazione. È piuttosto una reazione all'insuccesso, che comporta implicazioni negative per il sé ed indebolisce la capacità di usare strategie efficaci.

e) Stile Adattivo

Il gruppo dei bambini e ragazzi con stile Adattivo sarebbe costituito da quattro bambini della scuola elementare tutti di 10 anni e da un ragazzo di scuola media di 14 anni. Gli organizzatori didattico metodologici per un percorso di riflessione metacognitiva volto a migliorare la rappresentazione di sé in questi soggetti dovrebbe tenere in considerazione che il gruppo dei soggetti con stile "Adattivo" resta flessibile tanto nei successi quanto negli insuccessi. Successi e fallimenti possono all'occorrenza essere attribuiti alla variabile contesto o fortuna ma anche - proprio per la loro fluidità- alla abilità o alla capacità. Essi, pertanto, potrebbero essere oggetto di un percorso che punti non solo a renderli consapevoli delle caratteristiche particolarmente adattive del loro stile ma anche a verificarne la flessibilità. Occorre infatti approfondire il loro senso di *realismo* e quindi osservare se effettivamente siano flessibili ed equilibrati nel modo giusto o se invece sperimentino una specie di *aurea mediocritas* non ispirata da un senso di realtà e non legata a *consapevolezza*. Potrebbe essere loro proposto un semplice percorso di supporto.

In definitiva, come riassunto dalla tabella n°.5.15, gli interventi educativi volti a potenziare l'immagine di sé dovranno partire dal superamento dei limiti insiti in ciascuno degli stili diversi dallo stile Adattivo.

Tab. n°.5.15 Potenzialità e limiti dei 5 stili attributivi e organizzatori per il cambiamento

STILE ATTRIBUTIVO	Interno	Esterno	Negatore	Rinunciataro	Adattivo
Orientamento LOC in successi/insuccessi	successi ed Insuccessi	successi ed insuccessi	Interno per successi; ed esterno per insuccessi	Esterno per successi ed interno per insuccessi	Interno/esterno per successi ed insuccessi
Potenzialità	Responsabilità, Successo, Fiducia, Resistenza all'influenza altrui.	Tutela dell'autostima, Evitare delusioni/ situazioni difficili.		Nessuno, stile disfunzionale	molto adattivo
Limiti	Senso di colpa; Agire incerto; Insoddisfazione in posizioni di subordinazione; Difficoltà lavorare in gruppo.	Mancato riconoscimento dei meriti; Senso di inefficacia; Vulnerabile all'influenza altrui.	Inaffidabilità	Senso di impotenza appreso, Vulnerabile all'influenza altrui.	Richiede notevole equilibrio e senso di realismo.
Organizzatori didattico metodologici per interventi educativi mirati, stile-specifici	Alleviare senso di colpa per insuccessi. Favore il riconoscimento dei propri limiti e dei diritti e potere altrui. L'esternalità può essere sana.	Abbandono del fatalismo. Responsabilità diretta e personale per successi ed insuccessi. Impegno nel portare a termine gli impegni/ compiti.	Responsabilità personale anche per gli insuccessi.	Potenziare autostima/ senso di autoefficacia. Studiare strategie per raggiungere maggiori successi.	Verifica del senso di realismo.

Così, chi possiede uno stile interno dovrà puntare ad un *alleggerimento* del proprio Essere, chi è esterno ad una assunzione di *responsabilità* per successi ed insuccessi, chi è negatore ad una assunzione di *responsabilità particolare anche per i fallimenti*, chi è un rinunciataro ad un potenziamento della propria *autostima*. Anche lo stile Adattivo ha un compito non tanto di cambiamento, quanto di potenziamento della consapevolezza del meccanismo causale del proprio stile. Tali stili, inoltre, andranno modulati anche in base ai bisogni evolutivi tipici di ciascuna età e tenendo in considerazione le caratteristiche individuali.

5.6 Conclusioni

In base ai risultati di questa indagine, nel gruppo dei 20 bambini e ragazzi con epilessia idiopatica non grave e rispondente alla terapia emergerebbe una tendenza ad un orientamento generale di LOC interno. Questa internalità potrebbe essere motivata dalla particolarità del gruppo in questione composto da bambini e ragazzi sensibili e coinvolti nella gestione della malattia. Alle spalle di questi soggetti si sono scoperte famiglie che promuovono l'autonomia e l'indipendenza del figlio in età evolutiva: nonostante le innegabili difficoltà legate ai problemi di salute di questi bambini e ragazzi, i loro genitori si sforzano di non assumere atteggiamenti iperprotettivi e dannosi rispetto ad una crescita armonica che rispetti l'identità del figlio, ma scelgono di responsabilizzare il figlio di fronte alla malattia, di renderlo consapevole della propria situazione.

Tuttavia, sebbene un orientamento di LOC interno possa essere considerato ottimale nella gestione della malattia, in quanto un atteggiamento responsabile favorisce una adesione corretta alla eventuale cura o trattamento previsti assicurando un certo benessere, quando l'internalità diviene la struttura stabile con cui quel particolare individuo si spiega gli eventi della realtà, essa può anche rivelarsi nociva. L'eccessivo senso di responsabilità potrebbe infatti bloccare l'agire per paura dell'insuccesso e paralizzare ulteriori iniziative a causa del senso di colpa per eventuali effettivi fallimenti.

La prova ISA ha aiutato a discriminare meglio il tipo di orientamento di LOC interno/esterno nel gruppo dei 20 bambini e ragazzi con epilessia analizzando tale costruito all'interno di situazioni di successo e di insuccesso. Ne è emerso che viene confermato uno schema causale prevalentemente interno solamente in quattro soggetti, mentre i rimanenti si distribuiscono tra diverse tipologie di stili di attribuzione ossia di modalità di interpretazione causale degli eventi. Sono infatti emersi accanto allo stile Interno i seguenti stili: Esterno, Negatore, Rinunciatario e Adattivo. Quest'ultimo in particolare, risulterebbe essere a mio avviso lo stile migliore per affrontare la malattia cronica in quanto dosa con sapienza l'internalità necessaria per gestire la malattia con responsabilità, evitando che questo schema causale divenga generalizzato e portato agli esterni conducendo il soggetto a forti e inutili sensi di colpa per fallimenti alle volte inevitabili. L'esternalità, infatti, inizia laddove termina l'effettiva possibilità di incidere positivamente sugli eventi della realtà. In questo senso, sarebbe più che mai utile sviluppare in questi bambini e ragazzi uno stile attributivo realisticamente ispirato a criteri di adattività. Gli stili sono il frutto di esperienze che vengono generalizzate e quindi, essendo *appresi*, possono essere modificati. Per avviare un tale cambiamento potrebbero essere utili percorsi di "training metacognitivo" che si fondano su alcuni organizzatori di tipo didattico-metodologico. Individuare tali organizzatori funzionali a momenti di riflessione metacognitiva sul personale stile attributivo al fine di indurre un cambiamento verso sistemi causali misti (di tipo interno-esterno) è stato l'ultimo degli obiettivi di questa indagine.

CAPITOLO 6

CONOSCENZE E PREGIUDIZI SULL'EPILESSIA E IL MALATO EPILETTICO. UN'INDAGINE CONDOTTA NEL CONTESTO SCOLASTICO

Introduzione

La qualità della vita e la rappresentazione di sé sono due aspetti tra loro fortemente legati specie nel caso di giovani soggetti epilettici, seppur non gravi. È possibile, infatti, che la malattia incida negativamente e in modo profondo sulla immagine di sé e che ciò sia fonte di disagio nel confronto con agli altri. Allo stesso tempo, anche le teorie “ingenuie” che il contesto, in cui un ragazzo con epilessia vive, si costruisce per comprendere questa malattia influiscono sulla rappresentazione di sé che il soggetto con epilessia si va strutturando in età evolutiva. In questo studio, condotto in alcune scuole, da un lato è stata approfondita la rappresentazione attribuzionale dell'*epilessia*, ossia si è cercato di descrivere quali siano le teorie interpretative di questa malattia più diffuse tra i ragazzi delle scuole, attraverso una analisi delle conoscenze e dei convincimenti/pregiudizi che essi hanno in relazione al mal caduco. Dall'altro lato, si è cercato di comprendere meglio la rappresentazione attribuzionale del *malato*, ossia di indagare il modo in cui i ragazzi interpretano il comportamento, il modo di essere di un compagno con epilessia. Le teorie interpretative dell'*epilessia* e del *malato epilettico*, che rispondono al bisogno dell'uomo di ricercare spiegazioni ai vari eventi, nel caso di questa malattia sono spesso basate su conoscenze non corrette e finiscono con l'influire negativamente sulla rappresentazione che i ragazzi hanno dei compagni colpiti da questo problema. Come affermava Andrea Pelliccia (2007) nel suo opuscolo “Il mio migliore amico ha l'epilessia” occorre ricordare che “l'epilessia può guarire completamente, ma può lasciare tracce indelebili causate soprattutto dal pregiudizio e dall'ignoranza di chi si viene a trovare a contatto col bambino epilettico durante il suo itinerario di vita”.

Da questa analisi sulle teorie esplicative sulla malattia e sull'epilettico scaturiscono le caratteristiche del *contesto* in cui l'epilettico vive e si confronta quotidianamente ed è possibile pensare ad appositi interventi educativi **scolastici** di tipo sia informativo che formativo al fine di instaurare un corretto rapporto con la malattia e il malato, libero da inutili e ingiustificati pregiudizi.

6.1. Gli obiettivi

Gli obiettivi di questa indagine condotta in ambito scolastico sono stati tre e possono essere riassunte nei seguenti punti.

1. Verifica della presenza di pregiudizi nei confronti della *malattia* all'interno del *contesto scolastico* in cui il soggetto epilettico vive e si confronta. Questa prima *rilevazione descrittiva* del contesto relazionale scolastico viene condotta attraverso un apposito questionario che indaga la frequenza delle conoscenze corrette, la tipologia delle conoscenze non corrette e la presenza di pregiudizi in relazione all'epilessia.
2. Verifica della presenza di pregiudizi nei confronti del *malato* di epilessia; questa seconda *rilevazione comparativa* di tipo relazionale intende osservare se la rappresentazione attribuzionale del bambino epilettico, ossia le teorie secondo le quali i ragazzi delle scuole si spiegano il comportamento del malato ripropongano una tendenza a riempire la distanza che separa l'Io dal Malato con il pregiudizio. La verifica di questo secondo obiettivo ha richiesto l'assunzione da parte degli studenti di una prospettiva di "*coinvolgimento immaginato*" una prospettiva che implica un mettersi nei panni di un ipotetico coetaneo affetto da questa malattia non solo dal punto di vista cognitivo ma anche emotivo-situazionale.
3. Individuazione di alcuni *organizzatori per interventi di tipo educativo* da attuarsi nelle scuole al fine di permettere agli studenti di instaurare un rapporto corretto con la malattia e il malato.

6.2 Il campione

Sono stati intervistati 316 soggetti sani presso alcune scuole di Trieste. Si trattava di 121 ragazzi degli ultimi tre anni della scuola elementare, 95 ragazzi dei tre anni delle scuole medie; 100 del ginnasio, individuati grazie alla collaborazione di due istituti comprensivi della città e di due licei. I ragazzi hanno partecipato al progetto previa compilazione, da parte delle famiglie, di un consenso informato recante in sintesi lo scopo del progetto di ricerca e la richiesta di autorizzazione a parteciparvi.

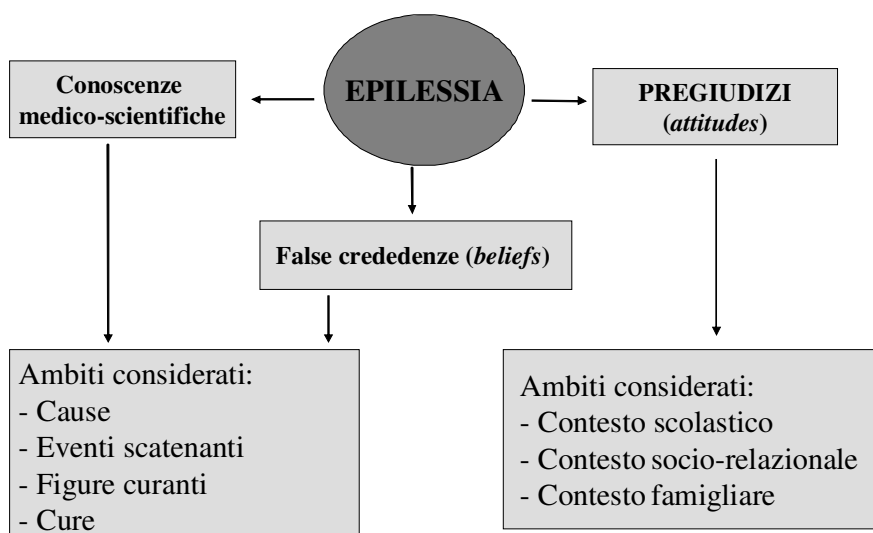
6.3 Strumenti e metodi

Al vari gruppi-classe di bambini e ragazzi intervistati nel contesto scolastico sono state somministrate due prove¹²: a) Un questionario per valutare conoscenze/pregiudizi sull'epilessia; b) il test di rilevazione del LOC degli autori Nowicki e Strickland.

a) Il questionario per valutare conoscenze e pregiudizi sull'epilessia

Al fine di indagare le teorie esplicative dell'epilessia negli studenti delle scuole, è stato utilizzato un questionario appositamente ideato e ispirato ad un test della ricercatrice Gajjar (2001) volto a misurare conoscenze e pregiudizi sulla malattia epilettrica nella società canadese. Il test, rivisto e riadattato in base alle esigenze del contesto scolastico in cui mi sono trovata ad operare (allegato 5), presenta una breve introduzione generale in cui si accenna a varie malattie croniche tra cui asma, diabete, celiachia e allergie. Il caso di un ipotetico bambino di nome Marco, che soffre di attacchi epilettrici, introduce alcune domande preliminari sul fatto di conoscere un epilettrico o di aver assistito ad una crisi epilettrica e, quindi, una serie di domande - riguardanti le conoscenze e i pregiudizi sulla seconda la struttura presentata schematicamente nella figura n° 6.1.

Fig. N°6.1 Struttura del questionario su conoscenze e pregiudizi sull'epilessia



¹² Entrambe le prove sono state presentate a piccoli gruppi di soggetti con una proiezione in power point che descriveva e spiegava ciascuna domanda.

In particolare, il questionario intendeva verificare da un lato la consistenza delle conoscenze corrette circa la malattia e dall'altro quali fossero le conoscenze non corrette diffuse dai ragazzi. Per quanto riguarda le **conoscenze corrette**, esse hanno riguardato:

- l'identificazione delle cause mediche-scientifiche della malattia (come il difetto genetico, un danno al cervello una scarsa circolazione sanguigna nel cervello, un danno alla nascita, o l'assenza di una causa conosciuta, ereditarietà);
- l'identificazione degli eventi scatenanti, o premonitori di un attacco epilettico, come patologie epilettogene (condizioni patologiche che possono causare l'epilessia: *febbre alta*, diabete, infezioni cerebrali come meningite o encefalite, colpo di calore, avvelenamento, clampsia gravidica, ipoglicemia, traumi cranici), il poco sonno, cambiamenti di umore, la rabbia, oppure la febbre o una altra grave malattia;
- la consapevolezza circa la non disponibilità attuale di una vera cura per la malattia e la presenza solo di un trattamento sintomatologico che ha come figura deputata alla cura della malattia il medico, eventualmente affiancato da altre figure.

Per quanto riguarda le **conoscenze non corrette**, invece, esse verificavano la frequenza delle false credenze ("*beliefs*") in base alle quali l'epilessia sarebbe una malattia:

- causata da eventi che richiamano la fatalità del destino, demoniaca, soggetta agli influssi della luna, contagiosa;
- scatenata dal viaggiare in ambienti affollati, da improvvisi cambiamenti del tempo o dall'assunzione di certi cibi, dalla indolenza e dalla inettitudine di chi ne soffre;
- per la quale ci si affida esclusivamente a figure alternative come un erborista o un leader spirituale sperando in una sorta di miracolo.

Vorrei sottolineare che il concetto di "conoscenza non corretta" si richiama alla definizione di "*belief*" della ricercatrice canadese Gajjar (Gajjar, 2001)., da cui ho preso spunto per il questionario sulle conoscenze e pregiudizi relativi all'epilessia. Gajjar nella presentazione della sua scala EBA ("*Epilepsy beliefs and attitudes*") parla di credenze o "*beliefs*" in relazione alla malattia, indicando con questo termine tutte quelle convinzioni sulla malattia che si rifanno ad una dimensione da lei definita "metafisica" che va al di là dei dati scientificamente osservabili. Questa dimensione sarebbe - a detta dell'autrice - molto diffusa in culture di tipo asiatico che ricorrono alla presenza di potenze superiori per spiegare la malattia. Il suo opposto sarebbe individuabile - sempre secondo la ricercatrice - nella dimensione "biomedica", tipica della cultura occidentale. Essa consisterebbe in una conoscenza di tipo medico scientifico della malattia per cui

essa sarebbe un disturbo con cause precise rinvenibili in alcune disfunzioni all'interno dell'individuo. In particolare, spiega Gajjar, la "dimensione metafisica" si richiama ad antichi retaggi culturali quali a esempio l'influenza di forze oscure e maligne come il malocchio, all'influsso della luna, la fatalità del destino o il contagio. Pertanto, nel questionario le conoscenze non corrette consistono in una serie di affermazioni sull'epilessia, riguardanti le cause, gli eventi scatenanti/premonitori, le figure curanti e le cure, che corrispondono a *false credenze sulla malattia*.

Infine, il questionario ha evidenziare la pregnanza dei **pregiudizi** sull'epilessia. È stato utilizzato il termine "*pregiudizi*" per esprimere il concetto di "*attitudes*" utilizzato da Gajjar (2001) per indicare "*perceptions that people have about a particular phenomenon*". Le "*attitudes*" si sviluppano dalla analisi di esperienze ricorrenti all'interno di un contesto socioculturale e riflettono la tendenza di ciascun individuo a valutare un evento, un oggetto o un comportamento assegnandoli un valore. In particolare, le domande per questo ambito hanno riguardato le convinzioni rispetto al modo di rapportarsi dei soggetti epilettici all'interno dei vari contesti di vita: scolastico, socio relazionale e familiare. I pregiudizi che riguardano:

- *il contesto scolastico* (convincimenti a livello cognitivo), esprimono l'idea che un bambino con epilessia abbia *scarsi risultati a scuola e scarse abilità logico-matematiche* per cui non verrà, in genere, scelto per partecipare a prove matematiche;
- *il contesto socio-relazionale* (convincimenti a livello di idoneità fisica): esprimono invece la convinzione che un bambino con epilessia *non potrà praticare sport* e che quindi verrà spesso *escluso dalle attività di squadra*;
- *il contesto familiare*: fanno riferimento alla credenza che i genitori di un bambino con epilessia avranno un atteggiamento di rifiuto/non accettazione della malattia con conseguente volontà di nascondere la malattia stessa.

Valutazione dei risultati

I soggetti hanno a disposizione 4 possibili risposte graduate (molto, abbastanza, poco, per niente) con cui esprimere l'accordo o il disaccordo rispetto a quanto affermato. I risultati del questionario sono stati interpretati in base alla risposta "molto/abbastanza" equivalente a SI e "poco/ per niente" equivalente a NO.

b) il test unidimensionale di rilevazione del LOC degli autori Nowicki e Strickland

Al fine di conoscere che cosa pensano i ragazzi delle scuole dei loro coetanei affetti da epilessia, è stato utilizzato il test di Nowicki-Strickland (1973) nella versione per ragazzi dai 9 ai 16 anni (allegato 1)¹³. Questo questionario è stato somministrato *due volte*, prima e dopo la somministrazione del questionario volto a rilevare le conoscenze e i pregiudizi sulla malattia epilettica. Nella prima somministrazione è stata valutato il livello di esternalità dei soggetti delle scuole (LOC “proprio”). Nella seconda somministrazione dello stesso test è stata invece valutata l’esternalità da essi attribuita ai soggetti con epilessia (LOC “attribuito”). In sostanza, è stato riproposto lo stesso questionario individuale, richiedendo però ai ragazzi uno sforzo di "**coinvolgimento immaginato**", che non è solo assumere la prospettiva di qualcun altro a livello cognitivo, ma significa "*mettersi nei panni di*" da un punto di vista emotivo e situazionale. La doppia somministrazione ha avuto una *funzione comparativa* tra LOC “attribuito” ai ragazzi epilettici e LOC “proprio” dei ragazzi delle scuole al fine di verificare *in che misura* il pregiudizio riempia la distanza Io-malato. Il successivo confronto tra il LOC “proprio” dei soggetti epilettici, rilevato nella indagine condotta in ambito ospedaliero, con quello “proprio” dei ragazzi delle scuole, ha avuto la funzione di verificare il *senso* dell’esistenza di questo pregiudizio.

6.4 Tempi e procedure

In ambito scolastico, i questionari somministrati¹⁴ sono stati presentati come una unica prova tripartita. La tabella n° 6.1 ne riassume le caratteristiche.

Tab. n° 6.1 Il questionario tripartito somministrato nelle scuole

INDAGINE	STRUMENTO	SCOPO
Rappresentazione attribuzionale del bambino epilettico	Questionario paper-and-pencil di Nowicki-Strickland (1973): - nella versione per ragazzi, 9-16 anni, - composto da 40 domande con risposta “sì”, “no”.	Valutare l’esternalità “ <i>propria</i> ” nel gruppo degli studenti. Funzione comparativa con il gruppo dei 20 soggetti con epilessia
Rappresentazione attribuzionale dell’ epilessia	Questionario con gruppi di domande volte a indagare la rappresentazione attribuzionale delle cause dell’epilessia, delle possibili cure, dell’atteggiamento dei genitori nei confronti dei figli epilettici. Per introdurre all’argomento viene presentato il caso di Marco, un bambino che soffre di epilessia e alle volte viene colto di sorpresa da violenti attacchi.	Rilevare le teorie esplicative della malattia in base alla analisi delle conoscenze corrette o meno sulla malattia e dei pregiudizi sulla stessa.
Rappresentazione attribuzionale del bambino epilettico	Risomministrazione del questionario individuale di Nowicki-Strickland in funzione attributiva, con l’indicazione di rispondere mettendosi <i>nei panni di</i> un bambino affetto da epilessia.	Valutare l’esternalità “ <i>attribuita</i> ” dagli studenti esaminati ai ragazzi affetti da epilessia.

¹³ Per la descrizione dello strumento si veda quanto detto nella indagine condotta in ambito ospedaliero (cap. 5 e 6).

¹⁴ Le somministrazioni del questionario sono durate circa una ora per classe. Gli strumenti sono stati adattati alle esigenze dei destinatari, apportando le necessarie modifiche formali, ma non contenutistiche, che li rendessero appetibili a soggetti di diverse fasce di età, dalla scuola elementare al ginnasio.

6.5 I risultati dell'indagine condotta in ambito scolastico

6.5.1 I soggetti

In questa indagine, sono stati coinvolti tre livelli scolari (scuola primaria, scuola secondaria di primo grado¹⁵ e ginnasio)¹⁶. In particolare, per quanto riguarda la scuola primaria hanno partecipato agli alunni frequentanti le tre ultime classi. Come mostra la tabella 6.2, la distribuzione dei soggetti per genere nei vari livelli di età scolari è abbastanza equilibrata alle elementari (maschi 59, femmine 62) e alle medie (maschi 43, femmine 52), mentre al ginnasio sono più numerose le ragazze rispetto ai maschi (maschi 27, femmine 73). Si nota un forte incremento della componente femminile al ginnasio; questo effetto, trattandosi di un campione di classi, è comunque paragonabile alla quota di ragazze presenti nelle diverse scuole di Trieste. In ogni caso non è oggetto di questa tesi valutare differenze legate al genere degli intervistati.

Tab. n° 6.2 Distribuzione dei soggetti intervistati per livello scolastico/età e genere

Livello scolastico	Elementari	Medie	Ginnasio	Totale
maschi	59 (49%)	43 (45%)	27 (27%)	129
femmine	62 (51%)	52 (55%)	73 (73%)	187
totale	121	95	100	316

Nella elaborazione dei risultati di questa indagine è stata sempre mantenuta una distinzione tra i tre diversi livelli scolari al fine di poter osservare l'eventuale evoluzione della conoscenza/comprendimento della malattia nei diversi gruppi di età. A questo proposito, alcuni ricercatori (Perrin e Gerrity, 1981), ponendosi in una prospettiva piagetiana (Piaget 1929, 1952), hanno evidenziato come nei diversi stadi dello sviluppo, dall'infanzia alla adolescenza, i bambini/ragazzi evolvano i loro sistemi di comprensione della malattia in genere. Dai 4 ai 7 anni essi attribuirebbero la malattia a fenomeni esterni o comunque concreti come il fatto di essere usciti al freddo o sotto la pioggia, ma non hanno cognizione riguardo a come tali fattori esterni causino la malattia. Dai 7 agli 11 anni, invece, inizia a farsi strada l'idea che lo stato di malattia sia causato da germi, anche se le modalità non risultano comprese. Solo dagli 11 e 12 anni iniziano a descrivere agenti esterni che attaccano il corpo e gli effetti fisiologici che conducono ai sintomi della malattia. Pertanto (Sanger, Perrin, Sandler, 1993), con l'età dovrebbe migliorare la comprensione della malattia in relazione alle cause. È vero tuttavia che le risposte dei bambini/ragazzi non dipendono solo dallo stadio di sviluppo

¹⁵ D'ora in avanti utilizzerò per brevità la vecchia denominazione di scuola elementare e media.

¹⁶ Si tratta dell'Istituto comprensivo "I.Svevo" con le scuole elementari "A.Lovisato" e "San Giusto" e la scuola media "I.Svevo"; dell'Istituto comprensivo "G.Roli" con la scuola elementare "F.Ili Visintini" e la scuola media "G.Roli"; delle classi ginnasio dei licei "F.Petraraca" e "A.Dante".

in cui si trovano ma anche da ciò che viene loro insegnato dai genitori, insegnanti, pediatri a proposito dello stato di malattia.

6.5.2 Conoscenza delle malattie croniche tra i ragazzi delle scuole

La verifica dei tre obiettivi previsti da questa indagine in ambito scolastico è preceduta da una domanda di tipo introduttivo che riguarda la conoscenza di una serie di malattie croniche come il diabete, la celiachia e, tra di esse, l'epilessia. La tabella 6.3 illustra la percentuale dei soggetti che rispondono di essere a conoscenza dell'esistenza delle malattie croniche indicate. In particolare, in base ai test statistici¹⁷, emerge che le risposte date dai soggetti circa la conoscenza delle malattie croniche sono distribuite in maniera non casuale tra i vari livelli di età, con significatività superiore al 99%. Inoltre, poiché, le percentuali che esprimono tale conoscenza passano dal 63% delle elementari, al 74% delle medie per terminare con un 86% del ginnasio, possiamo ipotizzare che essa aumenti con l'età.

Tab. n° 6.3 Conoscenza delle malattie croniche

Livello scolastico	Elementari (n= 121)	Medie (n=95)	Ginnasio (n=100)	Totale (n=316)
Risposte positive	76 (63%)	70 (74%)	86 (86%)	232 (73%)

6.5.3 Verifica del primo obiettivo: il contesto scolastico e i pregiudizi sulla malattia

Il primo obiettivo è stato quello di descrivere le caratteristiche del contesto scolastico in cui il bambino epilettico vive e di verificare se, come più volte emerso in letteratura, esso sia effettivamente inficiato da pregiudizi nei confronti di questa malattia, corroborati da scarse conoscenze e false credenze. I risultati vengono esposti iniziando dalla frequenza delle conoscenze corrette (punto a) e delle false credenze sulla malattia (punto b) possedute dai ragazzi delle scuole in quanto esse favoriscono la formazione del pregiudizio (punto c).

a) Le conoscenze medico-scientifiche sull'epilessia

La parte dell'indagine che ha verificato la frequenza con cui i ragazzi delle scuole riconoscono aspetti scientifici nella spiegazione del fenomeno epilettico ci indica che queste conoscenze sono in generale scarse, insufficienti e non soddisfacenti. Vediamole

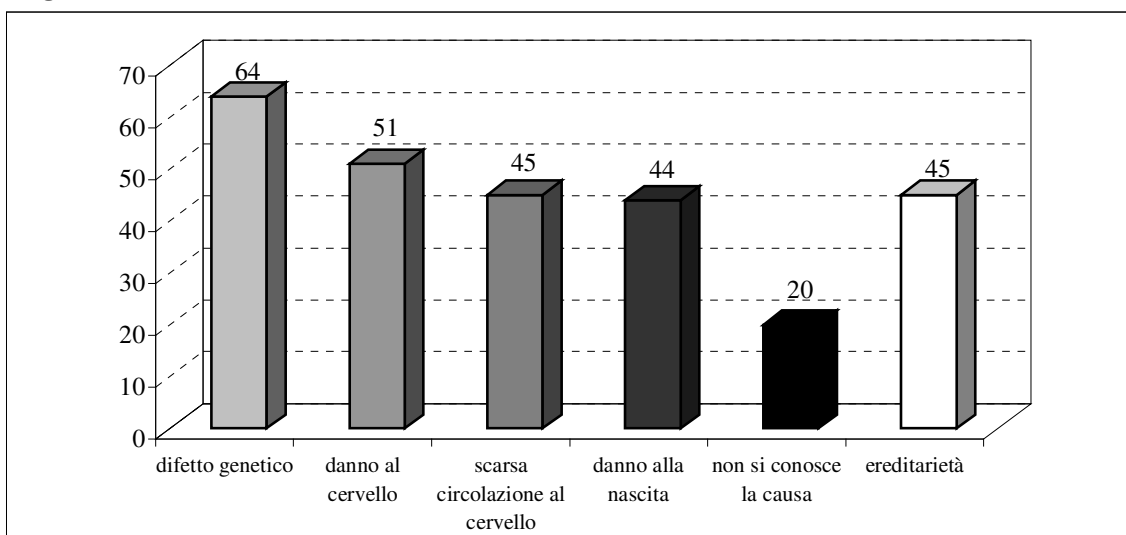
¹⁷ Al fine di verificare se le differenze tra le risposte date siano imputabili a fattori casuali, si è proceduto ad effettuare il test del χ^2 di Pearson sulla tabella di contingenza (di frequenza) individuata dalle variabili in esame. In particolare la domanda posta agli intervistati è stata considerata per le singole modalità di risposta (sì/no), mentre i gruppi di età sono stati considerati senza ulteriori elaborazioni. I gradi di libertà del test sono pari a due e la significatività considerata, ove non diversamente specificato, è pari al 95%, corrispondente ad un p-value di 0.05. Non sono significativi tutti i valori di significatività inferiori a questo.

una ad una in relazione ai seguenti ambiti: conoscenza delle cause della malattia, dei fattori scatenanti/premonitori, figure curanti e terapia.

La conoscenza delle cause medico-scientifiche della malattia

Dalla figura n°.6.2 emerge una certa conoscenza delle cause medico-scientifiche della malattia. Il **difetto genetico** (64%) e il **danno al cervello** (51%) sono identificati dalla maggioranza dei soggetti come possibili cause della malattia; seguono la scarsa circolazione nel cervello (45%) o il danno alla nascita (44%). Il 20% dei soggetti afferma che è possibile che per l'epilessia non si conoscano le cause. Un possibile ruolo della ereditarietà dell'epilessia viene condiviso dal 45% dei soggetti.

Fig. n° 6.2 La conoscenza delle cause medico-scientifiche della malattia



Osservando l'andamento delle risposte con l'età (tabella n°7.4), dai test statistici emerge che le opinioni relative alla presenza di cause genetiche o ereditarie o imputabili a scarsa circolazione sanguigna nel cervello sono equidistribuite tra i bambini e ragazzi di ogni ordine di scuole. Sono invece significativamente diverse le opinioni sulle cause riconducibili a danni cerebrali o avvenuti al momento della nascita. Inoltre, poiché nel caso del danno cerebrale si passa da una percentuale pari a 39% alle elementari a una del 58% per le medie, per terminare con un 60% al ginnasio, possiamo ipotizzare che questa conoscenza aumenti con l'età. L'inverso sembrerebbe accadere con il caso del danno al momento della nascita che passa dalla percentuale pari al 62% per le elementari, ad una del 41% per le medie, per terminare con una del 27% al ginnasio. Infine, secondo i bambini delle elementari e medie non si conosce l'origine

dell'epilessia mentre i ragazzi più grandi sono convinti che sia una patologia con eziologia nota.

Tab. n°.6.4 Cause della malattia: “risposte che si rifanno ad una spiegazione scientifica del tipo...”

SPIEGAZIONE SCIENTIFICA	LIVELLO SCOLARE			TOTALE (n=316)
	ELEMENTARI (n=121)	MEDIE (n=95)	GINNASIO (n=100)	
...difetto genetico **	79 65%	61 64%	61 61%	201 64%
...danno al cervello **	47 39%	55 58%	60 60%	162 51%
...scarsa circolazione sanguigna nel cervello	50 41%	38 40%	53 53%	141 45%
...danno al momento della nascita **	74 62%	39 41%	27 27%	140 44%
...non si conosce la causa **	35 29%	23 24%	5 5%	63 20%
...ereditarietà	48 40%	49 52%	46 46%	143 45%

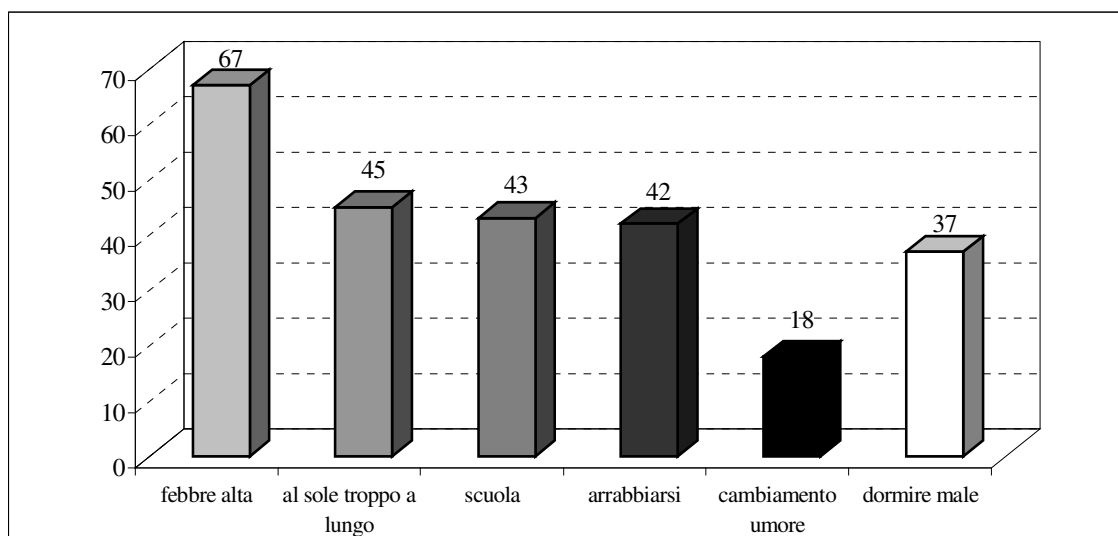
** : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.99

In definitiva, i dati del sondaggio *non mostrano un evidente miglioramento delle conoscenze con l'età* ma, piuttosto, un diverso orientamento delle risposte. Infatti, sembra che al ginnasio intervenga una maggiore riflessività e prudenza: non si concorda con tutte le affermazioni come sembra succedere più frequentemente alle elementari. Con l'età, alcune opzioni vengono abbandonate mentre altre vanno precisandosi ma non sempre le scelte delle età maggiori rivelano maggiore conoscenza della malattia. Ad esempio, tra le cause della malattia, le risposte al ginnasio tendono ad abbandonare l'ipotesi del danno alla nascita e della non conoscenza delle cause dell'epilessia.

Eventi scatenanti/premonitori

Come illustra la figura n° 6.3, tra i possibili eventi scatenanti una crisi epilettica quello che raccoglie il maggior numero di consensi è quello che fa riferimento alla *febbre alta* e altre malattie (67%). Vengono identificati, in misura equivalente, il gioco all'aria aperta e l'eccessiva esposizione al sole (45%), l'eccessivo carico scolastico (43%) e lo scatenarsi di sentimenti quali la rabbia (42%). Solo il 18% dei soggetti si trova concorde rispetto al “sonno insufficiente”. Condividono l'affermazione che gli improvvisi cambiamenti di umore possano essere campanelli di allarme di una crisi epilettica il 37% dei soggetti.

Fig. n° 6.3. I possibili eventi scatenanti /premonitori di una crisi epilettica



Anche in questo caso, se osserviamo l'andamento delle risposte in base all'età (tabella n°.6.5), dai test statistici emerge che le opinioni che a scatenare una crisi possano essere la febbre alta, l'eccessivo lavoro scolastico o le arrabbiate sono equidistribuite tra i bambini e ragazzi di ogni ordine di scuole. Risultano invece significativamente diverse le opinioni relative a fattori scatenanti o eventi premonitori di una crisi epilettica quali il gioco all'aria aperta, il sonno insufficiente e gli improvvisi cambiamenti di umore, con i ragazzi del ginnasio meno convinti della incisività tali fattori.

Tab. n°.6.5 I possibili eventi scatenanti /premonitori di una crisi epilettica

RISPOSTE POSITIVE PER LIVELLO SCOLARE	LIVELLO SCOLARE			TOTALE (n=316)
	ELEMENTARI (n=121)	MEDIE (n=95)	GINNASIO (n=100)	
la febbre o altre gravi malattie	85 70%	62 65%	65 65%	212 67%
gioco all'aria aperta o troppo tempo sole **	75 62%	42 44%	26 26%	143 45%
troppo lavoro a scuola	56 46%	45 47%	35 35%	136 43%
arrabbiarsi molto per qualcosa	50 41%	38 40%	43 43%	131 42%
dormire male/sonno insufficiente*	31 27%	13 14%	13 13%	57 18%
improvvisi cambiamenti di umore**	60 50%	32 34%	21 21%	113 37%

** : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.99

* : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.95

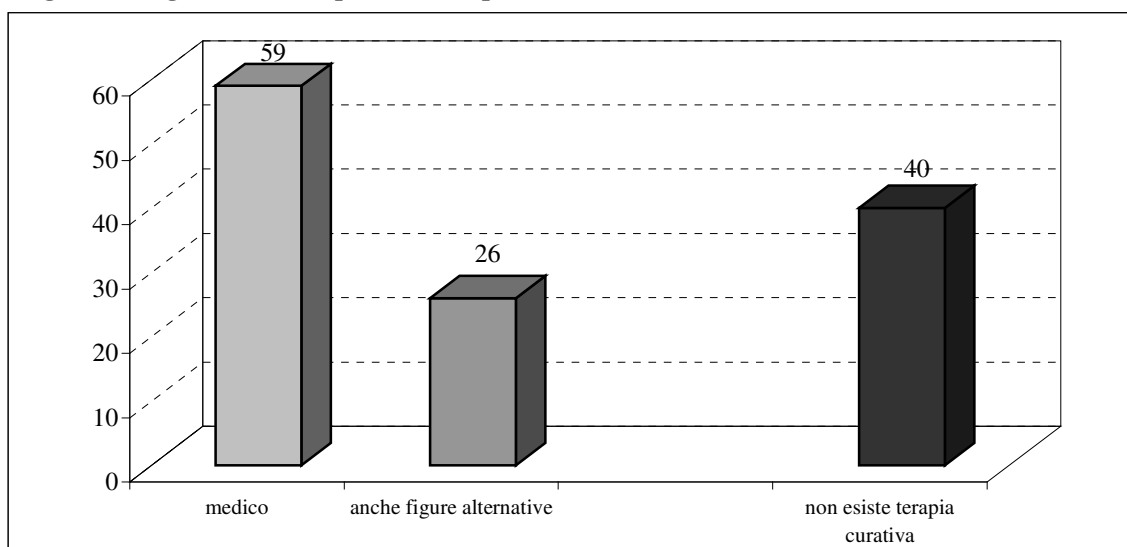
Anche per i fattori scatenanti è possibile osservare quanto detto in precedenza in merito alle cause della malattia: i dati del sondaggio *non* mostrano un evidente *miglioramento* delle conoscenze con l'età ma, piuttosto, un diverso orientamento delle risposte. Infatti, tra i fattori scatenanti/premonitori, al ginnasio, vengono citati meno frequentemente lo stare troppo all'aria aperta/al sole, il sonno insufficiente e i cambiamenti di umore, tutti fattori, soprattutto il sonno, scientificamente rilevanti per la malattia. Una qualità di sonno "sufficiente", con addormentamento e risveglio ad orari regolari, è uno dei punti fondamentali per chi deve vivere con l'epilessia (Genton e Guerrini, 1993). Per tutte le età, la febbre viene riconosciuta come importante fattore scatenante ma questo più che testimoniare la consapevolezza che esistano delle patologie epiletto gene, suggerisce forse come le convulsioni febbrili, specie in età infantile, possano venir identificate con l'epilessia. Nell'interpretazione dei dati bisogna considerare l'influenza dei bisogni evolutivi nelle scelte dei bambini/ragazzi. È probabile che alle elementari prevalga la scelta del fattore giocare all'aria aperta perché colpisce una esigenza particolarmente sentita in questa età. L'arrabbiarsi rimane un aspetto rilevante in tutte le età, pervasivo forse a causa della crescente importanza data agli stati d'animo e alle emozioni suscitate da cose e persone in tutte queste fasce di età. Infine, è noto che improvvisi cambiamenti di umore sono dei campanelli di allarme di una crisi epilettrica in quanto il cambiamento di personalità, gli improvvisi sbalzi di umore manifestati dal bambino epilettrico possono essere segnali di una crisi impellente. *"L'epilessia non è un mare sempre in burrasca, quanto piuttosto un'onda ricorrente in alta marea"*, ha affermato il dottor Willim Lennox, dove *"un'onda ricorrente di alta marea" sta ad indicare la natura imprevedibile ed improvvisa del sintomo epilettrico, in contrasto con "il mare sempre in burrasca" di molti altri disturbi cronici"* (Marshall, 2000). Nella casistica esaminata condividono l'affermazione che gli improvvisi cambiamenti di umore possono causare attacchi epilettrici quasi il 40% dei soggetti, ma con l'età l'influenza attribuita a questo fattore si dimezza.

Figure curanti e possibili terapie

Come illustra la figura n° 6.4, la figura deputata alla cura dell'epilessia è solo il medico per la maggioranza dei casi (59%). Il 26% dei soggetti ritiene che il medico possa essere eventualmente affiancato da figure alternative come un erborista e/o un leader spirituale. Rispetto a questo ultimo dato, è ipotizzabile i soggetti possano aver sentito parlare del ricorso a trattamenti alternativi per le epilessie farmaco resistenti, che costituiscono il

20-25% delle epilessie in generale (Freeman et altri, 1997). Solo il 40% è a conoscenza del fatto che non esiste una vera terapia curativa per l'epilessia.

Fig. n°.6.4 Figure curanti e possibili terapie



Se osserviamo l'andamento delle risposte in base all'età (tabella n°.6.6) dai test statistici, emerge che è significativamente diverse in base all'età solo l'opinione relative al fatto che il medico è l'unica figura deputata alla cura della malattia. In particolare, si potrebbe ipotizzare al ginnasio si manifesta meno la credenza in questa affermazione. Per quanto riguarda le opinioni per cui nella cura della malattia sarebbe possibile affidarsi anche a figure alternative queste sono equidistribuite in base all'età. Lo stesso accade per la convinzione che non esista una terapia curativa.

Tab. 6.6 Figure curanti e possibili terapie

	LIVELLO SCOLARE			TOTALE (n=316)
	ELEMENTARI (n=121)	MEDIE (n=95)	GINNASIO (n=100)	
RISPOSTE POSITIVE PER LIVELLO SCOLARE				
Figure curanti				
Medico **	68 56%	70 59%	48 48%	186 59%
Anche figure alternative	39 32%	19 20%	24 24%	82 26%
Cura				
Non esiste una terapia curativa	56 46%	32 34%	37 37%	125 40%

** : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.99

Concludendo questa valutazione relativa alla frequenza della conoscenze medico-scientifiche in relazione alla malattia epilettica si può osservare che nel complesso è riconfermato quanto affermato da alcuni autori (Govier et altri, 1995) secondo i quali la maggioranza delle conoscenze inadeguate riguardanti l'epilessia si ritrovano specialmente tra gli adolescenti e i giovani adulti. Questi autori sostengono che la maggior parte degli oltre 200 protagonisti della loro ricerca possiede delle conoscenze sulle cause della malattia, ma solo la metà di loro è a conoscenza che un danno al cervello può causare l'epilessia; inoltre il 39 % non sa che una scarsa circolazione nel cervello può causare una crisi. Anche nella presente indagine la maggioranza dei soggetti ha delle conoscenze riguardo alle cause della malattia, e solo la metà dei soggetti sa che un danno al cervello può causare l'epilessia. La percentuale di coloro che non sanno che una scarsa circolazione sanguigna nel cervello può causare epilessia è invece del 55%. In sostanza, con l'età le conoscenze corrette sulla malattia non diventano soddisfacenti e questo fatto potrebbe lasciare spazio all'alimentarsi dello stigma sociale della malattia.

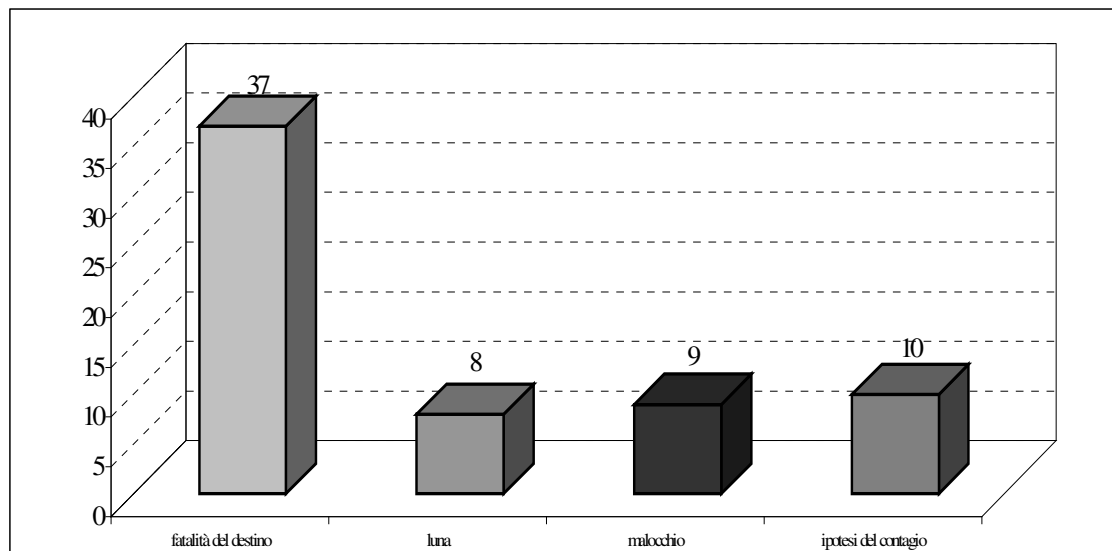
b) False credenze (“beliefs”) riguardanti l'epilessia

La parte dell'indagine che ha verificato la frequenza con cui i ragazzi delle scuole ricorrono a false credenze nella spiegazione di aspetti del fenomeno epilessia relativi alle sue cause, ai fattori scatenanti, alle figure curanti e alla terapia ci conferma una realtà già evidenziata in letteratura per cui questa malattia sarebbe ancora per alcuni soggetti un fenomeno che attinge ad elementi incontrollabili, oscuri, paurosi.

Le false credenze sulle cause della malattia

Emergono a questo proposito convinzioni che si rifanno ad elementi “metafisici”, ossia al di fuori di una spiegazione causale di tipo biomedico, come ad esempio la fatalità del destino, chiamata in causa dal 37% dei ragazzi. Vi sarebbe anche un recupero di antiche credenze per cui chi soffre del “male sacro” sarebbe un indemoniato vittima di un malocchio, di forze oscure e maligne (9%) oppure un individuo soggetto a fenomeni celesti quali le fasi della luna (8%), come vuole una antica tradizione che definisce l'epilessia “*il male della luna*”. Un 10% degli intervistati afferma addirittura che l'epilessia si trasmette per contagio (figura n°.6.5).

Fig. n° 6.5 Le false credenze sulle cause della malattia



In base all'andamento delle risposte con l'età (tabella n°.6.7), i test statistici evidenziano che le risposte dei ragazzi non sono distribuite con criterio di casualità e che alle scuole medie e superiori i ragazzi hanno una percezione sensibilmente più razionale rispetto a quella dei bambini delle elementari, con riferimento a possibili eventi scatenanti di matrice fatalista o magica. Tuttavia, anche se le credenze circa le cause diminuiscono significativamente in funzione dell'età, non scompaiono mai del tutto.

Tab.6.7 Le false credenze sulle cause

RISPOSTE POSITIVE PER LIVELLO SCOLARE	LIVELLO SCOLARE			TOTALE (n=100)
	ELEMENTARI (n=121)	MEDIE (n=95)	GINNASIO (n=100)	
Il destino- predestinazione **	67 55%	39 41%	10 10%	116 37%
Le fasi della luna**	19 16%	3 3%	2 2%	24 8%
Il malocchio**	18 15%	6 6%	3 3%	27 9%
Ipotesi del contagio**	28 23%	2 2%	2 2%	32 10%

** : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.99

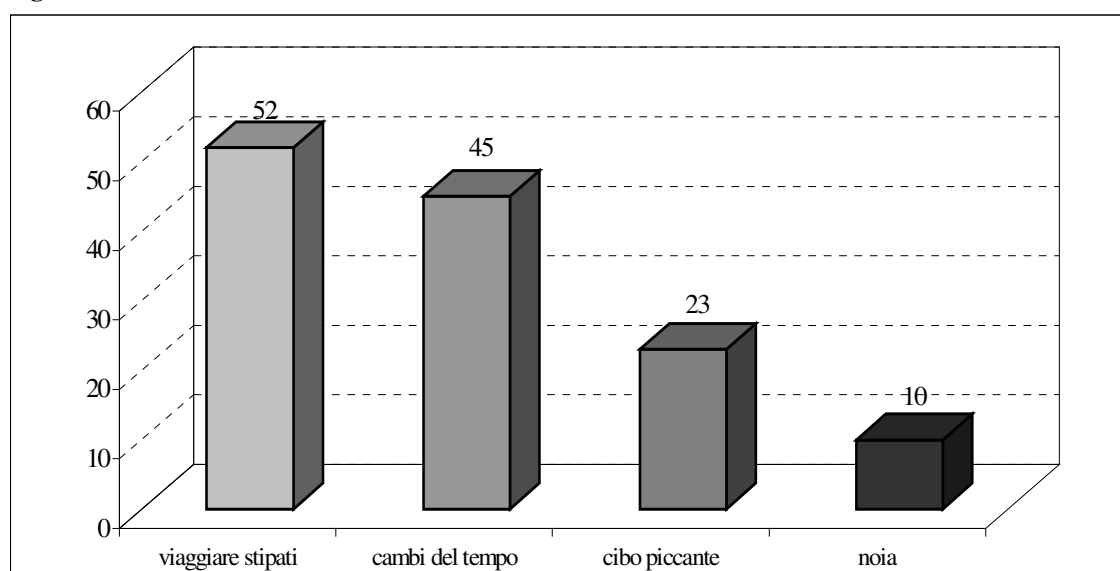
In particolare, il dato per cui, tra i ragazzi intervistati nelle scuole di Trieste, la percentuale di coloro che sono convinti che l'epilessia sia dovuta all'intervento del malocchio o di uno spirito maligno è pari al 9%, trova conferma in una recente indagine condotta dalla LICE. In base a questa ricerca, una quota non trascurabile di

italiani, il 6%, ritiene che l'epilessia dipenda da una possessione demoniaca, credenza condivisa anche dal 4% degli studenti universitari. Malocchio, possessione demoniaca sono elementi che si rifanno ad antichi retaggi culturali in cui chi soffriva di epilessia veniva ritenuto avvinto da potenze superiori ed oscure. Questo aspetto della malattia è un indicatore di come essa sia ritenuta anche nella postmodernità un fenomeno che attinge ad elementi incontrollabili, oscuri, paurosi. Nonostante oggi sia possibile contrastare in modo efficace questa malattia grazie ai farmaci di nuova generazione, alle tecniche chirurgiche ed alla elevata esperienza clinica dei medici c'è ancora una quota della popolazione, anche giovane, che per spiegare la malattia si rifà a motivazioni che esulano del tutto dalla razionalità scientifica.

Le false credenze sui fattori scatenanti/premonitori di una crisi epilettica

Tra le conoscenze non mediche/scientifiche bensì di tipo ambientale-psicofisico in relazione allo scatenarsi di crisi epilettiche prevalgono fattori esterni/ambientali come il *viaggiare su un autobus pieno (52%)* o i *cambi meteorologici improvvisi (45%)*: essi vengono, infatti, ritenuti fattori scatenanti una crisi da una buona parte degli intervistati. Riguardo alla assunzione di certi cibi/bevande, il 23% è convinto che possa scatenare attacchi epilettici. La noia viene ritenuta possibile causa di una crisi per il 10% dei soggetti (vedi figura n° 6.6).

Fig. n° 6.6 Le credenze sui fattori scatenanti



I test statistici che valutano l'andamento delle risposte in base all'età (tabella n°.6.7) indicano che le opinioni che a scatenare un attacco possano essere l'indugiare nella noia, il viaggiare stipati in un autobus oppure assumere certi cibi e bevande sono significativamente diverse. Inoltre, poiché le percentuali per ognuna delle voci considerate diminuiscono con l'età, possiamo ipotizzare che queste credenze si riducano. L'opinione che cambi improvvisi del tempo possano scatenare una crisi resta praticamente invariata.

Tab. n°.6.7 Le credenze sui fattori scatenanti

RISPOSTE POSITIVE PER LIVELLO SCOLARE	LIVELLO SCOLARE			TOTALE (n=316)
	ELEMENTARI (n=121)	MEDIE (n=95)	GINNASIO (n=100)	
viaggiare stipati in un autobus*	67 55%	34 36%	42 42%	164 52%
cambi improvvisi nel tempo (caldo/freddo..)	34 28%	21 22%	16 16%	143 45%
cibi piccanti/bevande calde *	73 60%	48 51%	43 43%	71 23%
Noia**	22 18%	7 7%	1 1%	30 10%

** : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.99

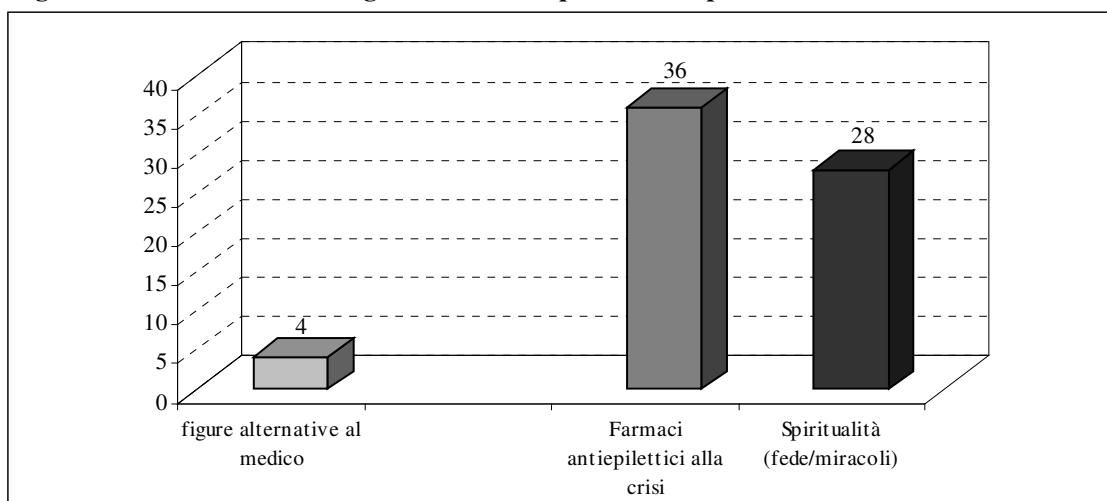
* : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.95

In definitiva, le credenze inadeguate sulla malattia si ridimensionano con l'età, ma non scompaiono. Ciò vale anche per le credenze sui fattori scatenanti come viaggiare in ambienti affollati o i cambi nel tempo, la noia o assumere certe bevande/cibi piccanti.

Le false credenze sulle figure curanti e le possibili terapie

Come osservato nel paragrafo precedente, una percentuale di soggetti non trascurabile, ma per fortuna decrescente con l'età, ricorre ad elementi "metafisici" per spiegare le cause della malattia: destino, malocchio, fasi della luna. Questo atteggiamento spiegherebbe forse perché esiste una seppur piccola percentuale (4%) di ragazzi la quale ritiene che nella cura della malattia sia inutile rivolgersi al medico ma occorre piuttosto farsi aiutare da figure alternative (4%) o confidare in un miracolo (28%). Fondamentale invece è l'intervento di un medico specialista e una adeguata terapia farmacologica basata su somministrazioni regolari e non certamente da effettuarsi solo al momento della crisi, come sostiene il 36% dei soggetti (figura n°.6.7).

Fig. n°.6.7. Le credenze sulle figure curanti e le possibili terapie



I test statistici che analizzano l'andamento delle risposte in base all'età (tabella n°.6.8), fanno emerge che è significativamente diversa in base all'età solo l'opinione secondo la quale i farmaci antiepilettici vadano somministrati al momento della crisi della crisi.

Per quanto riguarda le rimananti opinioni relative al fatto che in caso di epilessia ci si debba rivolgere a figure alternative al medico oppure sperare in un miracolo, esse sono equidistribuite in base all'età. Tuttavia, trattandosi di frequenze molto basse si preferisce analizzare con occhio critico il risultato.

Tab. n°6.8 Credenze sulle figure curanti e le possibili terapie

	LIVELLO SCOLARE			TOTALE (n=316)
	ELEMENTARI (n=121)	MEDIE (n=95)	GINNASIO (n=100)	
Figure curanti				
Solo figure alternative al medico (erborista, leader spirituale)	9 7%	2 2%	2 2%	14 4%
Cura				
farmaci antiepilettici solo alla crisi**	70 58%	20 21%	24 24%	114 36%
preghiere/miracoli	26 21%	12 13%	16 16%	87 28%

** : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.99

In base a questi dati, alcuni dei ragazzi intervistati sembrerebbero esprimere le conclusioni di una recente ricerca (Tokuda, 2007) in base alla quale è la convinzione di essere in balia di potenze spirituali a determinare un maggior ricorso alla "Complementary and Alternative Medicine".

In definitiva, anche se in generale le false credenze sulla malattia sono soggette ad una costante di diminuzione, questo dato non può essere considerato confortante dal momento che comunque permangono percentuali non irrilevanti di soggetti che manifestano credenze errate sulla malattia.

c) I pregiudizi (“attitudes”) riguardanti l’epilessia

La parte del sondaggio che ha verificato la frequenza di pregiudizi nei confronti di chi soffre di epilessia in relazione al contesto scolastico, socio relazionale e familiare, ci indica che in definitiva che *“non esiste altra malattia oltre all’epilessia in cui i pregiudizi sociali sono più gravi della malattia stessa”* (Dravet, 1980).

I pregiudizi (attitudes) nei confronti del bambino con epilessia

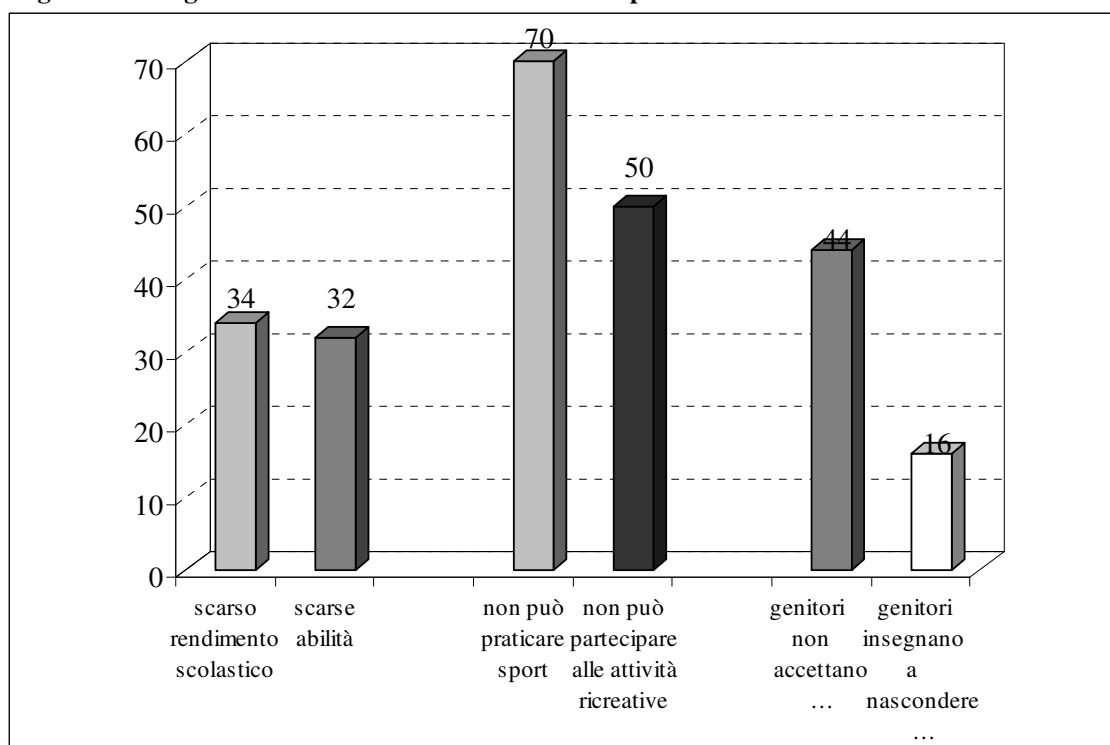
Il questionario proposto ha riguardato i pregiudizi degli intervistati nei confronti di chi soffre di epilessia in ordine al rendimento scolastico, alla capacità di relazionarsi con gli altri e all’atteggiamento della famiglia.

Come si può notare dalla figura n° 6.8, è il contesto socio-relazionale a raccogliere i maggiori pregiudizi nei confronti di chi soffre di epilessia. La maggioranza dei soggetti intervistati, è convinta che un bambino con epilessia *non possa praticare sport (70%)* e che – proprio a causa della sua malattia – *non potrà partecipare a tutte le attività ricreative (50%)*. Questo convincimento contrasta con i suggerimenti delle linee guida per l’epilessia. Infatti, se è vero che per chi soffre di epilessia devono essere sconsigliati sport ad alta componente di rischio come alpinismo, free-climbing, attività subacquee, deltaplano a causa del serio pericolo nel caso di crisi, va invece incoraggiata la partecipazione a tutte le attività scolastiche e ricreative. Sospendere i bambini epilettici dall’attività sportiva scolastica, nella maggior parte dei casi, è senza fondamento e provoca più danni che vantaggi. Le persone affette da epilessia sono in grado di svolgere quasi tutte le attività sportive senza correre pericoli e pertanto non dovrebbero lasciarsene dissuadere da insegnanti, familiari o allenatori. Il bagno in acqua poco profonda è autorizzato se le crisi sono ben controllate, ma il soggetto va accompagnato. Anche l’idea che un bambino che soffre di epilessia abbia uno *scarso rendimento scolastico (34%)* e *scarse abilità matematiche (32%)* raccoglie un numero significativo di consensi. Il legame epilessia-deficit intellettivo, che in realtà si osserva solo quando esiste “un rilevante danno cerebrale o una grave e persistente disfunzione encefalica con

alterazioni elettroencefalografiche diffuse” (Saccomani, 1991) è un pregiudizio. Nella maggioranza dei casi il fenomeno neurologico legato alla crisi epilettica non determina di per sé disturbo alle funzioni cognitive (si ha ritardo mentale nel 7% dei soggetti epilettici). Per un bambino epilettico studiare può certo risultare più difficile (vi sarebbero difficoltà di apprendimento nel 50% dei casi), poiché il suo profitto è influenzato dalla attenzione e dall'affaticamento dovuto ai farmaci o alle crisi, ma a ciò non corrispondono necessariamente ritardi mentali. L'alunno con epilessia ha solo bisogno di un buon clima di accettazione e conoscenza del fenomeno che manifesta occasionalmente. Nei casi in cui si associno problemi cognitivi, relazionali o altri handicap, ci si può avvalere di sostegni educativi o assistenziali.

Secondo il 44% degli intervistati nelle scuole, *padri e madri di bambini con epilessia non accetterebbero la malattia del figlio*, mentre per il 16% dei soggetti, i genitori con figli epilettici insegnerebbero loro a *nascondere la malattia*.

Fig. n°.6.8. Pregiudizi nei confronti del bambino con epilessia



La seguente tabella n° 6.9 ci permette anche alcune osservazioni sull'evoluzione dei pregiudizi in relazione alla malattia epilettica nel passaggio dalle elementari, alle medie per finire con il ginnasio.

Tab. n°.6.9 Frequenza dei pregiudizi nei vari contesti

RISPOSTE POSITIVE PER LIVELLO SCOLARE	LIVELLO SCOLARE			TOTALE (n=316)
	ELEMENTARI (n=121)	MEDIE (n=95)	GINNASIO (n=100)	
CONTESTO SCOLASTICO				
Un bambino con epilessia...				
Ha un rendimento scolastico scarso**	58 48%	31 33%	18 18%	107 34%
Ha scarse abilità (es. matematiche)**	56 46%	28 30%	16 16%	100 32%
CONTESTO SOCIO-RELAZIONALE				
Un bambino con epilessia...				
non può praticare sport**	95 78%	68 72%	59 59%	222 70%
non può partecipare alle attività ricreative	58 48%	57 60%	43 43%	158 50%
CONTESTO FAMILARE				
Un bambino con epilessia...				
Ha genitori che non accettano la sua malattia**	65 54%	45 47%	29 29%	139 44%
Ha genitori che gli insegnano a nascondere la malattia**	35 29%	12 13%	4 4%	51 16%

** : significatività del test di Pearson per la variabile χ^2 con 2 gradi di libertà superiore o uguale a 0.99

La frequenza delle opinioni secondo cui un bambino con epilessia avrebbe difficoltà nel rendimento scolastico, nelle abilità matematiche e nel praticare sport è significativamente diversa nei vari livelli scolari e consente di ipotizzare che questi tipi di pregiudizi si riducano con l'età, senza scomparire completamente. Ad esempio il pregiudizio secondo cui un ragazzo con epilessia non può praticare sport, diminuisce solo nel passaggio dalle medie al ginnasio ma rimane sempre una convinzione espressa dalla maggioranza (70%) dei soggetti anche al ginnasio. La convinzione secondo cui "...chi soffre di epilessia *non può partecipare a tutte le attività ricreative*", invece, si distribuisce in modo equivalente tra i tre livelli di età è pertanto sembrerebbe non modificarsi con il passare del tempo. Una spiegazione di questo andamento può derivare dal fatto che i ragazzi sono particolarmente sensibili al contesto socio-relazionale e danno molta importanza al fatto di sentirsi accettati dal gruppo dei pari. Secondo i ragazzi delle scuole una tale integrazione, spesso abbastanza difficile per i ragazzi non epilettici, è evidentemente alquanto improbabile per i coetanei con epilessia.

Anche le risposte riguardanti l'atteggiamento dei genitori nei confronti del figlio epilettico sono significativamente diverse nei vari livelli di scolarità, suggerendo che tali credenze si riducano con l'età. Resta tuttavia significativa anche ginnasio la convinzione che la famiglia non accetti la malattia.

Le opinioni su come la famiglia viva la malattia del figlio epilettico purtroppo riflettono lo stato di stigmatizzazione sociale di cui questa patologia tuttora soffre. La convinzione riguardo al rifiuto e alla negazione della malattia da parte della famiglia è descritta anche in letteratura come una delle reazioni che i genitori possono mettere in atto di fronte alla malattia del figlio (Saccomani, 1991). Questi atteggiamenti di paura e di rifiuto, si ripercuotono negativamente sul figlio, provocando sensi di vergogna, di colpa e reazioni di difesa o di aggressività, sentimenti che vengono aggravati dalla frattura nel vissuto personale che ogni crisi genera. Tutto ciò, oltre a pregiudicare il senso di sé ed una buona autostima, può influire negativamente sull'andamento scolastico.

Il convincimento che la famiglia possa mettere in atto una strategia di difesa/protezione del figlio attraverso la negazione/il nascondere la malattia stessa, trova purtroppo conferma nella esperienza personale durante il lavoro nelle scuole. In diverse occasioni gli insegnanti mi hanno riferito di aver scoperto la malattia epilettica di qualche alunno solo dopo un episodio di crisi avvenute ad esempio a scuola o durante le gite. Personalmente ho potuto constatare la tendenza da parte di alcune famiglie a negare la malattia dei figli, anche nella fase in cui, per la mia indagine condotta in ambito ospedaliero, ho contattato i genitori dei minori seguiti dalla struttura ed invitarli a partecipare ad una serie di incontri. La risposta spesso datami è stata del tipo: "*.....io a mio figlio non ho detto nulla, perché non voglio che pensi di avere una malattia al cervello*". Dato interessante questo visto che la diagnosi solitamente viene fatta ai genitori dallo specialista, in presenza del minore.

In definitiva, se è vero che con l'età migliora l'atteggiamento verso la malattia, non si può certo dire che scompaiano l'incomprensione, lo stigma sociale e la discriminazione che accompagnano questa patologia. A conferma di ciò, una ricerca (Cheung, 2006) condotta da alcuni studiosi ha evidenziato come secondo gli adolescenti l'epilessia avrebbe un impatto fisico e sociale maggiore rispetto ad altre malattie croniche come l'asma, il diabete, la sindrome di Down, l'artrite, l'emivrania, la leucemia e l'Aids. Secondo gli adolescenti interpellati, infatti, l'epilessia comporterebbe handicap mentali, potrebbe causare danni a chi ne soffre e a chi gli sta vicino e portare alla morte. Inoltre, avrebbe un impatto sociale maggiormente negativo e in modo particolare sulla

popolarità, la possibilità di fare sport e di divertirsi. Conclude questa ricerca che gli sforzi educativi dovrebbero concentrarsi sulla condivisione dell'idea che le persone con epilessia possono essere persone in grado di condurre una vita normale.

6.5.4 La verifica del secondo obiettivo: il contesto scolastico e i pregiudizi sul malato

Il secondo obiettivo della indagine è stato quello di verificare la presenza di pregiudizi nella rappresentazione attribuzione del *malato* tra i ragazzi delle scuole. Come abbiamo detto, il primo passo è stato quello di verificare il tipo di orientamento di LOC (che chiameremo LOC “proprio”) nei 316 studenti attraverso la somministrazione del test di Nowicki e Strickland. I risultati ottenuti sono stati confrontati con i punteggi medi di LOC “attribuito” dagli stessi ragazzi delle scuole ad un ipotetico coetaneo con epilessia. Il LOC attribuito dovrebbe fornire la misura della *percezione* di diversità del soggetto epilettico in base alla valutazione dei ragazzi delle scuole. Un successivo confronto di questi risultati con il punteggio medio di LOC “proprio” dei ragazzi con epilessia ha la funzione di valutare la fondatezza di tale percezione di diversità.

La forbice tra il LOC “proprio” degli studenti e il LOC “attribuito” agli epilettici

La seguente tabella n° 6.10 indica la media dei punteggi di LOC “proprio” e “attribuito” anche in base al genere e tenendo in considerazione l'andamento evolutivo del costrutto nelle due misurazioni successive. In questo modo sono possibili tre ordini di osservazioni: 1) andamento generale del LOC nelle due somministrazioni del test di Nowicki e Strickland; 2) valutazione dell'influenza del genere; 3) valutazione dell'influenza dell'età.

1) Osservazioni generali sull'andamento del LOC. Innanzitutto, se confrontiamo le due misure generali di LOC “proprio” ed “attribuito” osserviamo che nella rilevazione della “esternalità altrui”, il punteggio medio di LOC è maggiore rispetto a quello emerso dalla prima somministrazione volta a rilevare l'“esternalità propria” (19.35 con $ds=5.05$ contro 13.45, con $ds=4.25$). Tale differenza è statisticamente significativa con $p=0,00$ ¹⁸. Secondo i ragazzi delle scuole, pertanto, i soggetti con epilessia presenterebbero un LOC maggiormente esterno rispetto al loro, ossia sarebbero dei ragazzi *diversi*.

¹⁸In ciascuna delle seguenti valutazioni statistiche il test di differenza statistica applicato, dopo aver verificato la omoschedasticità dei dati, è il test t di Student (livello di significatività considerato pari al 95%, corrispondente ad un p-value di 0.05).

Tab. n° 6.10 Ragazzi delle scuole: genere, età e punteggi medi di LOC “proprio” e “attribuito”

	n	LOC “proprio” M(d.s)		LOC “attribuito” M(d.s)	p
Totale	316	13.45 (4.25)	=	19.35 (5.05)	0,000
Maschi	129	14.14 (3.98) v	<	18.65 (4.46) ^	0,020
Femmine	187	13.09 (4.0) 0,026	<	19.83 (5.78) 0,040	0,000
P					
Elementari	121	15.14 (4.26)	<	17.89 (3.95)	0,010
Medie	95	13.44 (3.84)	<	19.37(5.07)	0,000
Ginnasio	100	11.65 (3.74)	<	21.10 (5.67)	0,000
P		0,015		0,000	

2) *Influenza del genere.* Veniamo ora alle differenze legate al genere nelle due somministrazioni del test. Sempre in base alla tabella 7.25, tra i ragazzi e le ragazze vi sarebbe una differenza statisticamente significativa nel LOC “proprio” ($p=0,03$), con i ragazzi leggermente più esterni delle ragazze. Questa differenza non si allinea del tutto con quanto sostenuto da alcuni autori (Schultz e Schultz, 2005) secondo i quali non esisterebbero differenze di LOC legate al genere nelle popolazione americana. Il genere influirebbe sul diverso orientamento di LOC solo se questo viene analizzato in relazione all’ambito del successo scolastico, con le ragazze più interne dei ragazzi. Lo stesso Nowicki sostiene che i punteggi secondo la scala di Nowicki e Strickland non sono correlati alla desiderabilità sociale (Nowicki e Strickland, 1973) o al genere del soggetto (Nowicki, 1981b).

Per quanto riguarda il punteggio di LOC “attribuito” ai ragazzi epilettici, invece, sembrerebbero essere le ragazze ad attribuire ad un loro coetaneo con epilessia un punteggio medio di esternalità leggermente maggiore rispetto ai ragazzi. Tale differenza legata al genere è statisticamente significativa ($p=0.04$). In base ai dati generali si osserva quindi un significativo aumento della esternalità specie nelle ragazze che passano da un LOC “proprio” di 13.09 ad uno “attribuito” di 19.87, contro i ragazzi che passano da un LOC “proprio” di 14.14 ad uno “attribuito” di 18.65. Tuttavia, i risultati sulla rappresentazione attribuzionale del soggetto con epilessia non potranno tenere in considerazione tale differenza legata al genere, visto il numero limitato dei soggetti coinvolti.

3) *Influenza dell’età.* Abbandonando le considerazioni sulle differenze di genere e passando agli andamenti del costrutto in base all’età, se confrontiamo i punteggi dei due gruppi per ogni singola fascia di età (sempre tabella 7.25), osserviamo che questa

diversità ossia questa maggiore esternalità emergerebbe in modo statisticamente significativo sin dalle elementari ed andrebbe aumentando in modo considerevole con l'età. Infatti, notiamo che per bambini delle elementari, l'esternalità media "attribuita" è pari a 17,89 con $ds=3.95$. Tale valore è maggiore, e la differenza è statisticamente significativa, rispetto alla esternalità media "propria" pari a 15.14 con $ds=4.26$. Per i ragazzi delle medie, il punteggio di esternalità media "attribuita" è di 19,37 con $ds=5.07$. Tale valore è maggiore, e la differenza è statisticamente significativa, rispetto alla esternalità media "propria" pari a 13.44 con $ds=3.84$. Infine, per i ragazzi del ginnasio, l'esternalità media "attribuita" è pari a 21,10 con $ds=5.67$. Tale valore è maggiore, e la differenza è statisticamente significativa, rispetto alla esternalità media "propria" pari a 11.65 con $ds=4.25$. In definitiva, sin dalla scuola elementare, i bambini e ragazzi, vedono il soggetto epilettico come un individuo maggiormente esterno rispetto a loro. Questa percezione del soggetto epilettico come un soggetto *diverso*, più esposto a forze incontrollabili e meno protagonista della propria vita, si impone nettamente al ginnasio.

Pertanto, se da un lato la *moderata* esternalità media rilevata per il gruppo dei soggetti sani diminuisce con nel passaggio dalle elementari al ginnasio in modo statisticamente significativo ($p=0,015$), dall'altro la *importante* esternalità media "attribuita" al gruppo dei soggetti epilettici subisce un processo inverso aumentando in modo statisticamente significativo nello stesso intervallo di tempo (medie-ginnasio), con $p=0,000$.

In definitiva, i soggetti delle scuole si definiscono soggetti tendenzialmente interni e la loro internalità aumenta con l'età in linea con quanto afferma la letteratura sull'argomento. In effetti, vari autori (Gatz, 1992; Heckhausen, 1995; Sherman, 1984) sostengono che con l'età i soggetti tendono a divenire maggiormente interni e che la volontà di controllo sugli eventi si afferma tra gli 8 e i 14 anni. La presenza di una malattia cronica come l'epilessia, secondo i ragazzi, favorirebbe invece in chi ne è affetto una tendenza alla esternalità, che lo renderebbe diverso dagli altri coetanei. Questo ragionamento non è del tutto sbagliato, in quanto la stessa letteratura come abbiamo visto associa epilessia ed esternalità, il problema è che non può essere generalizzato in quanto molto dipende dal livello di autonomia nella gestione della malattia. Pertanto questa convinzione della esternalità in chi soffre di epilessia applicata indistintamente reca gravi danni a chi pur presentando reali difficoltà più o meno gravi riesce comunque ad essere responsabile, coinvolto e sensibile nella gestione della malattia come lo sono i 20 bambini e ragazzi della nostra indagine.

Prejudizi sul malato

Nella tabella n° 6.11 sono riportati i vari gruppi sino ad ora presi in considerazione in entrambe le indagini (studenti delle scuole, epilettici e celiaci) con i relativi punteggi di LOC ottenuti con il test di Nowicki e Strickland e l'andamento del costrutto in base all'età.

Tab. n° 6.11 Soggetti epilettici, celiaci e sani: esternalità a confronto

Livello scolastico	Punteggi medi con il test di Nowicki- Strickland			
	studenti delle scuole		epilettici	celiaci
	LOC proprio	LOC attribuito all'epilettico	LOC proprio	LOC proprio
	M(ds)	M(ds)	M(ds)	M(ds)
G1 (elementari)	15.1 (4.26) n=121	17.89 (3.95) n=121	14.28 (3.30) n=7	14.18 (4.40) n=40
G2 (medie)	13.44 (3.84) n=95	19.37 (5.07) n=95	14.33 (3.74) n=9	12.61 (3.66) n=41
G3 (ginnasio)	11.65 (3.74) n=100	21.10 (5.67) n=100	12.50 (5.80) n=4	12.28 (5.28) n=18
totale	13.45 (4.25) n=316	19.35 (5.05) n=316	13.95 (3.9) n=20	13.18 (4.32) n=99

La tabella n° 7.25 risulta di interesse in quanto permette di verificare se possa sussistere la percezione di diversità del soggetto epilettico rispetto ai coetanei, in base a quanto da essi stessi sostenuto. In effetti, tale percezione di diversità risulta non corretta. Infatti, il gruppo dei soggetti epilettici idiopatici nella somministrazione del test di Nowicki e Strickland ha riportato un punteggio di esternalità media pari a 13.95 con ds=3.9. Tale valore esprime una scarsa esternalità ed è molto simile al valore medio rilevato per il punteggio di esternalità "propria" nei soggetti sani (13.45 con ds=4.25). In effetti, non vi sarebbe una differenza statisticamente significativa tra i punteggi medi totali nei due gruppi di soggetti epilettici e sani ($p > 0,05$). Pertanto anche i soggetti epilettici idiopatici risulterebbero dei soggetti in prevalenza interni. Inoltre, tanto nei soggetti epilettici, quanto nei soggetti sani, l'esternalità decresce con l'età, anche se per gli epilettici questo andamento non ha significatività statistica.

Questi dati si distanziano molto dalle proiezioni sull'orientamento del controllo fatte dai ragazzi delle scuole nei confronti di chi soffre di epilessia: prevalente esternalità presunta (punteggio medio di LOC "attribuito" pari a 19.35 con ds=5.05) crescente con l'età in modo statisticamente significativo.

Quindi, se i dati raccolti sull'orientamento del controllo nel gruppo di ragazzi con epilessia idiopatica indicano un andamento molto simile a quello dei soggetti sani (scarsa esternalità, decrescente con l'età), questo significa che la convinzione - presente

nell'immaginario degli studenti - che il ragazzo con epilessia sia un diverso, sarebbe un pregiudizio in riferimento a questo gruppo di 20 soggetti esaminati.

Tuttavia non è possibile generalizzare a tutto il campione dei soggetti epilettici idiopatici il pregiudizio espresso dai ragazzi sani delle scuole in quanto mancano all'appello proprio quei bambini e ragazzi che forse non avrebbero presentato lo stesso grado di consapevolezza e che non sono stati autorizzati a partecipare anche per la paura dei genitori di rompere l'incantesimo della negazione/rifiuto della malattia volto a tutelare il bene del figlio mantenendolo forse in uno stato di dipendenza dalla famiglia stessa. Non va, infatti, dimenticato che solo un terzo delle famiglie contattate per l'indagine ha accordato la partecipazione dei propri figli. Le famiglie che hanno rifiutato la partecipazione hanno fornito invece giustificazioni basate sul minimizzare la malattia, atteggiamento possibile, ma evidentemente non condiviso dai 20 soggetti esaminati.

La conferma della convinzione che una gestione coinvolta, responsabile e consapevole della malattia implichi lo sviluppo di una tendenza all'internalità in chi ne soffre, giungerebbe proprio dai risultati ottenuti - in un'altra ricerca - con un gruppo di soggetti celiaci sintomatici per i quali, come si è già detto, l'unica cura possibile è una rigorosa dieta priva di glutine che richiede un grandissimo sforzo di autocontrollo, di responsabilità e che, per queste ragioni, porterebbe a sviluppare un LOC interno. In letteratura, non sono disponibili studi che abbiano valutato il LOC nei soggetti celiaci per cui non è possibile fare alcuna comparazione. Si può tuttavia sottolineare che, per quanto riguarda la ricerca da noi avviata, nel gruppo dei soggetti celiaci sintomatici, la somministrazione del test di Nowicki e Strickland ha evidenziato un punteggio di esternalità media pari a 13.18 con $ds=4.32$. Tale valore esprime una scarsa esternalità ed è leggermente inferiore al valore medio rilevato per il punteggio di esternalità nei soggetti sani e nei soggetti epilettici, anche se la differenza non è statisticamente significativa ($p>0,05$). I soggetti celiaci risulterebbero in base a questi dati dai soggetti in prevalenza interni. In questo gruppo, inoltre, l'esternalità decresce anche se in modo non statisticamente significativo nel passaggio dalle elementari al ginnasio con $p>0,05$. Tale tendenza sembrerebbe più rilevante rispetto sia ai soggetti delle scuole che ai soggetti epilettici in particolare a partire dalle medie. Tuttavia, per quanto riguarda il confronto celiaci e sani sempre in base alle fasce di età, la differenza in base a ciascun livello scolastico non è statisticamente significativa, con $p>0,05$, nel confronto sani-

celiaci per il gruppo delle elementari/medie/ginnasio. Infine, ricordiamo che, per quanto riguarda il confronto statistico tra ragazzi epilettici idiopatici e celiaci in base alle fasce di età, non è possibile alcuna comparazione per la scarsa numerosità dei soggetti con epilessia rispetto ai soggetti celiaci.

6.5.5 Il terzo obiettivo: gli organizzatori per percorsi didattici nel contesto scolastico

Il terzo ed ultimo obiettivo è stato quello di identificare alcuni organizzatori per percorsi didattici da condurre nel contesto scolastico al fine di favorire nei ragazzi un corretto rapporto con la malattia e il malato e migliorare la sua qualità di vita. Tali organizzatori potrebbero essere individuati nei seguenti punti:

1. Ridimensionamento ulteriore e graduale eliminazione dei pregiudizi più radicati sulla *malattia*, riscontrati nel contesto scolastico anche dalle rilevazioni della presente indagine, favorendo un appropriato approccio all'epilessia *a livello conoscitivo*.
2. Promozione, a livello della relazione Io-malato, di una corretta visione del *malato* epilettico stesso che scoraggi nell'immaginario collettivo degli studenti (specie ragazze) l'imporre dell'idea che l'epilettico sia un soggetto "*diverso*", un individuo in balia degli eventi e protagonista passivo della propria esistenza; l'epilettico, infatti, non è un "*diverso*", può condurre una vita "*normale*".
3. Rafforzamento di un lavoro sinergico tra *famiglie* e corpo *insegnante* per intervenire anche nel vissuto familiare della malattia e ridurre il senso di disagio che spesso porta genitori di bambini/ragazzi con epilessia a non segnalare la malattia alla scuola. Le famiglie vanno aiutate a parlare del problema in modo tale che questa apertura sia di reale beneficio per il figlio.
4. Migliorare *l'accoglienza* del bambino/ragazzo con epilessia nelle scuole.

Gli interventi educativi a livello scolastico dovranno tenere in considerazione le esigenze delle diverse età evolutive e quindi essere modulati in modo differente a seconda che si tratti di interventi con bambini o con ragazzi più grandi. I pregiudizi, infatti, vengono appresi dai bambini e si radicano nel momento in cui a livello cognitivo essi sono in grado di decentrare la loro prospettiva, di uscire dall'egocentrismo che li caratterizza e di percepire una differenza io-altro da sé. Pertanto, nei caso dei bambini più piccoli sarà necessario un intervento educativo che *prevenga* la formazione del pregiudizio impostando una corretta percezione dell'altro da sé, specie quanto quest'ultimo si trova in posizioni svantaggiate. Nel caso dell'intervento educativo con

ragazzi più grandi invece occorrerà sminuire il pregiudizio stesso fornendo adeguate conoscenze sulla malattia.

Se con l'aiuto delle figure coinvolte nel processo educativo, in primis genitori ed insegnanti, i ragazzi non vengono aiutati sin da piccoli ad impostare un adeguato rapporto conoscitivo con la malattia e un corretto rapporto relazionale con il malato, è forte il rischio di situazioni simili a quelle rilevate nella presente indagine in cui la dimensione cognitiva, nel suo rapporto con la malattia, non sorregge quella relazionale nel suo rapporto con il malato. È questa la ragione per cui in questa indagine si è riscontrata la situazione dicotomica per cui se da un lato diminuiscono a livello cognitivo i pregiudizi, a livello relazionale si fa sempre più consistente con età la idea che l'epilettico sia a tutti gli effetti un "diverso".

Va ricordato infine che questi organizzatori risulteranno di utilità anche all'interno dei percorsi *ad personam* volti a potenziare la rappresentazione di sé in ragazzi con epilessia. Infatti, comprendere i forti limiti nella percezione/conoscenza da parte del contesto sociale riguardo a questa malattia e al malato potrebbe aiutare chi ne soffre a diminuire il proprio senso di inadeguatezza e a migliorare la propria qualità di vita.

6.6 Conclusioni

In base ai risultati di questa indagine possiamo affermare che si individuano anche nel contesto scolastico oggetto di indagine *pregiudizi sulla malattia* epilettica, confermando in questo modo le affermazioni della letteratura che descrive il contesto in cui l'epilettico vive e si confronta come inficiato da ingiustificati pregiudizi. In effetti, circa la metà dei ragazzi delle scuole riconosce l'epilessia come un disordine neurologico legato ad un difetto genetico o comunque ad un "*problema che ha sede nel cervello*", che può venir scatenato da precisi eventi e che deve essere supervisionato da un medico specialista il quale prescrive una cura solo sintomatica. Tuttavia, la comprensione della malattia da parte dei ragazzi delle scuole resta carente. Scarse ed insoddisfacenti sono le conoscenze sulle cause della malattia, gli eventi scatenanti o premonitori, le figure deputate alla cura e le possibili terapie. Molte sono invece le false credenze ("*beliefs*") che riconducono la malattia all'influenza del malocchio, delle fasi della luna, al contagio e alla fatalità del destino. Inquietanti i pregiudizi relativi alle supposte minori capacità/abilità scolastiche o socio-relazionali di un bambino/ragazzo che soffre di epilessia. In questo tipo di contesto, purtroppo, risulta comprensibile l'atteggiamento delle famiglie che negano la malattia del figlio e che, a partire dalla scuola, gli

insegnano a nascondere il problema. Si chiude su se stesso un circolo “vizioso” che vede come protagonisti la malattia, l’ignoranza, il pregiudizio, e la conseguente chiusura della famiglia. Viene in questo modo confermato lo stigma sociale che affligge questo male e che resta incurante del fatto che oggi chi soffre di questa malattia, in molti casi, può condurre una vita normale.

Inoltre, nella presente indagine emergono pregiudizi anche in relazione al *malato*. Infatti, la presunta esternalità e quindi “diversità” dei soggetti con epilessia non viene confermata. Gli epilettici hanno un LOC “proprio” simile a quello dei soggetti sani¹⁹. I dati sulla presenza di pregiudizi sulla malattia e il malato ci forniscono chiare indicazioni sulla necessità di incentivare una precisa comprensione biomedica delle origini della malattia, sin dalla prima infanzia quando un tale tipo di credenze non si è ancora radicata. Bisogna iniziare percorsi educativi di sensibilizzazione con i *bambini* piccoli affinché errate interpretazioni del fenomeno epilessia non si consolidino con l’età arrivando a produrre i risultati che abbiamo rilevato nella presente indagine ma che sono stati già ampiamente descritti in letteratura. Inoltre, è necessario sensibilizzare anche i *ragazzi* per incrinare questa dimensione magica che avvolge l’epilessia in una aura di mistero e di antiche paure e che rende la persona che ne soffre facile oggetto di incomprensioni.

Una conoscenza corretta della malattia deve essere supportata da informazioni corrette e “metabolizzate” in base allo sviluppo cognitivo idoneo a ciascuna età. Questa funzione di coordinamento tra strutture cognitive e informazioni per una corretta interpretazione della malattia dovrebbero iniziare sin dalla età scolare con l’intervento di tutte le figure che ruotano attorno alla educazione dei bambini.

¹⁹ Anche un ulteriore gruppo di soggetti celiaci, studiato in un’altra ricerca sempre condotta in ambito ospedaliero, si è dimostrato interno esattamente come il gruppo dei soggetti epilettici e quello degli studenti delle scuole permettendo di avanzare l’ipotesi che la responsabilizzazione nella gestione della malattia, dovuta alla necessità di monitorare costantemente l’andamento della stessa, potrebbe aver favorito orientamenti di LOC maggiormente interni.

CAPITOLO 7

CONCLUSIONI GENERALI

La presente tesi di dottorato intitolata “*Epilessia, qualità della vita e rappresentazione di sé*” ha inteso indagare gli effetti di una malattia cronica come l’**epilessia** sulla convinzione personale di chi ne soffre di poter controllare e gestire con coinvolgimento diretto e personale gli eventi della propria vita. Questo convincimento esprime il costrutto rotteriano del **Locus of Control** o “LoC” (Rotter, 1966).

La rappresentazione di sé che un soggetto epilettico sviluppa in età evolutiva non è un processo autoreferenziale, ma risente del contesto sociale e scolastico in particolare. Come spesso riportato in letteratura, esistono diffusi pregiudizi attorno alla epilessia e l’epilettico che si potrebbero tradurre in vissuti negativi per chi è colpito da questo male con conseguente peggioramento della immagine di sé.

In questo lavoro pertanto si è sentita la necessità di affiancare due indagini, parallele ed integrate. La prima indagine si è svolta in ambito ospedaliero ed ha inteso indagare, attraverso il costrutto del LOC, l’immagine di sé in un gruppo di 20 soggetti epilettici idiopatici non gravi e senza ritardo mentale, in età dai 9 ai 16 anni. La seconda indagine invece si è svolta in ambito scolastico ed ha inteso verificare se le teorie diffuse nel contesto scolastico oggetto di questa indagine in relazione all’epilessia e all’epilettico confermino le osservazioni della letteratura che descrive un contesto più ampiamente sociale inficiato da inutili e dannosi pregiudizi.

I risultati ottenuti nella **indagine in ambito ospedaliero** non sono generalizzabili in quanto l’*adesione* al progetto è stata scarsa. Infatti, su 66 soggetti contattati solo 20 hanno partecipato. Questi 20 bambini e ragazzi si sono dimostrati partecipi e coinvolti anche perché sostenuti da famiglie con uno stile parentale particolarmente disposto al dialogo, al confronto ed aperto a proposte di riflessione metacognitiva che promuovano nei loro figli autonomia e responsabilità nella gestione della malattia. Forse, se fossero state presenti all’appello anche le famiglie che in occasione del contatto telefonico hanno evidenziato stili parentali differenti i risultati avrebbero potuto essere diversi.

Riguardo al primo obiettivo, consistente nell’osservare se l’effetto dell’epilessia sia quello di internalizzare o esternalizzare il LOC, il test di Nowicki e Strickland ha

evidenziato, nel gruppo dei 20 soggetti con epilessia idiopatica, una tendenza ad un LOC interno. La malattia cronica in questo gruppo di soggetti non sembra quindi aver compromesso il senso di controllo.

L'**internalità** rilevata per questo gruppo è in apparente contrasto con i dati della letteratura che associa epilessia ad esternalità e va letta come espressione di un gruppo di soggetti con particolari caratteristiche in quanto composto da bambini e ragazzi fortemente *consapevoli* della propria malattia e *coinvolti* in prima persona nella gestione della stessa, adeguatamente sostenuti dalle loro famiglie. I genitori di questi ragazzi, nonostante le innegabili difficoltà, si sforzano di non assumere atteggiamenti iperprotettivi e dannosi rispetto ad una crescita armonica che rispetti l'identità del figlio, ma scelgono di responsabilizzare il figlio di fronte alla malattia, di renderlo consapevole della propria situazione. Per questa ragione essi parlano apertamente del problema senza nascondere. Inoltre, si tratta di soggetti le cui crisi sono sotto controllo grazie ad un trattamento farmacologico e con possibilità di guarigione.

La relazione, tra necessità di sviluppare autonomia e senso di responsabilità nella gestione della malattia cronica e orientamento di LOC interno, trova conferma in una ulteriore ricerca condotta con un gruppo di soggetti celiaci per i quali l'unica terapia possibile ai fini di un certo benessere è la dieta senza glutine. Sempre in base alla somministrazione del test di Nowicki e Strickland, questo gruppo di soggetti costantemente impegnati in uno sforzo di monitoraggio della propria dieta è risultato tendenzialmente interno.

Sebbene l'internalità sia ottimale nella gestione della malattia cronica, in quanto un atteggiamento responsabile favorisce l'adesione alla eventuale cura o trattamento, essa può presentare anche aspetti negativi. Quando l'internalità diviene la struttura stabile con cui il soggetto si spiega gli eventi della realtà vi è il rischio che l'eccessivo senso di responsabilità possa pregiudicare l'agire individuale per paura dell'insuccesso e che possa paralizzare ulteriori iniziative a causa del senso di colpa per eventuali fallimenti. In questo senso, si rivela più che mai utile sviluppare in questi bambini e ragazzi un LOC realisticamente ispirato a criteri di adattività, che sia ad esempio sicuramente interno di fronte alla necessità di gestione della malattia, ma esterno laddove termina l'effettiva possibilità di incidere positivamente sugli eventi della realtà o laddove eventi sfavorevoli vadano a compromettere seriamente l'autostima.

Riguardo alla verifica del secondo obiettivo, volto alla identificazione degli stili di attribuzione presenti tra i 20 soggetti coinvolti, la somministrazione della prova ISA (Identificazione degli Stili di Attribuzione) ha permesso di raggruppare i ragazzi secondo 5 diversi stili. Essi sono stati ottenuti combinando internalità ed esternalità nelle situazioni di successo e insuccesso, e riflettono a cinque diversi schemi che permettono di comprendere come bambini e ragazzi con epilessia si spieghino gli eventi.

In particolare, ne è emerso che viene confermato uno schema causale prevalentemente interno tanto nei successi quanto negli insuccessi (stile Interno) in quattro soggetti. Quattro soggetti hanno presentato uno stile Esterno tanto nei successi quanto negli insuccessi, cinque uno stile Negatore degli insuccessi, che vengono quindi attribuiti all'esterno. Lo stile Rinunciatario (esterno nei successi ed interno negli insuccessi) è stato ritrovato in due soggetti, mentre cinque presentavano uno stile Adattivo o interno/esterno a seconda delle situazioni.

Tra tutti gli stili, l'Adattivo potrebbe essere quello migliore per affrontare una malattia cronica in quanto permette di superare i limiti insiti in tutti gli altri stili esaminati ed allo stesso tempo riassume le potenzialità di ciascuno. Questo stile è potenzialmente migliore dello stesso stile Interno in quanto evita al soggetto di incorrere nel tipico senso di colpa per i fallimenti, anche quando questi non dipendono da personali abilità o dall'impegno. In un tipo di schema causale misto come questo, infatti, atteggiamenti rinunciatari o fatalistici possono anche essere considerati utili al fine di preservare la propria autostima di fronte ad eventi chiaramente al di fuori del controllo personale.

Lo stile attributivo realisticamente ispirato a criteri di adattività diviene quindi il profilo verso il quale tendere, il nuovo modello che si può apprendere. Gli stili, infatti, sono il frutto di esperienze che vengono generalizzate e quindi, essendo *appresi*, possono anche venire modificati. Per avviare un tale cambiamento potrebbero essere utili percorsi di "training metacognitivo" che si fondino su alcuni organizzatori di tipo didattico-metodologico.

Individuare organizzatori funzionali a momenti di riflessione metacognitiva sul personale stile attributivo al fine di indurre un cambiamento verso sistemi causali misti (di tipo interno-esterno) è stato *il terzo ed ultimo degli obiettivi di questa indagine in ambito scolastico*.

L'indagine ha permesso di evidenziare **organizzatori di tipo didattico-metodologico funzionali a percorsi educativi *ad personam***, che favoriscano l'abbandono dei profili

meno adattivi rispetto alla gestione della malattia e che dispongano ad un avvio al cambiamento per valorizzare, nel soggetto epilettico, una rappresentazione positiva di sé. Gli “organizzatori generali” di tali progetti di intervento, finalizzati in ultima analisi alla valorizzazione della qualità della vita di soggetti con epilessia, dovranno partire proprio dalla consapevolezza dei singoli soggetti circa caratteristiche, potenzialità e limiti del proprio stile attributivo. Ne consegue che l’intervento educativo per:

1. lo stile Interno dovrà *alleggerire* il senso di colpa per gli insuccessi, ammettendo anche l’esistenza di un limite al proprio senso di controllo sulla realtà;
2. lo stile Esterno dovrà puntare alla assunzione di *responsabilità* personale per le situazioni di successo/insuccesso, favorendo l’abitudine ad evitare atteggiamenti rinunciatari e fatalisti;
3. lo stile Negatore degli insuccessi dovrà *responsabilizzare per gli insuccessi*.
4. lo stile Rinunciatario dovrà potenziare il senso di *autostima* e ricercare strategie per raggiungere maggiori traguardi di successo.
5. lo stile Adattivo dovrà verificare che una tale adattività si ispiri effettivamente a un *consapevole senso di realismo*.

L’indagine condotta in ambito scolastico conferma che il contesto scolastico in cui l’epilettico si inserisce è inficiato da pregiudizi sulla malattia e tende a riempire con tali errati atteggiamenti la distanza io-malato.

Circa la metà dei ragazzi delle scuole riconosce l’epilessia come un disordine neurologico legato ad un difetto genetico o comunque ad un “*problema che ha sede nel cervello*”, che può venir scatenato da precisi eventi e che deve essere supervisionato da un medico specialista il quale prescrive una cura solo sintomatica. Tuttavia, la comprensione della malattia resta carente anche tra gli studenti più grandi. Scarse ed insoddisfacenti sono, infatti, le *conoscenze* sulle cause della malattia, gli eventi scatenanti o premonitori, le figure deputate alla cura e le possibili terapie. Molte sono invece le *credenze* che riconducono la malattia all’ influenza del malocchio, delle fasi della luna, al contagio e alla fatalità del destino. Inquietanti i *pregiudizi* relativi alle supposte minori capacità/abilità scolastiche o socio-relazionali di un bambino/ragazzo che soffre di epilessia. Credenze e pregiudizi sulla malattia, anche se tendenti ad un ridimensionamento con l’età, non scompaiono mai del tutto. L’epilessia è ancora oggi in bilico tra “scienza e mito” come ha scritto Iannaccone (2000) nel suo libro “La luna, il sangue, l’incenso” in cui analizza la percezione culturale della malattia nel tempo. In

questo tipo di contesto, risulta purtroppo comprensibile l'atteggiamento delle famiglie che negano la malattia del figlio e che, a partire dalla scuola, gli insegnano a nascondere il problema. Si chiude su se stesso un circolo "vizioso" che vede come protagonisti la malattia, l'ignoranza, il pregiudizio, e la conseguente chiusura della famiglia. Viene in questo modo confermato lo stigma sociale che affligge questo male e che resta incurante del fatto che oggi chi soffre di questa malattia, in molti casi, può condurre una vita normale.

Nella presente indagine emergono pregiudizi anche in relazione al *malato*. Infatti, la presunta esternalità e quindi "diversità" dei soggetti con epilessia non viene confermata. Gli epilettici hanno un LOC "proprio" simile a quello dei soggetti sani. In particolare, la prima somministrazione del test di Nowicki e Strickland volta ad evidenziare il "*LOC proprio*" dei 316 bambini e ragazzi delle scuole ha rilevato la tendenza ad un LOC scarsamente esterno e decrescente con l'età. La seconda somministrazione del precedente test, volta invece, a rilevare il "LOC attribuito" dai bambini/ragazzi delle scuole ad un ipotetico coetaneo con epilessia, rivela invece come, nella visione dei ragazzi, un compagno con epilessia sia un soggetto tendenzialmente esterno, ossia in balia di forze al di fuori del suo controllo e, pertanto, fatalista e rinunciatario. Questa percezione di maggiore esternalità e quindi di diversità comincia a farsi strada sin dalla scuola elementare e si impone al ginnasio, dove l'epilettico è decisamente "un diverso".

Una tale percezione dei ragazzi con epilessia risulta essere una visione distorta. Come risulta dai punteggi medi di LOC riscontrati nel gruppo dei 20 bambini/ragazzi con epilessia non sono differenti rispetto a quelli riscontrati tra i ragazzi delle scuole. L'epilettico pertanto, non è un diverso.

I dati sulla presenza di pregiudizi sulla malattia e il malato ci forniscono chiare indicazioni per raggiungere il terzo ed ultimo obiettivo di questa indagine che è quello di identificare gli organizzatori **didattici funzionali a appositi percorsi educativi da attuare nel contesto scolastico** al fine di favorire tra i ragazzi un corretto approccio con la malattia e il malato e migliorarne la qualità di vita. Sarà necessario:

- 1) favorire sin dalla prima infanzia una appropriata conoscenza della malattia in modo da prevenire nell'adulto di domani il radicarsi di false e pericolose credenze sulla malattia;
- 2) combattere nei ragazzi più grandi la visione dell'epilettico come un "diverso", un individuo in balia degli eventi;

- 3) incentivare un lavoro sinergico tra famiglie e corpo insegnante per intervenire anche nel vissuto familiare della malattia e ridurre il senso di disagio che spesso porta genitori di bambini/ragazzi con epilessia a non segnalare la malattia alla scuola; le famiglie vanno aiutate a parlare del problema in modo tale che questa apertura sia di reale beneficio per il figlio;
- 4) migliorare l'accoglienza del bambino/ragazzo con epilessia nelle scuole.

Tali organizzatori risulteranno di utilità anche all'interno degli interventi volti a potenziare la rappresentazione di sé in ragazzi con epilessia. Infatti, comprendere i forti limiti nella percezione/conoscenza da parte del contesto sociale riguardo a questa malattia e del malato potrebbe aiutare chi soffre di questa malattia a diminuire il proprio senso di inadeguatezza e a migliorare la propria **qualità di vita**.

Allegato numero 1

Il test di Nowicki e Strickland

CODICE:

DATA:

QUALITÀ DELLA VITA E RAPPRESENTAZIONE DI SÉ: PRIMA PARTE

In questa prima parte, troverai elencate alcune opinioni che riguardano situazioni tipiche della tua età. Per ciascuna indica - segnando con una crocetta il sì o il no - se sei d'accordo o meno. Sappi che non esistono risposte giuste o sbagliate, ma solo risposte sincere. Per questo il questionario è anonimo. Ti chiediamo solo di indicare: il sesso: **M/F** e l'anno di nascita: _____. Grazie per la tua collaborazione.

Nr	DOMANDE	SI	NO
1	Credi che quasi tutti i problemi possano risolversi da soli senza bisogno di preoccuparsi troppo?		
2	Credi che potresti evitare di prenderti un raffreddore?		
3	Pensi che certi ragazzi siano nati fortunati?		
4	Spesso pensi che per te sia molto importante prendere buoni voti?		
5	Vieni spesso rimproverato/a per cose di cui non hai colpa?		
6	Credi che, studiando molto, si possa andare bene in tutte le materie?		
7	Pensi che nella maggior parte dei casi non valga la pena impegnarsi tanto perché le cose non vanno mai come vorresti?		
8	Pensi che se le cose iniziano ad andar bene già di prima mattina, anche il resto della giornata andrà bene, indipendentemente da ciò che tu farai?		
9	Pensi che i genitori il più delle volte ascoltino ciò che i loro figli hanno da dire?		
10	Credi che se si desidera fortemente qualcosa, questo accadrà davvero?		
11	Quando vieni punito/a, di solito, pensi che non ci sia alcun valido motivo?		
12	Di solito, trovi difficile far cambiare idea ad un amico/a?		
13	Pensi che il tifo, più che la fortuna, aiuti una squadra a vincere?		
14	Pensi che sia praticamente impossibile cambiare l'opinione dei tuoi genitori su qualsiasi argomento?		
15	Credi che i tuoi genitori dovrebbero permetterti di prendere da solo/a la maggior parte delle decisioni che ti riguardano?		
16	Pensi che quando fai qualcosa di sbagliato, c'è ben poco che tu possa fare per rimediare?		
17	Credi che la maggior parte dei ragazzi nasca con un talento naturale per lo sport?		
18	La maggior parte dei ragazzi della tua età è più forte di te?		
19	Pensi che il modo migliore per risolvere la maggior parte dei problemi sia semplicemente quello di non pensarci?		
20	Pensi di avere la possibilità di scegliere i tuoi amici?		
21	Se trovi un quadrifoglio, pensi che ti porterà fortuna?		
22	Sei convinto/a che ci sia una relazione tra il fare e il non fare i compiti per casa e il voto che prendi?		
23	Pensi che se un compagno/a decide di picchiarti, tu puoi fare molto poco per fermarlo?		
24	Hai mai avuto un oggetto porta fortuna?		
25	Credi che l'essere simpatico/a o meno alle persone dipenda da come ti comporti?		
26	Di solito i tuoi genitori ti aiutano quando tu glielo chiedi?		
27	Ti è capitato di pensare che quando qualcuno si è comportato male con te, di solito in realtà non c'era alcun motivo?		
28	Il più delle volte pensi di poter influire su ciò che accadrà domani attraverso le cose che fai oggi?		
29	Credi che quando devono verificarsi cose spiacevoli, queste accadranno comunque, indipendentemente da ciò che tu possa fare per fermarle?		
30	Pensi che i ragazzi possano ottenere ciò che vogliono semplicemente persistendo?		
31	A casa tua, pensi spesso che sia inutile provare a fare le cose a modo tuo?		
32	Pensi che quando accadono cose belle è perché ti sei impegnato/a molto?		
33	Pensi che se un tuo compagno/a vuole essere tuo nemico/a, c'è poco che tu possa fare per impedirglielo?		
34	Pensi che sia facile convincere i tuoi amici a fare ciò che vuoi tu?		
35	Di solito, quando sei a casa pensi, di non poter proporre che cosa mangiare?		
36	Pensi che se non stai simpatico/a a qualcuno, non c'è niente che tu possa fare per fargli cambiare idea?		
37	Di solito pensi che sia inutile impegnarsi a scuola perché la maggior parte degli altri ragazzi è semplicemente più intelligente di te?		
38	Credi che programmando le cose da fare, queste riescano meglio?		
39	Di solito pensi di aver poco da dire in merito a ciò che la tua famiglia decide di fare?		
40	Pensi sia meglio essere intelligenti piuttosto che fortunati?		

Allegato numero 2a

La prova di Identificazione degli Stili di Attribuzione (I.S.A.)

Successo nel conseguimento di risultati scolastici

1. L'insegnante di matematica consegna il compito di matematica sugli insiemi fatto la settimana scorsa. Hai preso il massimo dei voti. I tuoi compagni si avvicinano e ti dicono: **"Wow, hai preso un super voto questa volta!"**. Tu che cosa rispondi?

"Avevo così tanta paura del compito che ho studiato tanto e mi sono fatto/a interrogare da mio fratello più grande che ha già fatto gli insiemi!"

I-impegno

"Ho avuto fortuna perché c'erano proprio gli esercizi che per caso il giorno prima avevo fatto per prepararmi al compito!"

F-fortuna



"La matematica di solito non mi piace, ma le operazioni con gli insiemi mi riescono bene!"

A-abilità

"Tutta la classe aveva partecipato ad un laboratorio di matematica e allora la prof. ne ha tenuto conto ed ha alzato i voti!"

C-contesto

Insuccesso nel conseguimento di risultati scolastici

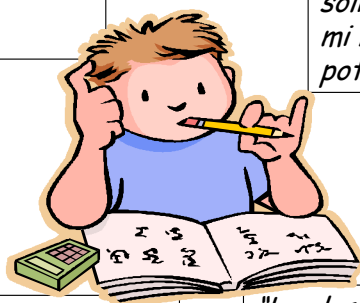
2. Durante l'intervallo delle dieci stai parlando con un amico. La giornata a scuola, sinora, non è andata bene: hai preso insufficiente nella interrogazione sulla poesia che dovevi studiare a memoria. Il tuo amico ti dice: **"Hai preso davvero un brutto voto!"**. Cosa rispondi?

"Lo so, non ho studiato tanto questa volta!"

I-impegno

"Lo so, sono stato sfortunato/a perché l'insegnante, che di solito interroga dal posto, oggi mi ha chiamato fuori e non ho potuto guardare il quaderno!"

F-fortuna



"Non sono proprio portato/a per imparare a memoria le poesie!"

A-abilità

"La classe è sempre disattenta e allora l'insegnante ultimamente mette brutti voti a tutti!"

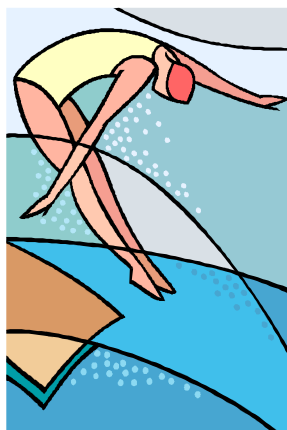
C-contesto

Insuccesso nel conseguimento di risultati sportivi

6. Sei ad una gara nazionale di tuffi a Palermo, in Sicilia. Hai appena eseguito il tuo difficile tuffo sbagliandolo completamente e cadendo a schienata nell'acqua! Il tuo allenatore di tuffi ti viene incontro e ti chiede: **"Che ti succede oggi? Sembra che tu non ti sia mai tuffato/a dal trampolino! La giuria è stata anche troppo buona a darti il punteggio che hai avuto per il tuo tuffo!"**. Cosa risponderesti?

"Lo so che ultimamente non mi impegno abbastanza, ma devo recuperare i brutti voti a scuola!"

I-impegno



"Sono scivolato/a con un piede ed ho perso l'equilibrio!"

F-fortuna

"Non lo so davvero, forse questo tipo di tuffo non è in realtà la mia specialità: dovrei avere più equilibrio e poi ho paura dell'altezza!"

A-abilità

"Il /la ragazzo/a prima di me ha fatto un tuffo perfetto ed il pubblico era tutto in favore suo. Mi sono lasciato/a prendere dallo sconforto."

C-contesto

Successo nel conseguimento di risultati sportivi

5. Il tuo sport preferito è l'atletica leggera. Hai appena vinto una gara regionale di corsa ad ostacoli. Il tuo allenatore si avvicina e ti dice: **"Complimenti sei arrivato/a primo/a!"**. Tu cosa risponderesti?

"Credo bene, dopo tutti gli allenamenti che mi ha fatto fare se non arrivavo primo/a cambiavo specialità!"

I-impegno



"Il mio rivale croato si è infortunato mentre correva. "

F-fortuna

"Aveva ragione a farmi partecipare, se non avessi vinto non avrei creduto di essere un/a vero/a "fenomeno della corsa ad ostacoli" come dice lei!"

A-abilità

"Corro in casa ed il tifo dei miei amici sulle scalinate mi ha dato la forza di dare il meglio di me!"

C-contesto

Successo nel conseguimento di risultati aleatori

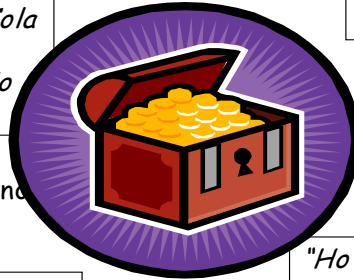
9. Ogni tanto ti piace bere la Coca Cola. Hai appena scoperto di aver vinto un premio di 1000 euro con il concorso gratta e vinci. Telefoni subito ai tuoi amici per raccontare cosa ti è successo. La loro reazione è: **"Incredibile: sei riuscito/a a vincere!"**. Tu cosa risponderesti?

"Non è incredibile, ho comperato per mesi la Coca Cola anche se non mi fa impazzire, solo perché volevo quel premio tutti i costi!"

I-impegno

"Ti dirò che ho fatto un sacco di calcoli probabilistici che alla fine si sono rilevati giusti!"

A-abilità



"E' vero, è stato un colpo della Dea Bendata!"

F-fortuna

"Ho deciso di partecipare al concorso perché un mio amico aveva vinto con lo stesso concorso una somma anche più alta solo alcuni mesi prima."

C-contesto

Insuccesso nel conseguimento di risultati aleatori

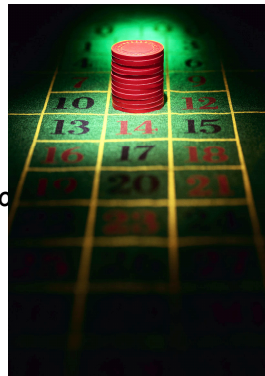
12. Hai fatto un sogno in cui vincevi al lotto tantissimi soldi il giorno del tuo compleanno! Sei subito corso dal tabaccaio per giocare i numeri della tua data di nascita! **Purtroppo, anche se eri convinto/a di vincere, non hai vinto nulla.** Perché?

"Non sapevo bene come si puntano i numeri e quindi mi sono lasciato/a aiutare dal tabaccaio che ha fatto tutto per me!"

I-impegno

"Sono stato/a uno/a sciocco/a perché avrei dovuto puntare su tutte le ruote e non solo su quella di Venezia!"

A-abilità



"Sono sfortunato/a in gioco!"

F-fortuna

"Non sono partito/a convinto/a: nella mia famiglia nessuno crede alla fortuna, tanto meno quando dovrebbe farti vincere tanti soldi!"

C-contesto

Successo nelle relazioni con gli altri

21. Nella tua classe sei il ragazzo/la ragazza più popolare. Tutti ti cercano e ti invitano alle feste. Come ti spieghi ciò?

"Vivo alla giornata senza pensare troppo al domani."

I-impegno

"Ho per natura un carattere che attira le altre persone"

F-fortuna



"Sono capace" di far divertire le persone."

A-abilità

"Le persone hanno bisogno di un/una leader e nella mia classe non ce ne era uno/a!"

C-contesto

Insuccesso nelle relazioni con gli altri

22. Se un giorno nella tua classe ti dovesse capitare di sentirti solo/a, senza amici, che spiegazione daresti?

"Non sorrido e quindi le persone pensano che io sia arrabbiato/a con loro!"

I-impegno

"Ho la sfortuna di non avere un bell'aspetto e quindi le persone non vengono da me volentieri, anzi spesso mi evitano!"

F-fortuna



"Non sono molto socievole e non ho la battuta pronta!"

A-abilità

"Ho sempre trovato persone antipatiche!"

C-contesto

Successo nelle relazioni con gli altri

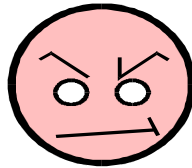
17. Un tuo compagno di classe particolarmente prepotente ti minaccia davanti a tutti perché hai osato contraddirlo. Tu sai di avere ragione. Anche gli altri sono d'accordo con te, ma hanno troppa paura per intervenire!

Alla fine, tuttavia, il ragazzo prepotente se ne va.

Cosa pensi sia successo?

Avevo deciso di fargli capire una volta per tutte che non può terrorizzare il mondo intero solo perché è grande e grosso e prepotente. E ci sono riuscito/a!

I-impegno



Sono stato/a bravo/a a smontarlo con le parole!

A-abilità

La campanella ha suonato in tempo e l'insegnante stava per arrivare!

F-fortuna

Tutti i compagni erano stufo della sua prepotenza e in fondo in fondo mi sostenevano e così una volta tanto non ha vinto la sua arroganza!

C-contesto

Insuccesso nelle relazioni con gli altri

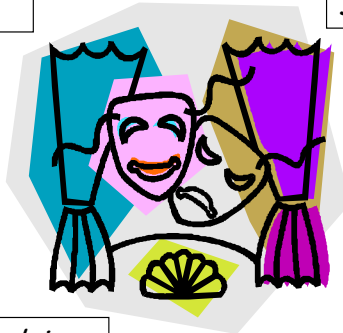
18. Un tuo compagno di classe ti ha deriso e tu hai reagito alzando le mani e passando quindi dalla parte del torto. Tutta la classe ora è contro di te. Spiega il tuo comportamento.

"Non riesco a controllare i miei istinti quando vengo provocato!"

I-impegno

"Sono sfortunato/a perché tutti ce l'hanno sempre con me!"

F-fortuna



"Dovrei essere bravo/a a colpire con le parole l'avversario nel suo punto debole!"

A-abilità

"E' da un bel pezzo che questo ragazzo mi provoca!"

C-contesto

Successo nelle relazioni con gli altri

32. Da un mese, hai iniziato a praticare canottaggio. Il prossimo weekend ci saranno delle gare per la tua categoria. Il tuo allenatore non ti ha iscritto: preferisce aspettare un altro mese prima di farti partecipare in modo che tu ti possa allenare ancora un po'. **Tu, però, insisti e riesci a convincerlo a farti partecipare alla gara tanto attesa! Perché?**

"Sono un tipo/una tipa che si impegna nelle cose e quindi vale la pena di mettermi alla prova."

I-impegno

"Sono nato/a semplicemente fortunata perché ho un fisico sportivo per cui ho possibilità di vincere!"

F-fortuna



"Sono bravo/a a convincere gli altri e me la cavo bene nelle situazioni in cui devo dare il meglio di me."

A-abilità

"Tutti i miei compagni di squadra sono si sono ritirati!"

C-contesto

Insuccesso nelle relazioni con gli altri

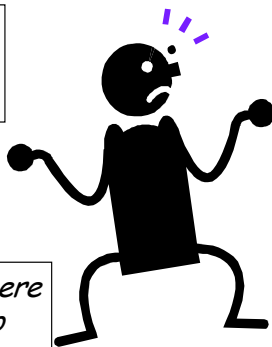
31. L'allenatore ti rimprovera sempre e anche quando fai bene, dice che ha visto di meglio e che dovresti scegliere di fare un altro sport. **Non riesci proprio a convincerlo che tu sei fatto/a per le corse ad ostacoli e che questa specialità ti piace molto! Perché?**

"Non mi impegno abbastanza negli allenamenti."

I-impegno

"Sono semplicemente sfortunato/a!"

F-fortuna



"Non sono abile a convincere gli altri e fare capire loro quanto importanti siano per me i miei desideri."

A-abilità

"Tutti i miei compagni di squadra sono molto bravi!"

C-contesto


Allegato numero 2b


Le prove libere

Scelta libera tra:

- a) una situazione di successo (la fiaba)/una di insuccesso (il litigio)*
- b) internalità (abilità, impegno)/esternalità (contesto e fortuna)*

Prova 1: Scegli una delle due storie e il finale della storia


La fiaba	
<p>Marco/Elena ha appena ricevuto un premio perché il suo racconto “<i>Storie da gatti</i>” è stato considerato il migliore all’interno del concorso “<i>Racconti di animali</i>” della sua città. La giuria ha deciso di premiare questo racconto che narra la storia di un vecchio gatto persiano, Lisca, che dopo varie peripezie rimane il solo esemplare della sua specie. Indica quali potrebbero essere le parole della giuria che premia il racconto.</p>	<p>Primo premio</p>  <p>Migliore fiaba</p>
a) Nel suo racconto Marco/Elena ci narra - attraverso l’eroe protagonista, il gatto Lisca - come affrontare con coraggio, agilità e prudenza tutti i problemi della vita quotidiana.	abilità
b) La storia di Marco/Elana ci ha trasportato nel mondo delle avventure del gatto Lisca, che grazie al suo impegno quotidiano nella caccia ai topi del quartiere, è riuscito a conquistare l’affetto e la simpatia delle casalinghe che volentieri gli offrono buon cibo ogni giorno.	impegno
c) Il racconto del /la nostro/a vincitore/vincitrice, ci aiuta a guardare questi felini in un modo diverso. Essi sono i custodi delle nostre strade, delle nostre case, testimoni della notte. “ <i>Storie di gatti</i> ” fa rivivere l’idea degli antichi egizi che il gatto fosse, in qualche modo, un animale sacro.	contesto
d) “ <i>Storie da gatti</i> ” è la affascinante storia di un gatto, nato sfortunato, ma che viene accolto da una simpatica famiglia che lo tratta come un re.	fortuna

Il litigio	
<p>Oggi Elena a scuola ha litigato con la sua migliore amica Alice per non averla voluta aiutare durante il compito di matematica. Invece, di far vedere il foglio con lo svolgimento degli esercizi all’ amica Elena, Alice lo ha coperto con la mano in modo che non potesse copiare. Elena, senza l’aiuto di Alice, ha preso un brutto voto ed è molto arrabbiata con lei. Dopo alcuni battibecchi, le due amiche arrivano alle mani. Elena è molto dispiaciuto per l’accaduto e non sa come fare per riavvicinarsi alla sua amica. Decide, quindi, di scriverle un biglietto spiegando perché ha reagito così male. Quale sarà il biglietto di scuse che, secondo te, Elena farà avere alla amica?</p>	<p>Il litigio</p> 
a) Cara Alice, spero tu potrai perdonare il mio comportamento. Ho sbagliato e, anche se serve a poco, vorrei scusarmi. So di non essere brava in matematica e sono convinta che per me è impossibile ottenere dei buoni voti. Questa paura rende inutile il mio studio e mi spinge a copiare sempre gli esercizi da te....Ti andrebbe se studiassimo insieme prima delle provette di matematica?	abilità
b) Cara Alice, mi dispiace molto di essermi comportata così male oggi. Hai ragione, non studio molto ultimante e se non fosse per te la mia situazione a scuola sarebbe ancora peggiore. Il problema è che non riesco ad impegnarmi perché c’è un nuovo fratellino a casa e tutte le attenzioni sono per lui, mentre anche io avrei bisogno di essere aiutata.	impegno
c) Carissima Elisa, tutti sbagliano e quindi ti prego di accettare le mie scuse. Il giorno della provetta mi sembrava che tu volessi far copiare a tutti le soluzioni degli esercizi, tranne che a me. Per questo mi sono molto arrabbiata.	contesto
d) Cara Elisa, spero tu possa perdonare la mia scenata. Sfortunatamente ho un caratteraccio!	fortuna

Prova 2: DISEGNA LA TUA VIGNETTA

Benissimo, sino ad ora hai lavorato con molte vignette. Ti chiediamo ora di disegnare la tua vignetta personale. Prima di iniziare pensa ad una situazione di successo o insuccesso in cui ti sei trovato trovarti a casa, a scuola, con gli amici. Dopo averla raffigurata, scrivi quattro possibili spiegazioni per questa situazione che hai raffigurato. Infine, indica quella che per te è migliore!

TITOLO: Catra settimana hai preso un bellissimo voto in ~~st~~ storia dell' arte . Perché?



1. Mi sono impegnato tanto
2. ~~X~~ Ho la passione per quella materia
3. Era un giorno fortunato
4. L'insegnante mette voti elevati.

**Risultati
individuali
per la prova di
Identificazione degli Stili di Attribuzione
(I.S.A.)**

Soggetto numero 1

16 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 1

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		ABILITÀ
2		X	CONTESTO
3	X		IMPEGNO
4		X	CONTESTO
5	X		ABILITÀ
6		X	ABILITÀ
7	X		ABILITÀ
8		X	CONTESTO
9	X		ABILITÀ
10		X	FORTUNA
11	X		FORTUNA
12		X	IMPEGNO
13		X	ABILITÀ
14	X		CONTESTO
15		X	ABILITÀ
16	X		ABILITÀ
17	X		ABILITÀ
18		X	ABILITÀ
19	X		ABILITÀ
20		X	CONTESTO
21	X		ABILITÀ
22		X	IMPEGNO
23		X	CONTESTO
24	X		IMPEGNO
25		X	CONTESTO
26	X		FORTUNA
27	X		ABILITÀ
28		X	CONTESTO
29	X		CONTESTO
30		X	ABILITÀ
31		X	IMPEGNO
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	9 ⁺¹	3	2	2 ⁺¹	Interno	Negatore
Situazioni di insuccesso	5	3	7	1	Esterno	

Soggetto numero 2

10 anni-M

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 2

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.°	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		ABILITÀ
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	IMPEGNO
5	X		IMPEGNO
6		X	CONTESTO
7	X		CONTESTO
8		X	CONTESTO
9	X		CONTESTO
10		X	ABILITÀ
11	X		CONTESTO
12		X	FORTUNA
13		X	IMPEGNO
14	X		CONTESTO
15		X	CONTESTO
16	X		CONTESTO
17	X		CONTESTO
18		X	CONTESTO
19	X		ABILITÀ
20		X	ABILITÀ
21	X		ABILITÀ
22		X	CONTESTO
23		X	CONTESTO
24	X		IMPEGNO
25		X	ABILITÀ
26	X		ABILITÀ
27	X		ABILITÀ
28		X	ABILITÀ
29	X		FORTUNA
30		X	CONTESTO
31		X	FORTUNA
32	X		CONTESTO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAIITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	5	3 ⁺¹	7 ⁺¹	1	esterno	Esterno o Pedina
Situazioni di insuccesso	4	3	7	2	esterno	

Soggetto numero 3

14 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 3

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.°	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	IMPEGNO
3	X		CONTESTO
4		X	FORTUNA
5	X		CONTESTO
6		X	CONTESTO
7	X		IMPEGNO
8		X	IMPEGNO
9	X		FORTUNA
10		X	IMPEGNO
11	X		FORTUNA
12		X	IMPEGNO
13		X	CONTESTO
14	X		FORTUNA
15		X	ABILITÀ
16	X		ABILITÀ
17	X		IMPEGNO
18		X	ABILITÀ
19	X		ABILITÀ
20		X	ABILITÀ
21	X		FORTUNA
22		X	ABILITÀ
23		X	CONTESTO
24	X		FORTUNA
25		X	CONTESTO
26	X		IMPEGNO
27	X		ABILITÀ
28		X	FORTUNA
29	X		CONTESTO
30		X	ABILITÀ
31		X	ABILITÀ
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	3 ⁺¹	5	3	5	Interno/esterno	Adattivo o Interno/esterno
Situazioni di insuccesso	6	4 ⁺¹	4	2	Interno/esterno	

Soggetto numero 4

13 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 4

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		FORTUNA
2		X	ABILITÀ
3	X		ABILITÀ
4		X	FORTUNA
5	X		CONTESTO
6		X	FORTUNA
7	X		FORTUNA
8		X	ABILITÀ
9	X		FORTUNA
10		X	CONTESTO
11	X		FORTUNA
12		X	CONTESTO
13		X	ABILITÀ
14	X		IMPEGNO
15		X	CONTESTO
16	X		IMPEGNO
17	X		IMPEGNO
18		X	CONTESTO
19	X		ABILITÀ
20		X	ABILITÀ
21	X		FORTUNA
22		X	CONTESTO
23		X	CONTESTO
24	X		IMPEGNO
25		X	CONTESTO
26	X		IMPEGNO
27	X		ABILITÀ
28		X	FORTUNA
29	X		CONTESTO
30		X	IMPEGNO
31		X	IMPEGNO
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAIITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	3	6	2 ⁺¹	5	Interno	Negatore
Situazioni di insuccesso	4	2 ⁺¹	8	2	esterno	

Soggetto numero 5

13 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 5

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.°	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		FORTUNA
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		IMPEGNO
6		X	FORTUNA
7	X		FORTUNA
8		X	ABILITÀ
9	X		CONTESTO
10		X	IMPEGNO
11	X		FORTUNA
12		X	ABILITÀ
13		X	CONTESTO
14	X		ABILITÀ
15		X	FORTUNA
16	X		CONTESTO
17	X		ABILITÀ
18		X	FORTUNA
19	X		ABILITÀ
20		X	FORTUNA
21	X		IMPEGNO
22		X	IMPEGNO
23		X	ABILITÀ
24	X		ABILITÀ
25		X	CONTESTO
26	X		FORTUNA
27	X		ABILITÀ
28		X	FORTUNA
29	X		IMPEGNO
30		X	FORTUNA
31		X	CONTESTO
32	X		ABILITÀ

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	4 ⁺¹	3	2	7 ⁺¹	esterno	Esterno
Situazioni di insuccesso	4	4	3	5	esterno	

Soggetto numero 6

14 anni-M

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 6

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.°	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		FORTUNA
2		X	CONTESTO
3	X		CONTESTO
4		X	IMPEGNO
5	X		IMPEGNO
6		X	CONTESTO
7	X		IMPEGNO
8		X	ABILITÀ
9	X		FORTUNA
10		X	FORTUNA
11	X		FORTUNA
12		X	IMPEGNO
13		X	CONTESTO
14	X		ABILITÀ
15		X	FORTUNA
16	X		ABILITÀ
17	X		IMPEGNO
18		X	CONTESTO
19	X		FORTUNA
20		X	FORTUNA
21	X		ABILITÀ
22		X	IMPEGNO
23		X	CONTESTO
24	X		ABILITÀ
25		X	CONTESTO
26	X		FORTUNA
27	X		ABILITÀ
28		X	ABILITÀ
29	X		CONTESTO
30		X	ABILITÀ
31		X	IMPEGNO
32	X		FORTUNA

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	6	3	3	4	interno	negatore
Situazioni di insuccesso	3	4 ⁺²	7	2	esterno	

Soggetto numero 7

9 anni-M

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 7

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.°	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		IMPEGNO
6		X	IMPEGNO
7	X		IMPEGNO
8		X	CONTESTO
9	X		FORTUNA
10		X	ABILITÀ
11	X		FORTUNA
12		X	IMPEGNO
13		X	CONTESTO
14	X		IMPEGNO
15		X	CONTESTO
16	X		FORTUNA
17	X		IMPEGNO
18		X	CONTESTO
19	X		CONTESTO
20		X	IMPEGNO
21	X		ABILITÀ
22		X	ABILITÀ
23		X	CONTESTO
24	X		CONTESTO
25		X	CONTESTO
26	X		IMPEGNO
27	X		ABILITÀ
28		X	IMPEGNO
29	X		IMPEGNO
30		X	FORTUNA
31		X	ABILITÀ
32	X		ABILITÀ

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAIITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	2	10	1	3	Interno/esterno	Adattivo o
Situazioni di insuccesso	4	5 ⁺¹	5 ⁺¹	2	Interno/esterno	Interno/esterno

Soggetto numero 8

11 anni-M

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 8

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.°	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	CONTESTO
5	X		CONTESTO
6		X	FORTUNA
7	X		FORTUNA
8		X	ABILITÀ
9	X		FORTUNA
10		X	CONTESTO
11	X		FORTUNA
12		X	FORTUNA
13		X	CONTESTO
14	X		IMPEGNO
15		X	FORTUNA
16	X		FORTUNA
17	X		ABILITÀ
18		X	IMPEGNO
19	X		IMPEGNO
20		X	ABILITÀ
21	X		FORTUNA
22		X	ABILITÀ
23		X	ABILITÀ
24	X		IMPEGNO
25		X	CONTESTO
26	X		IMPEGNO
27	X		CONTESTO
28		X	IMPEGNO
29	X		IMPEGNO
30		X	FORTUNA
31		X	FORTUNA
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	4 ⁺	6	3	3	interno	Negatore
Situazioni di insuccesso	2 ⁺	3	5	6	esterno	

Soggetto numero 9
13 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 9

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		ABILITÀ
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	IMPEGNO
5	X		CONTESTO
6		X	CONTESTO
7	X		IMPEGNO
8		X	IMPEGNO
9	X		ABILITÀ
10		X	CONTESTO
11	X		CONTESTO
12		X	IMPEGNO
13		X	CONTESTO
14	X		IMPEGNO
15		X	FORTUNA
16	X		CONTESTO
17	X		ABILITÀ
18		X	CONTESTO
19	X		CONTESTO
20		X	ABILITÀ
21	X		CONTESTO
22		X	CONTESTO
23		X	CONTESTO
24	X		ABILITÀ
25		X	CONTESTO
26	X		CONTESTO
27	X		CONTESTO
28		X	IMPEGNO
29	X		CONTESTO
30		X	ABILITÀ
31		X	IMPEGNO
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNALITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	4	4	8	0	esterno	Esterno
Situazioni di insuccesso	4 ⁺¹	5	6 ⁺¹	1	esterno	

Soggetto numero 10

10 anni-M

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 10

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		FORTUNA
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		CONTESTO
6		X	IMPEGNO
7	X		ABILITÀ
8		X	CONTESTO
9	X		CONTESTO
10		X	FORTUNA
11	X		CONTESTO
12		X	ABILITÀ
13		X	CONTESTO
14	X		IMPEGNO
15		X	ABILITÀ
16	X		FORTUNA
17	X		IMPEGNO
18		X	CONTESTO
19	X		ABILITÀ
20		X	CONTESTO
21	X		CONTESTO
22		X	CONTESTO
23		X	CONTESTO
24	X		CONTESTO
25		X	CONTESTO
26	X		CONTESTO
27	X		CONTESTO
28		X	CONTESTO
29	X		CONTESTO
30		X	FORTUNA
31		X	IMPEGNO
32	X		FORTUNA

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	3 ⁺¹	4	7 ⁺¹	2	esterno	Esterno
Situazioni di insuccesso	4	3	6	3	esterno	

Soggetto numero 11

11 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 11

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	IMPEGNO
3	X		CONTESTO
4		X	FORTUNA
5	X		ABILITÀ
6		X	IMPEGNO
7	X		IMPEGNO
8		X	IMPEGNO
9	X		ABILITÀ
10		X	IMPEGNO
11	X		FORTUNA
12		X	CONTESTO
13		X	FORTUNA
14	X		CONTESTO
15		X	IMPEGNO
16	X		FORTUNA
17	X		CONTESTO
18		X	CONTESTO
19	X		FORTUNA
20		X	ABILITÀ
21	X		FORTUNA
22		X	FORTUNA
23		X	CONTESTO
24	X		IMPEGNO
25		X	FORTUNA
26	X		CONTESTO
27	X		FORTUNA
28		X	CONTESTO
29	X		CONTESTO
30		X	FORTUNA
31		X	IMPEGNO
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	2	4	5 ⁺¹	5	esterno	Rinunciatario
Situazioni di insuccesso	1	6	4 ⁺¹	5	interno	

Soggetto numero 12
13 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 12

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	ABILITÀ
3	X		CONTESTO
4		X	ABILITÀ
5	X		ABILITÀ
6		X	ABILITÀ
7	X		IMPEGNO
8		X	FORTUNA
9	X		ABILITÀ
10		X	CONTESTO
11	X		FORTUNA
12		X	ABILITÀ
13		X	ABILITÀ
14	X		ABILITÀ
15		X	CONTESTO
16	X		FORTUNA
17	X		ABILITÀ
18		X	IMPEGNO
19	X		FORTUNA
20		X	CONTESTO
21	X		FORTUNA
22		X	ABILITÀ
23		X	IMPEGNO
24	X		FORTUNA
25		X	CONTESTO
26	X		FORTUNA
27	X		FORTUNA
28		X	IMPEGNO
29	X		CONTESTO
30		X	FORTUNA
31		X	CONTESTO
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	3	0	13 ⁺¹	0	Interno/esterno	Adattivo o Interno/Esterno
Situazioni di insuccesso	0	3	0	13 ⁺¹	Interno/esterno	

Soggetto numero 13
12 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 13

Tipo di situazione descritta dalla vignetta			
Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		ABILITÀ
6		X	ABILITÀ
7	X		IMPEGNO
8		X	IMPEGNO
9	X		ABILITÀ
10		X	ABILITÀ
11	X		FORTUNA
12		X	IMPEGNO
13		X	FORTUNA
14	X		IMPEGNO
15		X	ABILITÀ
16	X		FORTUNA
17	X		CONTESTO
18		X	FORTUNA
19	X		CONTESTO
20		X	ABILITÀ
21	X		FORTUNA
22		X	CONTESTO
23		X	CONTESTO
24	X		CONTESTO
25		X	ABILITÀ
26	X		FORTUNA
27	X		ABILITÀ
28		X	FORTUNA
29	X		ABILITÀ
30		X	FORTUNA
31		X	CONTESTO
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	6 ⁺¹	5 ⁺¹	2	3	Interno	Negatore
Situazioni di insuccesso	3	4	4	5	Iesterno	

Soggetto numero 14

9 anni-M

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 14

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		ABILITÀ
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		IMPEGNO
6		X	FORTUNA
7	X		IMPEGNO
8		X	ABILITÀ
9	X		CONTESTO
10		X	CONTESTO
11	X		FORTUNA
12		X	ABILITÀ
13		X	CONTESTO
14	X		FORTUNA
15		X	IMPEGNO
16	X		IMPEGNO
17	X		FORTUNA
18		X	CONTESTO
19	X		FORTUNA
20		X	CONTESTO
21	X		IMPEGNO
22		X	IMPEGNO
23		X	CONTESTO
24	X		CONTESTO
25		X	ABILITÀ
26	X		CONTESTO
27	X		ABILITÀ
28		X	IMPEGNO
29	X		IMPEGNO
30		X	FORTUNA
31		X	IMPEGNO
32	X		ABILITÀ

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAIITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	2 ⁺¹	8	3 ⁺¹	3	interno	Interno
Situazioni di insuccesso	4	5	4	3	insterno	

Soggetto numero 15

13 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 15

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		FORTUNA
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		CONTESTO
6		X	CONTESTO
7	X		CONTESTO
8		X	IMPEGNO
9	X		FORTUNA
10		X	IMPEGNO
11	X		FORTUNA
12		X	IMPEGNO
13		X	FORTUNA
14	X		ABILITÀ
15		X	FORTUNA
16	X		FORTUNA
17	X		CONTESTO
18		X	CONTESTO
19	X		CONTESTO
20		X	IMPEGNO
21	X		FORTUNA
22		X	ABILITÀ
23		X	ABILITÀ
24	X		CONTESTO
25		X	CONTESTO
26	X		IMPEGNO
27	X		FORTUNA
28		X	FORTUNA
29	X		ABILITÀ
30		X	CONTESTO
31		X	ABILITÀ
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	2	13 ⁺¹	5	6	esterno	rinunciatario
Situazioni di insuccesso	3 ⁺¹	5	4	4	interno	

Soggetto numero 16
10 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 16

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		ABILITÀ
6		X	ABILITÀ
7	X		CONTESTO
8		X	ABILITÀ
9	X		FORTUNA
10		X	ABILITÀ
11	X		IMPEGNO
12		X	IMPEGNO
13		X	FORTUNA
14	X		IMPEGNO
15		X	CONTESTO
16	X		FORTUNA
17	X		IMPEGNO
18		X	FORTUNA
19	X		FORTUNA
20		X	CONTESTO
21	X		ABILITÀ
22		X	CONTESTO
23		X	FORTUNA
24	X		CONTESTO
25		X	CONTESTO
26	X		FORTUNA
27	X		CONTESTO
28		X	FORTUNA
29	X		IMPEGNO
30		X	CONTESTO
31		X	ABILITÀ
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAIITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	3 ⁺¹	7	4 ⁺¹	2	Interno/esterno	Adattivo o
Situazioni di insuccesso	5	2	5	4	Interno/esterno	Interno/esterno

Soggetto numero 17
16 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 17

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		FORTUNA
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		CONTESTO
6		X	IMPEGNO
7	X		IMPEGNO
8		X	IMPEGNO
9	X		FORTUNA
10		X	IMPEGNO
11	X		FORTUNA
12		X	IMPEGNO
13		X	CONTESTO
14	X		IMPEGNO
15		X	CONTESTO
16	X		IMPEGNO
17	X		CONTESTO
18		X	CONTESTO
19	X		IMPEGNO
20		X	ABILITÀ
21	X		FORTUNA
22		X	IMPEGNO
23		X	ABILITÀ
24	X		CONTESTO
25		X	CONTESTO
26	X		FORTUNA
27	X		IMPEGNO
28		X	FORTUNA
29	X		CONTESTO
30		X	ABILITÀ
31		X	IMPEGNO
32	X		IMPEGNO

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	0	7 ⁺¹	4	5	interno	Interno
Situazioni di insuccesso	3 ⁺¹	7	4	2	interno	

Soggetto numero 18
15 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 18

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		ABILITÀ
6		X	FORTUNA
7	X		IMPEGNO
8		X	IMPEGNO
9	X		ABILITÀ
10		X	IMPEGNO
11	X		FORTUNA
12		X	ABILITÀ
13		X	ABILITÀ
14	X		IMPEGNO
15		X	FORTUNA
16	X		FORTUNA
17	X		CONTESTO
18		X	CONTESTO
19	X		FORTUNA
20		X	ABILITÀ
21	X		FORTUNA
22		X	IMPEGNO
23		X	CONTESTO
24	X		IMPEGNO
25		X	CONTESTO
26	X		FORTUNA
27	X		IMPEGNO
28		X	IMPEGNO
29	X		CONTESTO
30		X	FORTUNA
31		X	IMPEGNO
32	X		ABILITÀ

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	4	6	3	3	interno	Interno
Situazioni di insuccesso	3 ⁺¹	6	3 ⁺¹		interno	

Soggetto numero 19

16 anni-M

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 19

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		IMPEGNO
2		X	FORTUNA
3	X		CONTESTO
4		X	CONTESTO
5	X		CONTESTO
6		X	IMPEGNO
7	X		IMPEGNO
8		X	IMPEGNO
9	X		FORTUNA
10		X	IMPEGNO
11	X		FORTUNA
12		X	FORTUNA
13		X	FORTUNA
14	X		IMPEGNO
15		X	IMPEGNO
16	X		FORTUNA
17	X		CONTESTO
18		X	IMPEGNO
19	X		FORTUNA
20		X	ABILITÀ
21	X		ABILITÀ
22		X	IMPEGNO
23		X	IMPEGNO
24	X		ABILITÀ
25		X	CONTESTO
26	X		IMPEGNO
27	X		ABILITÀ
28		X	IMPEGNO
29	X		CONTESTO
30		X	FORTUNA
31		X	CONTESTO
32	X		ABILITÀ

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLAITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	6	4	3	3	interno	Interno
Situazioni di insuccesso	1	7	4 ⁺¹	4 ⁺¹	interno	

Soggetto numero 20
12 anni-F

Scheda delle determinati scelte per ciascuna vignetta dal soggetto 20

Tipo di situazione descritta dalla vignetta

Vignetta n.º	successo	insuccesso	Determinante scelta
1	X		ABILITÀ
2		X	IMPEGNO
3	X		IMPEGNO
4		X	FORTUNA
5	X		CONTESTO
6		X	IMPEGNO
7	X		IMPEGNO
8		X	IMPEGNO
9	X		ABILITÀ
10		X	IMPEGNO
11	X		FORTUNA
12		X	ABILITÀ
13		X	CONTESTO
14	X		IMPEGNO
15		X	ABILITÀ
16	X		ABILITÀ
17	X		CONTESTO
18		X	ABILITÀ
19	X		ABILITÀ
20		X	ABILITÀ
21	X		ABILITÀ
22		X	CONTESTO
23		X	ABILITÀ
24	X		IMPEGNO
25		X	CONTESTO
26	X		ABILITÀ
27	X		ABILITÀ
28		X	CONTESTO
29	X		CONTESTO
30		X	ABILITÀ
31		X	IMPEGNO
32	X		ABILITÀ

Identificazione dello stile di attribuzione (anche con i 2 punteggi aggiuntivi)

	INTERNALITÀ		ESTERNLITÀ		orientamento di LOC	Tipo di stile
	abilità	impegno	contesto	fortuna		
Situazioni di Successo	6	6	3	1	Interno/esterno	Adattivi o
Situazioni di insuccesso	4⁺¹	6	4⁺¹	1	Interno/esterno	Interno/esterno

Allegato numero 3

Il questionario di gradimento per i minori coinvolti nel progetto



Università degli Studi di Trieste
Facoltà di Scienze della Formazione

Carissimo/a,

ti ringraziamo molto per aver partecipato con costanza alle tre sedute di questo progetto di ricerca.

Che cosa ti aspettavi quando ti è stato proposto di prendere parte a questi incontri?

In generale, ti ritieni soddisfatto delle proposte che ti sono state fatte? SI

NO

Prima di lasciarci, ti chiediamo di segnare con una crocetta, in una punteggiatura da 1 (per nulla) a 5 (molto elevato), il tuo gradimento sulle diverse attività che ti sono state proposte.

PRIMO INCONTRO					
1. Questionario iniziale	1	2	3	4	5
2. Le vignette (parte prima)	1	2	3	4	5
3. Tre storie senza finale	1	2	3	4	5

SECONDO INCONTRO					
1. Le vignette (parte seconda)	1	2	3	4	5
2. La chat sugli Indiani d'America	1	2	3	4	5
3. vignetta personale	1	2	3	4	5

TERZO INCONTRO					
1. I racconti interrotti	1	2	3	4	5
2. La storia puzzle	1	2	3	4	5
3. Questionario finale	1	2	3	4	5

Hai qualche suggerimento da proporre?

Grazie e ...buon proseguimento!

**Il questionario di gradimento
per le famiglie
dei minori**



Università degli Studi di Trieste
Facoltà di Scienze della Formazione

Caro genitore,

La ringrazio per la sensibilità e la disponibilità da Lei dimostrata in relazione alla nostra ricerca. Mentre attende suo figlio/sua figlia, le chiedo di rispondere, in forma anonima, ad alcune domande che ci permetteranno di mettere a frutto questa esperienza.

- Ritiene valida una ricerca che si propone di aiutare i ragazzi a migliorare la *qualità della vita*? SI NO
- La presentazione degli scopi della ricerca, tramite la lettera e la telefonata, è stata sufficientemente chiara? SI NO
- Desidererebbe conoscere meglio gli obiettivi, la ricaduta e i benefici per suo figlio? SI NO
- Avete deciso la partecipazione parlando
 1. tra genitori solamente? SI NO
 2. anche con il figlio/la figlia? SI NO
 3. anche con il medico di famiglia? SI NO

- Che cosa vi ha rassicurato nell'aderire al progetto?

- Quale è stata la risposta di vostro figlio/a alla nostra proposta?

- Ritiene l'esperienza utile o ripetibile?

- Ha qualche suggerimento da proporre?

Ringraziamo per la collaborazione

Cordiali saluti

Allegato numero 5

Il questionario su conoscenze e pregiudizi sull'epilessia

CODICE:

DATA:

QUALITÀ DELLA VITA E RAPPRESENTAZIONE DI SE' SECONDA PARTE



- In una classe ci sono tanti bambini/ragazzi.

Nella vostra classe, ad esempio, in quanti siete? _____

- A volte, può capitare che ci siano degli assenti per malattia. Ad esempio, qualcuno può stare a casa perché ha l'influenza, o un'infreddatura, oppure perché può essersi preso una malattia infettiva (varicella, orecchioni, morbillo...).

Ti è mai capitato di dover stare a casa perché avevi *l'influenza*?

SI NO

Ti è mai capitato di dover stare a casa perché avevi una *malattia infettiva*?

SI NO

- Ci sono classi in cui vi possono essere anche bambini e ragazzi, con problemi di salute un po' più seri.

- In una classe, ad esempio, c'è **Giulio** che è diabetico. Per questo motivo, **Giulio** non può mangiare dolci.
- In un'altra classe, c'è **Luca** che è asmatico e ogni tanto soffre di crisi respiratorie.
- Poi, c'è **Marco** che è epilettico: a volte ha delle crisi per cui cade a terra privo di conoscenza e il suo corpo trema. Poi, terminata la crisi **Marco** riprende coscienza.
- **Francesco**, invece, è allergico ad alcuni alimenti che non può assolutamente mangiare.
- **Andrea**, invece, soffre di celiachia: nella sua alimentazione ci devono essere solo cibi privi di glutine e quindi non può mangiare la pastasciutta.

- Conosci anche tu qualcuno che soffre di uno di questi problemi?

SI NO

Il caso di Marco che soffre di epilessia

Marco ha una malattia che si chiama epilessia. Questa malattia gli procura degli *attacchi*, per cui, a volte perde coscienza, cade a terra mentre il suo corpo trema. Dopo un po' di tempo (qualche secondo o alcuni minuti) Marco si riprende di nuovo.

Conosci qualcuno che soffre di epilessia? SI NO

Hai mai visto qualcuno durante un attacco di epilessia? SI NO

- Un ragazzo come Marco va sicuramente aiutato, non solo nei momenti in cui si sente male.
- Per essere d'aiuto a chi soffre di epilessia come Marco, è necessario essere informati.
- Ti chiediamo di rispondere alle seguenti domande perchè vorremmo sapere cosa conosci già della malattia di Marco.
- Ad ogni domanda, ti verrà chiesto se sei "molto", "abbastanza", "poco", o "per niente" d'accordo con quanto viene affermato. Per aiutarti nelle tue risposte, troverai degli smile di diversa grandezza.

Esempio:

Penso che	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
... l'aspirina serve per far abbassare la febbre	😊	😊	😊	😊
... per abbassare la febbre, basta bere un bicchiere di acqua fredda	😊	😊	😊	😊

Ti ringraziamo per la tua collaborazione.

QUALITÀ DELLA VITA E RAPPRESENTAZIONI DI SE': SECONDA PARTE


Pensi che Marco sia epilettico perché:	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
... ha toccato qualcuno mentre aveva un attacco epilettico	☺	☺	☺	☹
... ha ereditato l'epilessia dai genitori	☺	☺	☺	☹
...ha un difetto genetico	☺	☺	☺	☹
... ha subito un danno al momento della nascita	☺	☺	☺	☹
... ha subito un danno al cervello	☺	☺	☺	☹
... ha una scarsa circolazione sanguigna nel cervello	☺	☺	☺	☹
... in realtà nessuno sa sempre che cosa causi l'epilessia	☺	☺	☺	☹

Pensi che possano scatenare una crisi epilettica	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
... le fasi della luna	☺	☺	☺	☹
... alcuni cibi piccanti o bevande troppo calde	☺	☺	☺	☹
... la febbre molto alta o una grave malattia (come la malaria o altro)	☺	☺	☺	☹
... il malocchio o uno spirito maligno	☺	☺	☺	☹
... il destino	☺	☺	☺	☹




Desideri sapere cosa scatena veramente un attacco epilettico?

SI NO

 Marco va aiutato. Bisogna stare attenti ed accorgersi subito quando sta per avere un attacco

Pensi che Marco possa avere un attacco improvviso di epilessia	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
... quando gioca all'aria aperta o sta al sole per troppo tempo	☺	☺	☺	☹
... a causa di cambi improvvisi nel tempo (per esempio troppo caldo, troppa freddo, troppa umidità)	☺	☺	☺	☹
... quando non ha dormito bene	☺	☺	☺	☹
... quando si è molto arrabbiato per qualcosa	☺	☺	☺	☹
... quando si trova a viaggiare stipato in un autobus	☺	☺	☺	☹
... quando lavora troppo a scuola	☺	☺	☺	☹
... perché è indolente, cioè pigro e annoiato o non ha voglia di fare niente	☺	☺	☺	☹
... perché ha improvvisi cambiamenti di umore	☺	☺	☺	☹

 Desideri sapere in quali casi devi veramente fare attenzione per aiutare Marco?
 SI NO

Pensi che i genitori di Marco	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
... siano preoccupati ed abbiano paura che Marco possa avere un attacco di epilessia in qualunque momento	☺	☺	☺	☹
... gli insegnino a nascondere la malattia	☺	☺	☺	☹
... facciano fatica ad accettare il fatto che Marco abbia l'epilessia	☺	☺	☺	☹

Pensi che Marco, a scuola:	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
... può partecipare come gli altri a tutte le attività fisiche (gare di corsa, giochi con la palla, piscina, ...)	☺	☺	☺	☹
... faccia fatica ad avere buoni risultati in varie materie	☺	☺	☺	☹
... sia scelto raramente nei giochi di squadra	☺	☺	☺	☹
... sia scelto raramente nei giochi di abilità o matematici	☺	☺	☺	☹
... possa apparire confuso e non riuscire a seguire le lezioni dopo un attacco epilettico	☺	☺	☺	☹

Pensi che la persona migliore che potrebbe aiutare Marco ad affrontare la sua malattia sia:	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
... un erborista (una persona che utilizza le erbe o le piante)	☺	☺	☺	☹
... un medico	☺	☺	☺	☹
... un leader spirituale o la fede in una potenza superiore	☺	☺	☺	☹

Pensi che:	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente
...i medicinali per gli attacchi epilettici vadano presi solo al momento della crisi	☺	☺	☺	☹
... un bicchiere di acqua o una bevanda possono bloccare un attacco epilettico	☺	☺	☺	☹
... le preghiere o i miracoli possano guarire un bambino epilettico	☺	☺	☺	☹
... non ci sia una vera cura per l'epilessia	☺	☺	☺	☹

BIBLIOGRAFIA

- Abdel G.E. et altri (1999), *Developing and testing of an Egyptian version of Children's Health Locus of Control Scale*, in "Journal of Egyptian Public Health Association", 74(1-2):139-73.
- Al-Turkait F.A. et altri (2007) *Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti military men according to level of involvement in the first Gulf War*, in "Depression and Anxiety", [Epub ahead of print].
- Andelman F. (2000), *Analysis of quality of life among adolescents with epilepsy*, in "International Journal of Adolescent Medicine & Health", Vol. 12(Suppl1), pp. 17-24.
- Argentero P. (1996), *Locus of Control Interno ed Esterno: aspettative di controllo e comportamenti organizzativi*, in "Giornale Italiano Di Psicologia", XXIII/2, 221-255.
- Artegas J. (1999), *Manifestaciones psicologicas de la epilepsia en la infancia*, in "Revista de Neurología", 28 (supl. 2): pp.135-141.
- Au, A. (2002), *Predicting the quality of life in Hong Kong Chinese adults with epilepsy*, in "Epilepsy & Behaviour", Vol 3(4), Aug 2002. pp. 350-357.
- Austin J.K. (1996), *"A model of family adaptation to new-onset childhood epilepsy"*, in "Journal of Neuroscience Nursing", 1996 April;28(2):82-92.
- Austin J.K. (2003), *Recurrent seizures and behaviour problems in children with first recognized seizures: a prospective study*, in "Epilepsia", 44 (6)-
- Austin J.K. et altri (2006), *Recurrent seizures and behaviour problems*. In Steinhausen H.-C. (2006), *"A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry"*, Cambridge University Press.
- Baker G.A. (2002), *Health-related quality of life of adults with epilepsy*, in "Epilepsy & Behaviour", Vol 3, Nr 6, pp. 560-561(2).
- Baker G.A., (2000), *Quality Seizure Counts in Assessment and Treatment*, in "Psychology Press", p.126.
- Baker G.A., Jacoby A. (2000), *Quality of Life in Epilepsy: Beyond Seizure Counts in Assessment and Treatment*, in "Psychology Press", p.113.
- Barofsky I (1982). *Quality of Life assessment. Evolution of the concept*. In: Ventafridda V. et altri, *Assessment of quality of life and cancer treatment*. Milano: Excerpta Medica, 1985.
- Battle E.S.& Rotter J.B. (1963), *Children's feeling of personal control as related to social class and ethnic group*, in "Journal of Personality", 32, pp. 482-490.
- Baumann R.J. (2005), *Kentuckians' Attitudes Toward Children with Epilepsy*, in "Epilepsya", Vol.36, Issue 10, pp.1003-1008.
- Bearinger L.H. (1997), *The utility of locus of control for predicting adolescent substance abuse*, in "Research in Nursing & Health", Vol 20(3), pp. 229-245.
- Beatrix A. (1982), *Relationship between behavioural factors and diabetics control children and adolescents*, in "Psychosomatic Medicine", Vol 44 (4), pp. 321-339.
- Beauvois J.L. (1984), *La psychologie quotidienne*. Paris: Presses Universitaires de France

- Beckham C.M. (2007), *Jurors' locus of control and defendants' attractiveness in death penalty sentencing*, in "Journal of Social Psychology", 147(3):pp. 285-98
- Beghi E. (2004), *Fattori genetici ed ambientali nell'eziologia dell'epilessia*, in "Neurological Science", 25,pp. 297-301.
- Bennett T. L. (1992), *The Neuropsychology of Epilepsy*, Springer.
- Bialer I. (1961), *Conceptualisation of success and failure in mentally retarded and normal children*, in "Journal of Personality", 29, pp. 303-320.
- Brown R.T. (2003), *Handbook of Pediatric Psychology in School Settings*, Lawrence Erlbaum Associates.
- Brown S.W. (1994), *Quality of life - a view from the play-ground*, in "Seizure", 3: p.11.
- Burke P. et altri (1999), *Depression in Pediatric chronic Illness. A Diathesis-Stress Model*, in "Psychosomatics" 40:5-17.
- Callahan R.T. et altri (2002), *A multidimensional approach to dyslexia: Does locus of control and self-esteem increase with a perceived increase in reading skills?*, in Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, Vol 63(1-B), pp. 516.
- Calman C.K. (1981), *Definitions and dimensions of quality of life*. In Aronson N.K., Beckman J.K., *The quality of life of cancer patients. EORTC Monographs*. Vol 17. New York. Raven Press, pp. 1-9.
- Cardaci M. (1988), *Studi sul locus of control*, in "Contributi del dipartimento di Psicologia dell'Università degli studi di Palermo", Palermo, Giugno, pp. 111-128.
- Cattell R.B. (1950), *Personality a systematic theoretical and factual study*, New York: McGraw Hi.
- Cheung C., Wirrell E. (2006), *Adolescents' perception of epilepsy compared with other chronic diseases: through a teenager's eyes*, in "Journal of Child Neurology", 21 (3), pp. 214-22.
- Christensen, A. J. et altri (1991), *Health locus of control and depression in end stage renal disease*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", vol 59(3), pp.419-424.
- Clancy, C. A. (2003), *Pain in children with spina bifida: The associations with locus of control, depression, and quality of life*, in Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences & Engineering, Vol 64(4-B), pp. 1896.
- Collins B.E. (1974), *Four separate components of the Rotter I-E Scale: belief in a difficult world, a just world, a predictable world and a politically responsive world*, in "Journal of Personality and Social Psychology", 29, pp. 381-391.
- Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy (1993), *Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy*, in *Epilepsia* 34, pp. 592-596,.
- Connell, J. P. (1985), *A new Multidimensional Measure of Children's Perception of Control*, in "Child Development", Volume 56, No.4, pp. 1018-1041.
- Connors E.A. (2005), *Promoting girl's self esteem in early adolescence: an intervention study using literature*, Phd, Lesley university Cambridge MA.
- Cooper, M. et al. (2007), *Stages of change in anorexic and bulimic disorders: The importance of illness representations*, in "Eat Behaviour", 8(4), pp. 474-84.

- Cornoldi, C., De Beni, R. e il Gruppo MT (1993). *Imparare a studiare*. Trento: Centro studi Erickson.
- Crandall V., Katkovsky W., & Crandall V. (1965), *Children beliefs in their own control of reinforcement in intellectually-academic achievement situation*, in "Child Development", 36, pp. 91-109.
- Crepaldi G., Bariussio A. (2002), *Trattato di medicina intena*, Piccin, p.1157.
- Cull C., Goldstein L.H. (1997), *The Clinical Psychologist's Handbook of Epilepsy: Assessment and Management*, Routledge, pp. 103-104.
- Dahlquist L., Ottinger D. (1983), *Locus of control and peer status: A scale for children's perception of Social Interaction*, in "Journal of Personality Assessment", 47, pp. 278-287.
- Daley K.S. (1995), *The effects of structured recreational activity on the physical competence dimension of self-perception at a camp for children with asthma*, in Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, Vol 55(8-B), p. 3583.
- De Beni R., Mazzoni G. (1991), *L'attribuzione e la fiducia nelle proprie abilità mnestiche*, in "Età Evolutiva", 38, pp. 32-50.
- De Beni R., Moè A. (1996), *Stile attributivo e abitudini di studio: Confronto fra soggetti normali e con difficoltà d'apprendimento*, in "Orientamenti Pedagogici" , 43(3), pp. 599-617.
- De Beni R., Moè A. (1997). *Difficoltà di studio. Un intervento metacognitivo con studenti universitari*, in *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 1(3),pp. 433-440.
- De Beni R., Moè A. (2002), *Stile attributivo e abitudini di studio: Confronto fra soggetti normali e con difficoltà d'apprendimento*, in "Orientamenti Pedagogici" , 43(3), pp. 599-617.
- De Beni R., Moè A.(2000), *Motivazione e apprendimento*, il Mulino, Bologna.
- De Beni R., Moè A., Ravazzolo M.C. (1998), *Sviluppo dello stile attributivo e relazione con le componenti metacognitive in bambini dai 4 ai 10 anni*, in "Psicologia clinica dello sviluppo", 2 (2), pp. 245-269.
- De Beni, R. e Moè, A. (1995), *Questionario di attribuzione. Attribuzione delle cause di successo/fallimento in compiti cognitivi*, Firenze, Organizzazioni Speciali.
- De Beni, R., e Zamperlin C. (1993). *Guida allo studio del testo di storia*, Erickson, Trento.
- De Beni, R., Moè, A. (1999), *La misurazione dello stile attributivo in bambini dai 4 ai 10 anni. La prova di attribuzione*, in "Bollettino di Psicologia Applicata", 229, pp. 27-36.
- De Beni, R., Zamperlin C., Benvenuti M. e Vocetti C. (1995), *Imparare a studiare la Geografia*, Erickson, Trento.
- De Grada E.(1972), *Introduzione alla psicologia sociale*, Ed. Bulzoni, Roma.
- De Grada E., Mannetti L. (1988), *L'attribuzione causale. Teorie classiche e sviluppi recenti*, Il Mulino, Bologna.
- De Grada E., Mannetti L. (1988), *L'attribuzione causale. Teorie classiche e sviluppi recenti*, Bologna, Il Mulino.
- De Man A. F. (1995), *Suicidal ideation in high school students: Depression and other correlates*, in "Journal of Clinical Psychology", Vol 51(2), pp. 173-181.

- De Man A. F. (1999), *Correlates of suicide ideation in high school students: The importance of depression*, in "Journal of Genetic Psychology", Vol 160(1), pp. 105-114.
- De Man A. F. (1999), *Correlates of suicide ideation in high school students: The importance of depression*, in "Journal of Genetic Psychology", Vol 160(1), pp. 105-114.
- de Minzi, M.C.R. (1990), *A new Multidimensional Children's Locus of control Scale*, in "The Journal of Psychology", 125 (1), pp. 109-118.
- deCharms R. (1981), *Personal causation and locus of control: two different traditions and two correlated measures*. In H.M. Lefcourt (Ed.), *Research with the Locus of control construct*, Vol.1., NY: Academic Press, 1981, pp. 337-358.
- Deci E., Ryan R. (1985), *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, NY, Plenum Press.
- Deci E.L., Ryan R.M. (1985), *Intrinsic motivation and self determination in human behaviour*, NY: Plenum press.
- DeVillis, R.F. et altri (1980), *Epilepsy and learned helplessness*, in "Basic & Applied Social Psychology", Vol 1(3), pp 241-253.
- Di Bernardo S., "Le potenzialità concettuali ed operative del locus of control. Un'indagine sperimentale in una comunità terapeutica e in un gruppo sportivo", tesi a.a.1996-1997, p. 8.
- Dravet C., Roger J. (1980), *Problèmes medico-sociaux de l'épilepsie*, in Cah Méd, (5), pp. 877-880.
- Dubois N. (1985), *The dimensionality of locus of control among French students*, in "The Journal of Psychology", 119 (6), 549-555.
- Dubois N. (1987), *La psychologie du controle. Les croyances internes et externes*. Grenoble: Presses Universitaires.
- Dunn D.W. et altri (1999), *Symptoms of depression in adolescents with epilepsy*, in "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 38(9), pp 1132-8.
- Duttweiler, P.C. (1984), *The Internal Control Index: A Newly Developed Measure of Locus of Control*, in "Educational and Psychological Measurement", 44, pp. 209-221.
- Dweck C.S. (2002), *Teorie del sé. Intelligenza, motivazione, personalità e sviluppo*, Trento, Erickson.
- Enger J.M. et altri (1994), *Internal/external locus of control, self-esteem and parental interaction of at risk black adolescents*, in "Journal of Social Psychology", 134 (3), pp. 269-274.
- Evans C. L. (1987), *The relationship between diabetic control and individual and family characteristics*, in "Journal of psychosomatic research", vol. 31(3), 187, pp. 367-374
- Foster K.Y. (2000), *Use of the Multidimensional Health locus of control with Children*, in "The science and engineering", vol. 61(5-b), pp. 2757.
- Freeman J.M., Vining E.P.G., Pillas D.J. (1997), *How the brain works: Understanding seizures and why they are so many types*, in "Seizure and epilepsy in childhood: A guide for parents" (2nd edition, pp.9-19). Baltimore: John Hopkins University Press.

- Freguia F., *La fiaba come strumento terapeutico-educativo nei disturbi emozionali dello sviluppo del bambino: elaborazione di un progetto sperimentale*, Tesi di Laurea in Neuropsichiatria, Univerità di Trieste, A.A 2004-2005.
- Freguia, F., *La fiaba come strumento terapeutico-educativo nei disturbi emozionali dello sviluppo del bambino: elaborazione di un progetto sperimentale*, Tesi di Laurea in Neuropsichiatria, Univerità di Trieste, A.A 2004-2005
- Fu V.R., Billingham R.E. (1980), *Internality/Externality and animistic thinking*, in "Psychological Reports", 46, pp. 815-819.
- Fubini L. et altri (2002), *Il rapporto medico-paziente e le diseguglianze nella salute*, Rapporto di rassegna bibliografica sugli strumenti e i metodi più efficaci per una prevenzione mirata ai gruppi svantaggiati da parte del medico di famiglia, Grugliasco.
- Fulk, B. J. M. e Matropieri, M. A. (1992), *La modificazione degli atteggiamenti: insegnamento di stili positivi di attribuzione*, in "Insegnare all'Handicappato", 7 (1), pp. 73-80.
- Furnham A, Sadka V., Brewin C. (1991), *The development of an occupational attributional style questionnaire*, in "Journal of Organizational Behaviour", 13, pp. 27-39
- Furnham A., Steele H. (1993), *Measures of Locus of Control: A critique of children's, health and work-related locus of control questionnaire*, in "British Journal of Psychology", 84, pp. 443-79.
- Gajjar, M. (2001), *Developing a rating scale for assessing culture specific beliefs and attitudes about epilepsy*, Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto.
- Gatz M., Karel M.J. (1993), *Individual change in perceived control over 20 years*, in "International Journal of Behavioural Development", 16, pp 305-322.
- Gatz M., Karel M.J. (1993), *Individual Change in perceived control over 20 years*, in "International Journal of Behavioural Development", 16(2), pp. 305-322.
- Gatz M., Karel M.J., *Individual Change in perceived control over 20 years*, in "International Journal of Behavioural Development", 1993, 16(2), pp. 305-322.
- Gehlert S. et altri (1994), *Perception of control in Adults with epilepsy*, in "Epilepsya", vol 35, issue 1, pp. 81-88.
- Gehlert, S, Chang C.H. (1998), *Factor structure and dimensionality of the multidimensional health locus of control scales in measuring adults with epilepsy*, in "Journal of Outcome Measurement", 8; 2 (3), pp 173-90.
- Genton P, Guerrini R (1993), *Clinica delle epilessie*, Masson p.127
- Gillberg C., Harrington R., Steinhausen H.-C. , *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, Cambridge University Press, 2006,p.28.
- Govier D.W., Browm L. M., Prestholt P. H. & Hayes J. S. (1995), *A survey of common misconceptions about epilepsy*, in "Rehabilitation Psychology", 40, pp. 51-59.
- Gramstad, A., et altri (2001), *The impact of affectivity disposition, self-efficacy and locus of control on psychosocial adjustment in patients with epilepsy*, in "Epilepsy Research" (2001 July), 46 (1):53-6.
- Greenberg H.S. et altri (1989), *Psychologic functioning in 8-to-16- year-old cancer survivors and their parents*, in "Journal of Pediatrics", 114: pp. 488-493.

- Griffin J.M. et altri (2006), *Perceived control and immune and pulmonary outcomes in children with asthma*, in "American Psychosomatic Society", 68, pp 493-499.
- Gross A. M., Delcher H.K., Snitzer J. (1985), *Personality variables and metabolic control in children with diabetes*, in "The Journal of Genetic Psychology", 146(1), pp. 19-26.
- Gruen G.E., Korte J.R., Haum J.F. (1974), *Group Measure of locus of control*, in "Developmental Psychology", 10 No.5, pp. 683-686.
- Guiping,W. et altri (2001), *Coping style of adolescents under academic stress their locus of control, self-esteem and mental health*, in "Chinese Mental Health Journal", Vol 15(6), pp. 431-434.
- Haine R.A. (2003), *Locus of control and self-esteem as stress-moderators or stress-mediators in parentally bereaved children*, in "Death Studies", Vol 27(7), pp. 619-640.
- Hall C.W. (1999), *College students' perception of facial expression*, in "Perceptual and Motors skills", 89(3 Pt1), pp763-70.
- Hau K.T. (1995), *Confirmatory Factor Analyses of Seven Locus of Control Measures*, in "Journal of Personality Assessment", 65(1), pp. 117-132.
- Heckhausen J., Schulz R. (1995), *A lifespan theory of control*, in "Psychological review", Vol 102 (2), pp. 284-304.
- Heckhausen J., Schulz R. (1995), *A lifespan theory of control*, in "Psychological review", Vol 102 (2), pp. 284-304.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.
- Huckstad, A.(2007), *Locus of control among alcoholics, recovering alcoholics, and non-alcoholics*, in "Research in Nursing and Health"; 10(1), pp. 23-8.
- Hull C.L. (1943), *Principles of behaviour: An introduction to behaviour theory*, Appleton-Centur-crofts, NY.
- Hyman G.J., Stanley R., Burrows G.D. (1991), *The relationship between three multidimensional locus of control scale*, in "Educational and Psychological Measurement", 51, pp. 403-412
- IannacconeS. (2000), *La luna, il sangue, l'incenso: intervista sull'epilessia tra scienza e mito*, Guida Editori, 2000.
- Ingemar Engstrom M.D. (1991), *Family interaction and locus of control in children and adolescents with inflammatory bowel disease*, in "Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry", vol 30(6), pp. 913-920.
- James W.H. (1957), *Internal versus external control of reinforcement as a basic variable in learning theory*. Unpublished doctoral dissertation, Ohio State University.
- Janelle S. (1992), *Locus of control in non disabled versus congenitally physically disabled adolescents*, in "American Journal Occupational Therapy", 46(4), pp. 334-42.
- Jensen, R., & Dam, M. (1992), *Public attitudes towards epilepsy in Denmark*, in "Epilepsia", 33, pp. 459-463.
- Jensen, R., Dam, M. (1992), *Public attitudes towards epilepsy in Denmark*, in "Epilepsia", 33, pp. 459-463.

- Johnson M., Parkinson G. (2004), *Epilessia. Una guida operativa*, Edizione Italiana a cura di R. Vianello, Edizioni Junior.
- Johnson M.R., Sander J. (2001), *The clinical impact of epilepsy genetics*, in “Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry”, 70, pp. 428–430.
- Johnson, M., Parkinson, G. (2004), *Epilessia. Una guida operativa*, Edizione Italiana a cura di R. Vianello, Edizioni Junior.
- Jones E.E., Nisbett R.E. (1972), *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of the behavior*. In Jones E.E, Kanouse D.E., Kelley H.H., Nisbett R.E, Valins S. and Weiner B. (eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behaviour* (pp. 79-94). Morristown, NJ: General Learning Press.
- Jones, E. E. and Davis, K. E. (1965), *From acts to dispositions: the attribution process in social psychology*. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology* (Volume 2, pp. 219-266), New York: Academic Press
- Kalter N. (1984), *Locus of control in children of divorce*, in “Journal of Personality Assessment”;48(4), pp. 410-4.
- Kaya A.(2007), *Sociometric status, depression and locus of control among Turkish early adolescents*, in “Social Behaviour and Personality”, 35 (10), pp. 1405-1414.
- Kellerman J.(1980), *Psychological effects of illness in adolescence. Anxiety, self-esteem and perception of control*, in “Journal of Pediatrics”, 97(1), pp. 126-131.
- Kelley, H. H. (1967), *Attribution theory in social psychology*. In D. Levine (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Volume 15, pp. 192-238). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Keltner N. (1984), *Bulimia: Controlling compulsive eating*, in “Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services”, Vol. 22(8), Aug 1984. pp. 24-29.
- Kendall F. et altri (1976), *Factor specific difference in locus of control for emotional disturbed and normal children*, in “Journal of Personality Assessment”, Vol 40, issue 1, pp. 42-45.
- Khayyer M. (2003), *Perceived locus of control as a function of parental physical punishment among a group of Iranian children*, in “Psychological Reports”,93(1), pp. 288-90.
- Kilpatrick K.L. et altri (1998), *Potential mediators of posttraumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence*, in “Child Abuse and Neglect”, vol 22, issue 4, pp. 319-330.
- Kit –Tai Hau (1995), *Confirmatory factor Analyses of seven Locus of Control Measures*, in “Journal of Personality assessment”, 65 (1), pp. 117-132.
- Krakow K., Buhler K.-E., Haltenhof H.(1999), *Coping with refractory epilepsy*, in “Seizure”, 1999, 8, pp. 111-115.
- Lee, S.J. et altri (2008), *Patient compliance and locus of control in orthodontic treatment: a prospective study*, in “American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics”, Vol 133, issue 3, pp. 354-358
- Lefcourt H. M. (1976), *Locus of control: current trends in theory and research*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New York.
- Lefcourt H.M. (a cura di) (1981-1984). *Research with the Locus of control construct, vol 1-3*. New York: Academic Press

- Lefcourt H.M. (1981), *The construction and development of the Multidimensional-Multiattributonal Causality Scales*. In Lefcourt H.M. (a cura di) (1981-1984). *Research with the locus of control construct*, vol. 1, NY: Academic Press.
- Lefcourt H.M. (1983), *The locus of control as a moderator variable: stress*, in *Research with the locus of control construct*, vol. 2, ed. Lefcourt, NY: Academic Press.
- Lefcourt H.M. (1992), *Durability and impact of the locus of control construct*, in “Psychological Bulletin”, 112, 3, pp. 411-414.
- Lefcourt, H-M. et altri (1979), *The multidimensional-multiattributonal causality scale: the development of a goal specific locus of control scale*, in “Canada Journal of Behaviour Science, 11, pp. 286-304.
- Levenson H. (1973), *Multidimensional locus of control in psychiatric patients*, in “Journal of consulting and clinical Psychology”, 41, 3, pp. 397-404.
- Levenson H. (1981), *Differentiating among internally, powerful others and chance*. In H.M. Lefcourt (ed), *Research with the locus of control construct*. Academic Press, NY.
- Lewin K. (1936), *Principles of topological psychology*, McGraw-Hill, NY (tr it. Principi di psicologia topologica, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1961)
- Li E.C., Feifer C., Strohm M. (2000), *A pilot study: locus of control and spiritual beliefs in alcoholics anonymous and smart recovery members*, in “Addictive Behaviours”, (4), pp. 633-40.
- Li H.C., Lopez V.(2004), *Chinese translation and validation of the Nowicki-Strickland Locus of control scale for Children*, in “International Journal of Nursing Studies”, 41 (5); pp. 463-9.
- Lindbloom G. et altri (1982), *Three measures of locus of control: what do they measure?*, in “Journal of personal Assessment”, feb;46(1), pp. 70-1.
- Liu, X. et altri (2000), *Life events, locus of control and behavioural problems among Chinese adolescents*, in “Journal of Clinical Psychology”,56(12), pp.1565-77.
- Madison L.S et altri (2001)., *Changes in stuttering In Relation to Children’s Locus of control*, in “The Journal of Genetic Psychology”, 147(2), pp. 233-240.
- Marshall F., Crawford P.M. (2000), *Vivere con l’epilessia*, Editori riuniti.
- Martin J.C (1978), *Locus of control and self esteem in Indian and White students*, in “Journal of American Indian Education”, vol 18, nr 1,p. 1.
- Mattheus W.S., Barabas G., Ferrari M. (1982), *Emotional concomitants of childhood epilepsy*, in “Epilepsia”, 23 (6), p. 671-81.
- Matthews W.S., Barabas G. (1981), *Suicide and epilepsy: a review for the literature*, in “Psychosomatics”, 22(6),pp. 515-24.
- Miller, C.A., et altri (2003), *Locus of Control and At-Risk Youth: A Comparison of Regular Education High School Students and Students in Alternative Schools*, in “Journal; Education”, Vol. 123.
- Mirels H.L.(1970), *Dimensions of internal versus external control*, in “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 34 (2), pp.226-228.

- Mischel W., Ebbeson E., Zeiss A. (1974), *Internal-External control and persistence: Validation and implications of the Stanford preschool internal-external scale*, in "Journal of Personality and Social Psychology", 29, pp. 265-278.
- Moè A., De Beni R. (2002), *Stile attributivo, motivazione ad apprendere ed atteggiamento strategico. Una rassegna*, in "Psicologia Clinica dello Sviluppo", 6(1), pp. 7-37.
- Moè, A. e De Beni, R. (2002). *Stile attributivo, atteggiamento strategico e motivazione ad apprendere. Psicologia Clinica dello Sviluppo.*
- Moffatt M.E., Pless I.B. (1983), *Locus of control in juvenile diabetic campers: changes during camp, and relationship to camp staff assessments*, in "Journal of Pediatrics", 103(1), pp.146-50.
- Moran J.R. (1999), *Preventing alcohol use among urban American Indian youth: The seventh generation program*, in "Journal of Human Behaviour in the Social Environment", Vol. 2(1-2), pp. 51-67.
- Muldoon O.T. (2005), *The factor structure of the multidimensional measure of children perception of control*, in "Personality and Individual Differences", volume 38, issue 3, pp. 647-657.
- Nance M.A., Hauser W.A., Anderson V.E. (1997), *Genetic diseases associated with epilepsy*, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, pp. 197-209.
- Nigro G.(1982), *Potere personale e "locus of control*, *Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Napoli*, XXIII, 347-358.
- Nigro G.(1983), *Contributo alla taratura italiana della scala di controllo interno-esterno di Rotter*, in "Bollettino di Psicologia Applicata",168, pp. 29-41.
- Nigro G.(1985),*L'abilità, il caso, la fortuna*, in "Psicologia contemporanea", 70, pp. 52- 57.
- Nowicki S. Jr.(1981b), *A manual for the Nowicki-Strickland scales*. Atlanta: Emory university Department of Psychology.
- Nowicki S., Strickland B. (1973), *A locus of control scale for children*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 40, pp. 148-155.
- Oddson B.E. (2006), *The role of pain in reduced quality of life and depressive symptomology in children with spina bifida*, in "Clinical Journal of pain", nov-dec;22 (9), pp.784-9
- Palenzuela D. L.(1984), *Critical evaluation of locus of control: towards a reconceptualization of the construct and its measurement*, in "Psychological Reports", 54, pp. 683-709;
- Palenzuela D.L. (1987), *Sphere-specific measures of perceived control: perceived contingency, perceived competence, or what? A critical evaluation of Paulhus and Christie's approach*, in *Journal of research in personality*, 21, pp. 264-286;
- Parcel G.S., Meyer M.P. (1978), *Development of an instrument to measure children's health locus of control*, in "Health Education Monographs", 6(2), pp. 149-159.
- Parrott C.A. (1984), *Locus of control and delinquency*, in "Adolescence", 19(74), pp. 459-71.
- Paulhus D., Christie R. (1981), *Spheres of control: an interactionist approach to assessment of perceived control*, in H.M. Lefcourt (Ed), *Research with the locus of control construct*, vol. 1, NY: Academic Press, 1981, pp. 161-188.

- Pearce C.M. (1993), *Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents*, in “Acta Psychiatrica Scandinavica”, 88(6):, pp. 409-414.
- Perrin E.C., Gerrity S. (1981). *There is a demon in your belly: Children’s understanding of illness*, in “Pediatrics”, 67, pp. 841-849.
- Peterson C. (1991). *The meaning and measurement of explanatory style*, in “Psychological Inquiry”, 2, pp. 1-10.
- Peterson C., Colvin D., Lin E.H.(1992), *Explanatory style and helplessness*, in “Social Behaviour and Personality: An International Journal”, vol. 20 (1), pp.1-14.
- Phares E.J (1976), *Locus of control in personality*, in “General Learning Psychology”, 54, pp. 339-342.
- Piaget J. (1929). *The child’s conception of the world*, New York: Harcourt Brace.
- Piaget J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.
- Prassouli A. et altri (2008), *Behavioural and emotional problems in children with idiopathic epilepsy and well-controlled seizures*, in “Paediatrics”, Vol. 121, pp. 148.
- Presson C.C. (2002), *Psychosocial antecedents of tobacco chipping*, in “Health Psychology”, Vol 21(4), pp. 384-392.
- Rapporto International Bureau of Epilepsy (IBE), “*Future in Mind*”, 2007, p. 6.
- Ray J.J. (1980), *Belief in luck and locus of control*, in “The Journal of Social Psychology”, 111, pp. 299-300;
- Raynor J.O., Entin E. (1982), *Motivation, career striving and aging*, Hemisphere Publishing Corporation, USA.
- Reid D.W., Ware E.E. (1973), *Multidimensionality of internal versus external control: addition of a third dimension and non-distinction of self versus others*, in “Canadian Journal of Behavioural Science”, 6, pp.131-142.
- Ren G. et altri (2002), *Family environment and the development of self-esteem, self-concept, and external-internal control in children with ADHD*, in Chinese Mental Health Journal, Vol 16(4), pp. 268-272.
- Ricker J.H. (1998), *Correlates of regimen adherence in cystic fibrosis*, in “Journal of Clinical Psychology in Medical Settings”, Vol 5(2), pp. 159-172.
- Roesch, S.C., Weiner, B. (2001), *A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter?*, in “Journal of Psychomatic Research”, vol. 50, n.4.
- Rossi G et altri (1997), *Epilepsy: a study of adolescence and groups.*, in “Seizure”; 6, p.289.
- Rotter J. B. (1964), *Psicologia clinica*, Ed. A. Martello.
- Rotter J.B. (1966), *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, in “Psychological Monographs”, 80 (1 whole No. 609), pp.1-28.
- Rotter J.B.(1953), *The role of the psychological situation in determining the direction of human behaviour*, Nebraska symposium on motivation, 245-268.
- Rotter J.B.(1954), *Social learning and clinical psychology*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., p.165.

- Rotter J.B.(1975), *Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement*, in “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 43, pp. 56-57.
- Rotter J.B., Chance J., Phares E.J.(1972), *Application of a social learning theory of personality*, Holt, Rinehart & Winston, New York, p.37.
- Saccomani L. et altri (1991), *Bambini e adolescenti con epilessia. Abilità cognitive, disturbi di apprendimento, depressione*, in “Minerva Pediatrica”, 43, p.383.
- Sally, Correa S. (1987), *Locus of control in children with epilepsy*, in “Psychological reports”, Vol 60 (1), Feb 1987, pp. 9-10;
- Sandler I. N.(2000), *Coping and negative appraisal as mediators between control beliefs and psychological symptoms in children of divorce*, in “Journal of Clinical Child Psychology”, Vol 29(3), pp. 336-347.
- Sanger M.S.(1988), *Concepts of illness and perception of control in healthy children and in children with chronic illness*, in “Journal of developmental & Behavioural Pediatrics”, vol 9(5), pp. 252-256.
- Scambler G.(1989), *Epilepsy*, Routledge, p.65.
- Schultz D. P., Schultz, S. E. (2005). *Theories of Personality (8th ed)*. Belmont, CA: Thomson-Wadsworth Publishing.
- Schwean V.L., Saklofske D.H., *Handbook of Psychosocial Characteristics of Exceptional Children*, 1999, Springer.
- Scott A.N. et altri (1980), *Differences in locus of control orientation between normal and learning disabled boys*, in “Psychological Reports”, 46, 7pp. 95-80.
- Serratosa J.M. (1999), *Idiopathic epilepsies with a complex mode of inheritance*, “Epilepsia” 40(3), pp.12–16.
- Shepherd S. (2006), *Locus of control and academic achievement in high school students*, in “Psychological Report”;98(2), pp. 318-22.
- Sherman L.W. (1984), *Development of children’s perception of internal locus of control: a cross-sectional and longitudinal analysis*, in “Journal of Personality”,52 (4), pp.23-32.
- Sherman L.W.(1984), *Development of children’s perception of internal locus of control: a cross-sectional and longitudinal analysis*, in “Journal of Personality”, 52 (4), pp. 112.
- Skinner E.A., Wellborn J.G., Connell, J.E. (1990), *What it takes to do well in school and whether I’ve got it: The role of perceived control in children’s engagement and school achievement*, in “Journal of Educational Psychology”, 82, pp. 22-32.
- Smorti M.(2007), *Atteggiamento verso il futuro, verso la salute e locus of control in soggetti affetti da talassemia major*, in “Psicologia della salute”, 2, pp.15.
- Sorgen K.E.(2002), *Coping in children with cancer: Examining the Goodness-of-Fit hypothesis*, in “Children’s Health Care”, Vol 31(3), pp. 191-207.
- Soria C. et altri (2008), *Quality of life in children with epilepsy*, in “Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine”, (epub ahead of print).

- Steensma H., *Attributional styles, self-esteem, and just world belief of victims of bullying in Dutch organizations*, in "International Community of Health Education", 2005-2006; 25(4), pp. 381-92
- Steinhausen, H.C. (1980), "*Comparative studies of ulcerative colitis and Crohn's disease in children and adolescents*", in "Journal Of Child Psychology and Psychiatry", vol 23 (1), pp. 33-42
- Steinhausen, H.C. (1982), "*Locus of control among psychosomatically and chronically ill children and adolescents*", in "Journal of Abnormal Child Psychology", vol. 10(4), pp. 609-615.
- Steitz J.A.(1981), *Locus of control as a life-span developmental process: revision of the construct*, paper presentato al sesto meeting biennale della International Society for the study of Behavioural Development. Toronto, Canada, pp. 17-21.
- Stanley R.O., Hyman G.J., Sharp C.A.(1984), *Health locus of control: support for recent multidimensional developments*", in "Psychological Reports", 54, pp. 329-330.
- Stone, J.(2004), "*Illness beliefs and locus of control: A comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy*", in "Journal of Psychosomatic Research", Vol 57(6), pp. 541-547.
- Strickland B.R., Haley W.E. (1980), *Sex differences on the Rotter I-E Scale*, in "Journal of Personality and Social Psychology", 39, pp. 930-939.
- Sweeney P.D. et altri (1986), *Attributional style in depression: A metaanalytic review*, in "Journal of Personality and Social Psychology", 50, pp. 974-991.
- Tarnowski K.J. (1989), *Locus of control in children with learning disabilities and hyperactivity: a subgroup analysis*, in "Journal of learning disabilities", 22(6), pp.381-199.
- Thomas P., Genton P., Guerrini R. (1993), *Clinica delle epilessie*, Masson, p.127.
- Tokuda Y. et altri (2007), *Health locus of control and use of conventional and alternative medicine: a cohort study*, in "British Journal of General Practice", 57 (541), pp. 643-9.
- Torta R., Keller R.(1999), *Behavioural, Psychotic, and Anxiety Disorders in Epilepsy: Etiology, Clinical Features, and Therapeutic Implications*, in "Epilepsia", 40 (Suppl. 10), pp.2-20.
- Trister H. (1997), *Disclose or Conceal? Strategies of information management in persons with epilepsy*, in "Epilepsia", 38, p.1227.
- Uhlmann C., Froscher W.(2002), *Biofeedback treatment in patients with refractory epilepsy: changes in depression and control orientation*, in "Seizure", 10 (1), pp. 34-8.
- Vazzola R., "*Epilessia e realtà familiare: aspetti culturali, educativi, sociali*", Tesi di Laurea in Neuropichiatria, Univerità di Trieste, A.A 2004-2005.
- Vazzola, R.,*Epilessia e realtà familiare: aspetti culturali, educativi, sociali*, Tesi di Laurea in Neuropichiatria, Univerità di Trieste, A.A 2004-2005
- Vuger-Kovacic D. et altri (2007), *Relation between anxiety, depression and locus of control of patients with multiple sclerosis*, in "Multiple Sclerosis", 13(8), pp. 1065-7.
- Wallston B.S., Wallston K.A., Kaplan G.D., Maides S.A.(1976), *The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale*, in "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 44, pp. 580-585.

- Wallston K.A., Wallston B.S., DeVellis R. (1978), *Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales*, in “Health Education Monographs”, 6, pp. 160-170.
- Walters L.H.(1980), *A cross-validated factor analysis of the Nowicki –Strickland Locus of Control Scale for Children*, in “Educational and Psychological Measurement”, vol. 40, n 4, pp. 1059-1064.
- Weiner B., Heckhausen H. (1972), *Causal ascriptions and achievement behaviour: a conceptual analysis of effort and reanalysis of locus of control*, in “Journal of Personality and Social Psychology”, 21 (2), pp. 239-248.
- Weiner, B. (1979), *A theory of motivation for some classroom experiences*, in “Journal of Educational Psychology”, 71, pp. 3-25.
- Weiner, B. (1985), *An attributional theory of achievement motivation and emotion*, in “Psychological Review”, 92, pp.548-573.
- Wolf T.M. (1982), *Factor analysis study of the Nowicki-Strickland Locus of Control Scale*, in “Educational and Psychological Measurement”, vol. 42, n 1, pp. 333-337.
- Wong, P.T., Sproule C.F., *An attribution analysis of the locus of control construct and the Trent Attribution Profile (TAP)*. In H.M: Lefcourt (Ed), *Research with the Locus of Control Construct, Vol.2 NY, Academic Press*.
- Zani B., Cicognani E.(2000), *Psicologia della salute*, Il Mulino, pp. 93-94.
- Zeigler R.G.(1982), *Epilepsy: Individual Illness, Human Predicament and Family Dilemma*, in “Family Relations”, 31, 3, pp. 435-444.
- Ziegler R.G.(1981), *Impairments of control and competence in epileptic children and their families*, in “Epilepsia”, 22(3), pp. 339-346.
- Zuckerman, M. (1979) *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1979. pp. 449-456.

Siti internet

www.forep.it/epilessia

www.lice.it

www.aice-epilessia.it

www.ilae-epilepsy.org

www.onlusanvalentino.it;

www.ibe-epilepsy.org/

www.epilepst.org.uk/info/triggers.

www.mayoclinic.com

www.leadershipmedica.com

www.cesil.com/leaderforchemist/articoli/italiano/avanzini/avanzini.htm