

Reazioni di tipo depressivo' e grado di adesione ai tratti tipici di mascolinità e femminilità

*Elisa Martino*¹

RIASSUNTO In questo lavoro, ridefinendo il concetto di depressione da un punto di vista interazionista, viene proposta una distinzione tra `depressione reattiva', termine con il quale si indica il risultato di un processo interattivo legato al personale modo di interpretare eventi di vita differenti e di reagire ad essi, e quadri più invalidanti e persistenti di depressione. In questa prospettiva vengono esposti i risultati di una ricerca, condotta su un gruppo di 112 soggetti (63 maschi e 49 femmine) con l'obiettivo di verificare l'influenza di alcune variabili, tra le quali il diverso grado di adesione ai tratti stereotipici di mascolinità e femminilità: a) sul modo in cui persone diverse rispondono e fronteggiano lo stato d'animo che scaturisce dal verificarsi di eventi deludenti o negativi; b) sulla loro tendenza a sperimentare disagio di tipo depressivo; c) sul loro livello di autoconsapevolezza.

SUMMARY This work, by defining the concept of depression from interactionist perspective, propounds a distinction between "reactive depression" and more invalidating and persistent forms of depression: the first refers to result to an interactive process connected with personal way of interpreting and reacting to different life events; the second points out above all that one person, who has depressive experiences, falls into a therapeutic diagnosis, on other hands his stigmatization as ill. From this perspective the present paper reports results of a research, carried out on a group of 112 subjects (63 males and 49 females) with the aim to prove influence of such variables, as different degree of adhesion to stereotypical traits of masculinity and femininity: a) about the way different people react to and cope with frame of mind which arises from happening disappointing and negative events, b) about their tendency to have experience of a depressive type disease, c) about their level of self-consciousness.

Parole Chiave:

Depressione femminile, Sè, Identità di genere, Ruoli

Key words

Female depression, Self, Gender identity, Roles

¹ Psicologa, Psicoterapeuta. Docente della "Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Interattivo-Cognitiva" di Padova e del "Corso quadriennale di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva" di Mestre.

1. Alcune considerazioni sul concetto di depressione.

Può essere utile una preliminare distinzione tra forme diverse di depressione, che prospettiva psicoanalitica e biomedica tendono ad agglomerare in un'unica categoria diagnostica (Seligman, 1990). Alcune, definibili disturbi depressivi, ovvero la depressione unipolare e quella bipolare, sembrano derivare da una disfunzione cerebrale ed essere, a qualche livello, ereditarie; soprattutto la depressione bipolare, in quanto caratterizzata dalla presenza della "mania", e appropriatamente considerata come disturbo fisico da sottoporre a trattamento medico. La prospettiva biomedica generalizza liberamente da questo piccolo numero di depressioni gravi ed ereditarie, che di solito rispondono ai farmaci, alla depressione assai più comune che affligge quotidianamente molte persone; quest'ultima, per distinguerla dagli episodi depressivi veri e propri, può essere denominata depressione reattiva (Salvini, 1993, 1996). Con questa definizione, che non ha intenti nosografici, ne sottende ipotesi eziologiche preordinate, si vuole solo indicare un processo interattivo (ovvero il risultato di interazioni complesse tra variabili biografiche, eventi di vita, dinamiche interpersonali e disposizioni psicologiche palesi o latenti). Partendo dal presupposto che "il modo con cui un individuo risponde ad eventi di vita differenti (siano essi successi legati al lavoro, fallimenti interpersonali o tragedie personali) dipende ampiamente dalla personale interpretazione e comprensione degli eventi" (Anderson, Weiner, 1994), la depressione reattiva può essere considerata come una risposta a particolari eventi di vita percepiti attraverso la sensibilità personale: la risposta di chi non ha potuto evitare di elaborare la propria esperienza senza derivarne un'idea ed un sentimento negativi di sé, del mondo e del futuro. Entrato ampiamente nel lessico del senso comune con la sua valenza psichiatrica e la sua netta connotazione patologica, l'uso un po' inflazionato e generico del termine depressione finisce per trasformare in malattia anche quello stato d'animo che altro non è che il riflesso di un'infelicità diffusa. Infelicità che può scaturire reattivamente quando una persona sente che non è in grado di realizzare qualche obiettivo di vita che, in base al suo punto di vista ed alla definizione che fa della realtà, ritiene importante. Raggiungere un certo obiettivo diventa tanto più importante quanta più esso è necessario per validare alcuni aspetti del sé ritenuti centrali per quella persona, che possono venire messi in discussione da un insuccesso in un certo settore piuttosto che in un altro. Questa infelicità, piuttosto che una reazione patologica ingiustificata, può essere letta come uno stato d'animo derivante da un pessimistico ma realistico esame di realtà riguardo a se stessi, al proprio ruolo e alla dimensione futura della propria vita. Shelly Taylor (1989), parlando di "realismo depressivo", amplia la concezione cognitivista² che vede la depressione comunque caratterizzata da

² Alcuni contributi rappresentativi dell'impostazione cognitivista per i problemi di depressione sono: Beck A.T., (1978) trad. it. *La depressione*, Bollati, Boringhieri; Coyne J.L. (1976), Depression and the Response of Others in *Journal of Abnormal Psychology*, 85(2), pp. 186-193; Abramson et al. (1978), cit. in bibliografia;

distorsioni negative nella percezione della realtà. Secondo la Taylor il depresso soffrirebbe non di un eccesso, ma di una carenza di quelle illusioni positive che normalmente ci proteggono dagli effetti sgradevoli della realtà: i depressi vedrebbero certe cose in maniera del tutto realistica, e avrebbero una visione di sé, del mondo e del futuro più esatta di quella dei cosiddetti "normali".

Comunque, la distinzione tra depressione unipolare (che implica il riconoscimento di uno stato di malattia, delegando la responsabilità della propria "guarigione" a un agente esterno, piuttosto che alle proprie abilità ed azioni) e depressione reattiva è ambigua e sfumata: può dipendere dalla rapidità con cui le diverse persone ricorrono ad una terapia e vengono diagnosticate come depresse, quindi malate, e dal modo in cui riescono a sostenere lo stigma che le qualifica come tali. Sono infatti noti gli effetti psicologici della "profezia negativa che si autorealizza", alla quale sembrano essere molto sensibili i soggetti depressi: come dimostrato da alcune ricerche ormai classiche (Goffman, 1961,1963; Rosenhan, 1973), troppo spesso la diagnosi diventa una profezia che si autodetermina, in riferimento alla quale il soggetto finisce per costruire una rappresentazione di sé che conferma questa definizione e a comportarsi in modo coerente con la categoria diagnostica che gli è stata attribuita.

La reazione depressiva, se per alcune persone è un'esperienza rara, mentre per altre rappresenta una modalità abituale di risposta ad ogni sconfitta e fallimento, talvolta fino a configurarsi come problema permanente, e comunque un vissuto ineludibile per l'essere umano. Infatti gli esseri umani appartengono ad una specie avente un diverso ordine di complessità rispetto ad ogni altro sistema vivente (Harre, Secord, 1972), poichè dotata di peculiari potenzialità linguistiche, di autoconsapevolezza e della capacità di pensare (quindi di fare anticipazioni sul futuro e reinterpretare il passato alla luce delle convinzioni e dei sentimenti attuali). Proprio per queste caratteristiche gli esseri umani sono spesso esposti a esperienze di dolore, di perdita e di fallimento, a cui può seguire uno stato predicibile di tristezza e di impotenza.

Rispetto all'insorgenza iniziale di un episodio depressivo, Susan Nolen-Hoeksema (1987), partendo dal presupposto che il modo in cui una persona risponde al proprio stato d'animo può contribuire alla serietà, cronicità e ricorrenza di un episodio, sostiene che "le risposte all'umore depresso più orientate all'azione attenuano ed accorciano gli episodi depressivi, mentre lo stile di risposta maggiormente rimuginativo tende ad amplificare e prolungare i sintomi depressivi". Uno stile di risposta rimuginativo rispecchia la tendenza dell'individuo a focalizzare e mantenere

Lewinson et al (1980) Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions, *Journal of Abnormal Psychology*, 89, pp. 203-212. Alcune rassegne sui modelli cognitivo-comportamentali sulla depressione sono: Durgoni, (1987) L'approccio cognitivo-comportamentale alla depressione, in *Terapia del Comportamento*, 13, pp. 5-20; Cavadi G. (1995) La clinica della depressione in G. Pagliaro, M. Cesa-Bianchi (a cura di) *Nuove prospettive in psicoterapia a modelli interattivo cognitivi*, Angeli, Milano, pp. 213-230.

l'attenzione sul proprio umore "depresso" tramite un atteggiamento di analisi e fissazione sui propri sentimenti di disagio e di malessere, mentre uno stile di risposta attivo rispecchia la tendenza dell'individuo a distrarsi dal proprio umore depresso mettendo in atto comportamenti orientati all'azione. Riferendosi anche a quanto emerso da diversi studi, la Nolen-Hoeksema conclude che uomini e donne mostrano differenti pattern di risposta ai propri vissuti depressivi: in generale, le risposte degli uomini sembrano essere più orientate all'azione mentre quelle delle donne alla rimuginazione. In base a questa considerazione l'autrice propone che "le modalità di risposta delle donne sono attualmente una causa della loro maggiore tendenza alla depressione, laddove le modalità di risposta degli uomini diminuiscono tale tendenza". L'effetto dei due diversi stili di risposta sulla serietà, cronicità e ricorrenza degli episodi depressivi sembrerebbe essere dovuto, secondo questa autrice, a tre meccanismi.

1. In primo luogo, la rimuginazione sembrerebbe interferire con l'attenzione, la concentrazione e l'inizio di comportamenti strumentali. Kuhl (Kuhl, 1981; Caprara, Barbaranelli, Conrado, Kuhl, 1997) descrive due orientamenti assimilabili a tratti che contraddistinguono i poli di un ipotetico continuum: un "orientamento allo stato" e un "orientamento all'azione". Egli sostiene che le "persone orientate allo stato" sono più propense a focalizzarsi sul proprio umore quando sono depresse: questa rimuginazione sembrerebbe interferire sul comportamento strumentale ed attivo, aumentando la probabilità del fallimento, il senso di impotenza nel controllo del proprio ambiente, e contribuendo, in tal modo, all'incremento della depressione. Dall'altro lato, coinvolgersi in comportamenti attivi quando si è depressi aumenta le possibilità individuali di controllare l'ambiente e di ottenere rinforzi, smorzando in tal modo lo stato d'animo esistente.

2. In secondo luogo, come dimostrano Bower (1981) e Teasdale (1983, 1985), lo stato dell'umore ha un potente effetto sul richiamo individuale di eventi passati, che influenza le percezioni sociali e la capacità di apprendere nuovi materiali. Questi autori descrivono un "circolo vizioso tra umore e memoria": le persone che tendono a rispondere al proprio umore depresso con inattività e rimuginazione sembrerebbero attivare anche un deposito di ricordi negativi che amplifica lo stato d'animo attuale, esacerbandolo, e induce a interpretare gli eventi attuali alla luce dei ricordi di fallimenti e perdite passati. La tendenza di una persona a selezionare e richiamare fatti autobiografici connotati da una valenza negativa, e a rielaborarli come coerenti con l'immagine che ha di se stessa, assume un ruolo importante anche a livello di identità personale. Infatti, la memoria autobiografica costituisce il costante riferimento attraverso cui l'individuo seleziona, elabora e rende significativa l'informazione interna ed esterna su se stesso, in modo da conferire alla storia soggettiva coerenza retrospettiva e continuità futura (Salvini, 1993).

3. Infine, la tendenza a diventare rimuginativi nel corso di stati d'animo depressivi può aumentare la probabilità che l'individuo generi spiegazioni depressive per gli eventi negativi. Viene così a crearsi un altro tipo di circolo vizioso, nel quale le aspettative individuali di incontrollabilità

conducono ad un decremento del comportamento positivo ed orientato ad uno scopo; i risultanti fallimenti aumentano il senso individuale di impotenza e di depressione, e quindi la possibilità della persona di avere problemi in futuro.

Lo stile esplicativo è il modo in cui una persona abitualmente spiega a se stessa perchè accadono gli eventi, e deriva direttamente dalla visione che essa ha del suo posto nel mondo. E il modulatore dell'impotenza appresa, ovvero la reazione di rinuncia, la risposta di abbandono che segue al credere che il coro degli eventi sia al di fuori della sfera d'influenza delle proprie azioni. In accordo con la riformulazione della teoria dell'impotenza appresa di Abramson et al. (1978) - che perfeziona la precedente formulazione di Seligman introducendovi il concetto di stile attributivo - viene considerato come stile esplicativo depressivo quello che, in seguito al verificarsi di eventi avversivi, si caratterizza per l'attribuzione causale a fattori interni (personalizzazione), stabili nel tempo (permanenza) e globali (pervasività). Mentre le ultime due dimensioni si riferiscono a ciò che una persona fa, per quanto tempo rimarrà impotente e in quante situazioni, la personalizzazione si riferisce a come una persona percepisce se stessa ed è responsabile dell'incidenza degli eventi negativi sul livello di stima di sé.

Le considerazioni sulla dimensione della personalizzazione possono essere ampliate in riferimento al "costrutto di locus of control (LOC)" di Rotter (1966). La posizione di Rotter, elaborata nell'ambito della teoria dell'apprendimento sociale, si inserisce nel filone di studi dei teorici dell'attribuzione (Heider, 1958; Jones, Davis, 1965; Kelley, 1967) che si pongono come oggetto d'indagine l'analisi dell'insieme dei processi di percezione e imputazione delle cause dei comportamenti e degli accadimenti sociali, fino ad includere l'attribuzione di responsabilità e di colpa. Il costrutto di LOC si riferisce alle credenze di una persona circa il controllo degli eventi della vita, ed è inteso da Rotter come un'aspettativa generalizzata a percepire il rinforzo come dipendente dal proprio comportamento (controllo interno) o come il risultato di forze che vanno al di là del controllo individuale (controllo esterno). Mentre il costrutto di LOC si riferisce alla possibilità percepita dall'individuo di controllare gli effetti del proprio comportamento sul rinforzo che egli riceve, la riformulazione della teoria dell'impotenza appresa di Abramson indaga i tipi di spiegazione a cui l'individuo ricorre in seguito al verificarsi di eventi negativi, quindi le modalità esplicative non del proprio successo ma del proprio fallimento. A questo proposito è utile distinguere tra internalità positiva e internalità negativa (Galeazzi, Franceschina, 1994). Con la prima si intendono quelle attribuzioni con cui il soggetto riconosce il proprio merito per il verificarsi di risultati positivi, quindi di successi (ovvero l'internalità nella teoria di Rotter); con la seconda ci si riferisce a quelle attribuzioni con cui il soggetto riconosce la propria responsabilità per gli eventi negativi, quindi i fallimenti (ovvero l'internalità nella teoria di Abramson et al.). In generale, le persone che quando falliscono si autoaccusano, hanno come conseguenza bassa autostima, mentre quelle che attribuiscono gli eventi negativi a fattori esterni non perdono l'autostima (Seligman, 1990). Come sottolinea Kuiper (1978) la responsabilità negata per il successo ma accettata per il

fallimento può implicare una considerevole disorganizzazione nel funzionamento quotidiano e, presumibilmente, sottendere alcuni problemi di depressione.

2. Il concetto di autoconsapevolezza.

Ridefinito dal punto di vista della psicologia sociale, il concetto di autoconsapevolezza (già centrale in approcci differenti, quali psicoanalisi, terapia rogersiana e, in generale, in tutti quegli orientamenti che propongono terapie basate sull'insight) acquisisce un'importanza nuova in riferimento alla sua incidenza sull'interazione sociale (Argyle, 1969).

Autoconsapevolezza e autoregolazione sono i due processi che sostengono l'identità personale (intesa come il risultato di diversi processi psicologici, intrapersonali ed interpersonali, che confluiscono in una struttura organizzatrice della conoscenza individuale relativa a se stessi), permeandone le sue tre dimensioni: il concetto di sè (aspetto intrapersonale), la rappresentazione di sè (aspetto interpersonale e situazionale) e l'identità tipizzata, ovvero condivisa da un gruppo o classe di individui (aspetto intra-intergruppo) (Salvini, 1993).

L'autoconsapevolezza, identificata da Fenigstein, Scheider e Buss (1975) con il processo dell'attenzione autofocalizzata, può essere concettualizzata sia come tratto (autocoscienza) che come stato (ovvero l'attenzione auto-diretta situazionalmente), implicando comunque essenzialmente lo stesso impatto sul comportamento. Questi autori evidenziano due aspetti separati dell'autoconsapevolezza.

- Una dimensione privata, che indica quanto l'attenzione dell'individuo è rivolta alla propria interiorità e quanto egli è consapevole dei propri pensieri e sentimenti. Questo concetto è simile alla concezione jungiana di introversione: l'introverso è generalmente orientato verso pensieri e riflessioni che hanno a che fare con sè e con il proprio mondo interno di idee e di concetti.

- Una dimensione pubblica, relativa a quanto l'individuo è consapevole del punto di vista degli altri nei suoi confronti ed è sensibile alle loro reazioni nelle situazioni sociali. Questa dimensione è correlata alle concezioni di Mead (1934). Secondo questo autore la conoscenza di sè viene fuori quando la persona diventa consapevole delle altre prospettive; dopo può vedere se stesso come oggetto sociale. L'enfasi viene quindi posta sulla relazione tra gli altri e il sè.

Nel momento in cui un individuo diviene consapevole di se stesso come oggetto sociale, data questa autoconsapevolezza pubblica, egli può valutare se stesso senza sperimentare disagio, oppure diventare apprensivo; in quest'ultimo caso l'autoconsapevolezza pubblica può essere un antecedente dell'ansietà sociale, pur non implicandola automaticamente.

Le differenze nell'autoconsapevolezza, ovvero nella tendenza da parte delle persone a rivolgere l'attenzione prevalentemente verso i propri pensieri e sentimenti, o verso se stessi come agenti sociali, acquisisce importanza in riferimento all'attribuzione di causalità: diverse ricerche

(Anderson, Weiner, 1994; Feningstein et al., 1975), hanno infatti dimostrato che la causalità di un evento, e il comportamento stesso, tendono a venire attribuiti all'informazione che è disponibile cognitivamente e al centro dell'attenzione nel momento in cui vengono fatte le attribuzioni.

3. Mascolinità e femminilità

L'idea che l'uomo e la donna siano portatori di distinti ed opposti caratteri psicologici di genere maschile e femminile è una convinzione diffusa, sedimentata negli stereotipi e nelle attribuzioni di ruolo e largamente ripresa nel senso comune. Questa convinzione è, inoltre, implicitamente presente anche in alcune teorie psicologiche e psicopatologiche (ad es. in psicoanalisi, in alcuni approcci tipologici e nosografici, così come nei presupposti di diversi strumenti psicometrici usati nella diagnosi della personalità, come l' M.M.P.I. e il C.P.I.).

Se in passato (Parsons, Bales, 1955) mascolinità e femminilità erano stati prevalentemente considerati come due raggruppamenti di tratti negativamente correlati, appartenenti ad un'unica dimensione dicotomica, già nel 1966 si prospetta con Bakan l'opportunità di intendere mascolinità e femminilità come due dimensioni indipendenti della medesima personalità. Infatti, mentre Parsons e Bales propongono una dicotomia, strumentalità ed espressività, che esclude qualsivoglia articolazione tra queste due categorie, quello di Bakan postula una costante integrazione e fusione tra agency e communion, fatte coincidere, rispettivamente, con mascolinità e femminilità.

Il contributo di Bakan rappresenta il riferimento costante per gli studi sull'androginia, portati avanti dalle diverse impostazioni teoriche, quali quelle di Sandra Bem e di Janet Spence, con le quali il concetto di androginia assume dignità di dimensione psicologica autonoma, sia sul piano ideologico, sia su quello operativo. In questa prospettiva l'androginia psicologica (definita come la copresenza di tratti sia maschili sia femminili nella stessa persona) è considerata come presupposto per migliorare l'adattamento della persona, assicurandole una maggiore flessibilità psicologica intersituazionale, al di là della gabbia costrittiva delle prescrizioni di ruolo di genere (Bonner, 1988). Due sono gli strumenti costruiti per la misurazione e la quantificazione dell'androginia: a) il P.A.Q. (Personal Attributes Questionnaire), costruito da Spence e coll.; b) il B.S.R.I. (Bern Sex Role Inventory), costruito da Bem. Entrambi gli strumenti risultano costituiti da una serie di scale bipolari in riferimento alle quali si chiede al soggetto di autodescrivere, ed entrambi consentono, utilizzando il metodo della suddivisione in base alle mediane, di classificare gli individui in 4 distinte categorie: individui tipizzati in senso maschile, individui tipizzati in senso femminile, androgini e indifferenziati.

I risultati di diverse indagini condotte in tempi recenti hanno tendenzialmente disconfermato l'importanza attribuita all'androginia psicologica nel favorire una più pronunciata e flessibile capacità di adattamento. Sulla base di tali risultati alcuni autori hanno proposto quello che è stato definito il "modello maschile", ovvero "il modello in cui il

benessere della persona è visto come funzione della misura in cui questa ha un orientamento di genere in senso maschile, strumentale, indipendentemente dal sesso di appartenenza (Orlofsky, O'Heron, 1987). In base a questo modello viene quindi riconosciuto un ruolo primario alla dimensione "mascolinità" (e quindi all'elevato possesso di Valori Maschili) nel benessere psicologico.

Oggi è comunque predominante la concezione secondo cui mascolinità e femminilità non sono più concepibili come due poli opposti di una stessa dimensione, ma piuttosto come costellazione di tratti sessualmente tipizzati, tra loro indipendenti e che in varia misura possono coesistere nella stessa personalità (Salvini, 1993). Il diverso grado di adesione degli individui alle prescrizioni della società riguardo ai ruoli assegnati, nonché le differenze comportamentali e psicologiche tra uomini e donne, sono solo in minima parte influenzati da predisposizioni biologiche; un ruolo preponderante sembra piuttosto essere svolto dall'identità di genere (ovvero il sesso assegnato), dai modelli educativi (ovvero il differente modo di trattare maschi e femmine), dall'identità che gli individui si autoattribuiscono e dalle convinzioni che gli individui stessi si formano sul comportamento più adeguato al sesso a cui appartengono.

4. Obiettivi della ricerca.

E' stata svolta una ricerca di tipo esplorativo con lo scopo di indagare le differenze individuali: a) nel modo in cui persone diverse rispondono e fronteggiano lo stato d'animo che scaturisce dal verificarsi di eventi deludenti o negativi, b) nella loro tendenza a sperimentare disagio di tipo depressivo e c) nel loro livello di autoconsapevolezza, in relazione ad alcune variabili. A tal fine sono stati confrontati soggetti di diversa età, sesso, stato civile (sposati o non sposati), provenienza, livello di scolarizzazione, professione svolta (studenti o lavoratori, nonché studenti, in riferimento al tipo di facoltà frequentata e lavoratori, in riferimento al tipo di attività lavorativa svolta).

Ci si propone inoltre di indagare le differenze che si evidenziano nei suddetti indici in riferimento al diverso grado di adesione ai tratti stereotipici di mascolinità e di femminilità.

5. Gli strumenti.

5.1 Questionario delle risposte rimuginative vs risposte attive

Partendo dal presupposto che il modo in cui le persone rispondono e fronteggiano il proprio stato d'animo influenza la severità e la cronicità di questo stato d'animo, è stato costruito, per questo lavoro, un questionario con il quale ci si propone di indagare i due differenti stili di risposta, proposti da Nolen-Hoeksema (1987), alle difficoltà della vita ed al verificarsi di eventi dolorosi o deludenti: uno stile di risposta rimuginativo e uno stile di risposta attivo.

Gli item che compongono questo questionario (complessivamente 30) sono stati ideati in riferimento ai 3 meccanismi individuati da Nolen-Hoeksema (1987) attraverso i quali i diversi tipi di risposte, rimuginative o attive, agli stati d'animo "depressivi" possono amplificare o accorciare un episodio:

a) Influenza sul comportamento di tipo strumentale

-Tendenza alla rimuginazione

- Tendenza all'azione

b) Accessibilità di ricordi negativi

-Maggiore accessibilità di ricordi negativi

-Pensieri che distraggono il soggetto dal proprio umore e dagli eventi negativi

c) Tipo di spiegazioni (di tipo depressivo e non depressivo)

In accordo con la riformulazione della teoria dell'impotenza appresa di Abramson, in seguito al verificarsi di eventi negativi, viene considerato come stile esplicativo depressivo quello che implica il ricorso a spiegazioni di tipo permanente (1 item), pervasivo (1 item) e personale (3 item); adottando, invece, uno stile esplicativo non depressivo si ricorre prevalentemente a spiegazioni non permanenti (1 item), non pervasive (1 item) e non personali (3 item). Tra gli item che rappresentano il ricorso a spiegazioni di tipo personale di fronte ad eventi negativi ne sono stati introdotti alcuni derivati dalla versione italiana della "Scala di controllo Interno-Esterno (I-E)" di Rotter (Nigro, 1983), leggermente modificati rispetto alla versione originale per adattarli allo scopo di questo questionario, ovvero individuare i tipi di spiegazione a cui si ricorre in seguito al verificarsi di eventi negativi (piuttosto che al verificarsi di rinforzi, aspetto indagato con la scala di Rotter).

Per ognuno dei 30 item che compongono il questionario è stato richiesto ai soggetti di indicare come verrebbe loro spontaneo reagire di fronte ad un evento negativo, in riferimento ad una scala a 5 punti (1=mai; 5=sempre).

5.2 Una versione italiana del Questionario di autoconsapevolezza (Feningstein, Scheider, Buss, 1975)

Questo strumento consente di misurare le differenze individuali dell'autoconsapevolezza privata (elevata vs scarsa consapevolezza di propri pensieri e sentimenti) e pubblica (elevata vs scarsa consapevolezza di se stessi come agenti sociali). I 122 item che lo compongono sono valutati dai soggetti su una scala di accordo a 4 punti (da 1=non rappresenta per nulla me stesso a 4=rappresenta moltissimo me stesso) (Salvini, Conti, Turchi, 1989; Ravenna, Zani, 1996)

5.3 Una versione italiana del C.E.S.-D. (Center for Epidemiological Studies-Depression).

Questo test, sviluppato da Radloff presso il Center for Epidemiological Studies of the National Institute of Mental Health fornisce un'indicazione del livello di sintomi depressivi che una persona può avere al momento. I 120 item che lo compongono prendono in esame tutti i sintomi della

depressione, ed il soggetto è invitato ad indicare, riferendosi all'ultimo mese trascorso, quanto spesso gli è capitato di provare quanto descritto in ogni affermazione, su una scala a 4 punti (1=quasi mai; 4=sempre).

5.4 Il P.A.Q. (Personal Attributes Questionnaire) di Bonnes-Dobrowonly e Vicarelli (1982).

Il P.A.Q. è una scala di autovalutazione che risulta costituita da 26 item relativi a "comportamenti, atteggiamenti e caratteristiche di personalità di solito ritenuti atti a differenziare, sotto il profilo psicosociale, l'uomo dalla donna" (Bonnes-Dobrowonly, Vicarelli, 1982, cit. in Nenci, Del Miglio, 1986). Il questionario comprende due distinte subscale: una dei Valori Maschili (P.A.Q./M) e una dei Valori femminili (P.A.Q./F). Ogni subscale è composta da 13 item, ognuno dei quali propone tratti bipolari. Il soggetto è invitato ad autodescrivere indicando quale delle due caratteristiche di ogni coppia di aggettivi (separati da una scala a 5 punti) lo rappresentano meglio (ad es. "molto affettuoso" si oppone a "per niente affettuoso"). Le risposte sono valutate assegnando un punteggio da 1 a 5, prevedendo un punteggio più alto per il polo stereotipico di ciascun item. (Lera, Conti, 1987).

6. I soggetti

Gli strumenti utilizzati per questa indagine sono stati sottoposti a 112 soggetti, 63 maschi e 49 femmine, provenienti da diverse regioni (prevalentemente dalla Liguria 27,2%, dal Triveneto 25,9 % e dalla Lombardia 20,5%). L'età dei soggetti è compresa tra un minimo di 20 e un massimo di 40 anni, con una media di 26,2 anni. Il 42% del campione è costituito da studenti; il restante 58% da lavoratori, dei quali il 26,8% svolge lavori per cui è sufficiente la licenza media, il 16,9% lavori per cui è necessario il diploma superiore, e il 14,3% lavori che richiedono una laurea. Del campione totale, il 23,2% è sposato, il restante 76,8% non è sposato.

7. Le procedure statistiche

a) Procedura per il P.A.Q.

Le risposte al P.A.Q. vanno valutate seguendo una procedura particolare, che ha lo scopo di definire il soggetto sulla base della tipologia individuata da Spence e coll.:

- i punteggi ottenuti dai soggetti alle due sub-scale del test si computano separatamente, ovvero si ottengono due punteggi totali, uno relativo alla sub-scala dei Valori Maschili (P.A.Q./M) e l'altro a quella dei Valori Femminili (P.A.Q./F); si procede quindi al calcolo delle mediane dei punteggi totali delle due sub-scale e dei punteggi riportati da ogni soggetto in entrambe le sub-scale: in base al confronto fra i suoi punteggi e le mediane ogni soggetto viene assegnato a una delle 4 categorie previste dallo strumento nel seguente modo:

1. individui sesso-tipici: donne con punteggi di femminilità sopra la mediana (e sotto di mascolinità) e uomini con punteggi di mascolinità sopra la mediana (e sotto di femminilità);
2. individui sesso-crociati: donne con punteggi di mascolinità sopra la mediana (e sotto di femminilità) e uomini con punteggi di femminilità sopra la mediana (e sotto di mascolinità);
3. individui androgini: soggetti, sia uomini che donne, con punteggi di mascolinità e di femminilità sopra la mediana;
4. individui indifferenziati: soggetti, sia uomini che donne, con punteggi di mascolinità e di femminilità sotto la mediana.

I punteggi così ottenuti dal P.A.Q. sono stati elaborati separatamente per il campione dei maschi e per il campione delle femmine. I risultati ottenuti con questa analisi separata sono riportati in TAB. 1³ (calcolo delle mediane) e in TAB. 2 (distribuzione delle frequenze).

Il ricorso all'analisi della varianza (ANOVA, a una via), consente di evidenziare gli effetti delle interazioni delle 4 categorie ottenute dal P.A.Q. (considerate come variabile indipendente) in relazione ai risultati ottenuti con gli altri 3 questionari (i cui fattori estratti dall'analisi fattoriale costituiscono le variabili dipendenti); questa procedura consente di accertare se, ed in quale misura, i soggetti, raggruppati secondo le categorie del P.A.Q, si differenziano nei punteggi riportati nelle altre scale.

b) Procedura per gli altri questionari ("Questionario delle risposte rimuginative vs risposte attive", "Questionario di autoconsapevolezza", "C.E.S.-D.").

Per quanto riguarda questi tre strumenti, è stata fatta, in primo luogo, una validazione della scala creata per questo lavoro ("Questionario delle risposte rimuginative vs risposte attive") e una rivalidazione delle scale originarie degli altri due strumenti ("Questionario di autoconsapevolezza" e "C.E.S.-D."); dopo aver compiuto una prima analisi fattoriale libera (metodo ortogonale, procedura Varimax), ricorrendo al metodo definito scree-test introdotto da Cattell nel 1966, sono stati estratti, per ogni questionario, i fattori ritenuti significativi per la percentuale di varianza spiegata. Rappresentativi di ogni fattore estratto sono stati considerati quegli item che, entro il fattore stesso, presentavano saturazioni non inferiori a 0,40. Per la verifica della coerenza interna e dell'attendibilità degli item è stato calcolato il coefficiente alpha di Cronbach, sia per ogni scala globale, che per ogni fattore estratto.

Il ricorso all'analisi della varianza (ANOVA a una via) ha consentito di studiare gli effetti delle interazioni delle diverse variabili indipendenti in relazione alle variabili dipendenti (i fattori estratti con l'analisi fattoriale per ogni questionario). Le variabili indipendenti prese in esame sono: "sesso", "età", "sposato", "livello di scolarizzazione", "provenienza", "studente o lavoratore" (e, separatamente; "studente" e "lavoratore") e "categorie del P.A.Q."

³ Le tabelle sono riportate in coda ai riferimenti bibliografici.

Per l'analisi post-hoc i diversi sottogruppi sono stati confrontati attraverso la procedura Student-Newman-Keuls (S.N.K.) al fine di verificare fra quali di essi venivano riscontrate le più importanti differenze.

E' stato inoltre calcolato il coefficiente di correlazione di Pearsons per evidenziare la relazione fra i fattori estratti nei tre diversi questionari.

c) Analisi fattoriale

Per ognuno dei tre questionari considerati sono stati estratti 3 fattori.

1. Questionario delle risposte rimuginative vs risposte attive

Per questo questionario, composto da 30 item, sono stati estratti 3 fattori, che complessivamente spiegano il 40,7% della varianza totale. Il valore dell'alpha di Cronbach totale è di .6941 (TAB. 3).

Il FT1 appare orientato verso una "tendenza all'accessibilità di ricordi negativi con spiegazioni non unicamente di tipo depressivo" (% varianza spiegata=18,8; $\alpha=.5902$). Questo fattore sintetizza la tendenza al maggior richiamo di ricordi negativi (item 9, 19, 26) ricorrendo per? sia a spiegazioni di tipo depressivo (item 1, 6, 13, 17), sia non depressivo (item 11, 12, 21).

Il FT2 appare orientato verso una "tendenza a distrarsi dal proprio umore depresso mettendo in atto un comportamento di tipo attivo" (% varianza spiegata=15,2; $\alpha=.8047$). Questo fattore sintetizza sia la tendenza a distrarsi dai vissuti depressivi tramite un comportamento attivo (item 2, 10, 18, 24), sia la maggiore accessibilità di pensieri che distraggono dal problema (item 3, 7, 30); saturano inoltre questo fattore anche item riferiti ai tipi di spiegazione non depressiva (non permanente: item 21; non personale: item 11 e 12).

Il FT3 appare orientato verso una "tendenza alla rimuginazione e all'autoaccusa" (spiegazioni depressive di tipo personale); (% varianza spiegata = 6,6; $\alpha=.6779$). In questo fattore oltre ad essere saturati quasi tutti gli item che rappresentano la tendenza alla rimuginazione (item 4, 15, 20, 23, 29) sono anche presenti tutti quelli che si riferiscono al ricorso a spiegazioni depressive di tipo personale (in riferimento alla "Scala I-E di Rotter"), ovvero gli item 1, 8 e 17. Questo fattore appare quindi complessivamente orientato verso una tendenza a rimuginare sugli eventi negativi e a percepirli come dipendenti dal proprio comportamento, sentendosi personalmente responsabili di essi.

2. Questionario di autoconsapevolezza.

Per questo questionario, composto complessivamente da 22 item, sono stati estratti 3 fattori che spiegano il 38,4% della varianza complessiva, con un alpha di Cronbach totale di .7296 (TAB. 4)

FT1, denominato "autoconsapevolezza privata", (% varianza spiegata: 17,7; $\alpha=.7060$) indica una "attenzione prevalente nei confronti del proprio sè, dei propri pensieri, sentimenti e motivazioni interiori" (Ravenna, Zani, 1996)

Il FT2, chiamato "autoconsapevolezza pubblica" (% varianza spiegata = 11,4; $\alpha=.7313$) è saturato da quegli item centrati sulla "tendenza a valutare gli aspetti di sè più manifesti e a presentarsi agli altri nel modo migliore" (Salvini, Conti, Turchi, 1989).

Il FT3, definito "ansietà sociale" (% varianza spiegata = 9,2%; alpha .6906), è saturato da item che rappresentano "gli stati d'ansia, di insicurezza e di apprensione che l'individuo ha verso quelle forme di autoconsapevolezza (o immagini di se) che ritiene suscettibili di giudizio da parte degli altri" (Salvini, Conti, Turchi, 1989).

E' stato inoltre calcolato il coefficiente alpha di Cronbach in riferimento alle tre scale originali, ovvero mettendo insieme gli item che Feningstein, Scheider e Buss nel loro lavoro di costruzione dello strumento (1975) hanno considerato come rappresentativi delle 3 dimensioni, confermate dai fattori emersi in questo lavoro, cioè autoconsapevolezza privata, autoconsapevolezza pubblica e ansietà sociale: anche il valore di questi alpha è risultato buono, rispettivamente .7088, .6732 e .6910.

3. C.E.S.-D

Anche per questo strumento, composto da 20 item, sono stati estratti 3 fattori, che complessivamente spiegano il 58,2% della varianza totale; il coefficiente alpha di Cronbach, di .9248, consente di rilevare che vi è un elevato grado consistenza interna tra gli item che lo compongono (TAB. 5).

FT1 - "Disagio di tipo depressivo" (% varianza spiegata=42,6; alpha=.9312). Le affermazioni contenute nel primo fattore, che spiega una percentuale molto alta di varianza rispetto agli altri due, appaiono complessivamente interpretabili come l'espressione di un disagio di tipo "depressivo"; infatti questo fattore raggruppa tutti quegli item che rappresentano i tipici sintomi della "reazione depressiva" (es. "La vita non mi dava gioia", "Mi sentivo depresso", "Mi sentivo infelice", "Mi sentivo triste", "Pensavo che la mia vita fosse un fallimento").

FT2 - "Disagio riconducibile al periodo dell'anno" (% varianza spiegata=9,2; alpha=.7282). Le affermazioni contenute in questo fattore possono essere considerate come l'espressione di un disagio riconducibile al periodo in cui il test è stato somministrato, ovvero fine primavera, inizio estate. Infatti, problemi come la difficoltà di concentrazione, l'alterazione dell'appetito o una maggiore sensazione di fatica (che sono le principali affermazioni proposte dagli item che saturano questo fattore) possono essere considerati come disturbi che frequentemente caratterizzano questo periodo, piuttosto che indicatori di una generale tendenza a sperimentare disagio di tipo depressivo.

FT3 - "Disagio legato ai rapporti interpersonali" (% varianza spiegata=6,4; alpha=.7957). Il senso di disagio rilevato da questo fattore è più propriamente riconducibile ai rapporti interpersonali, poichè le affermazioni contenute in esso (es. "Avevo l'impressione che gli altri tenessero le distanze nei miei confronti", "Non mi sentivo gradito dagli altri") rispecchiano una sensazione di rifiuto da parte delle altre persone, a cui sono legati sentimenti di solitudine e disagio, nonchè irritazione per cose in generale non considerate come fastidiose.

8. Analisi della varianza e descrizione dei risultati

L'analisi della varianza, eseguita per verificare gli effetti delle diverse variabili indipendenti rispetto ai fattori emersi nei 3 questionari, ha messo in luce alcune interazioni significative.

I risultati emersi dalle analisi statistiche effettuate in riferimento alla variabile sesso, rilevano che il gruppo delle donne si è differenziato significativamente da quello degli uomini nel manifestare: a) una maggiore tendenza all'accessibilità di ricordi negativi ed un maggiore ricorso alla rimuginazione e all'autoaccusa in seguito al verificarsi di eventi deludenti; b) un maggior grado di ansietà sociale; c) un maggior livello di disagio di tipo depressivo, nonché una maggiore tendenza a sperimentare disagio interpersonale (TAB. 7). Viene quindi confermata la generale tendenza da parte delle donne a reagire al verificarsi di eventi deludenti o negativi con uno stile di risposta prevalentemente rimuginativo, tendenza che, nelle ipotesi di Nolen-Hoeksema (1987), amplificherebbe e prolungherebbe gli episodi depressivi, favorendo la maggiore vulnerabilità delle donne alla depressione. Infatti, le donne, rispetto agli uomini, tendono ad elaborare diversamente gli stati emozionali negativi, reagendo alla frustrazione con un atteggiamento di impotenza e con la tendenza a focalizzarsi sui propri pensieri e sentimenti. Lo stile con cui le donne affrontano le situazioni difficili può quindi essere fonte di ulteriore stress e uno dei motivi per cui sembrano cadere più facilmente in forme secondarie di tipo depressivo, laddove gli uomini reagiscono in modo più attivo e disadattato (Salvini, 1993). La maggiore tendenza da parte delle donne a incorrere in stati depressivi (rilevata anche dai risultati di questo lavoro) è ampiamente dimostrata in letteratura e le ipotesi proposte per spiegare questo dato, oltre alla già discussa importanza attribuita allo stile con cui esse in genere reagiscono alle situazioni negative, sono diverse (Salvini, 1993, 1996). E' stato osservato che la maggiore vulnerabilità femminile potrebbe essere sovrastimata (dal momento che le donne sembrano essere più propense degli uomini a ricorrere al medico, essendo più educate alla dipendenza ed alla ricerca di aiuto), e che certe forme di disagio emotivo, come depressione, ansia e "nevrosi", tendono ad essere valutate in modo più intenso dalle donne; inoltre questi tipi di disturbi sembrano essere più accettati e tollerati nelle donne, consentendo loro una rappresentazione più drammatizzata delle emozioni, laddove gli uomini in presenza degli stessi problemi, risultano maggiormente stigmatizzati, più invalidati dal giudizio sociale e meno aiutati. Non deve comunque essere sottovalutato il fatto che, come indicano i dati finora acquisiti, le donne sembrerebbero essere più esposte degli uomini agli stress dovuti alla disoccupazione, al basso reddito, alle delusioni sentimentali ed al peso della conduzione familiare dei figli; in base a queste considerazioni molti casi di reazione depressiva femminile potrebbe trovare una adeguata chiave di lettura se riferiti al concetto di "realismo depressivo" proposto da Taylor (1989).

Dai risultati emersi in questa ricerca non risulta essere confermata la maggiore tendenza da parte degli uomini, evidenziata nel lavoro di Nolen-Hoeksema (1987), a reagire a situazioni difficili e ad eventi negativi con uno

stile di risposta prevalentemente orientato all'azione, che, nelle ipotesi di questa autrice, diminuirebbe la loro tendenza alla depressione. In generale, le analisi statistiche effettuate non hanno rilevato, per alcun gruppo considerato in riferimento alle diverse variabili prese in esame, una differenza significativa nella tendenza a distrarsi dal proprio stato d'animo negativo mettendo in atto un comportamento di tipo attivo (FT2 del questionario 1); questo dato potrebbe riflettere un'inadeguatezza dello strumento utilizzato ("Questionario sulla tendenza alla rimuginazione verso tendenza all'azione") nel misurare questo stile di risposta. Sarebbero quindi necessari ulteriori approfondimenti per analizzare questo aspetto. Le analisi statistiche effettuate sui soggetti classificati in riferimento al loro grado di adesione ai tratti stereotipici di mascolinità e femminilità (ovvero alle quattro categorie del P.A.Q.) hanno rilevato alcuni risultati. Infatti, se confrontando il gruppo delle donne con quello degli uomini, non si è evidenziata per questi ultimi né tendenza alla rimuginazione, né ansietà sociale, né disagio di tipo depressivo, dalle analisi effettuate suddividendo il campione maschile in riferimento alla differente adesione agli stereotipi di ruolo sessuale è risultato che il gruppo dei soggetti classificati come sessotipizzati, (ovvero uomini con alti punteggi di mascolinità e bassi di femminilità) risulta essere, rispetto agli altri gruppi considerati, quello con maggiore tendenza alla rimuginazione e all'autoaccusa, nonché quello con maggiore tendenza a sperimentare le forme di disagio sia di tipo depressivo, sia legato al periodo. Per fornire una chiave di lettura di questi risultati, che contrastano con quello che è stato definito il "modello maschile", possono essere proposte due ipotesi.

1. Innanzitutto, in differenti ricerche sul locus of control e ruoli sessuali (Galli, Nigro, 1983; Nigro, Galli, 1989), la dimensione mascolinità è stata associata all'internalità (ovvero alla tendenza ad attribuire a se stessi la responsabilità degli eventi). Nel differenziarsi significativamente dagli altri gruppi considerati, manifestando una maggiore tendenza alla rimuginazione e all'autoaccusa, gli individui tipizzati in senso maschile mostrano uno stile esplicativo più interno. A questo proposito è utile richiamare il concetto di "internalità negativa", con il quale ci si riferisce a quelle modalità disadattive di interpretazione della realtà con le quali l'attribuzione di colpa e l'enfasi posta sulla propria responsabilità per gli eventi negativi (anche senza che questo corrisponda al vero) possono favorire una sensazione soggettiva di inadeguatezza. La dimensione stereotipica della competenza maschile, che implica l'attribuzione del successo maschile a causalità interne, come abilità, competenza, capacità di successo (laddove il successo femminile è più frequentemente attribuito a causalità esterne), potrebbe portare a favorire negli uomini tipizzati in senso esclusivamente maschile, l'autoattribuzione di responsabilità anche in caso di insuccesso, portandoli a sperimentare forme temporanee di disagio che non si strutturano in una più duratura reazione depressiva per i motivi di cui si è già discusso nelle considerazioni relative alla differente tendenza alla depressione degli uomini rispetto alle donne.

2. Un secondo tipo di argomentazioni riguarda il filone di studi sull'"androginia psicologica". Infatti, in base a questa prospettiva, la

coesistenza di tratti sia maschili sia femminili nella stessa persona sarebbe preferibile ad una rigida tipizzazione di genere (sia essa in senso maschile o femminile) in quanto sembrerebbe svolgere una funzione di bilanciamento, favorendo così un maggiore benessere psicologico.

Dalle analisi statistiche effettuate sul campione delle donne classificate in riferimento alla 4 categorie del P.A.Q, il gruppo delle androgine è risultato essere, rispetto ad altri gruppi considerati, quello che ricorre maggiormente alla rimuginazione e all'autoaccusa in seguito al verificarsi di eventi negativi. Questo risultato non è però accompagnato dalla contemporanea tendenza a sperimentare disagio di tipo depressivo, non giustificando così possibili ipotesi sulla relazione tra elevato possesso di valori sia maschili sia femminili, rimuginazione e tendenza a sperimentare disagio di tipo depressivo. Inoltre il gruppo di donne classificate come sessocrociate si è differenziato significativamente dagli altri gruppi considerati nel manifestare il minor grado di autoconsapevolezza privata. Comunque, dai risultati emersi in questo lavoro, la generale tendenza manifestata dal gruppo delle donne a ricorrere alla rimuginazione e all'autoaccusa, nonché a sperimentare ansietà sociale e vissuti di tipo depressivo, non risulta essere a carico di coloro che aderiscono a particolari tratti stereotipici di mascolinità e/o di femminilità.

In riferimento alla variabile *sposato*, in questa ricerca si evidenzia una generale tendenza da parte delle persone non sposate, rispetto a quelle sposate, sia alla maggiore accessibilità di ricordi negativi, sia alla rimuginazione e all'autoaccusa. Questo gruppo manifesta anche una maggiore autoconsapevolezza privata, indice che, implicando una tendenza alla focalizzazione dell'attenzione sul proprio sé e sui propri pensieri e sentimenti più intimi, risulta coerente con i due precedenti. Inoltre, le persone non sposate sembrano incorrere più frequentemente in reazioni depressive, differenziandosi significativamente da quelle sposate in tutti e tre i fattori che nel C.E.S.-D. rappresentano modalità diverse di disagio di tipo depressivo. Questi risultati possono venire interpretati alla luce dell'importanza che assume il sostegno sociale (inteso come l'insieme di legami parentali e amicali che si attivano e si intrecciano in sentimenti e atteggiamenti di condivisione) per la salute fisica e mentale (Maguire, 1983; Salvini, 1993). Infatti, le persone che possono contare su un saldo sostegno sociale risultano essere meno esposte a malattie, oltre che a mostrare un quadro di salute mentale più soddisfacente, con minori rischi di incorrere in depressione e in altri problemi emotivi, soprattutto in risposta allo stress. Il sostegno emotivo che la famiglia e gli amici assicurano può migliorare lo stato d'animo creando sentimenti di calore e soddisfazione, attenuare nei periodi di stress la visione negativa di sé, del mondo e del futuro, nonché rinforzare il senso di controllo personale. L'importanza del sostegno sociale, del quale il coniuge sembra essere la fonte primaria, è confermata in diversi lavori (Campbell, Converse, Rogers, 1976; Gurin e

coll., 1960; Argyle, Furnham, 1983; Haring-Hidore et al., 1985⁴), e si evidenzia principalmente come difesa antidepressiva.

Inoltre, è da sottolineare che la maggior parte delle persone non sposate del campione di questa ricerca è rappresentata da studenti universitari. Infatti quella dello studente universitario sembra essere, non di rado, una condizione di insoddisfazione che può, in certi momenti, assumere i caratteri di acuto disagio. La mancanza di un solido sostegno sociale, derivante soprattutto dalla frequente lontananza da casa e dai familiari (dai quali comunque si continua molto spesso a dipendere economicamente) può portare lo studente a sperimentare con vissuti di tipo depressivo e ansioso la condizione di insicurezza e precarietà individuale che deriva dalla propria condizione, in riferimento anche alla sensazione di perdita di ruolo che caratterizza la gran parte del corso di studi accademici. E' inoltre dimostrato che in prossimità della prova corrispondente all'esame aumentano in modo significativo la tensione ansiosa, la depressione e il senso di stanchezza. (Gnugnoli, 1994). Coerentemente con queste considerazioni, dai risultati di questa ricerca emerge che gli studenti universitari manifestano, rispetto ai lavoratori, maggiore rievocazione di ricordi negativi, nonché maggiori indici di disagio interpersonale e di disagio legato al periodo.

Inoltre, emerge che coloro che sono in possesso di una laurea (e che quindi hanno seguito un percorso universitario) mostrano indici significativamente più alti di autoconsapevolezza, sia privata che pubblica, ovvero una elevata consapevolezza dei propri pensieri e sentimenti, nonché di se stessi come agenti sociali (TAB. 12). A questo proposito può essere utile richiamare quanto sostenuto da Feningstein e coll. (1975); infatti questi autori sottolineano che autoconsapevolezza privata e pubblica si riferiscono al processo dell'attenzione autofocalizzata, mentre l'ansietà sociale si riferisce alla reazione del soggetto a questo processo; quindi, l'autoconsapevolezza può diventare un antecedente dell'ansietà sociale (pur non implicandola automaticamente) se il soggetto valuta se stesso sperimentando disagio. Riferendosi a queste considerazioni si può ipotizzare che il percorso universitario potrebbe comportare, rispetto all'attività lavorativa, una maggiore riflessività verso se stessi e l'ambiente circostante che può, a seconda degli eventi di vita e della persona, favorire modalità "ansio-gene" di elaborazione della propria esperienza. L'Università può inoltre creare nel giovane aspettative riguardo al proprio futuro (legate all'investimento che la persona fa, in termini di tempo e di denaro, nello scegliere di studiare per anni, con la speranza di poter poi accedere a condizioni lavorative favorevoli) le quali, se vanno incontro a disillusioni o devono comunque essere ridimensionate, possono favorire modalità di elaborazione della realtà che possono portare a vivere in modo penoso l'impossibilità o la difficoltà di raggiungere obiettivi di vita ritenuti importanti.

⁴ Per una rassegna di questi studi si veda: Maguire (1983), pp. 64-71; Salvini (1993), p. 116 (cit. in bibliografia).

9. Considerazioni conclusive

In conclusione può essere utile richiamare e ampliare alcune riflessioni proposte nell'introduzione di questo lavoro a proposito del concetto di depressione.

I risultati di questa ricerca hanno messo in evidenza come alcune variabili (in particolare essere di sesso femminile, non sposati, uomini tipizzati in senso prevalentemente maschile, studenti piuttosto che lavoratori) risultano essere positivamente correlate alla tendenza a sperimentare disagio di tipo depressivo e a reagire agli eventi deludenti o negativi della propria vita con una modalità di risposta prevalentemente di tipo depressivo. Nel dare significato a questi risultati non bisogna comunque dimenticare che il concetto di depressione al quale ci si riferisce in questo lavoro non deve essere inteso nella sua classica accezione nosografica, ovvero come risultato di una sindrome psicopatologica, determinata da fattori biologici (come sostenuto dall'impostazione psichiatrica) o intrapsichici (come proposto dalle principali teorizzazioni psicoanalitiche). Per ampliare il significato del concetto di depressione reattiva presentato nella parte introduttiva, può essere utile richiamare la definizione interazionista del concetto di temperamento (Zanellato, 1996). Nelle tradizionali teorie psicologiche questo concetto si è sviluppato con l'obiettivo di individuare nei fattori costituzionali della personalità caratteristiche individuali più o meno stabili in grado di spiegare e predire il comportamento delle persone. Ridefinito all'interno del paradigma interazionista il temperamento assume la configurazione di un costrutto che scaturisce dall'interazione tra caratteristiche individuali (intese non come disposizioni stabili e imm modificabili della persona, ma piuttosto come sistema dinamico in cui le informazioni che riguardano il contesto vengono elaborate attraverso dei processi individuali cognitivi ed emotivi che conducono ai diversi tipi di comportamento) e caratteristiche contestuali (contesto sociale e relazionale, eventi di vita, ecc.). Questa definizione di temperamento può costituire una chiave di lettura per ridefinire la tendenza, che sembra essere caratteristica di alcune persone, a fronteggiare le difficoltà della vita con reazioni di tipo depressivo, ovvero sperimentando sentimenti di incapacità personale, di inadeguatezza, di colpa, di perdita di fiducia in se stessi e nel proprio futuro. Si può ipotizzare che la particolare modalità di costruzione ed interpretazione della propria esperienza con la quale una persona tende ad attribuire un significato negativo e depressivo agli eventi verrebbe a costituire quell'insieme di caratteristiche individuali che, se consolidate e favorite nel corso del tempo da esperienze contestuali, relazionali o sociali, negative' (o interpretate come tali dalla persona) porterebbero alla formazione di un temperamento di tipo depressivo. Sarebbe questo tipo di predisposizione caratteriale ad esporre una persona alla maggiore probabilità di incorrere in una depressione reattiva a ripresentarsi di eventi problematici o deludenti nel corso della propria esperienza personale (ad es. eventi biografici negativi, insuccessi personali o difficoltà interpersonali) e ad essere correlata con alcune condizioni (come quelle rappresentate dalle variabili risultate significative in questa

ricerca). Non necessariamente, però questa modalità disadattiva di interpretazione della realtà implica l'evolversi degli episodi di depressione reattiva verso quadri più invalidanti e persistenti. L'incorrere in uno stato depressivo vero e proprio potrebbe piuttosto essere condizionato soprattutto dal fatto che la persona intraprenda un percorso terapeutico che comporta una diagnosi di depressione, ovvero la sua stigmatizzazione come malata. Ricalcando lo schema interpretativo che Lemert (1972) propone per i fenomeni della devianza, si può ipotizzare che ciò che favorirebbe lo stabilizzarsi di reazioni di tipo depressivo sperimentate occasionalmente da una persona senza che incorrano in una reazione sociale, sarebbe rappresentato non tanto da quelle variabili individuali o personali che possono comunque aver svolto un ruolo nell'inizio dell'episodio depressivo, quanto piuttosto dalla stigmatizzazione sociale, ovvero dall'interiorizzazione da parte della persona dell'etichetta psicopatologica assegnatale nel momento in cui viene diagnosticata come depressa dalle istituzioni o dalle figure professionali delegate a svolgere un ruolo terapeutico.

Questa etichetta negativa costituisce lo sfondo sul quale verrà riorganizzata la propria autorappresentazione e con il quale sarà coerente la ricostruzione della propria identità. Infatti, in coerenza con essa tenderanno ad essere rielaborati gli eventi del proprio passato (selezionando prevalentemente quei fatti e quelle situazioni che la confermano) e, in prospettiva, anticipati quelli del proprio futuro. La diagnosi di depressione finirà così per diventare il nucleo del testo narrativo con cui la persona cercherà di validare alcuni aspetti del sé ritenuti importanti, giustificandola nella sua incapacità, o impossibilità, di raggiungere obiettivi valutati, dal proprio punto di vista, fondamentali per la realizzazione personale, e deresponsabilizzandola nel ruolo attivo che essa potrebbe assumere per far fronte ai propri problemi.

Riferimenti bibliografici

- Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D. (1978), Learned helplessness in humans. Critique and Riformulazione, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp.49-74.
- Anderson C., Weiner B. (1994), Attribuzione e processi attribuzionali nella personalità, in G.V. Caprara, G.L. Van Heck, (a cura di), *Moderna psicologia della personalità*, Ed. Universitarie LED, Milano, pp.437-479.
- Argyle M. (1969), *Social interaction*, Atherton Press, New York.
- Bakan D. (1966), *The Duality of Human Existence*, Rand Mc Nally, Chicago.
- Bonnes-Dobrowolny M., Vicarelli G. (1982), La costruzione di un Personal Attributes Questionnaire italiano per la misurazione dell'androginità psicologica, *Comunicazioni Scientifiche di Psicologia Generale*.
- Bonnes M. (1988), Mascolinità e femminilità, in C.V. Caprara, (a cura di), *Personalità e rappresentazione sociale*, NIS, Roma, pp.190-209.
- Bower G.H. (1981), Mood and memory, *American Psychologist*, 36, pp.129-136.
- Caprara G.V., Barbaranelli C., Conrado H.R., Kuhl J. (1997), Orientamento all'azione e personalità, *Giornale Italiano di Psicologia*, XXIV (2), pp.309-333.

- Deponte A. (1996), Valutazione cognitiva, autodeterminazione e orientamenti alla causalità: teoria e misurazione, *Scienze dell'Interazione*, 3 (2), pp.31-42.
- Feningstein A., Scheider M.F., Buss A.H. (1975), Public and Private Self-Consciousness: Assessment and Theory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (4), pp.522-527.
- Galeazzi A., Franceschina E. (1994), Il costrutto del controllo nello studio della personalità, in A. Galeazzi, (a cura di), *Personalità e competenza sociali*, Erip Ed., Pordenone, pp.245-272.
- Galli I., Nigro G. (1983), Locus of control e androginia psicologica, *Psicologia Italiana*, 5, pp.208-211. Gnugnoli P. (1994), Ansia e stress nello studente universitario, *Psicologia contemporanea*, 123, pp.39- 41
- Coffman E. (1961), *Asylums*, Doubleday, New York; (tr. it. *Asylums*, Einaudi, Torino, 1968).
- Coffman E. (1963), *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice Hall, Englewood; (tr. it. *Stigma e identità negata*, Il Mulino, Bologna, 1983).
- Harre R., Secord P.F. (1972), *The Explanation of Social Behaviour*, Basil Blackwell, Oxford; (tr. it. *La spiegazione del comportamento sociale*, Il Mulino, Bologna, 1977).
- Heider F. (1958), *The psychology of interpersonal relations*, Wiley, New York; (tr. it. *Psicologia delle relazioni interpersonali*, Il Mulino, Bologna, 1972). Jones E.E., Davis K.W. (1965), From acts to dispositions: The attribution process in person perception, in L. Berkowitz, (Ed.) *Advances in experimental social psychology*, vol. II, Academic Press, New York.
- Kelley H.H. (1967), Attribution Theory in Social Interaction, in D. Levine, (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. XV, Nebraska University Press, Lincoln.
- Kuhl J. (1981), Motivational and functional helplessness: The moderating effects of State versus Action Orientation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, pp.155-170.
- Kuiper N.A. (1978), Depression and Causal Attributions for Success and Failure, *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, pp.236-246.
- Lemert E. (1972), *Human Deviance Social Problems and Social Control*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. P ed. 1967; (tr. it. *Devianza problemi sociali e forme di controllo*, Giuffrè, Milano, 1981).
- Lera S., Conti C. (1987), Misurare l'androginia: ipotesi sulla validità degli strumenti, *Rivista di Sessuologia*, 11 (3), pp.19-34.
- Maguire L. (1983), *Understanding social networks*, Sage Publication, London; (tr. it. *Il lavoro sociale di rete*, Ed. Erikson, Trento, 1989).
- Mead G.H. (1934), *Mind, Self and Society*, University of Chicago Press, Chicago; (tr.it. *Mente, sè e società*, Giunti-Barbera, Firenze, 1966).
- Nenci A. M., Del Miglio C. (1986), Orientamento del ruolo sessuale e modalità di relazione in preadolescenti, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 53, pp.187-195.
- Nigro G. (1983), Contributo alla taratura italiana della Scala di Controllo Interno-Esterno, *Bollettino di Psicologia Applicata*, 168, pp.29-41.
- Nigro G., Galli I. (1985), Ruoli sessuali e ansia: un contributo di ricerca, *Psicologia e Society*, 2, pp.29- 35.
- Nigro G., Galli I. (1989), Identità di ruolo sessuale e locus of control, *Bollettino di psicologia applicata*, 190, pp.13-20.
- Nolen-Hoeksema S. (1987), Sex Differences in Unipolar Depression: Evidence and Theory, *Psychological Bulletin*, 101 (2), pp. 259-282.
- Orlofsky, O'Heron (1987), Stereotypic and non stereotypic sex role trait and behaviour orientation: implications for personal adjustment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp.1034- 1042.

Parsons T., Bales R.F. (1955), *Family, Socializzazione and Interaction Process*, Free Press, New York; (tr. it. *Famiglia e socializzazione*, Mondadori, Milano, 1974).

Quadrio A., Magrin M.E., Zucchi E. (1992), *Stereotipo di genere e competenza di ruolo*, in P. Di Blasio, L. Venini, (a cura di), *Competenze cognitive e sociali*, Vita e Pensiero, Milano.

Ravenna M., Zani B. (1996), *Strategie di coping e aspetti del se in un campione di tossicodipendenti*, *Bollettino di psicologia applicata*, 220, pp.41-50.

Rosenhan D.L. (1973), *On being sane in insane places*, *Science*, 179, pp.250-258; (tr. it. *Essere sani in posti insani*, in P. Watzlawick, (a cura di), *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano, pp.105-127).

Rotter J.B. (1966), *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, *Psychological Monographs*, 80 (1), Whole, N°609.

Salvini A., Conti S, Turchi G.P. (1989), *Monitoraggio di se e forme di autoconsapevolezza. Un'indagine empirica in un gruppo di tossicodipendenti*, *Bollettino di Psicologia Applicata*, 189, pp.37-48.

Salvini A. (1993), *Personalità femminile e riproduzione umana*, Lombardo, Roma.

Salvini A. (1996), *Suicidio e stati depressivi femminili nell'adolescenza*, in A. Salvini et al. *Suicidio adolescenziale, complessità sociale e prevenzione*, Angeli, Milano, pp.15-32.

Seligman M. (1990), *Learned optimism. How to change your mind and your life*, Pocket Books, Simon and Schuster, New York; (tr. it. *Imparare l'ottimismo. Come cambiare la vita cambiando il pensiero*, Giunti, Firenze, 1996).

Taylor S.E. (1989), *Positive Illusion. Creative Self-Deception and the Healthy Mind*, Basic Books, New York; (tr. it. *Illusioni. Quando e perché l'autoinganno diventa la strategia più giusta*, Giunti, Firenze, 1991).

Teasdale J.D. (1983), *Negative thinking in depression: Cause, effect or reciprocal relationship?*, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, pp.3-26

Teasdale J.D. (1985), *Psychological treatments for depression. How do they working*, *Behaviour Research and Therapy*, 23, pp.157-165.

Zamperini A. (1993), *Modelli di causalità*, Giuffrè, Milano.

Zanellato L. (1996), *Temperamento e contesti relazionali: i risultati di un'indagine empirica*, *Scienze dell'Interazione*, 3 (1), pp.111-120.

TAB. 1 - Mediane per it P.A.Q.

	<u>P.A.Q./M. (subscala mascolinità)</u>	<u>P.A.Q./F. (subscala femminilità)</u>
Uomini	32	33,5
Donne	35	29

TAB. 2 - Distribuzione delle frequenze (in percentuale) per it P.A.Q.

	Sessotipizzato	Sessocrociato	Androgino	Indifferenziato	
Uomini	12,5	8,9	18,7	16,1	56,3
Donne	8	5,4	19,6	10,7	43,7
	20,5	14,3	38,4	26,8	100

TAB. 3 - Matrice fattoriale Questionario 1 - Tendenza alla rimuginazione verso tendenza all'azione (% di varianza totale spiegata: 40,7; alpha totale: .6941): alcuni es. di item.

FATTORE 1 - *Tendenza all'accessibilità di ricordi negativi con spiegazioni non necessariamente di tipo depressivo* (varianza spiegata= 18,8; alpha = .5902)

Item 9 .76117 Mi vengono in mente i miei fallimenti passati
 Item 6 .75512 Tendo a pensare che le cose mi andranno sempre male
 Item 13 .63533 Penso di essere un fallimento in tutto

FATTORE 2 - *Tendenza a distrarsi dal proprio umore mettendo in atto comportamenti di tipo attivo* (% varianza spiegata= 15,2; Alpha = .8047)

Item 18 .78467 Cerco di impegnarmi in attività che mi aiutano a non pensare al problema
 Item 10 .71437 Cerco di fare qualcosa per non pensare a come mi sento ed ai motivi per cui sono giù di morale
 Item 2 .64319 Cerco di organizzarmi per uscire e cercare di non pensare a quello che mi è appena successo

FATTORE 3 - *Tendenza alla rimuginazione e all'autoaccusa (spiegazioni depressive di tipo personale)* (% della varianza spiegata = 6,6; alpha = .6779)

Item 23 .59222 Tendo di capire perché sono giù di morale
 Item 1 .52931 Penso che la colpa della maggior parte degli eventi negativi che mi capitano sia mia
 Item 29 .46603 Tendo di analizzare il mio stato d'animo e capire perché mi sento in questo modo

TAB. 7 - Variabile sesso - Analisi della varianza per i fattori con p significativo (g.l. 1-110)

	Media uomini	Media donne	F	p
QUEST.1				
FT1 Tendenza all'accessibilità dei ricordi	32,22	34,14	3,633	.059
FT3 Tendenza alla rimuginazione e all'autoaccusa	26,06	29,88	18,128	.000
QUEST. 3				
FT3 Ansietà sociale	11,56	13,59	13,858	.000
QUEST. 4				
FT1 Disagio di tipo depressivo	11,70	20,51	4,323	.040
FT2 Disagio legato ai rapporti interpersonali	7,87	8,98	3,735	.056

TAB. 4 - Matrice fattoriale Questionario 3 - Questionario di autoconsapevolezza (% di varianza totale spiegata = 38,4; alpha tot. = .7296): alcuni es. di items.

FATTORE 1 - *Autoconsapevolezza privata* (varianza spiegata = 17,7; alpha = .7060)

Item 14 .70384 Costantemente analizzo le mie motivazioni
 Item 1 .70166 Spesso cerco di vedermi dal di fuori
 Item 12 .58366 Generalmente sono attento ai miei sentimenti pin intimi

FATTORE 2 - *Autoconsapevolezza pubblica* (varianza spiegata = 11,4; alpha = .7313)

Item 13 .72348 Di solito mi preoccupo di fare buona impressione
 Item 6 .71944 Sono molto attento al modo in cui mi presento
 Item 18 .67952 Mi preoccupo di quello che le persone pensano di me

FATTORE 3 - *Ansietà sociale* (varianza spiegata = 9,2; alpha = .6906)

Item 15 .76342 Mi sento ansioso quando parlo di fronte a un gruppo
 Item 9 .76085 Mi imbarazzo molto facilmente
 Item 4 .56359 Impiego molto tempo per vincere la mia timidezza nelle situazioni

TAB. 5 - Matrice fattoriale Questionario 4 - *C.E.S.-D* - (% varianza totale spiegata: 58,2; alpha: .9248): alcuni es. di items

FATTORE 1 - Disagio di tipo depressivo (varianza spiegata = 42,6; alpha: .9317)

Item 18 .84568 Mi sentivo triste
 Item 12 .84409 Mi sentivo infelice
 Item 16 .80362 La vita non mi dava gioia

FATTORE 2 - Disagio riconducibile al periodo (varianza spiegata = 9,2; alpha: .7282)

Item 5 .73769 Avevo difficoltn di concentrazione
 Item 7 .73040 Ogni cosa che facevo mi richiedeva molta fatica
 Item 2 .56046 Il mio appetito era diverso

FATTORE 3 - Disagio con le altre persone (varianza spiegata = 6,4; alpha: .7957)

Item 15 .81969 Avevo l'impressione che gli altri tenessero le distanze nei miei confronti
 Item 19 .78424 Non mi sentivo gradito dagli altri
 Item 1 .57472 Ero infastidito dalle cose che in genere no mi irritavano