



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Scienze dell'Educazione

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN: Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione

CICLO XXIII

Il corpo nella mente. Ruolo della pratica sportiva nell'auto-descrizione del proprio fisico in adolescenti e giovani con disabilità motoria

Direttore della Scuola: Ch.ma Prof.ssa Marina Santi

Supervisore: Ch.mo Prof. Attilio Carraro

Dottorando: Stefano Scarpa

RIASSUNTO

Introduzione

Le persone disabili presentano generalmente una maggior insoddisfazione nei confronti del proprio corpo. Durante l'adolescenza e la giovinezza - periodi nel corso dei quali avvengono molteplici cambiamenti somatici e psicologici - è molto importante consolidare una considerazione positiva della propria dimensione corporea e delle proprie abilità motorie. Inoltre il concetto del sé fisico è considerato un importante mediatore di risultati in educazione fisica. Considerando il fatto che lo sport sembra poter contribuire a sviluppare un concetto positivo della propria corporeità nelle persone disabili, lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare il ruolo della pratica sportiva nell'auto-descrizione del proprio fisico in adolescenti e giovani con disabilità motoria.

Materiali e metodi

Allo studio hanno partecipato 1149 persone (578 ragazzi e 571 ragazze) con età compresa tra i 13 e i 28 anni ($M = 16.81$). Gli individui sono stati divisi in 4 gruppi incrociando le variabili 'pratica sportiva' e 'disabilità motoria': (1) non disabili che praticano sport ($n = 742$); (2) non disabili che non praticano sport ($n = 264$); (3) disabili motori che praticano sport ($n = 109$); (4) disabili motori che non praticano sport ($n = 34$). I partecipanti hanno completato il Physical Self-Description Questionnaire-Short (PSDQ-S), in un disegno di ricerca trasversale. A garanzia del fatto che il PSDQ- S fosse

adatto ai i due gruppi di disabili, è stata prevista una fase di pre-ricerca nel corso della quale sono stati consultati 7 adolescenti e giovani con disabilità motoria (ai quali è stato chiesto di contribuire ad adattare gli item del questionario che potevano creare problemi di comprensione, interpretazione e identificazione da parte degli stessi). Al fine di esaminare le differenze tra i quattro gruppi nelle sottoscale del PSDQ-S sono stati impiegati l'analisi della varianza (one-way ANOVA) e un post-hoc test (Bonferroni).

Risultati

L'analisi della varianza ha evidenziato la presenza di differenze significative tra i quattro gruppi nelle seguenti sottoscale del PSDQ-S: attività ($p < .0001$), obesità ($p < .0001$), aspetto ($p = .003$), coordinazione ($p < .0001$), resistenza ($p < .0001$), flessibilità ($p < .0001$), salute ($p < .0001$), abilità sportiva ($p < .0001$), forza ($p < .0001$), fisico globale ($p < .0001$), autostima globale ($p < .0001$). Il test di Bonferroni ha rilevato che il gruppo 1 (non disabili-sportivi) ha ottenuto un punteggio significativamente più alto del gruppo 2 (non disabili-non sportivi) e 4 (disabili-non sportivi), ma non differiva dal gruppo 3 (disabili-sportivi) nei seguenti fattori del PSDQ-S: coordinazione, resistenza, flessibilità, abilità sportiva, aspetto, e autostima globale. Il gruppo 3 (disabili-non sportivi) ha ottenuto punteggi più alti rispetto a tutti gli altri tre gruppi nella sottoscala relative alla forza.

Discussione e conclusioni

Le persone con disabilità motoria che praticano sport hanno ottenuto risultati simili al gruppo di persone senza disabilità che praticano sport in molteplici fattori relativi all'auto-descrizione del proprio fisico. Il gruppo di disabili che non praticano sport hanno ottenuto punteggi generalmente

inferiori a tutti gli altri tre gruppi. In conclusione, sembra plausibile asserire che la pratica sportiva contribuisce a sviluppare un concetto positivo della propria corporeità e delle proprie abilità motorie nelle persone con disabilità motoria.

ABSTRACT

Introduction

Individuals with disability have generally a more negative physical self-concept than other people. During adolescence and youth it is very important to have a positive physical self-concept. Sport practice may contribute to develop a positive physical self-description in persons with disability. The present study aimed to investigate the role of sport practice on physical self-description in individuals with motor disability.

Methods

There were 1149 participants (578 boys and 571 girls) aged between 13 and 28 ($M = 16.81$). Individuals were divided into four groups: (1) not disabled who practiced sport ($n = 742$); (2) not disabled who did not practice sport ($n = 264$); (3) motor disabled who practiced sport ($n = 109$); (4) motor disabled who did not practice sport ($n = 34$). Eligible criteria for disabled participation were the presence of peripheral, spastic or cerebral paraplegia. Participants completed the Physical Self-Description Questionnaire-Short (PSDQ-S) in a cross-sectional design. In order to ensure that PSDQ-S was appropriate for the two groups of disabled, 7 persons with motor disability were consulted in the pre-research stage. Analysis of variance (one-way ANOVA) with a post-hoc test (Bonferroni) was conducted to examine the differences between groups on the PSDQ-S scales.

Results

One-way ANOVA showed significant between groups differences in the following PSDQ scales: activity ($p < .0001$), body fat ($p < .0001$), appearance ($p = .003$), coordination ($p < .0001$), endurance ($p < .0001$), flexibility ($p < .0001$), health ($p < .0001$), sport ($p < .0001$), strength ($p < .0001$), global physical ($p < .0001$), global esteem ($p < .0001$). Bonferroni post-hoc revealed that group 1 (not disabled - sport) scored higher than group 2 (not disabled – not sport) and 4 (disabled – not sport), but did not differ from group 3 (disabled – sport) in the following PSDQ scales: coordination, endurance, flexibility, sport, appearance, and global esteem. Group 3 scored higher than the other three groups in strength scale.

Discussion and conclusions

Individuals with motor disability who practiced sport obtained similar results to the group of people without disability who practiced sport in a certain number of PSDQS scales. The disabled group who did not practice sport obtained generally the worse PSDQ scores in comparison with the other three groups. In conclusion, it seems possible to assert that sport practice can contribute to develop a positive physical self-concept in persons with motor disability.

«Io non mi servo del mio corpo, io sono il mio corpo». In altri termini, qualcosa nega in me l'esteriorità del mio corpo in rapporto a me stesso, esteriorità che è implicata nella nozione puramente strumentalista del corpo. (Marcel, *Esistenza ed obiettività*)

Sia che si tratti del corpo altrui o del mio proprio corpo, ho un solo modo di conoscere il corpo umano: viverlo, e cioè far mio il dramma che lo attraversa e confondermi con esso. Io sono dunque il mio corpo, per lo meno nella misura in cui ho un'esperienza, e reciprocamente il mio corpo è come un soggetto naturale, come un abbozzo provvisorio del mio essere totale. (Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*)

Indice

Introduzione		13
<i>Prima Parte. Quadro teorico</i>		
Capitolo I	Il corpo nella mente	19
Capitolo II	Auto-descrizione del proprio corpo	47
Capitolo III	Il sé corporeo nell'adolescenza e nella giovinezza	69
Capitolo IV	Il sé corporeo nelle persone con disabilità motoria	93
Capitolo V	Ruolo dell'attività motoria adattata nella costruzione del sé corporeo	117
<i>Seconda Parte. Ricerca empirica</i>		
Capitolo VI	Disegno, obiettivi e ipotesi della ricerca	149
Capitolo VII	Materiali e metodi	157
Capitolo VIII	Risultati	173
Capitolo IX	Discussione	203
Capitolo X	Conclusioni, limiti e prospettive future	243
Riferimenti bibliografici selezionati		255

Introduzione

«Chi sono io?». Questa è forse la domanda più importante che si pongono gli adolescenti. Domanda che, anche se già presente nel corso dell'infanzia, non si pone in termini così drammatici come nell'adolescenza, 'tempo' nel corso del quale la persona sperimenta cambiamenti profondi e irreversibili sia nella propria conformazione fisica che nella realtà circostante. Cambiamenti che possono rendere difficile il consolidarsi di un'identità personale positiva, solida e non frammentata. Ma l'adolescenza è anche il periodo di accesso alla capacità di pensiero ipotetico-deduttivo e di 'maturazione' della capacità di riflessione sui concetti astratti, permettendo all'individuo di trovare un supporto per vincere la vulnerabilità in cui è immerso, per giungere a definire la propria identità ed interiorizzarla in modo stabile.

La disabilità – congenita o acquisita – può costituire un forte fattore di disturbo in questa fase di sviluppo, interferendo in modo incisivo sulla qualità di vita, sulla possibilità di condurre un'esistenza armoniosa e di sviluppare una rappresentazione positiva di sé.

L'identità corporea è una componente fondamentale dell'identità personale e, probabilmente, quella maggiormente a rischio di compromissione negli adolescenti con disabilità motoria, che sperimentano su se stessi gli effetti devastanti della menomazione fisica, con le relative implicazioni psico-sociali.

Sulla scorta di queste premesse, il presente studio intende analizzare, con uno sguardo pedagogicamente orientato, il ruolo della pratica sportiva nella formazione del sé corporeo in adolescenti e giovani con disabilità motoria.

La tesi è divisa in due sezioni simmetricamente distribuite in cinque capitoli ciascuna. La prima parte costituisce il quadro teorico della ricerca. Nel primo capitolo verranno approfondite le radici del costrutto relativo all'identità corporea, cercando successivamente di delineare le molteplici nomenclature utilizzate per indicare diversi aspetti dell'identità corporea, giungendo infine ad identificare in modo chiaro il costrutto di interesse per la presente ricerca, stabilendo inoltre le relazioni sussistenti tra i vari costrutti esistenti. Il secondo capitolo è dedicato all'approfondimento della definizione del costrutto denominato 'auto-descrizione del proprio corpo'. In modo particolare verranno esplicitati: il modello multidimensionale e gerarchico del costrutto; il sé corporeo inteso come mediatore di risultati in educazione fisica; il rapporto tra sé corporeo e identità; l'interazione somatopsico-sociale nello sviluppo del sé corporeo. Nel terzo capitolo si cercherà di analizzare la problematica del sé corporeo nell'adolescenza e nella giovinezza, contestualizzandola in un più ampio contesto teso alla definizione dei tratti salienti di queste fasi della vita, con particolare enfasi posta sui cambiamenti somatici e quindi sullo sviluppo delle capacità / abilità motorie. Il quarto capitolo è dedicato alla trattazione della formazione del concetto del sé corporeo nelle persone disabili, con particolare riferimento alle persone con disabilità motoria; mentre nel quinto capitolo saranno analizzate le principali evidenze scientifiche circa il ruolo dell'attività motoria adattata nella elaborazione del concetto del sé corporeo in persone con disabilità motoria.

La seconda parte è dedicata alla stesura della ricerca empirica, così suddivisa per capitoli: descrizione del disegno, degli obiettivi e delle ipotesi di ricerca (capitolo sesto); descrizione dei materiali e dei metodi utilizzati per lo svolgimento della ricerca (capitolo settimo); stesura dei risultati ottenuti a seguito dell'analisi dei dati raccolti (capitolo ottavo); esplicitazione

della discussione sui risultati ottenuti alla luce del quadro teorico di riferimento (capitolo nono); stesura delle conclusioni a cui la ricerca ha permesso di giungere, indicazione dei limiti e delle prospettive di ricerca auspicabili in futuro (capitolo decimo).

Prima Parte

Quadro teorico

I

Il corpo nella mente

Il titolo di questo capitolo propone una asserzione inusuale, che richiama la distinzione tra due concetti, attualmente considerati entrambi come costitutivi dell'umano. Per quanto concerne l'inusualità ci si riferisce al fatto che potrebbe raccogliere maggior consenso e destare meno scalpore l'espressione 'la mente nel corpo'. Come avremo modo di approfondire in seguito, la tradizione su cui si fonda la cultura occidentale, ci ha abituati a pensare la mente come qualcosa che è contenuto nel corpo, piuttosto che considerare il corpo come possibilità di esserci della mente. Qui non si tratta però di opporre, di creare una contrapposizione tra l'affermazione 'il corpo nella mente' e 'la mente nel corpo', in quanto, sotto la rispettiva ottica, entrambi plausibili. Si tratta piuttosto di delineare la nostra prospettiva di indagine: analizzare il corpo come prodotto della mente, come rappresentazione mentale.

Tale possibilità di indagine è sicuramente resa possibile dalla distinzione di cui si è parlato all'inizio, dalla frattura costitutiva che è stata posta sull'umano dal dualismo sostanziale tra anima e corpo (tra $\psi\upsilon\chi\eta$ e $\sigma\acute{o}\mu\alpha$). È proprio a causa del dualismo sostanziale operato sull'uomo che si è cominciato a distinguere l'anima dal corpo, considerato come un involucro in cui essa è racchiusa, una prigione in cui essa è imprigionata. La mente nel corpo.

È interessante constatare che, nella tradizione ebraica del Vecchio Testamento, non vi era una contrapposizione tra corpo e anima. L'uomo, nella sua complessità, era dato dall'unione simbolica dei vari elementi che lo costituivano, quali componenti di una realtà unitaria. Il linguaggio ebrai-

co esprimeva in modo singolare tali elementi: *basar*, *ruah* e *neshamah*. Il primo termine sta ad indicare la fragilità, l'inconsistenza che caratterizza l'essere umano. L'uomo è un essere finito, limitato, debole. Il secondo termine indica il respiro che è presente nell'uomo come negli animali e sta a significare il principio vitale che caratterizza ogni essere vivente. È quello che oggi chiamiamo spirito. Vi è poi la coscienza, capacità tipicamente umana (oltre che divina) che permette all'essere di conoscere ed essere consapevole della propria ed altrui esistenza. Per *nefesh* si intende, infine, la creatura vivente che è costituita da questi tre elementi ed è rappresentata sinteticamente dalla corporeità umana. Il corpo, nella tradizione ebraica, assume dunque un forte ruolo simbolico (simbolo = σύμβολον), ovvero unificatore, per le varie componenti dell'essere. Esso non rappresenta solo l'aspetto fisico ma l'intera esistenza della persona (Ravasi, 2002).

1.1. Le radici del dualismo

È opinione condivisa il far risalire a Platone l'origine di una concezione che separa l'anima dal corpo considerando questi come due 'enti' distinti (usiamo le virgolette perché, a rigor di logica, secondo il Platonismo e il Neoplatonismo, il corpo come tutte le realtà sensibili, non è un ente in senso proprio; solo l'anima appartiene alla sfera dell'essere). Una concezione in cui è l'anima a identificarsi con l'uomo, mentre il corpo diviene uno strumento, un oggetto, mosso dall'anima stessa o, peggio ancora, un involucro in cui l'anima è contenuta.

Certamente la prospettiva di Platone va contestualizzata tenendo conto dell'influenza della *“tradizione orfico-pitagorica, per la quale l'anima preesiste al corpo, anzi è da esso imprigionata nella vita terrena”* (Berti, 2007, p. 141). Va poi tenuto conto di come già i Presofisti avevano introdotto il concetto di anima, mentre i Sofisti avevano teorizzato l'esistenza della natura umana senza chiedersi di che cosa fosse composta e,

infine, del fatto che è a partire da Socrate che viene formulata per la prima volta la domanda «che cos'è l'uomo?».

Dopo aver esposto queste puntualizzazioni, non si può negare che “*la prima enunciazione filosofica ampia e sistematica della concezione dualistica dell'essere umano si trova nelle opere di Platone, dove numerosissimi sono i passi su tale argomento*” (Gava, 1977, p. 53). Tale enunciazione acquista poi un'estrema rilevanza per il fatto che influenzerà in modo decisivo tutto il successivo pensiero filosofico occidentale, insidiandosi a tratti anche all'interno del Cristianesimo (Scarpa, 2008; si veda anche: ATI, 2007; Galimberti, 1987; Scarpa & Carraro, in stampa). È così che Platone traccia

i solchi per la successiva riflessione che dovrà interrogarsi tanto sulla intrinseca costituzione dell'uomo, quanto sulla effettiva possibilità di un itinerario antropologico che sorga con la negazione del corpo. L'influsso della asceti platonica, rivisitata dal Neo-platonismo e corretta dal Cristianesimo tornerà ripetutamente nella storia della filosofia, particolarmente negli indirizzi di tipo spiritualista (Melchiorre, 1988, p. 49).

Ribadiamo come l'originaria posizione di Platone nei confronti della corporeità ha pervaso il pensiero occidentale, dall'antichità fino ad oggi, sia in senso positivo che negativo. Ovvero sia nell'accettazione che nel rifiuto. Ciò perché lo stesso rifiuto manifesta una reazione a qualcosa che è presente, che esiste, altrimenti sarebbe inconcepibile la possibilità di una qualsiasi reazione.

Con l'avvento dell'età moderna l'unità sostanziale dell'essere umano, che Tommaso aveva cercato di 'ricucire' a seguito della scissione inaugurata da Platone, è destinata ad essere vittima di un altro attacco che darà avvio ad una rinnovata dualità assoluta, di carattere sostanziale, tra anima e corpo. È questo il caso di Cartesio che, con l'affermazione *cogito ergo sum*, identifica la persona con il suo pensiero e pone le basi per una divisione sostanziale dell'uomo in *res cogitans* e *res extensa*.

La riduzione della realtà fisica a materia estesa e moto locale, operata da Cartesio, manifesta i suoi effetti più eclatanti nella descrizione cartesiana del regno dei viventi e in particolare dell'essere umano. Si ha qui la famosa assimilazione del corpo umano a una macchina, quindi a un congegno meccanico qualsiasi realizzato dall'uomo, da cui esso si eleva soltanto in virtù della presenza dell'anima donatagli dal creatore (Timossi, 1999, p. 89).

È così che Cartesio lascia in eredità una nuova divisione in seno alla costituzione dell'uomo stesso. Da ciò scaturirà anche il problema di determinare il rapporto fra queste due sostanze, nel tentativo di trovare una soluzione che permetta di conciliare l'anima con il corpo. Problema che già Cartesio si era posto rendendosi conto delle conseguenze del suo pensiero filosofico.

La natura m'insegna anche, per mezzo di queste sensazioni di dolore, di fame, di sete, ecc., che io non sono solamente alloggiato nel mio corpo, come un pilota nel suo battello, ma che gli sono strettissimamente congiunto, e talmente confuso e mescolato da comporre come un sol tutto (Cartesio).

Da Cartesio in poi, tutta l'età moderna e contemporanea sarà caratterizzata dallo sforzo teso a ridefinire il rapporto tra anima e corpo che, solo con l'avvento della fenomenologia, vedrà il ricostituirsi della persona nella sua completa unità. Infatti, se da un lato Malebranche proseguirà sulla linea tracciata dalle tesi cartesiane, ribadendo una dualità assoluta di carattere sostanziale, d'altro canto Spinoza e Leibniz attenueranno tale dualità definendola non sostanziale. Da qui poi i vari tentativi di superamento del dualismo che sfoceranno da una parte a favore dello spirito (si veda il pensiero dei filosofi Berkeley, Fichte, Hegel, Schopenhauer, Bergson) e dall'altra a favore del corpo (Hobbes, La Mettrie, D'Holbach, Feuerbach, Nietzsche; si veda anche Casini, 1990). Ma il superamento vero e proprio si realizzerà solo con la prospettiva fenomenologia,

caratterizzata per lo sforzo di rivelare come il corpo si presenta alla coscienza. Il corpo acquista così le caratteristiche del corpo proprio o corpo vissuto, che permette di ridire l'unità del composto sul versante della stessa autentica manifestazione della corporeità (Melchiorre, 1988, p. 47).

È con Edmund Husserl, dunque, che gli errori seducenti in cui erano caduti Cartesio e i suoi successori, troveranno una risoluzione organica e sistematica. Perché è nel passaggio dal corpo scientifico al corpo vivente che il dualismo *res cogitans* e *res extensa* può essere superato (Boncinelli & Galimberti, 2000, pp. 41-43).

1.2. Persona e corpo proprio nella filosofia fenomenologica

Molteplici sono le definizioni che possono essere date al termine 'persona umana'. Nessuna però può pretendere di raggiungere esaustività e completezza. Ogni definizione, infatti, enfatizza un aspetto del fenomeno che va descrivendo e difficilmente può coglierlo nella sua interezza. Con la consapevolezza di tale limite ci accingiamo a considerare "*l'essere umano come un microcosmo in cui tutti gli stadi si trovano in unità: egli è una cosa materiale, un essere vivente, un essere animato e una persona spirituale*" (Stein, 2000, p. 68). Ciò che a noi preme analizzare in questa sede è la persona colta nel suo essere corpo fisico. Un corpo particolare, diverso da qualsiasi altro corpo. Riprendendo Plessner (1975), se la vita dell'animale è *centrica*, quella dell'uomo è *eccentrica*. L'eccentricità è la forma del posizionamento frontale dell'uomo rispetto al campo circostante. Il vivente è corpo, nel corpo e fuori del corpo. Un individuo posizionalmente caratterizzato in questo triplice modo si dice persona. La corporeità umana si contraddistingue per una triplice dimensionalità: corpo sentito, corpo trascendentale e corpo originario (*corps senti, corps transcendental, corps originaire*; Henry, 2000).

Il punto di partenza della nostra analisi è sorretto da alcuni risultati fondamentali della riflessione fenomenologica che, grazie al superamento del dualismo sostanziale tra anima e corpo che ha contrassegnato tutta la storia della filosofia occidentale, recupera l'integrità della persona nella riscoperta della sua corporeità. Non si può dire che l'uomo abbia un corpo, l'uomo è il suo corpo (*je suis mon corps*, Marcel). L'uomo è coscienza incarnata, *Leib*, corpo proprio, corpo vissuto (si veda il concetto di '*sentimento fondamentale corporeo*' in Rosmini). Un corpo che costituisce il radicamento e, al tempo stesso, l'apertura dell'uomo al mondo (si vedano i concetti di *Weltoffenheit* in Scheler, Plessner, Gehlen e di *Lebenswelt* in Merleau-Ponty). Il corpo è *punto zero* di ogni sguardo, di ogni percezione, che si affaccia sul mondo. È un *qui* che non può in alcun modo diventare un *là* (Husserl), nel suo caratterizzarsi come *geometrico conoscitivo* (Melchiorre, 1987) attorno al quale il mondo e la dimensione intersoggettiva si dischiudono alla coscienza. Ma, alla riflessione fenomenologica, noi aggiungeremo che non è sufficiente affermare che l'uomo sia coscienza incarnata, in quanto egli è al tempo stesso corpo cosciente di sé. È materia che, dopo aver acquisito la vita, è divenuta consapevole della propria esistenza. Non si vuole qui sostenere una prospettiva strettamente materialistica, quanto arricchire la nostra prospettiva con il contributo del metarealismo, in una concezione in cui trovano sintesi spiritualismo e materialismo su di un piano ontologico, così come idealismo e realismo su di un piano gnoseologico (Guitton, 1991).

1.3. *Leib as Limen*

Una volta definito il valore della corporeità umana, in questa sede ci preme in particolar modo considerare il corpo non solo nel suo essere radicamento dell'uomo nel mondo, quanto nel suo costituirsi come 'luogo' della sua manifestazione nel mondo. Allora: cosa intendiamo con l'espressione '*Leib as*

Limen? È solo un gioco di parole? Un pretesto per mettere assieme tre lingue diverse?

La lingua tedesca ci permette di distinguere il corpo inanimato (*körper*) dal corpo vivente (*leib*), attraverso l'utilizzo di due parole distinte, così come avviene nel greco biblico dove si distingue la salma dal corpo animato (σῶμα e σάρξ; Reale, 2002). Il latino ci consente di comprendere due accezioni del termine 'confine'. Pensiamo ad esempio alle mura di una città medievale. La loro funzione è sia quella di delimitare la città, separando ciò che è dentro da ciò che è fuori, ma al tempo stesso, attraverso le porte in esse inserite, la loro funzione è quella di segnare la soglia di passaggio tra il 'dentro' e il 'fuori'. Così, come ci ricorda Cacciari (2000), *limes* è il cammino che circonda un territorio, che ne racchiude la forma, mentre *limen* è invece la soglia, il passo attraverso cui si penetra in un dominio o se ne esce (Gomarasca, 2004).

In questo frangente il corpo può essere considerato come *limen* - confine inteso nell'accezione di soglia, ingresso, passaggio - tra due mondi, in quanto possiede una duplice apertura: verso l'interno e verso l'esterno. Il corpo rappresenta dunque la soglia, il luogo di passaggio, di 'messa in comunicazione' del mondo interno ed esterno. È così possibile riscontrare una duplice direzionalità: dall'esterno all'interno (come ad esempio nella percezione di un oggetto) e dall'interno all'esterno. Ciò su cui intendiamo focalizzare la nostra riflessione è la seconda delle due modalità. Com'è che i contenuti della coscienza vengono 'portati' all'esterno? Come vengono manifestati, espressi, comunicati? (Scarpa, Gobbi, & Carraro, 2010).

Per giungere a questa risposta, esplicheremo di seguito una riflessione circa le facoltà di movimento del corpo proprio (Brevik, 2008).

1.4. Valore espressivo e comunicativo dei movimenti corporei

Seguendo l'indicazione di Gehlen (1940), collocheremo al centro della nostra analisi l'azione, definendo l'uomo come essere che agisce, o anche come essere in grado di prevedere o creare cultura, il che vuol dire la stessa cosa. Come afferma Stein (1917), non è possibile mettere in atto la rappresentazione di un essere vivente assolutamente immobile: essere legato ad un luogo senza muoversi equivale a dire nello stesso tempo 'essere pietrificato'. In assenza di movimento verrebbe meno la possibilità di un'empatia riempiente. Per la costruzione dell'individuo è necessario in maniera insuperabile il libero movimento.

Parafrasando Wojtyla in *Persona e atto* (1999), il focus dell'analisi che stiamo esplicitando in questo frangente non sarà lo studio dell'atto che presuppone la persona, ma sarà invece lo studio dell'atto che rivela la persona. Ovvero lo studio della persona attraverso l'atto. L'atto costituisce il particolare momento in cui la persona si rivela. Sperimentiamo il fatto che l'uomo è persona, e ne siamo convinti poiché egli compie atti.

Scrivono Husserl nel secondo libro di *Idee per una fenomenologia* (p. 154):

Il corpo vivo è l'unico oggetto che la volontà del mio io puro possa muovere liberamente e spontaneamente e che sia mezzo per produrre un movimento spontaneo e mediato di altre cose; [...] solo i corpi vivi possono essere mossi spontaneamente e immediatamente («liberamente»), e ciò attraverso l'io libero e la sua volontà, che al corpo vivo ineriscono.

La persona umana si estrinseca attraverso movimenti del corpo proprio vissuto. Ogni espressione intenzionale dell'uomo si realizza nell'attuazione di movimenti volontari, creativi e densi di significato per la soggettività che li pone in essere. Il movimento del corpo, il gesto, come afferma Bertolini in *L'esistere pedagogico* (1988, p. 174), non solo precedono e accompagnano la parola, ma sono la condizione irrinunciabile affinché la parola divenga parola vivente esplicitata.

In questo senso può essere riportata come esemplificazione una condizione patologica emblematica. Si tratta della *sindrome di Locked in*, che può essere causata da trombosi dell'arteria basilare a livello del tronco dell'encefalo e che determina una sorta di 'paralisi generalizzata'. Detto in termini più semplici: il 'paziente' in questione è perfettamente cosciente ma non può eseguire nessun movimento volontario eccetto il movimento di ammiccamento degli occhi. È come se fosse murato vivo dentro il proprio corpo. L'unica modalità espressiva che gli rimane è la motricità oculare. Non riteniamo affatto superfluo questo esempio, che potrebbe apparire come una divagazione. Esso ci permette di confermare quanto detto in precedenza: l'unica modalità possibile di espressione volontaria è il movimento razionale del corpo proprio.

Qualcuno, ingenuamente, potrebbe controbattere che, in realtà, è la parola, il linguaggio verbale, la modalità espressiva principale dell'essere umano. Affermando ciò però non si sarebbe accorto che stiamo sostenendo la medesima posizione. Cos'è infatti la parola se non il frutto di un movimento razionale del corpo proprio?

In una prima analisi poco attenta potrebbe non essere colto appieno l'aspetto motorio intrinseco al linguaggio verbale. L'inganno potrebbe risultare nel fatto che ciò che noi identifichiamo come parola è un suono che può essere udito e non un movimento che può essere visto. Ma questo suono che noi udiamo cos'è se non una vibrazione dell'aria prodotta da particolari movimenti del corpo?

Il movimento che genera la parola è guidato dunque dal sistema nervoso centrale che dà avvio alla contrazione dei muscoli responsabili della fonazione. Così, per dirla in modo semplicistico, è con il movimento combinato dei muscoli respiratori che favoriscono il flusso d'aria necessario per l'emissione della voce, dei muscoli della faringe e delle corde vocali che determinano la formazione appunto delle vocali (nonché del tono della voce, ecc.), dei muscoli della lingua e delle labbra che determinano la formazione

delle consonanti, che vengono prodotte quelle vibrazioni dell'aria che vanno a costituire determinati suoni che noi chiamiamo parole.

Numerosissimi sono i muscoli coinvolti nella fonazione, tanto che – sotto un certo aspetto- il logopedista potrebbe essere visto come un particolare tipo di allenatore. E se si riflettesse sul fatto che solamente 'l'organo lingua' possiede almeno diciassette muscoli, ci si dovrebbe ricredere circa il detto 'tutto muscoli e niente cervello'.

Il linguaggio verbale, forma di comunicazione umana per eccellenza, rientra anch'esso nell'ambito della motricità, essendo quel peculiare suono causato da vibrazioni dell'aria prodotte da tipici movimenti del corpo proprio. E questo ci ricorda nuovamente come non ci sia nessuna espressione volontaria che non avvenga attraverso un movimento del corpo.

Con una breve divagazione vorremmo dunque specificare che è un errore di fondo sostenere che esista un linguaggio verbale e un linguaggio corporeo non verbale. Non si può contrapporre la comunicazione verbale a quella corporea, perché anche il linguaggio verbale è una forma di comunicazione corporea. Sia il linguaggio digitale che quello analogico si caratterizzano in quanto produzioni corporee. La loro peculiare differenza non ha a che fare con la corporeità ma è da ricercare altrove.

Riassumendo, dunque, il movimento volontario corporeo è l'unica possibilità che l'uomo ha di esplicitare consapevolmente il proprio mondo interiore, in quanto anche il linguaggio verbale, forma peculiare di comunicazione umana, può essere inteso come risultante di una serie di movimenti volontari e complessi del corpo, e in particolar modo dell'apparato deputato alla fonazione. Le stesse neuroscienze hanno messo in evidenza che anche per la parola, così come per ogni altro movimento umano volontario, sono presenti a livello della corteccia cerebrale un'area sensitiva (*Area di Wernicke's*) e un'area motoria (*Area di Broca*). È qui riconosciuta l'estrema valenza del movimento umano quale possibilità unica e insostituibile per la persona di esternare il proprio pensiero, in quanto è grazie all'interazione dinamica dei corpi propri e alla messa in atto di movimenti 'razionali' che il

contenuto delle coscienze è reso comunicabile e condivisibile con l'alterità (Scarpa, 2007).

1.5. Molteplici 'rappresentazioni' della corporeità

Nei paragrafi precedenti abbiamo esposto in modo piuttosto approfondito le radici filosofiche dell'affermazione 'il corpo nella mente', che costituisce appunto lo sguardo e la prospettiva da cui prende le mosse la nostra ricerca. Va detto inoltre che, se per rappresentazione intendiamo l'atto o il contenuto dell'atto mediante il quale si riproduce un oggetto esterno o uno stato interno, l'indagine filosofica sopra esposta costituisce una delle molte forme rappresentative della corporeità, anche se probabilmente quella più pregnante, più densa di significato e più 'fondativa' per l'impostazione della ricerca che ci accingiamo a presentare.

Pare comunque indispensabile citare alcune delle altre possibili forme rappresentative della corporeità, perlomeno per collocare quella da noi privilegiata all'interno di un contesto di ampio respiro, che miri al raggiungimento della maggior esaustività possibile. Se, dunque, nelle pagine successive, a partire da una fondazione filosofico/fenomenologica, procederemo all'approfondimento dei costrutti psicologici che mirano ad identificare e definire l'identità corporea, facendo emergere la rilevanza che questi hanno per le scienze dell'educazione, in questo frangente ci teniamo a citare in particolar modo le neuroscienze (nel momento in cui indagano il rapporto mente-corpo e mente-cervello), la ricerca artistica (e in particolar modo la pittura e la scultura) e l'espressione letteraria, come tentativi di indagine e forme privilegiate di rappresentazione della corporeità umana.

Per quanto concerne le neuroscienze, la problematicità circa la consapevolezza corporea è emersa dall'analisi dei dati clinici e in modo particolare da due forme di deficit: danno cerebrale e amputazione di un arto. Ciò che sorprende, agli inizi degli studi in questo settore, era il fatto che, a se-

guito di alcune tipologie di lesione cerebrale, vi fosse una modificazione dell'individuo nella consapevolezza del proprio corpo. Parimenti, stupiva il fatto che, a seguito dell'amputazione di un arto, il 'paziente' continuasse a percepire l'arto mancante come ancora presente, come parte integrante del proprio corpo, il così detto arto fantasma, appunto. Da qui l'emergere di molteplici interrogativi. Quale attività neurale è responsabile della consapevolezza del proprio corpo? Vi è una regione specifica del cervello deputata alla consapevolezza della propria corporeità? Nel caso in cui l'immagine corporea fosse localizzata in un particolare modulo neurale, le lesioni che disturbano la nostra esperienza del corpo dovrebbero essere ristrette ad una particolare regione del cervello? Esiste, dunque, una regione del cervello che, qualora fosse totalmente distrutta, renderebbe la persona inconsapevole del proprio corpo?

Secondo Kinsbourne (2002), anche per quanto concerne l'esperienza dell'arto fantasma ci si riferisce ad una teoria dell'immagine corporea "basata sul cervello". La maggior parte degli amputati continua a percepire per anni gli arti amputati come se fossero ancora 'attaccati' al corpo. L'arto fantasma gioca un ruolo primario nell'esperienza che essi vivono del loro corpo, tanto che sembra attrarre la loro attenzione più degli arti reali. L'arto fantasma non è un'appendice statica e inerte. Una persona amputata, ad esempio, può giungere a tentare di camminare utilizzando la gamba non esistente. Questo fenomeno dimostra come il senso di possesso di un arto dipende dalla rappresentazione cerebrale dello stesso. Il contributo delle neuroscienze pone in evidenza come la consapevolezza e l'esperienza del proprio corpo costituiscono l'ancoraggio su cui si sviluppa il senso di sé. La mente continua a 'maturare' finché può rappresentare e riflettere sui suoi contenuti, finché il sé diviene astratto, quasi come se fosse 'estratto' dal corpo, e intellettualizzato come mente cosciente di sé. Ma il sé percepito e il suo 'substrato' corporeo continuano a formare, ideare e costruire il sé, aggiornandolo e portando l'attenzione sui dati di realtà attuali (Cofer, 1980; Critchley, 1953; Fisher, 1990).

La ricerca artistica, e in particolar modo le rappresentazioni figurative della corporeità umana, attuate nella pittura e nella scultura, costituiscono un'altra importante esemplificazione di quello che noi abbiamo definito 'corpo nella mente' e, in questo caso, del 'corpo portato fuori dalla mente'. Scrive Dall'Asta (2007, p. 25): "*Un enigma, percepito come esigenza insopprimibile, attraversa gran parte della ricerca artistica contemporanea: Chi sono io? Chi è questo io che pensa, agisce, parla, si relaziona al mondo attraverso il proprio corpo?*". Ricerca che non riguarda solo l'epoca contemporanea, ma che costituisce una costante presenza che accompagna la storia dell'umanità. Pensiamo, ad esempio, all'affresco di Giotto «*Noli me tangere*» che decora la Cappella degli Scrovegni. Il Cardinal Martini (2000, pp. 123-124), consentendoci di giungere ad un esemplare connubio tra pittura e letteratura, commenta così l'opera di Giotto:

Al centro la Maddalena: volge le spalle al sepolcro ed è tutta protesa verso Gesù che sembra fiorire dalle sue braccia aperte. Lei è vestita di rosso, lui di bianco e d'oro, come il sole che sboccia dall'aurora. La staticità attonita di tutto il resto –cieli e orizzonte, piante e sepolcro, angeli e guardie – evidenzia il dinamismo dell'incontro. Il Risorto ha due movimenti contrastanti: uno verso Maria, quasi per tirarla fuori dal sepolcro verso di sé, l'altro in direzione opposta, per condurla oltre il limite stesso del dipinto [...] I due movimenti rappresentano, attraverso immagini di corpi umani, il duplice destino del corpo stesso. Sono rispettivamente i due tipi di rapporto che abbiamo con il corpo dell'altro e con la realtà dell'Altro: il tentativo di chiuderlo in sé e soffocarlo o l'apertura ad accoglierlo ed esserne trasportati verso la luce.

1.6. Le identità corporee: una chiarificazione terminologica

La prima parte del titolo di questo paragrafo costituisce un esplicito tributo al volume di Faccio (2007): *Le identità corporee*, appunto. Abbiamo buone ragioni per sostenere che l'autrice debba a sua volta un tributo a Cash e Pruzinsky (1990, 2002) che in più occasioni definiscono l'immagine corporea

come “immagini corporee”, in quanto costruito multidimensionale che implica una ricca diversità e pluralità di dimensioni.

Abbiamo già avuto modo di accennare al fatto che il costruito relativo all’identità corporea trova le sue radici in molteplici e diversi campi di indagine come quello neurologico, quello psicoanalitico, quello filosofico e quello psicosociale (Fisher, 1990), solo per citarne alcuni. La storia del costruito, a genesi multidisciplinare, se da un lato ha consentito il raggiungimento di una notevole ricchezza di informazioni, studi e ricerche a riguardo, dall’altro ha portato ad una frammentazione, perlomeno per quanto concerne la nomenclatura che consente di identificare il costruito stesso. Il moltiplicarsi del numero di nomenclature per indicare diversi aspetti dell’identità corporea, a volte impiegati arbitrariamente dagli autori, altre volte indistintamente, altre ancora indebitamente, ha fatto emergere in alcune occasioni la mancanza di un serio tentativo di integrazione delle diverse nomenclature e dei costrutti ad esse sottostanti. Riteniamo tuttavia fondamentale esplicitare questo passaggio, identificare in modo chiaro il costruito di interesse, stabilire la relazione tra i vari costrutti esistenti, esplicitare la scelta della nomenclatura più adeguata per la presente ricerca.

In letteratura troviamo principalmente le seguenti nomenclature con le rispettive definizioni:

- a. *Identificazione corporea*. La psicanalisi intende con identificazione corporea la distinzione tra ciò che è fuori e ciò che è dentro il corpo. Secondo Freud, l’io è innanzitutto un io corporeo. Nella costruzione dell’identificazione molteplici sono le esperienze che portano il bambino all’identificazione corporea. Attraverso l’esperienza di piacere e dispiacere egli ‘impara’ progressivamente a distinguere il proprio corpo dal mondo esterno e dall’alterità.
- b. *Schema corporeo*. Questo concetto trova la sua origine in ambito neurologico. È stato coniato da Henry Head, che fu il primo a costru-

ire una teoria dettagliata riguardante i processi di elaborazione, integrazione e unificazione delle percezioni corporee. Secondo Head, ogni individuo costruisce un modello o un'immagine di sé che costituisce uno standard nei riguardi del quale le posture e i movimenti del corpo vengono giudicati. Tale schema costituisce un requisito basilare per la persona affinché possa avere la capacità di spostarsi da una posizione all'altra in modo coerente. Il concetto di schema corporeo è stato considerato e definito in vari modi da molteplici autori fino ai giorni nostri (si vedano, solo per citarne due, le definizioni di Schilder e Le Buolch). Generalmente e semplicisticamente, esso può essere considerato come una 'mappa' contenente i diversi elementi presenti nel corpo umano, nella giusta posizione e sequenza. Riportiamo di seguito la spiegazione del test dello schema corporeo (Daurat-Hmeljak, Stambak, & Berges, 1969) che forse ci può aiutare a comprendere la definizione di questo costrutto. Il test, ideato per bambini tra 4 e 11 anni, si compone di tre fasi: evocazione (riconoscere, nominare e collocare in modo esatto rispetto ad un unico punto di riferimento le diverse parti del corpo); costruzione (conoscere l'esatta collocazione spaziale delle diverse parti del corpo); riproduzione (se il bambino non esegue correttamente le prime due fasi, gli viene chiesto di riprodurre il manichino in presenza di un modello). Proprio per il debito che il costrutto deve alla neurologia, va segnalato il fatto che attualmente si ritiene che l'agnosia dello schema corporeo sia dovuta a lesioni delle aree 39 e 40 situate nell'area associativa parietale terziaria dell'emisfero dominante. Ma è proprio per il fatto che il costrutto dello schema corporeo è nato osservando i pazienti neurologici e, non di meno, per il fatto che le sue definizioni originarie non tenevano conto del continuo modificarsi ed evolversi dello schema corporeo stesso, e quindi delle sue componenti dinamiche e sociali, che esso ha fatto emergere notevoli elementi di critici-

tà, tanto che nel 1990 viene pubblicato un contributo di Zazzo dal titolo “*La disintegrazione della nozione di schema corporeo*”.

- c. *Immagine corporea*. L'immagine corporea non può essere affatto considerata come sinonimo di schema corporeo, pur essendo in qualche modo legata ad esso. Una prima definizione di immagine corporea potrebbe essere la figura del proprio corpo così com'è costruita dall'individuo. Attualmente essa viene considerata come un costrutto psicologico multidimensionale che riguarda le percezioni e le attitudini che l'individuo riferisce al proprio corpo, con particolare riferimento all'aspetto (vedi Cash & Pruzinsky, 2002). È inoltre possibile distinguere due componenti principali del costrutto: percettiva e attitudinale. La prima componente si riferisce essenzialmente alla stima della taglia corporea (Farrel, Lee, & Shafran, 2005), mentre la seconda è connessa agli aspetti cognitivi, emotivi ed affettivi che riguardano il proprio corpo (Cash & Deagle, 1997). Va anche detto che l'immagine corporea, oltre ad avere un aspetto di tratto, possiede anche un aspetto di stato (Brinded, Bushnell, McKenzie, & Wells, 1990; Tiggemann & Lynch, 2002), e in questo senso può essere intesa come una percezione episodica di tipo valutativo e affettivo circa il proprio aspetto fisico, che si modifica a seconda dei contesti e delle situazioni di vita (Cash, Fleming, Alindogan, Steadman, & Whitehead, 2002; Rudiger, Cash, Roehrig, & Thompson, 2007). Il costrutto in esame è dunque complesso e presenta molteplici sfaccettature, tanto che si parla di “immagini corporee” (Cash, 2004), riferendosi alle percezioni e alle attitudini riferite al proprio corpo, inclusi i pensieri, le credenze, i sentimenti e i comportamenti. È questa, dunque, una produzione psicologica più complessa della nozione di schema corporeo che, pur originando, costruendosi e confrontandosi con il corpo nella sua materialità e nelle funzioni neurologiche che sostengono lo schema corporeo stesso, si arricchisce e si amplifica con il

contributo di processi psicologici, affettivi e cognitivi come la memoria di esperienze passate, di affetti, di sofferenza, l'inconscio e la dimensione socio-culturale in cui l'individuo è immerso, in costante interdipendenza.

d. *Immagine motoria.* Il concetto di immagine motoria è molto diverso da quello di immagine corporea e non può essere con esso confuso. Per immagine motoria si intende la capacità dell'individuo di 'immaginare' i movimenti del proprio corpo. Già dai primi studi compiuti dagli psicologi dello sport è stato evidenziato come il movimento possa essere immaginato ponendosi in due diverse prospettive: interna e/o esterna. La prima si ha quando l'individuo immagina il movimento così come se lo stesse compiendo in prima persona (riproduzione nella mente delle sensazioni cinestesiche), la seconda si ha quando l'individuo immagina di vedere dall'esterno un altro individuo o se stesso compiere un movimento, come se stesse guardando un video (riproduzione nella mente delle sensazioni principalmente visive). Numerosi sono gli autori che hanno tentato di definire questo costrutto in modo completo, proponendo modelli attraverso i quali poter spiegare il complesso sistema di produzione di immagini mentali motorie (Annett, 1995; Grush, 2004; Hall & Martin, 1997; Jeannerod, 1994; Wilson, 2003).

e. *Percezione corporea.* In ambito filosofico la percezione è definita come atto conoscitivo che mette immediatamente in rapporto il soggetto con un oggetto reale, sia interno che esterno, presentando un carattere di attività che comporta consapevolezza e unificazione. In questo senso è interessante il contributo di Rosmini, nel frangente in cui afferma che noi uomini abbiamo due modi di percepire il nostro corpo: estrasoggettivo e soggettivo. Nel primo caso noi percepiamo il nostro corpo come qualsiasi altro corpo esteriore, nel secondo per

quel sentimento fondamentale ed universale grazie al quale sentiamo la vita essere in noi. Percepiamo il nostro corpo come una cosa con noi, come consenziente. Lalli (1997) rileva come alcuni autori facciano confusione nell'equiparare il concetto di immagine corporea (che tra l'altro, diremo noi, richiama solo il senso della vista) e quello di percezione corporea, senza considerare il fatto che essi corrispondono a genesi e dinamiche molto diverse. La definizione dell'autore sembra rispecchiare il concetto rosminiano di sentimento fondamentale corporeo, nell'intendere la percezione corporea come la percezione del nostro corpo vivente e finito, vissuto come integro e vitale, ovvero il corpo che sono, il corpo proprio vissuto, il *Leib* per riferirci alla fenomenologia. Va detto infine che il costrutto 'percezione corporea' è stato utilizzato da più autori come sinonimo di concetto del proprio corpo e auto-descrizione del proprio corpo, come vedremo nel prossimo paragrafo.

- f. *Concetto del proprio corpo, auto-descrizione del proprio corpo e sé corporeo.* È interessante notare come i principali autori che si sono interessati di indagare il 'concetto del proprio corpo', inteso come costrutto psicologico multidimensionale, abbiano costruito strumenti di misura (questionari) denominati in modo diverso e in momenti temporali ravvicinati. I questionari principali sono tre: il *Physical Self-Concept Scale* (Richards, 1988), il *Physical Self-Perception Profile* (Fox, 1990) e il *Physical Self-Description Questionnaire* (Marsh & Redmayne, 1994). Perché dunque tre nomenclature per un unico costrutto? Analizziamo più nel dettaglio i tre questionari. Lo strumento costruito e validato da Richards è breve, facile da compilare e permette di misurare molteplici dimensioni del concetto del sé fisico in ragazzi e ragazze di età superiore ai 12 anni. Esso si compone dei seguenti sette fattori: costituzione corporea, aspetto, salute, competenza fisica, forza, orientamento all'azione, soddisfazione ge-

nerale verso il proprio fisico. Fox e Corbin (1989), sulla base delle precedenti ricerche teoretiche ed empiriche condotte da Harter (1982), Shavelson, Hubner & Stanton (1976), e Marsh (1987), argomentano la multidimensionalità del costrutto e costruiscono uno strumento composto da quattro domini (attrattiva corporea, competenza sportiva, forza fisica, condizionamento fisico / esercizio) con l'aggiunta di una scala globale di valutazione dell'autostima. Marsh e Redmayne, nel 1994, descrivono lo sviluppo di una versione preliminare del *Physical Self-Description Questionnaire*, esaminando le relazioni tra sei componenti del concetto del sé fisico e cinque componenti della fitness fisica. Nello stesso anno verrà pubblicato uno studio di validazione con una versione più aggiornata dello strumento (Marsh & Richards, 1994), comprendente i seguenti undici fattori: forza, grasso corporeo, attività, resistenza /fitness, competenza sportiva, coordinazione, salute, aspetto, flessibilità, sé corporeo generale, autostima. Da questo ultimo studio, attraverso un'analisi comparativa con gli strumenti precedenti, si evince che, oltre alla validità dello strumento, esso si presenta come più ampio in quanto 'ingloba' quelli precedenti, permettendo di misurare un range più variegato delle molteplici componenti che costituiscono il sé corporeo. Ed è questa la principale ragione per cui è proprio il PSDQ lo strumento che abbiamo utilizzato nella nostra ricerca, pur mantenendo un approccio critico anche nei confronti dello stesso, come verrà esplicitato in seguito.

Riassumendo, dunque, la 'proliferazione terminologica' in merito al nostro costrutto di interesse sembra legata più ad esigenze di tipo tecnico, ovvero distinguere gli strumenti di misura validati dai diversi autori, piuttosto che di tipo sostanziale. Pertanto ci teniamo a chiarificare che, nel nostro studio utilizzeremo come sinonimi le seguenti nomenclature: concetto del proprio corpo/fisico, auto-descrizione del proprio corpo/fisico e sé corporeo/fisico.

Bibliografia

- ATI (2007). *Il corpo alla prova dell'antropologia Cristiana*. Milano: Glossa.
- Annett, J. (1995). Motor imagery: Perception or action? *Neuropsychologia*, 33, 1395-1417.
- Berti, E. (2007). *In principio era la meraviglia. Le grandi questioni della filosofia antica*. Bari: Laterza.
- Bertolini, P. (1988). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. La Nuova Italia: Firenze.
- Boncinelli, E., & Galimberti, U. (2000). *E ora? La dimensione umana e le sfide della scienza*. Torino: Einaudi.
- Brevik, G. (2008). Bodily movement – The fundamental dimensions. *Sport, Ethics and Philosophy*, 2, 337-352.
- Brinded, P.M., Bushnell, J.A., McKenzie, J.M., & Wells, J.E. (1990). Body-image distortion revised: Temporal instability of body image distortion in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 695-701.
- Cacciari, M. (2000). Nomi di luogo: confine. *Aut aut*, 299-300: 73-79.
- Cash, T.F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5.
- Cash, T.F., & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T.F., Fleming, E.C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond body image as trait: The development and validation of the Body Image States Scale. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10, 103-113.

- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image. A handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images. Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.
- Casini, L. (1990). *La riscoperta del corpo. Schopenhauer / Feuerbach / Nietzsche*. Roma: Studium.
- Cofer, J.B. (1980). Phantom breast concomitants among mastectomy patients. Unpublished doctoral dissertation, North Texas State University.
- Critchley, M. (1953). *The parietal lobes*. London: Arnold.
- Dall'Asta, A. (2007). Chi sono io? La ricerca artistica contemporanea. In ATI (2007). *Il corpo alla prova dell'antropologia Cristiana* (pp. 25-43). Milano: Glossa
- Daurat-Hmeljak, C., Stambak, M., & Berges, J. (1969). *Il test dello schema corporeo*. Firenze: O.S.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*. Firenze: Giunti.
- Farrel, C., Lee, M., & Shafran, R. (2005). Assessment of body size estimation: A review. *European Eating Disorders Review*, 13, 75-88.
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images. Development, deviance, and change* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Fox, K.R. (1990). *The Physical Self-Perception Profile manual*. DeKalb, IL: Northern Illinois University, Office for Health Promotion.
- Fox, K.R., & Corbin, C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Freud, S. (1927). *The ego and the id*. London: Hogarth.
- Galimberti, U. (1987). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Gava, G. (1977). *Mente versus corpo. Un errore logico-linguistico*. Padova: Liviana.

- Gehlen, A. (1940). *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt*. Berlin: Junker und Dünnhaupt.
- Gomasca, P. (2004). *I confini dell'altro. Etica dello spazio multiculturale*. Milano: Vita e Pensiero.
- Grush, R. (2004). The emulation theory of representation: Motor control, imagery and perception. *Behavioral and Brain Sciences*, 27, 377-396.
- Guitton, J. (1991). *Dieu et la science. Vers le metarealisme*. Paris: Grasset.
- Hall, C.R. & Martin, K.A. (1997). Measuring movement imagery abilities: A revision of the Movement Imagery Questionnaire. *Journal of Mental Imagery*, 21, 143-154.
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Head, H. (1926). *Aphasia and kindred disorders of speech*. London: Cambridge University Press.
- Henry, M. (2000). *Incarnation. Une philosophie de la chair*. Paris: Seuil.
- Husserl, E. (2002). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, a cura di Costa V. Einaudi: Torino.
- Jeannerod, M. (1994). The representing brain: Neural correlates of motor intention imagery. *Behavioral and Brain Sciences*, 17, 187-245.
- Kinsbourne, M. (2002). The brain and body awareness. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, & clinical practice* (pp. 22-29). New York: Guilford Press.
- Lalli, N. (1997). *Lo spazio nella mente – Saggi di psicosomatica*. Liguori: Napoli.
- Le Boulch, J. (1969). *L'education par le mouvement*. Paris: Les Editions Sociales Francaises.
- Marcel, G. (1927). *Journal Métaphysique*. Paris: Gallimard.
- Marsh, H.W. (1987). The hierarchical structure of self-concept: An application of hierarchical confirmatory factor analysis. *Journal of Educational Measurement*, 24, 17-39.

- Marsh, H.W., & Redmayne, R.S. (1994). A multidimensional physical self-concept and its relation to multiple components of physical fitness. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 16*, 45-55.
- Marsh, H.W., & Richards, G.E. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 16*, 270-305.
- Martini, C.M. (2000). *Sul corpo*. Milano: Centro Ambrosiano.
- Melchiorre, V. (1988). *Il corpo*. Brescia: La Scuola.
- Melchiorre, V. (1987). *Corpo e persona*. Genova: Marietti.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Librairie Gallimard.
- Plessner, H. (1975). *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Ravasi, G. (2002). *Il corpo nella cultura ebraico-cristiana*. Saggio contenuto in I. F. Magnoni (a cura di), *Ippocrate e Vangelo nella sanità che cambia*. Bologna: EDB.
- Reale, G. (2002). *L'immagine e il concetto di corpo nella cultura greca*; saggio contenuto in I. F. Magnoni (a cura di), *Ippocrate e Vangelo nella sanità che cambia*. Bologna: EDB.
- Richards, G.E. (1988). *Physical Self-Concept Scale*. Sydney: Australian Outward Bound foundation.
- Rosmini, A. (1830). *Nuovo saggio sull'origine delle idee*. Edizione Nazionale.
- Rudiger, J.A., Cash, T.F., Roehrig, M., & Thompson, J.K. (2007). Day-to-day body-image states: Prospective predictors of intra-individual level and variability. *Body Image: An International Journal of Research, 4*, 1-9.
- Scarpa, S. (2008). *Corpo, movimento, sport in discussione. Il punto di vista cristiano*. Padova: Cleup.

- Scarpa, S. (2007), Philosophy for Children and the Kinetic Sciences: a possible conciliation? The body and movement in the philosophy for children curriculum. *Childhood & Philosophy, a journal of the international council of philosophical inquiry with children*. V. 3, n. 5, jan/jun.
- Scarpa, S., & Carraro, A. (In Stampa). Does Christianity demean the body and deny the value of sport?- A provocative thesis. *Sport, Ethics and Philosophy*.
- Scarpa, S., Gobbi, E., & Carraro, A. (2010). *Leib as Limen: A phenomenological reflection on the expressive and communicative value of body movements*. 38th Annual Meeting of the International Association for the Philosophy of Sport, Book of Abstract, Roma, 15-19 settembre, 2010, pp. 91-92.
- Scheler, M. (1928). *Die Stellung des Menschen in Kosmos*. Darmstadt: Otto Reichl.
- Schilder, P. (1973). *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: Ed. Angeli.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J., & Stanton, G.C. (1976). Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Stein, E. (2000). *La struttura della persona umana*. Roma: Città Nuova.
- Stein, E. (1917). *Zum Problem der Einfühlung*. Halle: Buchdruckerei des Waisenhauses.
- Tiggemann, M., & Lynch, J.E. (2002). Body image across life span in adult women: The role of self objectification. *Developmental Psychology*, 37, 243-253.
- Timossi, R. (1999). *Dio e la scienza moderna. Il dilemma della prima mossa*. Milano: Mondadori.
- Wilson, M. (2003). Imagined movements that leak out. *Trends in Cognitive Sciences*, 7, 53-55.
- Wojtyla, K. (1999). *Persona e atto*. Rimini: Rusconi.
- Zazzo, R. (1990). La disintegrazione della nozione di schema corporeo. *Età Evolutiva*, 35, 60-63.

pagina successiva:
Alvise Bittente,
Treppìè, 2010



II

Auto-descrizione del proprio corpo

L'auto-descrizione del proprio corpo (o concetto del sé fisico) può essere definita come un insieme di conoscenze, sentimenti, ricordi ed esperienze che l'individuo riferisce al suo corpo (Fox, 1998). Attualmente questo costrutto è considerato come un sotto-dominio del concetto di sé che incorpora, a sua volta, molteplici e differenti caratteristiche (come la salute, la fitness, le capacità e abilità motorie, l'aspetto, l'attività fisica) e può essere considerato dunque come una sorta di 'consapevolezza' multidimensionale che riguarda la propria corporeità (Marsh, Richards, Johnson, Roche, & Tremayne, 1994).

L'auto-descrizione di sé (o concetto di sé) è uno dei costrutti più studiati di recente negli ambiti della psicologia dell'educazione, della psicologia della personalità e della psicologia sociale. Il concetto di sé può essere definito come la percezione che un individuo ha di se stesso, con contenuti sia descrittivi che valutativi (Harter, 1996). A quanto afferma Fox (1997), per 'self-concept' si intende l'individuo così come è conosciuto dall'individuo stesso, ovvero un profilo auto-descritto basato sulla moltitudine di ruoli e attributi che riteniamo costruiscano il nostro sé. Le tre caratteristiche principali del costrutto sono la multidimensionalità, la gerarchia e la stabilità. Il concetto di sé è costituito da più dimensioni (sociale, fisica, accademica, ...), che si pongono in modo gerarchico per andare a costituire il sé globale ed influire sull'autostima. La stabilità del concetto di sé inteso in forma globale si riferisce al fatto che non è facilmente suscettibile a cambiamenti (Marsh & Yeung, 1998).

Il concetto di sé è stato oggetto di studio anche recentemente in Italia (Camodeca, Di Michele, Mela, & Cioffi, 2010). In modo particolare è stato adattato uno strumento di misura del concetto di sé comprendente otto dimensioni: abilità fisica, apparenza, relazioni con i pari e con i genitori, concetto di sé in matematica, italiano e scuola in generale, e concetto globale di sé. Secondo gli autori il concetto di sé si pone alla base dell'individualità di una persona, in quanto ogni persona percepisce ed interpreta il mondo attraverso il proprio modo di essere, le proprie credenze e valori, il significato che attribuisce agli eventi interpersonali. È possibile pensare al concetto di sé come ad una teoria che ogni persona sviluppa riguardo a sé stessa, una rappresentazione mentale di sé, con riferimento alle proprie caratteristiche, capacità, abilità, inclinazioni e attributi che la persona ritiene di possedere e che la distinguono dalle altre. Lo sviluppo del concetto di sé rappresenta un compito evolutivo importante. Fin dall'infanzia, l'individuo comincia a chiedersi chi è e quali siano le caratteristiche peculiari che lo contraddistinguono. Alla formazione del concetto di sé concorrono man mano i progressi a livello cognitivo e le esperienze sociali (Marsh, Craven, & Debus, 1991).

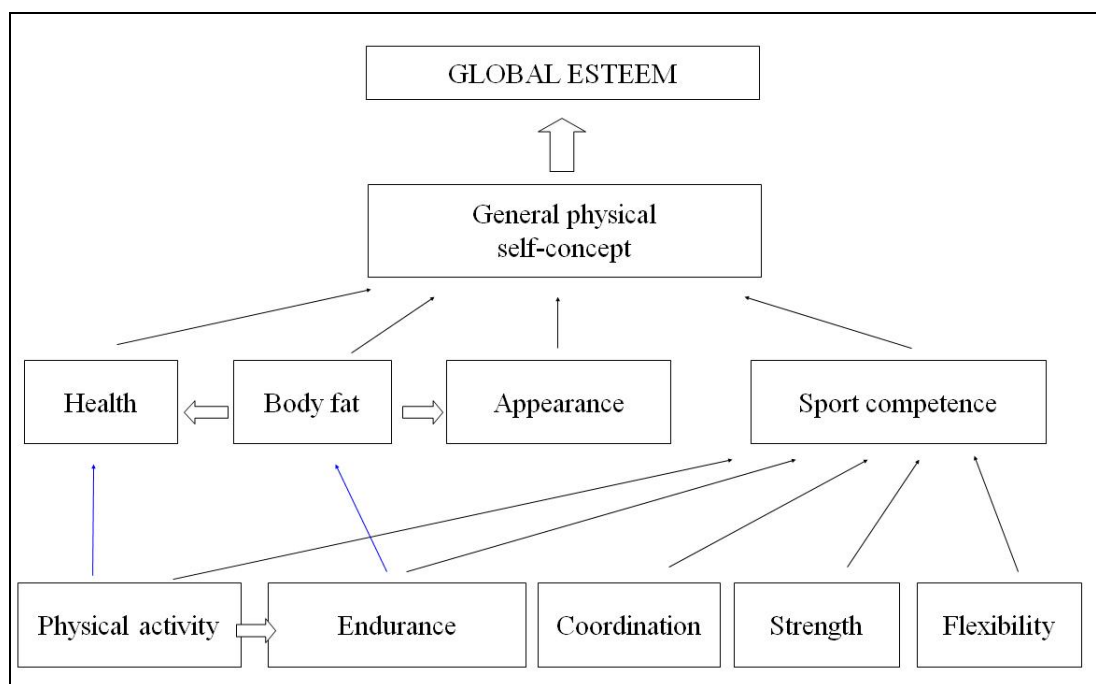
2.1. Modello multidimensionale e gerarchico del costrutto

Il concetto del sé corporeo costituisce una componente del concetto di sé che non è facile definire in termini univoci, vista la molteplicità di prospettive da cui può essere studiato (biologica, neurofisiologica, affettiva, cognitiva, filosofica, ...). Si può tuttavia affermare che il sé corporeo costituisce un insieme di conoscenze, sentimenti, ricordi ed esperienze che l'individuo riferisce al suo corpo (Fox, 1998). Ribadiamo come questo costrutto venga considerato come un sotto-dominio del concetto di sé che non può, tuttavia, essere trattato come un costrutto unidimensionale, in quanto incorpora molteplici e differenti caratteristiche. Le attuali teorie a riguardo fanno dunque emergere la necessità di prendere in considerazione una consapevolezza

multidimensionale che riguarda la propria corporeità (Marsh, Richards, Johnson, Roche, & Tremayne, 1994).

In Figura 2.1 troviamo una possibile rappresentazione grafica del costrutto multidimensionale e gerarchico del sé corporeo. Alla base troviamo l'attività (essere fisicamente attivi/e, svolgere molte attività motorie regolarmente) e le capacità motorie: *resistenza* (essere in grado di percorrere lunghi tratti senza fermarsi, non stancarsi facilmente nel corso di esercizi intensi), *coordinazione* (essere bravi/e ad eseguire movimenti coordinati, essere capaci di eseguire movimenti fluidi), *forza* (essere forti, avere un corpo potente e con molti muscoli) e *flessibilità* (essere capaci di flettere e torcere il proprio corpo facilmente e in differenti direzioni). Da rilevare in modo particolare, a questo livello, l'influenza dell'attività sulla resistenza.

Figura 2.1



Ad un secondo livello troviamo: *salute* (non ammalarsi spesso, ristabilirsi in fretta a seguito di una malattia), *obesità* (non essere in sovrappeso, non essere troppo grasso), *aspetto* (essere di bella presenza, avere un viso carino) e *competenza sportiva* (essere bravo/a negli sport, essere atletico/a, avere buone abilità e competenze sportive). Da rilevare come la competenza sportiva sembri dipendere dalle capacità motorie e dalla pratica di attività motoria, mentre la salute risente dell'influenza positiva dell'attività e il grasso corporeo della resistenza. Al terzo e penultimo livello troviamo il *concetto globale del sé corporeo* (avere una concezione positiva della propria corporeità), che in modo mediato o diretto è influenzato da tutte le componenti sottostanti. All'apice troviamo l'*autostima globale* (concezione positiva globale del proprio sé) influenzata in modo diretto dal fisico globale e in modo mediato dalle altre specifiche componenti (si veda Marsh, 1996).

In conclusione di paragrafo, per delineare i confini del concetto del sé corporeo, ci sembra appropriato tenere in considerazione tutte le componenti descritte sopra ad eccezione dell'attività e dell'autostima. La prima perché riguarda un 'fare' anziché un 'essere', la seconda perché riguarda una concezione globale del sé e non solo il sé corporeo, pur essendo da questo fortemente influenzata.

2.2. Il sé corporeo come mediatore di risultati in educazione fisica

Il concetto del sé fisico è considerato un importante mediatore di risultati in educazione fisica. Bassi livelli di attività motoria sono correlati ad una vasta gamma di problemi di salute (inclusa l'obesità, le malattie cardiovascolari, i disturbi del comportamento alimentare e la depressione; US Surgeon General, 1996). Nonostante vi siano molte iniziative di promozione dell'attività motoria e di sensibilizzazione circa i benefici ad essa associati, le persone hanno generalmente difficoltà nel cominciare e aderire con costanza a pro-

grammi di attività motoria. Ne risulta che, il focus delle ricerche nell'ambito dello sport, dell'esercizio e dell'educazione fisica, si sia esteso dalla valutazione del miglioramento delle abilità motorie e dello stato di fitness all'indagine dei costrutti psicologici che esercitano un effetto sull'attività fisica e giocano un ruolo importante nel determinarne i risultati (Marsh, Papaioannou, & Theodorakis, In Press).

Uno studio condotto di recente, sulla linea di molti altri studi condotti a livello internazionale, ha posto in evidenza le relazioni tra fitness fisico e sé corporeo negli adolescenti italiani (Carraro, Scarpa, & Ventura, 2010), attestando come il concetto del sé corporeo possa essere considerato come mediatore di risultati in educazione fisica. Lo studio ha posto in evidenza la presenza di molteplici relazioni significative tra variabili oggettive misurate con la batteria di test EUROFIT e variabili soggettive misurate con il questionario PSDQ. In modo particolare, si è riscontrata una associazione tra: BMI e obesità percepita, tra test di forza e forza percepita, tra test di flessibilità e flessibilità percepita, tra test di equilibrio e coordinazione percepita, tra test resistenza e resistenza percepita.

2.3. Identità e sé corporeo

Il concetto di sé e di sé corporeo sono strettamente connessi a quello di identità, che pure risulta di definizione problematica e complessa. Come afferma Grion (In Stampa), il costrutto 'identità' è assai diffuso nell'ambito delle scienze sociali, anche se lo statuto teorico sottostante è scarsamente definito, trovandosi all'incrocio di una pluralità di discipline come la psicanalisi, le scienze politiche, la sociologia, la storia, all'interno delle quali assume un'ampia varietà di significati (Sciolla, 1983).

Restringendo la prospettiva alla sociologia e alla psicologia sociale, la variabilità d'uso del termine comprende almeno tre casi (Stryker & Burke, 2000):

- a. L'identità vista come cultura di un popolo (in questo caso non si rileva distinzione fra identità e etnicità).
- b. L'identità considerata come elemento d'identificazione di una collettività o una categoria sociale, strumento di condivisione di una cultura fra i partecipanti.
- c. L'identità ascritta a quelle parti del sé costituite dai significati che le persone riferiscono ai molteplici ruoli giocati nelle complesse società contemporanee.

Mancini (2002) rileva come il riferimento al concetto di identità è posto in essere da una pluralità di approcci, che rappresentano una testimonianza della complessità del fenomeno e della molteplicità delle componenti costitutive dello stesso (cognitive, emotive, comportamentali, motivazionali).

Il concetto di sé e quello di identità vengono utilizzati, a volte, in ambito psicologico e pedagogico, come fenomeni differenti. In altre occasioni vengono considerati come interscambiabili, tanto che sembra plausibile asserire che la distinzione concettuale dei due termini è molto meno chiara di quanto possa apparire.

Al fine di offrire un quadro teorico di riferimento all'interno del quale collocare il costrutto del sé corporeo nel presente lavoro di ricerca, si andranno di seguito esplorando brevemente alcune idee di fondo riguardo il concetto di sé e quello di identità, presenti in alcune prospettive teoriche elaborate in ambito psico-pedagogico.

Sembra necessario innanzitutto chiarire che solo da un lasso di tempo relativamente breve, in ambito psicologico, si dibatte intorno ai temi del sé e dell'identità. A parere di Foddy & Kashima (2002), infatti, a metà del ventesimo secolo, le ricerche intorno a questi argomenti erano quasi inesistenti e solo intorno agli anni '80 e '90 vi è stata una vera esplosione di studi e ricerche. Fra le problematiche oggi maggiormente dibattute negli studi sul sé e l'identità, Mancini (2002) ne evidenzia in particolare alcune, come rappresentative dei nuclei teorici attraverso i quali rilevare le differenze fra i diversi approcci e nel contempo tentare di riconoscere una chiave di lettura

ra integrata dei più importanti contributi della psicologia sociale in questo ambito. I principali interrogativi posti dall'autrice riguardano:

- a. La natura più o meno rigida della struttura del sé;
- b. L'unicità o molteplicità del sé;
- c. Le dinamiche fra sé come soggetto conoscente e sé come oggetto conosciuto;
- d. La relazione fra sé e identità.

Pare evidente come, nella presente ricerca, ci preme analizzare con particolare attenzione la relazione tra il concetto di sé e quello di identità (Mark, 2002). E, più precisamente, tra sé corporeo e identità.

2.4. Interazione somato-psico-sociale nello sviluppo del sé corporeo

Il sé corporeo sembra avere un ruolo cruciale in due periodi particolari dello sviluppo umano: infanzia e adolescenza. Specialmente nel secondo periodo, l'individuo sperimenta molti cambiamenti nel suo corpo e nei contesti di vita in cui si trova inserito. L'adolescenza porta l'individuo a vivere il proprio corpo e il mondo circostante in un modo diverso (Damon & Hart, 1982; Petersen, 1988). Ed è proprio in questa fase della vita che risulta importante garantire un buon rapporto con la propria dimensione corporea al fine di promuovere la salute e il benessere psicofisico degli individui (Dunton, Schneider, Graham, & Cooper, 2006).

Evidenze scientifiche dimostrano che il concetto del sé fisico viene 'costruito' dall'individuo nel suo percorso evolutivo sotto l'influsso e l'interdipendenza di tre componenti principali: somatica, psicologica e sociale. Ciò che ci interessa sottolineare in questo frangente è che l'elaborazione dell'auto-descrizione del proprio fisico non è influenzata esclusivamente né dai dati di realtà che attestano la propria conformazione fisica, né dalla mera visione psicologica, emotiva e affettiva della propria

fisicità, ma dalla stretta interazione di queste due componenti con la dimensione sociale. Un esempio emblematico per chiarire l'interazione tra queste tre componenti è il cosiddetto 'grasso fantasma', presente nelle persone che sono state stigmatizzate per la loro condizione di obesità nelle prime fasi dello sviluppo. Adolescenti normopeso e in condizione fisica salutare che sono stati obesi nel corso dell'infanzia, nel caso in cui la loro condizione è stata oggetto di prese in giro e di attacchi di bullismo, possono sviluppare dei disturbi percettivi e attitudinali della propria immagine corporea. Una delle manifestazioni principali è appunto il 'grasso fantasma' (che richiama il concetto dell'arto fantasma), ovvero la condizione in cui l'individuo continua a percepire nel suo corpo la presenza del 'grasso' che aveva quando era in condizione di sovrappeso, pur essendo diventato normopeso. È chiara da questa esemplificazione l'interazione tra la dimensione somatica, quella psicologica e quella sociale nello sviluppo del concetto del sé fisico. Una persona fisicamente in forma può aver sviluppato a livello psicologico una concezione 'distorta' della propria corporeità a causa di un vissuto sociale negativo e stigmatizzante (Duncan, Al-Nakeeb, & Nevill, 2004; Jansen, van de Looij-Jansen, de Wilde, & Brug, 2008; Needham & Crosnoe, 2005).

A conferma del fatto che riteniamo che vada assunto il principio secondo il quale l'identità è plasmata dal riconoscimento (Taylor, 1994), riprenderemo qui il tema dell'identità così come posto dalla filosofia politica. Al contributo dell'individualismo moderno, che non considera la socialità come costitutiva dell'umano e che definisce l'individuo come persona morale, ovvero come essere razionale che ha un proprio fine e che è dotato di un senso di giustizia (Rawls, 1999), noi aggiungeremo il contributo di MacIntyre (2007) quando afferma che qualsiasi rapporto dell'uomo con il mondo si inserisce sempre nella storia concreta di una comunità. Non c'è identità umana se non in rapporto ad una tradizione. La persona è riflessivamente situata, ovvero può partecipare criticamente alla scelta e alla costruzione dell'identità che riceve inizialmente dalla tradizione e dalla comunità di appartenenza. Vi è uno stretto legame tra identità e riconoscimento. L'identità

è plasmata dal riconoscimento, che non è da considerarsi come una cortesia dovuta, ma come un bisogno umano vitale. L'identità umana non è frutto di un monologo ma è dialogica. Autenticità, dunque, significa che l'identità è qualcosa che la persona scopre dentro di sé, ma attraverso un dialogo, in parte interiore e in parte esteriore, con altre persone. L'identità si costruisce nello scambio e nelle relazioni con gli altri significativi. Se alcune delle cose che la persona desidera di più divengono accessibili solo in relazione ad altri, ne deriva che questi altri diventano parte dell'identità della persona. Il dialogo ininterrotto con gli altri rende il riconoscimento un bisogno fondamentale non solo a livello della sfera pubblica, ma anche a livello della sfera intima.

L'identità, infatti, non si costruisce per il semplice fatto che ci siamo e che ogni volta che parliamo diciamo "io". L'identità si costruisce a partire dal riconoscimento dell'altro. Se il riconoscimento manca, come manca sempre a chi va male a scuola, l'identità, che è un bisogno assoluto per ciascuno di noi, si costruisce altrove, in tutti quei luoghi, scuola esclusa dove è possibile ottenere riconoscimenti. Se poi fuori dalla scuola e dalla famiglia resta solo la strada, sarà la strada a fornire quei riconoscimenti ai livelli in cui la strada li può concedere (Galimberti, 2007, p. 33).

A testimonianza di quanto scritto sopra, nel paragrafo successivo, esplicheremo i risultati di una ricerca che pone in evidenza come la mancanza di riconoscimento possa portare ad una frantumazione dell'identità personale. Manifestazioni di disconoscimento come la vittimizzazione tra pari e il bullismo, sono fenomeni che possono minare il sereno sviluppo dell'identità, in tutte le sue sfaccettature, compreso il sé corporeo.

2.4.1. Vittimizzazione tra pari e sé corporeo

Bullismo e vittimizzazione sono fenomeni comuni nei bambini e negli adolescenti (Olweus, 2003, 2007; Vreeman & Carroll, 2007), tanto che si stima che tre ragazzi su quattro sperimentino esperienze di questo tipo (Eisenberg & Aalsma, 2005). La fenomenologia di queste forme di disagio caratterizza tutto il periodo della scolarizzazione e si manifesta trasversalmente in una prospettiva internazionale, con la differenza che, se nei paesi anglosassoni l'incremento dei fenomeni di bullismo si rivela nel corso della scuola media (Bauer, Herrenkohl, Lozano, Rivara, Hill, & Hawkins, 2006), in Italia questi comportamenti manifestano un picco all'età della scuola primaria per poi diminuire nella scuola secondaria di primo grado (Fonzi, 1997). Inoltre, sembra che il bullismo in Italia abbia una frequenza superiore rispetto ad altri paesi europei (Genta, Menesini, Fonzi, Costabile & Smith, 1996). A sottolineare la portata del problema, si registra negli ultimi anni un costante aumento delle ricerche - sia in Italia che all'estero - dedicate ad approfondire aspetti legati tanto alla conoscenza, quanto alla prevenzione, al trattamento e alle conseguenze psicologiche, sociali e educative del fenomeno (Bellacchi, 2008; Formella & Hatvalic, 2009; Gini, Albiero, Benelli, & Altoè, 2008; Holt, Finkelhor, & Kantor, 2007; Long & Pellegrini, 2003).

Per vittimizzazione tra pari, in modo particolare, si intende quel fenomeno speculare al bullismo che si sostanzia nel subire maltrattamenti ripetuti da parte di uno o più pari, in una relazione di disequilibrio di potere tra bullo e vittima, in cui quest'ultima dimostra quasi sempre difficoltà a difendersi (Ma, Stewin, & Mah, 2001; Schäfer, Korn, Brodbeck, Wolke, & Schulz, 2005). Il più delle volte le persone oggetto di vittimizzazione tendono ad essere percepite come fisicamente più deboli e aventi meno amici (Rodkin & Hodges, 2003). Lo stereotipo tipico è che le vittime differiscano per qualche tratto dai loro coetanei. Vi sono dunque elementi o caratteristiche individuali che sono percepiti soggettivamente dagli altri come situati

fuori dalla norma. Tali fattori possono riguardare aspetti socio-demografici, la classe sociale, l'etnia, l'aspetto e le caratteristiche fisiche, varie forme di disabilità, la taglia corporea, l'igiene personale, l'espressione facciale, la forza fisica (Sweeting & West, 2001; Cleave & Davis, 2006). L'obesità, ad esempio, è predittiva di coinvolgimento in fenomeni di bullismo sia per i ragazzi che per le ragazze in quanto gli individui obesi vengono percepiti come soggetti che deviano da un aspetto ideale (Griffiths, Wolke, Page, & Horwood, 2006). Anche i ragazzi goffi e scoordinati sono frequentemente bersaglio dei bulli, oggetto di derisione e di attacchi fisici, mentre i bambini e i ragazzi che ottengono alti punteggi nelle performance atletiche non divengono generalmente vittime del bullismo. I ragazzi che vengono valutati positivamente nelle 'discipline d'aula' (ad esempio in lettere o in matematica), invece, non sono trattati dai coetanei in modo così favorevole come quelli abili negli sport e in educazione fisica (Sweeting & West, 2001). Da ciò si evince che, sebbene lo sport e l'educazione fisica possano essere considerati come opportunità di educazione alla cittadinanza attiva e di prevenzione del bullismo (Piredda, 2009) tanto che, nelle Indicazioni Nazionali per il Curricolo (2007), tra gli obiettivi di apprendimento previsti nell'ambito di 'Corpo movimento sport' al termine della classe terza della scuola secondaria di primo grado, rientra il "*saper gestire in modo consapevole gli eventi della gara (le situazioni competitive) con autocontrollo e rispetto per l'altro, accettando la sconfitta*" (p. 77), affinché la proposta sportiva sia efficace nella prevenzione del bullismo, è indispensabile che gli insegnanti e gli allenatori/istruttori sportivi siano abili e competenti nel creare un contesto di interazione sociale inclusivo.

Sulla base di queste premesse, è possibile ipotizzare che un individuo che è stato vittima di bullismo durante la pratica sportiva possa aver sviluppato una concezione peggiore della propria corporeità, delle proprie capacità e abilità motorie e una minor autostima. D'altro canto, sembra anche possibile ipotizzare che una scarsa considerazione di sé, della propria dimensione fisica e delle proprie abilità motorie possa giocare un ruolo di primaria impor-

tanza, in un circolo vizioso che perpetua e solidifica lo ‘status’ del ragazzo come vittima di abusi da parte dei coetanei (Egane & Perry, 1998).

I risultati dello studio

Lo studio che riportiamo di seguito (Scarpa, Nart, Gobbi, & Carraro, In Stampa) intendeva analizzare le relazioni sussistenti tra quattro forme di vittimizzazione tra pari (vittimizzazione fisica, vittimizzazione verbale, manipolazione sociale, attacco alla proprietà), considerate nello specifico delle manifestazioni che vengono messe in atto durante la pratica sportiva, e l’auto-descrizione del proprio corpo (salute, coordinazione, attività, obesità, abilità sportiva, aspetto, forza, flessibilità, resistenza, fisico globale e auto-stima globale) nel periodo della preadolescenza (Cantin & Stan, 2010; Houbre, Tarquinio & Lanfranchi, 2010).

Dall’analisi dei risultati, un primo dato positivo che è emerso è il fatto che l’87.6% dei partecipanti allo studio ha dichiarato di praticare attività sportiva extrascolastica. Questo dato si pone in linea con l’esito di una ricerca recente, che ha coinvolto nove università con lo scopo di analizzare gli stili di vita e le abitudini ‘salutari’ dei ragazzi di sette paesi europei, facendo emergere che i ragazzi italiani sono quelli che raggiungono la percentuale più alta (74.5%) di iscrizioni a società sportive con un trend in aumento (Brandl-Bredenbeck, *et al.*, 2009).

L’analisi del questionario PSDQ-Short ha fatto emergere che gli alunni che hanno partecipato allo studio presentano mediamente una concezione positiva del proprio corpo e delle proprie abilità motorie. I punteggi più alti sono stati ottenuti nelle sottoscale relative alla salute e all’obesità, mentre i punteggi più bassi sono stati ottenuti nelle sottoscale relative alla forza e alla flessibilità. I ragazzi hanno ottenuto dei punteggi significativamente più alti delle ragazze nelle sottoscale relative a resistenza, forza, abilità sportiva e fisico. Vi sono molte ricerche che attestano che i ragazzi hanno

una concezione del proprio corpo generalmente più positiva delle ragazze (Etxaniz, 2009; Klomsten, Skaalvik, & Espnes, 2004). E in un precedente studio condotto in Italia sono stati ottenuti dei risultati sovrapponibili per quanto riguarda la forza e la resistenza percepite (Carraro, Scarpa, & Ventura, 2010).

La scala sulla vittimizzazione (SMVP) ha rilevato una discreta frequenza del fenomeno nel campione in esame, sia per quanto riguarda la vittimizzazione generale che quella messa in atto durante la pratica sportiva. Da notare il fatto che la vittimizzazione verbale abbia dimostrato di avere la maggior frequenza in entrambi i contesti. Inoltre, come già evidenziato da precedenti ricerche, anche nel presente studio è emerso che i ragazzi tendono a manifestare forme di vittimizzazione fisica con una frequenza significativamente maggiore delle ragazze (Mynard & Joseph, 2000; Carraro, Scarpa, Paggiaro, & Ventura, In Stampa).

L'analisi delle correlazioni tra le quattro forme di vittimizzazione e i fattori del PSDQ-S ha messo in evidenza la presenza di molte correlazioni inverse. In modo particolare, considerando la SMVP sia in forma generale che durante la pratica sportiva, la vittimizzazione verbale si è dimostrata essere quella con il maggior numero di associazioni negative, seguita dalla vittimizzazione fisica. Mentre le scale relative alla manipolazione sociale e all'attacco alla proprietà hanno fatto riscontrare un numero ridotto di associazioni negative. Sembra dunque lecito supporre che è soprattutto il fatto di essere presi in giro, insultati e chiamati con nomignoli antipatici così come il fatto di subire qualche forma di violenza fisica (come ad esempio il ricevere spinte, l'essere presi a pugni o a calci) che porta l'individuo a sviluppare una concezione negativa della propria corporeità, del proprio aspetto, della taglia del proprio corpo, delle proprie capacità e abilità motorie e, infine, una ridotta autostima (Felix & McMahon, 2006; O'Moore & Kikham, 2001).

Analizzando il fenomeno di vittimizzazione tra pari durante la pratica sportiva rispetto alle due categorie ('Mai stato vittima di bullismo' e 'Vit-

tima di bullismo almeno una volta'), è emerso che il fenomeno di vittimizzazione manifesta una frequenza piuttosto elevata, soprattutto per quanto concerne la vittimizzazione verbale.

Infine, dal confronto dei punteggi medi del PSDQ-S rispetto alle due categorie, emerge che: (a) le persone che hanno subito qualche forma di vittimizzazione fisica durante la pratica sportiva si stimano più in sovrappeso, meno coordinate e presentano una minor autostima; (b) le persone che hanno subito qualche forma di vittimizzazione verbale durante la pratica sportiva manifestano una maggior insoddisfazione nei confronti del proprio aspetto, si percepiscono meno coordinate e meno abili nel praticare sport, infine presentano una minor autostima; (c) le persone che hanno subito qualche forma di manipolazione sociale durante la pratica sportiva si stimano più in sovrappeso. Questi dati sembrano confermare l'ipotesi che l'elaborazione dell'auto-descrizione del proprio corpo, nelle fasi dello sviluppo, è influenzata non solo dalla dimensione somatica e da quella psicologica, ma dalla stretta interazione di queste con la dimensione sociale. Individui in fase di transizione dall'infanzia all'adolescenza, che nel loro percorso di vita sono stati vittima di attacchi di bullismo, corrono maggiormente il rischio di sviluppare una concezione negativa della propria corporeità e una minor autostima (Manju, 2007).

Il fenomeno di vittimizzazione tra pari può avere degli effetti devastanti e spesso porta a conseguenze violente e disastrose sia per le vittime che per i bulli, con il rischio di sviluppare problemi di adattamento scolastico e sociale degli alunni e di comprometterne lo sviluppo psicologico (Espelage & Swearer, 2003; Fleisher & Schwartz, 2003; Kumpulainen & Räsänen, 2000). Nonostante lo sport e l'educazione fisica siano comunemente considerati fattori protettivi nei confronti del bullismo (Piredda, 2009), dalla presente indagine emerge che il fenomeno di vittimizzazione tra pari si manifesta con una frequenza piuttosto elevata anche nel corso della pratica sportiva.

I risultati di questo studio, inoltre, hanno messo in evidenza la presenza di una associazione negativa fra vittimizzazione tra pari e auto-descrizione del proprio corpo. Nel trattare i dati si era partiti dall'ipotesi che la vittimizzazione tra pari potesse influenzare negativamente l'auto-descrizione del proprio corpo. In una prospettiva futura sarebbe interessante analizzare più approfonditamente la causalità tra vittimizzazione e auto-descrizione del proprio corpo: è la vittimizzazione a determinare una concezione negativa della propria corporeità o è quest'ultima ad esporre l'individuo a forme di vittimizzazione? Entrambe le ipotesi possono essere considerate valide e probabilmente tra loro interagenti. L'esperienza di vittimizzazione porta indubbiamente l'individuo a diminuire nel tempo la considerazione che ha di sé. D'altro canto una scarsa considerazione di sé può giocare un ruolo centrale in un circolo vizioso che perpetua e solidifica lo 'status' del ragazzo come vittima di abusi da parte dei coetanei (Egan & Perry, 1998).

In conclusione, i risultati di questa ricerca hanno enfatizzato la necessità di sensibilizzare gli insegnanti, gli educatori e gli allenatori al fenomeno della vittimizzazione tra pari e di progettare e mettere in atto programmi di prevenzione non solo nell'ampio contesto scolastico ma anche nello specifico dell'educazione fisica e della pratica sportiva extracurricolare (Houbre, Tarquinio e Lanfranchi, 2010). Sull'altro versante, gli educatori dovrebbero tenere in considerazione il fatto che avere una buona considerazione di sé, del proprio corpo e delle proprie abilità motorie è un fattore protettivo per gli alunni nei confronti dell'esposizione a fenomeni di bullismo. In questo senso dovrebbe essere data priorità agli interventi educativi mirati alla prevenzione e alla riduzione di sentimenti di scarsa considerazione di sé tra i bambini e gli adolescenti (O'Moore & Kikham, 2001).

Bibliografia

- Bauer, N.S., Herrenkohl, T.I., Lozano, P., Rivara, F.P., Hill, K.G., & Hawkins, J.D. (2006). Childhood bullying involvement and exposure to intimate partner violence, *Pediatrics*, *118*, 235-242.
- Belacchi, C. (2008). I ruoli dei partecipanti nel bullismo: una nuova proposta. *Giornale Italiano di Psicologia*, *4*, 885-911.
- Brandl-Bredenbeck, H.P., Stefani, M., Kessler, C., Brettschneider, W.D., Kussin, U., Bortoli, L., Carraro, A., Laskiene, S., Seghers, J., Vanreusel, B., Shpakov, A., Sudeck, G., Szczepanowska, E., & Umia-stowska, D. (2009). Children today - Couch potatoes, fast food-junkies, mediafreaks? Lifestyle and health behaviour: first results of an international comparison. *International Journal of Physical Education*, *XLVI*, 31-39.
- Camodeca, M., Di Michele, C., Mela, M., & Ciuffi, R. (2010). Adattamento italiano del Self-Description Questionnaire per bambini di età scolare e preadolescenti. *Giornale Italiano di Psicologia*, *37*, 673- 694.
- Cantin, S., & Stan, S.N. (2010). Les relations avec pairs à l'adolescence comme facteurs de risque de l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *42*, 116-126.
- Carraro, A., Scarpa, S., & Ventura, L. (2010). Relationships between physical self-concept and physical fitness in Italian adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, *110*, 522-530.
- Carraro, A., Scarpa, S., Paggiaro, A. e Ventura, L. (In Stampa). Un contributo alla validazione Italiana della Scala Multidimensionale di Vittimizzazione tra Pari. *Giornale Italiano di Psicologia*.
- Cash, T.F., Thériault, J., & Annis, N.M. (2004). Body image in an interpersonal context: adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *23*, 89-103.

- Cleave, J.V., & Davis, M.M. (2006). Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics*, *118*, 1212-1219.
- Damon, W., & Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, *53*, 841-864.
- Duncan, M.J., Al-Nakeeb, Y., & Nevill, A.M. (2004). Body esteem and body fat in British school children from different ethnic groups. *Body Image*, *1*, 105-122.
- Dunton, G.F., Schneider, M., Graham, D.J., & Cooper, D.M. (2006). Physical activity, fitness, and physical self-concept in adolescent females. *Pediatric Exercise Science*, *18*, 240-251.
- Egan, S.K., & Perry, D.G. (1998). Does low self-regard invite victimization? *Developmental Psychology*, *34*, 299-309.
- Eisenberg, M.E., & Aalsma, M.C. (2005). Bullying and peer victimization: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health*, *36*, 88-91.
- Espelage, D.L., & Swearer, S.M. (2003). Research on school bullying and victimization: what have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, *32*, 365-383.
- Etxaniz, I.E. (2009). Gender differences in physical self-concept during the life span. *Behavioral Psychology*, *17*, 365-380.
- Felix, E.D., & McMahon, S.D. (2006). Gender and multiple forms of peer victimization: How do they influence adolescent psychosocial adjustment?. *Violence and Victims*, *21*, 707-724.
- Fleisher, W., & Schwartz, L. (2003). Mental health sequelae of bullying: A review and case report. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatric Review*, *12*, 13-17.
- Foddy, M., & Kashima, Y. (2002). *Self and Identity: What is the conception of the person assumed in the current literature?* In Y. Kashima M. Foddy e M. Platow (Eds.), *Self and Identity. Personal, Social, and Symbolic*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

- Fonzi, A. (a cura di) (1997). *Il bullismo in Italia: il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia: ricerche e prospettive d'intervento*. Firenze: Giunti.
- Formella, Z., & Hatvalic, M. (2009). Il bullismo come manifestazione del disagio evolutivo nell'adolescenza. Risultati di una ricerca condotta nelle scuole medie superiori della regione Dubrovačko-Neretvanska, Croazia. *Orientamenti Pedagogici*, 56, 193-226.
- Fox, K.R. (1998). Advances in the measurement of physical self. In J.L. Duda (Ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement*, Morgantown: Fitness Information Technology, 295-310.
- Genta, M.L., Menesini, E., Fonzi, A., Costabile, A., & Smith, P.K. (1996). Bullies and victims in schools in central and southern Italy. *European Journal of Psychology of Education*, 11, 97-110.
- Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., & Altoè, G. (2008). Determinants of adolescents' active defending and passive bystanding behavior in bullying. *Journal of Adolescence*, 31, 93-105.
- Griffiths, L.J., Wolke, D., Page, A.S., & Horwood, J.P. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 121-125.
- Grion, V. (In Stampa). *Narrare di sè. Identità professionale degli insegnanti in servizio: riflessioni e proposte fra ricerca e formazione*. Milano: Guerini.
- Holt, M., Finkelhor, D., & Kantor, G. (2007). Hidden forms of victimization in elementary students involved in bullying. *School Psychology Review*, 36, 345-360.
- Houbre, B., Tarquinio, C., & Lanfranchi, J.B. (2010). Expression of self-concept and adjustment against repeated aggressions: The case of a longitudinal study on school bullying. *European Journal of Psychology of Education*, 25, 105-123.
- Jansen, W., van de Looij-Jansen, P.M., de Wilde, E.J., & Brug, J. (2008). Feeling fat rather than being fat may be associated with psychologi-

- cal well-being in youth Dutch adolescents. *Journal of Adolescent Health, 42*, 128-136.
- Klomsten, A.T., Skaalvik, E.M., & Espnes, G.A. (2004). Physical self-concept and sports: Do gender differences still exist? *Sex Roles, 50*, 119-127.
- Kumpulainen, K., & Räsänen, E. (2000). Children involved in bullying at elementary school age: Their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. *Child Abuse & Neglect, 24*, 1567-1577.
- Long, D.J., & Pellegrini, A.D. (2003). Studying change in dominance and bullying with linear mixed models. *School Psychology Review, 32*, 401-417.
- Ma, X., Stewin, L.L., & Mah, D.L. (2001). Bullying in school: Nature, effects and remedies. *Research Paper in Education, 16*, 247-270.
- MacIntyre, A. (2007). *Dopo la virtù*. Roma: Armando.
- Mancini, T. (2002). *Sé e identità. Modelli, metodi e problemi in psicologia sociale*, Roma: Carocci.
- Manju, P. (2007). Adolescent relational victimization and gender differences in social-psychological adjustment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 67*, p. 6073.
- Mark, R. (2002). Do we need another journal? A converted skeptic's reply. *Self and Identity, 1*, 1-2.
- Marsh, H.W. (1996). Construct of Physical Self-Description Questionnaire response: Relations to external criteria. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 18*, 111-131.
- Marsh, H.W., Craven, R.G., & Debus, R. (1991). Self-concepts of young children 5 to 8 years of age: measurement and multidimensional structure. *Journal of Educational Psychology, 83*, 377-392.
- Marsh, H. W., Papaioannou, A., & Theodorakis, Y. (In Press). Causal ordering of physical self-concept and exercise behavior: Reciprocal effects model and influence of physical education teachers.

- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 16*, 270-305.
- Marsh, H.W., & Yeung, A.S. (1998). Top-down, bottom-up, and horizontal models: The direction of causality in multidimensional, hierarchical self-concept models. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 509-527.
- Meleddu, M., Scalas, L.F., & Guicciardi, M. (2002). Contributo alla validazione italiana del Physical Self-Description Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata, 237*, 36-52.
- Ministero della Pubblica Istruzione (2007). *Indicazioni Nazionali per il Curricolo per la scuola dell'infanzia e per il primo ciclo d'istruzione*, Roma.
- Mynard, H., & Joseph, S. (2000). Development of the Multidimensional Peer-Victimization Scale. *Aggressive Behavior, 26*, 169-178.
- Needham, B.L., & Crosnoe, R. (2005). Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Adolescent Health, 36*, 48-55.
- O'Moore, M., & Kikham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behavior. *Aggressive Behavior, 27*, 269-283.
- Olweus, D. (2003). A profile of bullying at school. *Educational Leadership, 60*, 12-17.
- Olweus, D. (2007). *Bullismo a scuola*. Firenze: Giunti.
- Peart, N.D., Marsh, H.W., & Richards, G.E., <http://www.aare.edu.au/05pap/pea05307.pdf>.
- Petersen, A.C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 39*, 583-607.

- Piredda, P. (2009). Lo sport scolastico come strumento di educazione alla cittadinanza attiva e di prevenzione contro il fenomeno del bullismo. *Educazione Fisica e Sport nella Scuola*, 222, 11-14.
- Rawls, J. (1999). *Liberalismo politico*. Milano: Comunità.
- Rodkin, P.C., & Hodges, E.V. (2003). Bullies and Victims in peer ecology: Four questions for psychologists and school professionals. *School Psychology Review*, 32, 384-400.
- Schäfer, M., Korn, S., Brodbeck, F.C., Wolke, D., & Schulz, H. (2005). Bullying roles in changing contexts: the stability of victim and bully roles from primary to secondary school. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 323-335.
- Schwartz, M.B., & Brownell, K.D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43-56.
- Sciolla, L. (1983). *Introduzione, Teorie dell'identità*. In Sciolla L. (a cura di), *Identità. Percorsi di analisi in sociologia*, (pp. 7-59). Torino: Rosenberg & Sellier.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: Where do we go from here? *Body Image*, 1, 15-28.
- Stryker, S., & Burke, P.J. (2000). The Past, present, and future of an identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 63, 284-297.
- Sweeting, H., & West, P. (2001), Being different: correlates of experience of teasing and bullying at age 11. *Research Papers in Education*, 16, 225-246.
- Taylor, C. (1994). *Radici dell'io. La costruzione dell'identità moderna*. Milano: Feltrinelli.
- Vreeman, R., & Carroll, A. (2007). A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 1, 78-88.

III

Il sé corporeo nell'adolescenza e nella giovinezza

Il concetto del sé corporeo ha un ruolo cruciale durante le fasi evolutive dello sviluppo psicofisico e, in modo particolare, nel corso dell'adolescenza - periodo durante il quale l'individuo sperimenta molti cambiamenti e trasformazioni della propria corporeità, che lo portano a vivere il proprio corpo e il mondo circostante in un modo diverso (Damon & Hart, 1982; Petersen, 1988). Ed è proprio in questa fase della vita che risulta importante garantire un buon rapporto con la propria dimensione corporea al fine di promuovere la salute e il benessere psicofisico della persona (Dunton, Schneider, Graham, & Cooper, 2006).

In questo capitolo cercheremo di analizzare la problematica del sé corporeo nell'adolescenza e nella giovinezza, contestualizzandola in un più ampio contesto teso alla definizione dei tratti salienti di queste fasi della vita, con particolare enfasi posta sui cambiamenti somatici e quindi sullo sviluppo delle capacità / abilità motorie.

3.1. Adolescenza e giovinezza

L'adolescenza può essere generalmente identificata - nelle società occidentali - come quel periodo della vita che riguarda il secondo decennio dell'esistenza di una persona. Essa può essere suddivisa a sua volta in prea-

dolescenza (11-14 anni circa) e in adolescenza vera e propria (15-18 anni), con delle differenziazioni legate al genere e di tipo socio-culturale che possono dilatare l'adolescenza e farla protrarre anche negli anni successivi a quelli indicati. Oggi si parla dunque di giovinezza per intendere quella fase della vita che prolunga i tempi di non autonomia e di dipendenza oltre i confini tradizionali dell'adolescenza. Ecco che viene così ampiamente utilizzato il concetto di 'adolescenza lunga' che, sotto certi aspetti, si sovrappone a quello di 'prolungamento della giovinezza'. Si assiste così al paradosso per cui la società obbliga da un lato ad una maturazione accelerata, mentre dall'altro non permette la saldatura dell'identità del giovane, che si vede brancolare nell'incertezza dell'indeterminato. Studi socio-psicologici pongono in evidenza tre elementi principali che portano ad un prolungamento della fase giovanile nelle società occidentali contemporanee: l'allungamento del periodo della scolarizzazione e l'espansione del periodo di studi che, a partire dagli anni '60, ha visto aumentare la frequenza delle scuole secondarie e poi dell'università; l'aumento sempre più crescente della precarietà professionale ed economica dopo il termine degli studi; il prolungamento del periodo di coabitazione con la famiglia di origine ed in modo particolare con i genitori (Cavalli & Galland, 1996). Se, fino a pochi decenni fa, la categoria 'giovane' veniva contrapposta con facilità alla categoria 'adulto', in quanto la soglia di transizione che le separava era netta e facilmente identificabile, si assiste oggi alla rottura di questa tradizionale opposizione e allo stabilirsi di molteplici tipologie di situazioni intermedie, non facilmente 'catalogabili', incerte, ambigue e che non permettono di classificare un individuo entro le categorie di adolescenza o adultità. Riconoscendo questo limite oggettivo, secondo Milan (2001) è possibile riferire l'attributo 'giovanile' ad una fascia d'età ampia e diversificata: preadolescenza (11-14 anni), adolescenza (15-18 anni), giovinezza (19-25 anni e oltre).

Secondo Galimberti (2007), l'adolescenza è quella fase precaria dell'esistenza dove l'identità appena abbozzata si gioca nel divario dramma-

tico “tra il non sapere chi si è e la paura di non riuscire a essere ciò che si sogna” (p. 31).

L’adolescenza, come ognuno sa, è promossa dal desiderio che, proprio in quel periodo della vita, ha la sua massima espressione. Adolescenze non desideranti annunciano esistenze mancate, ma il desiderio è spesso in conflitto con la realtà che non è costruita apposta per soddisfare desideri. Qui sono possibili due atteggiamenti. O la rimozione della realtà con conseguente rifugio in un mondo sognato ad essa alternativo, o la frustrazione che, reiterata, annulla l’identità (Galimberti, 2007, p. 33).

Quali sono dunque i tratti salienti del ‘tempo dell’adolescenza’? Essa costituisce probabilmente la fase più difficile e più complicata da gestire nella vita della persona. L’adolescenza è il periodo dei grandi cambiamenti e dell’emergere di problematiche complesse, nella dinamica interattiva tra i rapidi cambiamenti di sé e della realtà circostante. Il tempo dell’adolescenza sembra a volte prescindere da una specifica fase di sviluppo, connotandosi come ‘condizione’, come ‘stato’, quasi costituisse una dimensione della personalità, non collocabile in un’età inequivocabilmente definita. Certo è che l’adolescenza rappresenta un momento di passaggio, di transizione, di moratoria psicosociale, nel corso del quale l’individuo si trova ad affrontare principalmente i seguenti compiti di sviluppo: “*l’autonomizzazione; la costruzione mentale dell’immagine del corpo; la costruzione di nuovi legami di amicizia, di gruppo e di coppia*” (Schimmenti, 2009).

3.2. Lo sviluppo somatico e motorio

Abbiamo avuto già modo di rilevare precedentemente come lo sviluppo del sé corporeo dipenda, in prima istanza, dai dati di realtà che attestano la conformazione fisica dell’individuo, e quindi dallo sviluppo somatico e motorio. In questo paragrafo cercheremo di delineare i tratti salienti che caratte-

rizzano lo sviluppo somatico e motorio nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza, con particolare riferimento all'estrinsecazione delle differenze di genere.

Lo studio dei sistemi dello sviluppo (inteso come prodotto dei cambiamenti di relazione tra sviluppo della persona e contesti ambientali in cui tale sviluppo si attua) necessita di un'analisi del comportamento motorio basata su un approccio multidisciplinare. L'indagine deve perciò orientarsi verso una prospettiva che tenga conto, in una visione sistemica, degli aspetti biologici, fisiologici e psicologici connessi allo sviluppo somatico e motorio. È nell'integrazione e nell'interazione di questi tre aspetti che si opera il contributo alla maturazione ed allo sviluppo del comportamento motorio e al raggiungimento di performance adeguate alle richieste ambientali.

3.2.1. Definizione di sviluppo motorio

Con il termine generale 'sviluppo' intendiamo un fenomeno che necessita di essere definito da una pluralità di caratteristiche. Innanzitutto, come un continuo processo di cambiamento nella capacità funzionale, ovvero della capacità di esistere/vivere, di muoversi, di lavorare all'interno del mondo reale. È un processo cumulativo. Gli organismi viventi sono sempre e continuamente in una condizione di sviluppo. Ma 'l'ammontare' del cambiamento può essere più o meno quantificabile in base al periodo di vita preso in considerazione.

Secondariamente bisogna notare che lo sviluppo è correlato all'età, anche se non dipende da questa. Lo sviluppo procede con l'avanzare dell'età, anche se può essere più o meno veloce in differenti periodi di vita e la percentuale di sviluppo può differire tra individui della stessa età. Gli individui non avanzano necessariamente con un andamento parallelo e sovrapponibile fra età e sviluppo.

Lo sviluppo è un processo di cambiamento sequenziale. Uno 'stadio'

lascia spazio a quello successivo in un procedere ordinato e irreversibile. Tale cambiamento è il risultato di interazioni che avvengono all'interno dell'individuo e di interazioni tra l'individuo e l'ambiente. Tutti gli individui di una specie seguono un modello di sviluppo prevedibile, ma il risultato dello sviluppo è unico per ciascun individuo.

Il termine 'sviluppo' si riferisce dunque ad una pluralità di aree che includono quella fisica, quella sociale e quella cognitiva. Per sviluppo motorio si intende un processo sequenziale, continuo e correlato all'età, caratterizzato da cambiamenti nel comportamento motorio. Esso si riferisce allo sviluppo delle abilità di movimento. L'ambito di indagine caratterizzante è quello che si riferisce ai cambiamenti nel comportamento motorio e ai fattori che vanno a delineare tale cambiamento. Questo include sia il processo di cambiamento che il prodotto rappresentato dal movimento risultante. Non tutti i cambiamenti nel movimento sono sviluppo. Piuttosto, è appropriato utilizzare il termine apprendimento motorio quando si ha a che fare con cambiamenti nel movimento che siano relativamente permanenti, ma correlati all'esperienza più che all'età.

3.2.2. Cenni di auxologia

Il termine 'sviluppo' viene spesso interscambiato con il termine 'accrescimento'. Questo accostamento risulta però inappropriato. L'accrescimento somatico può essere definito come un aumento quantitativo di dimensioni o grandezza. Gli organismi viventi esperiscono un periodo di crescita nella dimensione fisica. Per gli esseri umani questo periodo di crescita comincia con il concepimento e termina nella tarda adolescenza. La crescita dell'organismo umano è un processo che va dalla vita embrionale alla fine dell'accrescimento somatico, passa per varie tappe e periodi, per arrivare alla piena maturazione. Cambiamenti nella dimensione dei tessuti che avvengano dopo il periodo di accrescimento somatico (come l'aumento della mas-

sa muscolare dopo un allenamento di forza) necessitano di essere descritti da altri termini. I termini 'crescita' e 'sviluppo' perciò includono cambiamenti sia nelle dimensioni che nella capacità funzionale.

L'auxologia è quella scienza che studia la crescita dell'organismo, intesa come interazione tra accrescimento e sviluppo, fino al raggiungimento della maturazione. Se lo sviluppo riguarda la differenziazione in senso morfologico e funzionale (aspetto qualitativo), l'accrescimento si riferisce all'aumento delle dimensioni somatiche (aspetto quantitativo). Per maturazione, infine, si intende la situazione fisiologica tipica dell'adulto, uno stato di integrazione funzionale ottimale fra i sistemi dell'organismo di un individuo e la capacità di riproduzione.

3.2.3. Fattori di sviluppo

Vi possono essere sostanzialmente due tipologie di fattori che influenzano lo sviluppo: quelli genetici o intrinseci e quelli ambientali o estrinseci. I primi sono legati al patrimonio ereditario di ogni individuo e sono relativamente indipendenti dall'influenza esercitata dall'individuo stesso. I secondi sono legati all'influenza di fattori su cui l'individuo può in un certo modo intervenire. Tra i fattori ambientali possono essere compresi:

- a. *L'alimentazione.* In situazioni di denutrizione, di sovralimentazione, di alimentazione non bilanciata si possono instaurare modificazioni dell'andamento del processo di crescita.
- b. *Le condizioni socioeconomiche.* Esse possono essere riferite ad alterazioni provocate da particolari condizioni igieniche, da condizioni sociosanitarie, lavorative.
- c. *Le condizioni psicologiche.* Quando le condizioni psicologiche sono avverse possono condizionare negativamente lo sviluppo fisico dell'individuo.

- d. *L'attività motoria.* Quando l'attività motoria è proposta e praticata in modo adeguato, essa gioca un ruolo di primo piano nello sviluppo fisico/fisiologico, psicologico e sociale dell'individuo.

Riassumendo, dunque, l'accrescimento è un processo continuo nel quale è tuttavia possibile riconoscere alcuni periodi o fasi caratterizzate da una certa variabilità individuale, la cui durata dipende sia dai processi di maturazione biologica, sia dalle sollecitazioni ambientali.

3.2.4. Modelli di crescita

Durante la crescita vi sono numerosi 'periodi critici' o 'fasi sensibili di sviluppo', in cui l'applicazione di stimoli specifici ha il massimo effetto di adattamento sulle strutture/funzioni a cui sono diretti. La mancata 'somministrazione' di tali stimoli nei periodi opportuni può creare delle lacune difficilmente colmabili nella vita futura dell'individuo, così come stimoli scorretti da un punto di vista qualitativo e/o quantitativo possono provocare dei danni irreversibili.

L'auxologia ci permette di analizzare le varie tappe di crescita del nostro organismo. È possibile così inquadrare i meccanismi di adattamento fisiologico durante ciascun periodo e costruire modelli di crescita dei vari apparati e tessuti, individuare i parametri di normalità ed eventuali situazioni fisiopatologiche, diagnosticare anticipi e ritardi dello sviluppo.

La velocità con cui l'organismo cresce varia a seconda della fascia cronologica e in relazione allo stato di salute, tuttavia non è mai uguale o prossima a zero. Tale velocità diminuisce progressivamente a partire dalla nascita e raggiunge il punto più basso prima della pubertà. Essa ha dunque una tendenza generale a diminuire dalla nascita in poi. Questa diminuzione si arresta poco prima del termine del periodo della crescita, quando si ha un'evidente accelerazione chiamata scatto di crescita adolescenziale o scatto

puberale, coincidente appunto con la pubertà. Generalmente la crescita è un processo piuttosto regolare, che segue un andamento più o meno preciso a seconda delle varie strutture ed apparati.

Oltre a rintracciare l'andamento dello sviluppo dell'organismo umano nella sua interezza, si può prendere in considerazione l'andamento di ciascun apparato, organo o tessuto. Le varie parti che compongono il corpo umano hanno ognuna una propria velocità di crescita. Sostanzialmente vi sono tre modelli di crescita dell'organismo umano:

- a. Un modello relativo all'apparato muscolare, osteoarticolare, cardio-circolatorio e respiratorio;
- b. Un modello relativo al sistema nervoso centrale;
- c. Un modello relativo all'apparato riproduttivo.

La maggior parte delle misure corporee segue una curva di crescita comune, che è simile a quella dell'apparato muscolare e osteoarticolare e di molti organi viscerali (fegato e reni) e dei grandi apparati (cardiovascolare e polmonare). Gli organi riproduttivi esterni ed interni hanno invece una crescita prepuberale più lenta, seguita da un notevole scatto puberale. Ancora diversa è la situazione per il sistema nervoso centrale e il sistema neurosensoriale che si sviluppano prima di ogni altra parte del corpo e hanno, quindi, una curva postnatale caratteristica.

Per valutare l'andamento del processo di crescita si può far riferimento ad apposite tabelle approntate per delineare le 'curve di crescita'. Per ottenere dei valori di riferimento ci si è basati su studi effettuati su popolazioni campione, che mettono in relazione età, sesso, le misure di caratteristiche e parametri fondamentali (come statura e peso). Vengono così individuate delle 'aree di normalità' entro cui lo sviluppo rientra in ambiti fisiologici. Valori che si pongono al di sopra o al di sotto di dette aree possono rappresentare situazioni da controllare, anche se è da tenere sempre in considerazione che esiste una grande variabilità individuale.

Grazie a queste tabelle è possibile seguire il processo di crescita delle principali strutture e dei parametri antropometrici fondamentali, indivi-

duando eventuali deficit, anticipi o ritardi nello sviluppo. L'attività motoria, se adeguata e corretta, favorisce i processi di crescita, determinando tra l'altro un aumento del tessuto muscolare, un consolidamento di quello osseo, una migliore funzionalità degli apparati cardiocircolatorio e polmonare.

3.2.5. Lo sviluppo dell'apparato scheletrico

L'apparato scheletrico va a costituire la struttura dell'individuo. Una struttura che non è statica, ma un tessuto vivente sottoposto a cambiamenti considerevoli lungo tutto l'arco della vita. Nella prima vita embrionale l'apparato scheletrico esiste come modello cartilagineo delle ossa. All'età fetale di 2 mesi compaiono i centri di ossificazione primaria nella parte centrale delle diafisi delle ossa lunghe. Da questi centri si propaga l'ossificazione verso l'esterno in entrambe le direzioni. Alla nascita l'ossificazione delle diafisi è completata con la formazione di 400 centri di ossificazione. Altri 400 appaiono dopo la nascita. La crescita post-natale delle ossa in lunghezza necessita di un centro di ossificazione secondario posto alla fine delle diafisi, nel piatto epifisario. In questo processo di crescita la cartilagine tende a sparire nel momento in cui le diafisi si fondono con le epifisi. Giunti a questo punto la lunghezza delle ossa rimane fissa. La maggior parte dei piatti epifisari si chiude fra i 18 e i 19 anni. Tale processo è anticipato per le femmine rispetto ai maschi. Nelle ossa lunghe, parallelamente al processo di accrescimento in lunghezza, si sviluppa un processo di crescita del diametro dello stesso. Questo processo guidato dal periostio è legato all'apposizione di nuovo tessuto osseo.

3.2.6. Lo sviluppo dell'apparato muscolare

L'apparato muscolare è indispensabile per permettere tutti i movimenti pos-

sibili del corpo. Vi sono più di 200 muscoli che permettono un numero vastissimo di movimenti e posizioni. Come avviene per l'apparato scheletrico, anche quello muscolare cambia lungo l'arco della vita, sotto l'influenza di fattori genetici e ambientali. Le fibre o cellule muscolari crescono nella vita prenatale sia per quanto riguarda l'ipertrofia (aumento di dimensioni) che per iperplasia (aumento di numero). Alla nascita, la massa muscolare ammonta al 23-25% del peso corporeo. L'iperplasia continua per un breve periodo dopo la nascita mentre l'ipertrofia costituisce il mezzo di crescita predominante per il muscolo. Il modello di crescita sigmoideo inerente al peso del corpo riflette la crescita del tessuto muscolare. La crescita del muscolo si sviluppa lungo due dimensioni: diametro e lunghezza. Il diametro delle fibre muscolari aumenta con la crescita, anche se è fortemente correlato all'intensità di esercizio a cui il muscolo stesso è sottoposto durante il periodo di crescita. Naturalmente il muscolo deve crescere anche in lunghezza, parallelamente alla crescita ossea. Ciò avviene attraverso l'aumento di sarcomeri (l'unità contrattile) lungo la giunzione muscolo-tendinea così come attraverso l'allungamento dei sarcomeri stessi. Le differenze di genere sono minime nel corso dell'infanzia, dove la massa muscolare costituisce una proporzione lievemente maggiore di massa corporea. Durante e dopo l'adolescenza la differenza diviene marcata ed è legata soprattutto ad influenze ormonali. Nei maschi la massa muscolare aumenta rapidamente fino ai 17 anni e raggiunge nel pieno della maturazione un valore del 54% del peso corporeo. Le femmine aumentano la massa muscolare solo fino ai 13 anni, fino a raggiungere un valore del 45% del peso corporeo.

Anche il cuore è un tessuto muscolare, anche se diverso dal muscolo scheletrico, ma come questo cresce per ipertrofia e iperplasia. Il cuore segue generalmente il modello di crescita sigmoideo come avviene per tutto il corpo, incluso lo scatto adolescenziale, in modo tale che il rapporto fra volume cardiaco e peso corporeo rimane approssimativamente lo stesso lungo tutta la crescita.

3.2.7. Lo sviluppo dell'apparato riproduttivo

L'apparato riproduttivo ha un comportamento simile a quelli sopra descritti, anche se con qualche differenza. Questo apparato ha delle funzioni peculiari strettamente legate al sesso. Attraverso la differenziazione sessuale e la conseguente secrezione importante di ormoni delle ghiandole sessuali, influisce direttamente sulla sintesi proteica dei tessuti e quindi sullo sviluppo del tessuto muscolare ed osseo, e di conseguenza su alcune capacità motorie, come ad esempio la forza. La differenziazione sessuale continua dalla nascita fino alla pubertà tanto in senso fisico che in senso psicologico. Gli organi riproduttivi hanno una crescita prepuberale lenta, seguita da un notevole scatto puberale. La pubertà è l'epoca in cui si registra la maggiore differenziazione sessuale, con cambiamenti fondamentali negli organi riproduttivi e nei caratteri sessuali secondari, nelle dimensioni e nella forma del corpo, nelle proporzioni relative dei tessuti muscolari, adiposo ed osseo e in numerose funzioni fisiologiche. Le femmine hanno uno scatto puberale più precoce dei maschi. Il menarca, ovvero la comparsa del primo ciclo mestruale, è uno degli indicatori biologici della pubertà e si verifica, generalmente, in una fase relativamente avanzata di essa. In generale, il periodo puberale e postpuberale è caratterizzato dall'evidenziarsi di una notevole differenza tra i sessi, dalla progressiva accentuazione delle caratteristiche individuali, e da una crescente stabilizzazione delle capacità fisiche e prestantive.

3.2.8. Lo sviluppo del sistema nervoso

Il sistema nervoso è forse il più complesso. Per cercare di comprenderlo è spesso necessario osservare individui con gravi lesioni cerebrali. Il sistema nervoso controlla il movimento e la parola. È il luogo in cui avviene il pensiero, dove è situata la memoria. Il suo sviluppo è fondamentale per lo svi-

luppo sociale, cognitivo e motorio dell'individuo. Gran parte dello sviluppo neuronale avviene nel primo periodo di vita. Tralasciamo in questa sede l'analisi del periodo prenatale, pur nella consapevolezza che in tale periodo avvengono dei processi di sviluppo fondamentali.

Alla nascita il cervello è circa il 25% del suo peso da adulto. La sua crescita aumenta rapidamente dopo la nascita e raggiunge l'80% del peso da adulto a 4 anni d'età. Si passa poi ad un periodo di crescita stazionaria fino all'adolescenza. Questa precoce e rapida crescita rende lo sviluppo neurologico molto suscettibile a fattori estrinseci - come la scarsa nutrizione - che possono potenzialmente provocare dei deficit che potrebbero non essere più recuperati in futuro.

3.2.9. Lo sviluppo della capacità anaerobica e della capacità aerobica

Un'attività fisica vigorosa può esser costituita da un breve periodo di esercizio intenso, da un periodo lungo di lavoro sub-massimale o massimale, o da una combinazione di questi. Alle richieste di un'attività breve e intensa o lunga e più moderata, l'organismo reagisce con risposte fisiologiche diverse. Durante un breve periodo di attività intensa (10 secondi), l'organismo risponde con la deplezione delle riserve locali di ossigeno e fosfato organico e attraverso la 'rottura' di glicogeno (riserva di energia) in acido lattico, creando un deficit di ossigeno che deve alla fine essere ripristinato. Quello appena descritto viene definito sistema anaerobico, in quanto avviene in assenza di ossigeno. Le prestazioni basate sul sistema anaerobico possono essere determinate misurando la potenza anaerobica (quando l'organismo deve far fronte alle richieste di un'attività breve e intensa) e la capacità anaerobica (il massimo deficit di ossigeno che una persona può tollerare). Quando il tempo di esercizio diventa maggiore, il sistema anaerobico contribuisce meno alla risposta dell'organismo. La respirazione e la circolazione aumentano per portare più ossigeno ai muscoli. In un esercizio di circa 90 secondi i

sistemi energetici anaerobico e aerobico (cioè che avviene in presenza di ossigeno) contribuiscono abbastanza equamente. Dopo 3 minuti i processi aerobici rispondono alle richieste dell'esercizio.

Diversamente dall'esercizio di breve durata, l'energia necessaria per svolgere un esercizio prolungato deriva dal sistema aerobico. In questo caso vengono utilizzate le riserve energetiche demolite dal sistema ossidativo che vanno ad aggiungersi alle riserve depletate nei primi minuti d'esercizio. Il successo con cui l'organismo va incontro alle richieste di un esercizio prolungato sono indicate dalla misurazione della potenza aerobica (quando l'organismo deve far fronte alle richieste di ossigeno a lungo termine in un'attività prolungata) e della capacità aerobica (tutta l'energia disponibile per soddisfare le richieste di un'attività prolungata).

I bambini hanno una quantità assoluta di riserve energetiche inferiore rispetto agli adulti, a causa dell'inferiore massa muscolare. Perciò esprimono una potenza anaerobica inferiore degli adulti. Parallelamente alla loro crescita, nei bambini aumenta la massa muscolare, la concentrazione di fosfato e il contenuto di glicogeno nel tessuto muscolare, sviluppano una maggior tolleranza alla concentrazione di acido lattico. Perciò la potenza anaerobica media e di picco migliora parallelamente al progredire dell'età. I valori che si riferiscono al lavoro totale prodotto migliorano lungo tutto il periodo dell'adolescenza per i maschi, mentre per le femmine il miglioramento si ha fino alla pubertà. Ciò sembra riflettere da un lato i modelli di crescita dell'apparato muscolare rispetto al sesso e dall'altro la visione socioculturale delle attività considerate più appropriate per le donne. Gli incrementi riguardanti la massa muscolare non sono esaustivi nel definire il miglioramento delle prestazioni anaerobiche e vanno integrati con il miglioramento della coordinazione neuromuscolare e della capacità di produrre energia.

Per quanto riguarda le prestazioni aerobiche i bambini hanno una circolazione ipocinetica, ovvero una gittata cardiaca inferiore rispetto agli adulti. La gittata cardiaca è il prodotto della gittata sistolica per la frequenza

cardiaca. I bambini hanno dunque una minor gittata sistolica che riflette le dimensioni inferiori del loro cuore. Ciò viene in parte compensato da una maggior frequenza cardiaca per un dato livello di esercizio. La gittata cardiaca resta comunque inferiore a quella degli adulti. I bambini inoltre presentano delle concentrazioni ematiche di emoglobina inferiori e quindi una minor capacità di trasportare ossigeno. Tutti questi fattori vanno a costituire un sistema di trasporto di ossigeno meno efficiente rispetto all'adulto. D'altra parte essi hanno una maggior capacità di estrazione di ossigeno da parte dei muscoli scheletrici, che sembra fungere da compenso. Infine, i bambini mobilizzano il sistema aerobico più velocemente rispetto agli adulti. Con la crescita, la circolazione ipocinetica viene gradualmente ridotta dai seguenti fattori:

- a. Aumentano le dimensioni del cuore;
- b. Aumenta la concentrazione di emoglobina;
- c. La capacità di estrazione di ossigeno si riduce ai livelli dell'adulto.

3.2.10. Lo sviluppo della forza

Come visto in precedenza, la massa muscolare segue un modello di crescita sigmoideo. Tale crescita è legata prevalentemente all'aumento del diametro delle fibre muscolari. Ma l'andamento della forza segue parallelamente quello della massa muscolare? Il primo passo verso una risposta consiste appunto nel capire la relazione fra massa muscolare e forza. La quantità di forza che un gruppo muscolare è in grado di esercitare dipende dalle fibre muscolari e dall'azione di leva esercitata dalle fibre stesse. Inoltre, il numero di fibre attivate dipende dall'area della sezione del muscolo e dal grado di coordinazione nell'attivazione delle fibre. Vi è dunque l'influenza del sistema nervoso nel controllo e nella sincronizzazione delle unità motorie per giungere alla realizzazione del movimento programmato. L'area della sezione muscolare aumenta con la crescita. Ciò sta a significare che la forza

incrementa con l'aumento della massa muscolare. Ma la massa muscolare non è ovviamente l'unico fattore che influenza la forza. Sono coinvolti anche fattori neurologici. Cambiamenti neurologici che avvengono lungo l'arco della vita influenzano la forza muscolare, che non dipende dunque solo dalla massa muscolare. La forza incrementa costantemente lungo la crescita dell'individuo. Maschi e femmine hanno un andamento simile dei valori di forza fino all'età di 13 anni, sebbene nel corso dell'infanzia e a parità di altezza i ragazzi siano lievemente più forti delle ragazze.

Nell'adolescenza i ragazzi presentano una massa muscolare superiore alle ragazze, principalmente come risultato di più alti livelli di secrezione di androgeni. Non sorprende dunque che i ragazzi manifestino un rapido incremento di forza verso i 13 anni, mentre le ragazze continuano ad aumentare il loro livello di forza in modo costante durante l'adolescenza per poi raggiungere un *plateau*.

3.2.11. Lo sviluppo delle capacità coordinative

Nello sviluppo individuale i momenti ottimali in cui è possibile allenare le capacità coordinative non coincide con quello delle capacità condizionali. Lo sviluppo delle capacità coordinative, in qualche modo, precede quello delle capacità condizionali. Ciò è legato al fatto che lo sviluppo delle capacità coordinative dipende primariamente dallo sviluppo del sistema nervoso centrale. Le capacità coordinative si basano infatti su meccanismi di controllo da parte del sistema nervoso centrale.

Le capacità coordinative sono numerose e si sviluppano in modo differenziato e in momenti diversi. Tra i 7 e i 10 anni si colloca un periodo di sviluppo intensivo per il perfezionamento delle seguenti capacità:

- a. capacità di reazione;
- b. capacità di frequenza di movimenti;
- c. capacità di differenziazione cinestesica;

- d. capacità di coordinazione sotto pressione temporale;
- e. capacità di equilibrio;
- f. capacità di destrezza fine.

È da ricordare che in questa fascia cronologica la corteccia cerebrale presenta un'elevata plasticità, consentendo un ottimale sviluppo delle capacità coordinative. Nella fase che precede la pubertà si conclude la maturazione motoria cerebrale, pur permanendo un'elevata plasticità della corteccia. Le capacità con uno sviluppo più intensivo sono:

- a. capacità di controllo e combinazione;
- b. capacità di differenziazione;
- c. capacità di reazione;
- d. capacità di ritmo.

Durante il periodo della prima pubertà si manifesta un secondo cambiamento somatico, con conseguente cambiamento delle proporzioni corporee. Questa condizione crea delle difficoltà nell'apprendimento delle capacità coordinative. Risultano qualitativamente peggiori soprattutto tutti i movimenti che richiedono una precisione elevata e un controllo fine. Nell'adolescenza si manifesta una condizione di stabilità generale nella capacità di esecuzione di movimenti. In questo periodo vi è una elevata capacità di apprendimento motorio che si manifesta soprattutto nei maschi. Tendenzialmente, in questa fase, è possibile allenare senza limiti le capacità coordinative in tutte le forme sportive. Migliorano in modo particolare le seguenti capacità:

- a. capacità di controllo motorio;
- b. capacità di adattamento;
- c. capacità di trasformazione;
- d. capacità di combinazione di movimenti.

3.3. Il sé corporeo

La preadolescenza costituisce un importante periodo per lo sviluppo del sé corporeo, specialmente per le ragazze. Sia per le ragazze che per i ragazzi, in questa fase della vita, vi sono svariate sfide evolutive che influenzano la costruzione del sé corporeo. Lo sviluppo puberale, l'emergere delle differenze sessuali, l'intensificazione dei ruoli legati al genere, l'esplorazione delle possibilità di successo nei vari contesti di vita, sono tutti fattori che influenzano lo sviluppo del sé corporeo nel periodo adolescenziale. In generale questa transizione è più stressante per le ragazze che per i ragazzi, perché esse si trovano a confrontarsi con queste richieste evolutive in modo simultaneo o in rapida sequenza. In aggiunta, le ragazze appartengono ad un 'gruppo' che fa esperienza di un numero più limitato di opzioni per il raggiungimento del successo in carriera o nello sport, che è più soggetto ad abusi e molestie sessuali, e altri elementi che sembrano segnalare uno status più basso. Tutte queste esperienze incrementano l'insicurezza e aumentano la tendenza delle ragazze a definire in termini più negativi il valore della propria corporeità, a volte con riduzionismi socio-economici. Gli psicologi comportamentisti hanno evidenziato che il periodo della transizione puberale accentua i problemi e le vulnerabilità esistenti. Per quanto concerne i ragazzi vi sono meno ricerche in questo settore. E le ricerche esistenti sono più inconsistenti rispetto all'impatto dell'evoluzione puberale sullo sviluppo del sé corporeo. Va detto comunque che vi è la necessità di maggiori ricerche indirizzate ad analizzare la funzione dello sviluppo puberale, sia 'attuale' che percepito, con particolare riferimento alle differenze di genere e all'etnia di appartenenza (Levine & Smolak, 2002).

3.3.1. Massa corporea reale e percezione di sovrappeso

Molte ragazze in età post-puberale sono insoddisfatte del loro peso e della forma del loro corpo, nonostante siano normopeso o, addirittura, sottopeso. Molte ragazze adolescenti credono che il peso e la 'taglia' del corpo siano importanti e che vi sia una stretta connessione tra sovrappeso percepito e insoddisfazione verso il proprio corpo, dieta e bassi livelli di autostima, a prescindere dal peso reale della persona. Sia nei ragazzi che nelle ragazze, trasversalmente rispetto all'etnia di appartenenza (americani, asiatici, ispanici, 'neri' e 'bianchi') c'è una bassa correlazione inversa, ma comunque significativa, tra indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI) e immagine corporea. In modo particolare, nelle ragazze in fase adolescenziale, il BMI è correlato con l'insoddisfazione corporea e l'essere presi in giro rispetto al proprio corpo. (Thompson & Smolak, 2001)

3.3.2. Salute e ben-essere

Come abbiamo avuto modo di rilevare nel capitolo precedente, nelle culture industrializzate, il sé corporeo è probabilmente la componente più importante per la determinazione dell'autostima globale. Questa connessione può essere più forte nel corso dell'adolescenza che in altri periodi della vita. In generale, una concezione negativa della propria corporeità è correlata a varie sfaccettature di 'nevroticismo': bassi livelli di autostima, depressione, ansia, paura di ricevere valutazioni negative, tendenze ossessivo-compulsive. In aggiunta, durante l'adolescenza, la correlazione tra immagine corporea, autostima ed affettività è significativamente maggiore per le ragazze che per i ragazzi. Per le ragazze, vi è una tendenza ben documentata ad essere più depresse dei ragazzi. Ciò a partire dai 14 anni, ed è quindi chiaramente attribuibile alla tendenza delle ragazze adolescenti di vivere e percepire in modo

meno positivo i cambiamenti della loro corporeità, del peso, della taglia, delle forme e delle competenze attribuibili al corpo stesso. Il fatto di avere un sé corporeo negativo, indipendentemente dal BMI, aumenta il rischio di sviluppare forme di depressioni transitorie e, a volte, sostenute e durature nel tempo (Siegel, Yancey, Aneshensel, & Schuler, 1999).

3.3.3. Influenze culturali e interpersonali

In questo paragrafo analizzeremo i principali fattori culturali e interpersonali che influenzano lo sviluppo del sé corporeo nell'adolescenza (Levine & Smolak, 2002):

- a. L'interiorizzazione degli ideali culturali dominanti;
- b. I mass media;
- c. Lo sport e la danza;
- d. La famiglia;
- e. I pari;
- f. Sorgenti multiple di reificazione.

Nelle culture patriarcali e industrializzate gli attributi che caratterizzano l'ideale di bellezza femminile sono: 'di colore bianco', giovane, alta, tonica ma non troppo muscolosa, in qualche modo snella, slanciata e con un seno prosperoso. Per le femmine adolescenti e giovani adulte, la discrepanza tra l'immagine mentale del corpo e le rappresentazioni del corpo ideale è correlata a una insoddisfazione verso il proprio corpo, a una tendenza a sovrastimare la propria taglia corporea, ad un'affettività depressiva, a un comportamento bulimico.

L'icona della bellezza maschile è più difficile da definire. Ciò suggerisce che le caratteristiche corporee e l'aspetto siano generalmente meno importanti nei maschi per la definizione del sé. Questo significa che certamente c'è una minor pressione sui maschi affinché ottengano un particolare tipo di fisico. Nonostante queste differenze di genere, una statura bassa e la presen-

za di grasso corporeo sono certamente caratteristiche meno ‘accettabili’ anche per i maschi. Alcune ricerche suggeriscono un aumento della preferenza per una muscolosità ben definita, che varia da livelli moderati ad elevati. Ma, in generale, l’interiorizzazione di un ideale muscoloso nei ragazzi è meno correlato ad una immagine corporea negativa rispetto all’interiorizzazione dell’ideale di snellezza nelle ragazze.

Nei paesi sviluppati i mass media sono particolarmente interessati al ‘modello’ delle ragazze adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 15 anni. Nella preadolescenza, le ragazze che considerano le riviste e i programmi televisivi di intrattenimento come importanti fonti di informazione per definire e ottenere un corpo ‘perfetto’, sono quelle più a rischio di sviluppare una maggior insoddisfazione verso la loro corporeità. In molte ragazze adolescenti, appartenenti alle culture occidentali, si instaura un processo ciclico e distruttivo in cui la focalizzazione dell’attenzione sugli standard culturali, mettendo in atto confronti sociali, genera esperienze di insoddisfazione verso il proprio corpo. È però ancora sconosciuto se questi dati siano applicabili anche a diversi gruppi etnici e alle popolazioni maschili.

In genere, il fatto di praticare sport e danza migliora l’autostima. Comunque, nelle ragazze adolescenti non vi è differenza tra atlete e non atlete per quanto concerne la soddisfazione corporea e i disturbi del comportamento alimentare. Alcuni sport e alcune forme di danza che incoraggiano la preoccupazione verso una taglia del corpo snella e un controllo del peso, al fine di ottenere un ‘profilo’ competitivo, possono essere generatori di disturbi relativi all’immagine corporea. Danzatrici e atlete di alto livello e di *élite* sono considerate a rischio significativo di sviluppare una immagine corporea negativa e disturbi del comportamento alimentare. Maschi coinvolti in sport che enfatizzano la massa, la potenza e la definizione muscolare possono essere anch’essi suscettibili allo sviluppo di una immagine corporea negativa, che sorge a partire dalla disparità tra la taglia percepita e l’ideale iper-muscoloso così prominente nel wrestling, nei film d’azione e nel bodybuilding. Questa discrepanza che genera insoddisfazione dà avvio all’uso di

prodotti non salutari che aiutano ad incrementare il peso corporeo, così come alla pratica compulsiva dell'esercizio, all'abuso di integratori alimentari e di steroidi, per giungere all'insorgenza di disturbi dimorfici.

Alcuni studi evidenziano che le attitudini e i comportamenti dei genitori verso il proprio sé corporeo sono correlati con il sé corporeo dei propri figli adolescenti. Tuttavia, l'evidenza circa il 'modeling' parentale è piuttosto scarsa. Le influenze più potenti derivanti dai genitori sembrano essere i commenti diretti circa il corpo, il peso e le abitudini alimentari dei figli. La maggior parte dei genitori ritiene che i propri figli siano attraenti, anche se le ragazze, nel periodo della pubertà, ricevono un numero maggiore di critiche sul loro aspetto. L'essere derisi e il ricevere commenti negativi da parte dei membri della propria famiglia (genitori e fratelli) ha un effetto negativo sul sé corporeo sia a breve che a lungo termine. Inoltre vi è un effetto cumulativo in individui che sono già ansiosi e auto-coscienti del proprio corpo.

L'aspetto e l'attrattiva sono argomenti particolarmente importanti per le ragazze, soprattutto nel periodo di transizione dall'infanzia all'adolescenza. Vi sono evidenze che attestano che le ragazze adolescenti tendono a fare amicizia con le coetanee che presentano livelli simili di immagine corporea, desiderio di magrezza e restrizioni alimentari. Ragazzi e ragazze della stessa età spesso sono oggetto di reciproche prese in giro. I ragazzi tendono a fare dei commenti più critici e molesti verso le ragazze circa il loro peso e il loro aspetto fisico. In letteratura vi è una relazione predittiva evidente e concorrente tra queste tipologie di commenti verbali negativi e l'insoddisfazione verso il proprio corpo.

In conclusione, nei paesi sviluppati le ragazze ricevono un chiaro messaggio da molteplici fonti, ovvero che il corpo femminile, molto più di quello maschile, deve apparire, essere valutato, posseduto dagli uomini e, in generale, trattato come un oggetto. Le ragazze adolescenti che riportano di ricevere più messaggi da parte dei pari, della famiglia e dei mass media riguardo al peso e alla taglia del corpo sono ad elevato rischio di sviluppo di

insoddisfazione nei confronti del loro corpo e di disturbi del comportamento alimentare.

3.4. Conclusioni e direzioni future di ricerca

Dato che il sé corporeo è profondamente influenzato dagli ideali culturali e dalle esperienze sociali, dovrebbe essere possibile prevenire o minimizzare i disturbi legati al suo sviluppo. La ricerca suggerisce che programmi di prevenzione possono avere un effetto positivo a breve termine sulla conoscenza delle determinanti culturali dei disturbi dell'immagine corporea, così come sulle attitudini salutari e sui disturbi del comportamento alimentare. Tuttavia, rimane un obiettivo difficile da raggiungere quello di ottenere cambiamenti del comportamento a lungo termine e una completa prevenzione degli effetti negativi delle molteplici fonti di insorgenza dei disturbi dell'immagine corporea. Per gli adolescenti, più che per i bambini, il sé corporeo costituisce un costrutto multidimensionale che è incorporato nel costrutto più vasto e integrativo che è l'identità. Conseguentemente, vi è un chiaro bisogno di espandere le ricerche in questo settore, in modo tale da avere più dati e una maggior integrazione degli studi esistenti.

Bibliografia

- Cantin, S., & Stan, S.N. (2010). Les relations avec pairs à l'adolescence comme facteurs de risque de l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 42, 116-126.
- Carraro, A. (2008). *Educare al movimento*. Lecce: PensaMultimedia.

- Carraro A., Scarpa S., & Ventura L. (2010). Relationships between physical self-concept and physical fitness in Italian adolescents. *Perceptual and Motor Skills, 110*, 522-530.
- Cavalli, A., & Galland, O. (a cura di). (1996). *Senza fretta di crescere. L'ingresso difficile nella vita adulta*. Napoli: Liguori.
- Damon, W., & Hart, D. (1982). The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development, 53*, 841-864.
- Dunton, G.F., Schneider, M., Graham, D.J., & Cooper, D.M. (2006). Physical activity, fitness, and physical self-concept in adolescent females. *Pediatric Exercise Science, 18*, 240-251.
- Etxaniz, I.E. (2009). Gender differences in physical self-concept during the life span. *Behavioral Psychology, 17*, 365-380.
- Galimberti, U. (2007). *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli.
- Levine, M.P., & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, & clinical practice* (pp. 74-82). New York: Guilford Press.
- Milan, G. (2001). *Disagio giovanile e strategie educative*. Roma: Città Nuova.
- Nerestini, F., & Ranci, C. (1992). *Disagio giovanile e politiche sociali*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Petersen, A.C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 39*, 583-607.
- Polmonari, A. (a cura di). (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- Schimmenti, V. (a cura di). (2009). *Il tempo dell'adolescenza. Mutamenti soggettivi e trasformazioni sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Siegel, J.M., Yancey, A.K., Aneshensel, C.S., & Schuler, R. (1999). Body image, perceived puberal timing, and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health, 25*, 155-165.

Smolak L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image, 1*, 15-28.

Thompson, J.K., & Smolak, L. (Eds.). (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

IV

Il sé corporeo nelle persone con disabilità motoria

In questo capitolo tratteremo della formazione del concetto del sé corporeo nelle persone disabili, con particolare riferimento alle persone con disabilità motoria. La disabilità, così come la malattia cronica, può rappresentare un forte fattore di disturbo per lo sviluppo dell'adolescente, interferendo in modo incisivo sulla qualità di vita e sulla possibilità di vivere in modo 'armonioso', rendendo spesso questi ragazzi incapaci di elaborare ed integrare un'identità resa aliena dalla menomazione che li colpisce e trasforma. Come ben scrive Natascia Bobbo (2010): *“costretti a spiccare il volo per aprirsi alla vita ad ali legate.”*

Per quanto concerne il costrutto del sé corporeo abbiamo avuto modo in precedenza di definirlo e di fare degli approfondimenti. Il tema della disabilità necessita invece di essere approfondito in questo capitolo. Nel senso comune la disabilità viene intesa come “l'inabilità a fare qualcosa”. In ambito scientifico non vi è un pieno consenso su quale sia la definizione più idonea di 'disabilità', tanto che sono stati creati diversi modelli per cercare di soddisfare al meglio questo compito. I principali modelli presenti in ambito scientifico sono tre: biomedico, sociale e biopsicosociale (Ghedini, 2009).

Prima di giungere all'analisi della formazione del sé corporeo nelle persone con disabilità motoria, adempiremo al compito di riportare sinteti-

camente l'evoluzione del concetto di disabilità e dei significati ad esso correlati, così come definiti dai principali modelli di classificazione.

4.1. Modelli di disabilità

4.1.1. Dall'ICD all'ICF

Risulta interessante analizzare come storicamente si sono modificati i modelli di classificazione rispetto al tema della disabilità:

- a. Nel 1893 nasce la Classificazione delle cause di morte.
- b. Nel 1946 viene proposto l'ICD (International Classification of Diseases), un modello di classificazione internazionale delle malattie.
- c. Nel 1980, ad integrazione dell'ICD, nasce l'ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), un modello di classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap, proposto da Wood e Badley alla WHO (World Health Organization).
- d. Nel 2001, la WHO sente l'esigenza di proporre un ulteriore sistema di classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute, denominato ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Un passaggio cruciale è stato quello dall'ICD all'ICIDH. In realtà non è stata una vera e propria sostituzione, ma un'integrazione del modello precedente con l'aggiunta di alcuni elementi fondamentali, come il rico-

noscimento delle conseguenze sociali legate alla malattia. La necessità di non identificare la malattia esclusivamente con una serie di sintomi, ma di valutare, appunto, le conseguenze sociali di questa. Sostanzialmente, l'ICIDH classifica le varie forme di disabilità come conseguenza di malattie e analizza le conseguenze associate alle varie forme morbose. Questo modello di classificazione si riferisce dunque alle menomazioni, alle disabilità e agli handicap che vengono identificati come componenti di un processo che può originare da una malattia, da un infortunio o da una malformazione. È principalmente da questa tipologia di eventi che si può instaurare una menomazione che, a sua volta, può favorire l'istaurarsi di una disabilità che, quando viene 'socializzata', diventa anche handicap.

Proponiamo di seguito alcune definizioni più dettagliate:

- a. *Menomazione*. Perdita o anormalità, difetti a carico di arti, organi, tessuti o altre strutture del corpo, incluso il sistema delle funzioni mentali.
- b. *Disabilità*. Qualsiasi restrizione o carenza (conseguente ad una menomazione) della *capacità* di svolgere un'*attività* nel modo e nei limiti ritenuti normali per un essere umano.
- c. *Handicap*. Condizione di svantaggio vissuta da una persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire un ruolo normalmente proprio a quella persona in relazione all'età, sesso, fattori socio-culturali.

Precisando ulteriormente, le menomazioni sono condizioni che continuano ad essere presenti al variare delle situazioni, delle richieste e delle aspettative (un amputato, ad esempio, manterrà per sempre la menomazione subita). Le disabilità, invece, si manifestano solamente quando è necessario compiere specifiche prestazioni (lo stesso amputato, ad esempio,

dopo un'iniziale periodo di disabilità, potrebbe con il tempo imparare a svolgere con successo tutte le prestazioni che era in grado di svolgere prima del 'trauma'). Gli handicap, infine, si manifestano quando si attendono o pretendono livelli di prestazione standard a prescindere dalle effettive possibilità della persona in questione (riferendoci sempre alla persona amputata, a seconda del contesto socio-culturale in cui è inserita, potrebbe vivere come svantaggiosa o non svantaggiosa la sua menomazione). Il concetto di handicap è legato alle rappresentazioni che si formano all'interno dell'immaginario collettivo in un determinato momento storico (Zanobini & Usai, 1995).

4.1.2. Aspetti innovativi dell'ICF

La nascita dell'ICF è legata ad alcune critiche che, con il passare del tempo, si andavano delineando attorno all'ICIDH e al bisogno di innovazione sorto dal progredire di una nuova consapevolezza circa il tema della disabilità. Le critiche rivolte all'ICIDH possono essere distinte in *critiche concettuali* e *critiche tecniche*. Le critiche concettuali possono essere così sintetizzate:

- a. L'ICIDH è basato su un modello medico della disabilità.
- b. L'ICIDH prevede una causalità lineare tra menomazione / disabilità / handicap.
- c. L'ICIDH dà una descrizione insufficiente degli handicap.
- d. Nell'ICIDH è scarsamente considerata la dimensione ambientale.
- e. La descrizione delle situazioni è posta dall'ICIDH in termini negativi.

Per quanto concerne le critiche tecniche, esse possono essere riassunte come di seguito: l'ICIDH è un sistema complesso e pesante, che utilizza una terminologia obsoleta e che opera una sovrapposizione di categorie.

L'ICF, nel superamento delle critiche al precedente modello, considera il problema della salute e della disabilità come due aspetti dello stesso fenomeno. In esso si afferma che riconoscere la condizione umana significa tener presente che per alcuni essa comporta disabilità nel presente ma che per tutti può comportarla nel futuro e, se si enfatizzasse ciò che, in qualità di esseri umani, abbiamo in comune, si renderebbe più facile il rispetto e l'adattamento alle cose che ci rendono diversi. Secondo l'ICF, dunque, la disabilità è il risultato dell'interazione fra condizione di salute e fattori ambientali. Esso tende però a porre l'attenzione - piuttosto che sulla disabilità - sui concetti di salute e di funzionamento, proponendosi come modello *universale* (nel senso che tiene conto del continuum esistente tra salute e disabilità che interessa tutti), *integrativo* (in un'ottica bio-psico-sociale) e *interattivo* (nel senso che considera le molteplici interazioni fra persone / salute / ambiente).

Il modello permette infine di definire quattro componenti fondamentali:

- a. *Attività*. Esecuzione di un compito, di un'azione.
- b. *Capacità*. Il più alto livello probabile di funzionamento in un ambiente considerato come standard o uniforme.
- c. *Partecipazione*. Coinvolgimento in una situazione di vita.
- d. *Performance*. Quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale / reale.

4.1.3. La Dichiarazione di Madrid

La Dichiarazione di Madrid è un documento redatto nel 2003 (Anno Europeo delle Persone Disabili) in occasione del Congresso Europeo sulla

Disabilità. Il ‘motto’ del documento, che sintetizza in modo efficace il contenuto dello stesso, è “*non discriminazione più azione positiva uguale integrazione sociale*”. Non è sufficiente “inserire” o “far socializzare” per ottenere un processo di integrazione, ma servono delle azioni concrete, delle *buone pratiche* che richiedono non solo impegno e attenzione propositiva, ma anche e soprattutto competenze specifiche e approfondite. Riportiamo di seguito, in maniera sintetica, alcune parole chiave e alcuni brevi enunciati, che riteniamo estremamente significativi per cogliere l’essenza del documento e la cultura che vuole trasmettere:

- a. Disabilità = Diritti umani.
- b. Barriere sociali = discriminazione / esclusione.
- c. I disabili vengono considerati troppo spesso come persone invisibili.
- d. I disabili costituiscono un gruppo eterogeneo.
- e. I disabili non vanno considerati come oggetto di compassione, ammalati, dipendenti da altri, inoccupabili (come lo stereotipo spesso impone).
- f. È necessario promuovere una società inclusiva per tutti.
- g. È necessario giungere ad un cambiamento dell’atteggiamento attraverso l’impegno, la partecipazione attiva, la sensibilizzazione pubblica, la lotta al pregiudizio.
- h. È necessario garantire un sostegno alle famiglie delle persone disabili;
- i. Il lavoro va considerato come un fulcro per l’inclusione sociale.
- j. Niente sui disabili senza i disabili.

4.1.4. Il *Capability Approach*

Molteplici sono i modelli che cercano di definire la moltitudine di sfaccettature che caratterizzano la disabilità. Pfeiffer (2001) sostiene che non esista un modello che possa spiegare totalmente la disabilità, semplicemente in quanto ciascun modello può portare una prospettiva utile per un dato contesto.

In questo paragrafo vorremmo dedicare alcune righe a quello che Ghedin (2009) individua come modello che indirizza la discussione scientifica sulla disabilità “verso un nuovo paradigma”, ovvero il modello della *capability* di Sen (1999). In questo modello la disabilità può essere intesa come ‘deprivazione’ in termine di capacità o funzionamento, risultante dall’interazione delle caratteristiche personali dell’individuo, dalla quantità di beni disponibili e dall’ambiente in cui si è inseriti.

Il *Capability Approach* adotta una prospettiva inclusiva e di *empowerment*, concentrandosi sul concetto di vulnerabilità. Questo modello, riesaminando l’interazione tra individuo e modelli sociali di disabilità, riconosce la diversità umana e, anziché segregare i gruppi vulnerabili, considera le condizioni di vulnerabilità come “*un fenomeno multidimensionale e dinamico, che implica diversi tipi di limitazioni della capability di ciascuno per raggiungere i vari ‘functionings’ a cui il soggetto in condizioni di vulnerabilità assegna valore*” (Ghedin, 2009, p. 67).

L’approccio della *capability* di Sen offre un utile modello per la comprensione della menomazione e della disabilità (Mitra, 2006; Terzi, 2005). Il modello pone in risalto due dimensioni fondamentali e separate: le *capabilities* e i funzionamenti. La disabilità è data dunque, sotto una certa prospettiva, dalla ‘deprivazione’ di queste due componenti. Il modello riprende infine l’importanza di comprendere le eterogeneità personali.

4.1.5. Le classificazioni in ambito sportivo

Vari sistemi di classificazione sono stati ampiamente utilizzati nell'ambito sportivo al fine di consentire un punto di partenza giusto ed equo per la competizione (Richter, Adams-Mushett, Ferrara, & McCann, 1992). Ciò ha indotto a porre delle 'restrizioni' alla partecipazione degli atleti con lo scopo di garantire il massimo divertimento, la massima equità e contribuire alla prevenzione di traumi e lesioni. All'interno di un tipo specifico di disabilità vi può essere un ampio *range* di abilità e caratteristiche fisiche. Un *continuum* su cui si estendono diversi gradi di severità e menomazione che è presente in ogni tipo di disabilità. È comunemente accettato che una qualche forma di classificazione per gli atleti disabili debba essere adottata, anche se il tipo di classificazione più giusto ed equo rimane un argomento ancora dibattuto, vista l'estrema complessità che lo contraddistingue. I sistemi di classificazione utilizzati in ambito sportivo sono generalmente di due tipi: medico (verificare la disabilità minima presente, senza prendere in considerazione il livello funzionale) e funzionale (identificare il grado di abilità sportiva specifica che l'atleta è in grado di esercitare). Solitamente la classificazione funzionale prevale su quella medica (Winnick, 2000).

In ambito sportivo internazionale, entrando più nello specifico, è possibile far riferimento alla classificazione del *International Paralympic Committee* (Comitato Paraolimpico Internazionale) che costituisce l'organizzazione internazionale non-profit che governa il Movimento Paraolimpico. Il Comitato Paraolimpico Internazionale organizza le Paraolimpiadi estive ed invernali, e funge da Federazione Internazionale per 12 sport per persone con disabilità.

In questo paragrafo presenteremo sinteticamente la classificazione ufficiale del Comitato Paraolimpico Internazionale per gli sport per persone con disabilità, il quale ha appunto sviluppato un sistema o codice di classificazione rispetto al diverso grado di menomazione e al tipo di disabilità. Per

quanto concerne il tipo di disabilità, tradizionalmente gli atleti paraolimpici vengono classificati secondo sei categorie: amputazioni; paresi cerebrali; lesioni spinali; difficoltà visive; disabilità intellettuali; *Les Autres* (un gruppo che include tutti i disabili che non rientrano nelle precedenti categorie).

Le classi sopra esposte vengono determinate attraverso un processo che può includere valutazioni e osservazioni sia fisiche che tecniche, all'interno e all'esterno delle competizioni. Esse sono inoltre definite per ciascuno sport e formano una parte delle regole sportive.

La classificazione costituisce un processo continuo, nel senso che, quando gli atleti cominciano a competere nelle gare, vengono classificati in una certa classe che tuttavia può essere modificata lungo la carriera sportiva dell'atleta stesso. A tal proposito vi sono degli ufficiali sportivi del Comitato Paraolimpico Internazionale che vengono denominati "classificatori", il cui organo responsabile è costituito dal Comitato di Classificazione, che definisce le regole e le procedure riguardanti il cosiddetto 'codice di classificazione'. Il responsabile della redazione del codice è invece il direttore medico e scientifico.

Per chiarire meglio il sistema di classificazione del Comitato Paraolimpico Internazionale è possibile distinguere due principali forme di classificazione: classificazione generale e classificazione per sport. Nella classificazione generale vengono individuate le seguenti categorie di disabilità (che rispecchiano quelle riportate sopra):

1. *Amputazione*: atleti con perdita parziale o totale di almeno un arto.
2. *Paralisi cerebrale*: atleti con danni cerebrali non progressivi, per esempio paralisi cerebrale infantile, lesioni cerebrali traumatiche, ictus o disabilità simili che colpiscono il controllo muscolare, l'equilibrio e la coordinazione.
3. *Sedia a rotelle o carrozzina*: atleti con danni alla spina dorsale o altre menomazioni che costringono all'uso di una sedia a rotelle.

4. *Ritardo mentale*: atleti con significative disabilità intellettive e limitazioni nel comportamento.
5. *Cecità*: atleti con problemi alla vista, dalla cecità parziale a quella totale.
6. *Les Autres*: atleti con una forma di disabilità che non ricade in nessuna delle categorie precedenti (esempi: nanismo, sclerosi multipla, deformità congenite agli arti come quelle causate dal talidomide).

I codici di classificazione si presentano normalmente nella forma tipo *XXyy*, dove *XX* rappresenta una o due lettere che indicano la disabilità e *yy* indica una o due cifre che rappresentano il grado di menomazione o handicap dell'atleta. Proponiamo di seguito due esempi chiarificatori.

La *Cerebral Palsy International Sport and Recreation Association* (CP-ISRA, Associazione internazionale dello sport e del divertimento per paralisi cerebrale) definisce otto classi di handicap per atleti affetti da danni cerebrali, contrassegnate dal prefisso CP (Cerebral Palsy).

L'*International Blind Sport Association* (IBSA, Associazione internazionale dello sport per ciechi) definisce tre categorie per atleti con problemi di vista, contrassegnate dal prefisso B (Blindness). L'associazione utilizza per la classificazione un metodo basato sui sessantesimi. La capacità visiva di un individuo viene espressa in una forma del tipo $x/60$ per indicare che egli vede a una distanza di x metri le stesse cose che una persona normale vedrebbe a 60 metri di distanza. Viene inoltre considerato l'angolo visivo che riesce a coprire la vista della persona in oggetto. Tutti questi elementi consentono di distinguere tre classi:

- ✓ B1: un atleta che non percepisce la luce in nessuno dei due occhi o che la percepisce ma non è in grado di riconoscere la forma di una mano da nessuna distanza o direzione.

- ✓ B2: un atleta che è in grado di riconoscere la forma di una mano e può vedere chiaramente con un parametro di 2/60 o inferiore, e il cui campo visivo è minore di 5 gradi.
- ✓ B3: un atleta che può riconoscere la forma di una mano e vede chiaramente con un parametro che varia dai 2/60 ai 6/60 e ha un campo visivo compreso tra i 5 e i 20 gradi.

Per quanto concerne le classificazioni specifiche, basate sul tipo di sport, prendiamo come esempio l'atletica leggera. In questo sport vengono identificate due tipologie di codici, determinate dalla lettera T (Track) e F (Field). È possibile quindi classificare gli atleti nelle seguenti categorie e sottocategorie:

- ✓ Atleti in carrozzina:
 - Lesioni della spina dorsale, amputazioni, menomazioni muscolo-scheletriche, malformazioni congenite, lesioni nervose [T51, T52, T53, T54 e F51, F52, F53, F54, F55, F56, F57, F58].
 - Paralisi cerebrale, lesioni cerebrali [T32, T33, T34 e F32, F33, F34].
- ✓ Atleti ambulanti:
 - Amputazioni, lesioni spinali, menomazioni muscolo-scheletriche, malformazioni congenite, lesioni nervose [T42, T43, T44, T45, T46 e F40, F41, F42, F43, F44, F45, F46].
 - Paralisi cerebrale, lesioni cerebrali [T35, T36, T37, T38 e F35, F36, F37, F38].
 - Disabilità visive [T11, T12, T13 e F11, F12, F13].
 - Disabilità intellettuali [T20, F20].

I parametri per la classificazione tengono conto dei risultati dei test svolti nelle seguenti aree: movimento muscolare, sensibilità, angoli di flessione ar-

ticolare, tono muscolare, riflessi tendinei, riflessi patologici, misura della lunghezza degli arti, test propriocettivi.

4.1.6. Definizione ed eziologia delle principali forme di disabilità motoria

Le disabilità motorie possono presentare diverse caratteristiche, manifestazioni ed eziologie. Nel corso della nostra trattazione faremo riferimento prevalentemente alla paraplegia di origine centrale e di origine periferica. La paraplegia di origine centrale può essere determinata dalle seguenti condizioni (Porretta, 2000):

- a. *Paralisi cerebrale*. Essa consiste in un gruppo di sintomi disabilitanti permanenti, risultanti da un danno alle aree del cervello deputate al controllo motorio. È una condizione non-progressiva che può originare prima, durante, o immediatamente dopo la nascita. Si manifesta in una perdita o in una menomazione nel controllo della muscolatura volontaria. Le persone con paralisi cerebrale tipicamente esibiscono una varietà di sintomi osservabili, dipendenti dal grado e dalla localizzazione del danno cerebrale.
- b. *Ictus cerebrale*. Esso costituisce un incidente vascolare cerebrale. È un danno al tessuto cerebrale risultante da problemi dovuti ad una circolazione del sangue difettosa. L'ictus può causare un danno serio alle aree del cervello che controllano le funzioni vitali, inclusi l'abilità e il controllo motorio, la sensazione e la percezione, la comunicazione, le emozioni, la consapevolezza.
- c. *Lesione traumatica del cervello*. Essa si riferisce ad una lesione del cervello che può produrre uno stato di coscienza diminuito o

alterato e causare menomazioni nel funzionamento fisico, cognitivo, sociale, comportamentale ed emotivo. I deficit motori conseguenti includono perdita di coordinazione, difficoltà di programmazione e controllo della sequenza di movimenti, spasticità muscolare, mal di testa, disturbi della parola, paralisi, e una vasta gamma di disturbi sensoriali.

La paraplegia di origine periferica può essere determinata da una menomazione o trauma del midollo spinale. Le disabilità del midollo spinale sono condizioni causate da traumi o malattie delle vertebre e/o dei nervi della colonna vertebrale. Il grado di paralisi varia in funzione del livello di localizzazione del trauma nella colonna vertebrale e dal numero di fibre nervose che conseguentemente vengono distrutte. Le principali forme di disabilità legate a menomazione della colonna vertebrale sono cinque: traumi del midollo spinale che causano paraplegia o quadriplegia, poliomelite, spina bifida, spondilolisi, spondilolistesi (Kelly, 2000).

4.2. Disabilità e sé corporeo

Alcuni studiosi del concetto del sé corporeo sostengono che la disabilità può essere vista come una identità multidimensionale mediata dai molteplici ruoli, aspettative, aspirazioni e percezioni che ciascun individuo incorpora nel proprio sé. Le reazioni delle persone verso gli individui con disabilità sono spesso viste come forme di oppressione, che possono compromettere la formazione del loro benessere psico-emotivo. Le persone con disabilità costituiscono un gruppo a rischio per quanto concerne lo sviluppo di disturbi legati alla salute mentale come depressione, ansia, stress, frustrazione, scarsa motivazione, percezione di insuccesso sociale (Ferreira & Fox, 2008). Le persone con disabilità congenite riportano generalmente livelli più alti di ansia di tratto, un minor senso di auto-

efficacia, una minor autostima e un minor senso di benessere psicologico rispetto alle persone con disabilità acquisite (Campbell, 1995; Skordilis, Skafida, Chrysagis, & Nikitaras, 2006).

Come sottolinea Martin (2006, 2007), vi è anche l'influenza negativa del contesto sociale che può compromettere lo sviluppo positivo del sé corporeo. I bambini e i ragazzi con disabilità hanno generalmente meno amici dei pari che non presentano disabilità conclamate e fanno più esperienza di solitudine. Le mancate relazioni con i pari possono indurre allo sviluppo di rappresentazioni sbagliate e di stereotipi stigmatizzanti il corpo del disabile. I bambini e ragazzi con disabilità sono spesso oggetto di vittimizzazione, canzonati, presi in giro, ignorati. Le evidenze sembrano suggerire che vi sia più un comportamento di trascuratezza che di rigetto.

A quanto affermano Arbour *et al.* (2007), le persone disabili hanno generalmente una più scarsa considerazione del proprio corpo che è legata sia al vissuto soggettivo della propria menomazione che alla stigmatizzazione sociale. Gli individui con disabilità ricevono spesso giudizi negativi legati alla loro corporeità, che contribuiscono allo sviluppo di una scarsa immagine corporea (Martin, 2010): *“La mia disabilità fa apparire brutto il mio corpo”*; *“Beh, certamente la mia disabilità mi fa sentire meno attraente. Intendo dire che se tu sei su una sedia a rotelle, non avrai un gran corpo con muscoli tonici”* (Taleporos & McCabe, 2001).

Alcune evidenze attestano che gli individui con insorgenza precoce o disabilità congenite possono essere più capaci di includere la propria disabilità nel proprio concetto di sé. In modo particolare, l'immagine corporea cognitiva sembra essere migliore nelle donne 'cieche' congenite rispetto a quelle che sono diventate non vedenti o ipovedenti più tardi, nel corso della vita. Va detto infine che la mancanza di esposizione a presentazioni mediatiche visive di corpi idealizzati può limitare l'insoddisfazione verso il proprio corpo (Martin, 2010).

4.2.1. La formazione del sé corporeo nelle persone con disabilità motoria

In un articolo intitolato “Self-concept formation and physical handicap: Some educational implication for integration”, Lawrence (1991) sostiene che l’abilità fisica è il prerequisito grazie al quale il bambino disabile può imparare riguardo a se stesso (Cohen, 1977). La menomazione fisica perciò può influire negativamente nel processo della formazione del concetto di sé e del proprio corpo. Le persone con disabilità motoria sono ovviamente ‘colpite’ negli aspetti che riguardano il funzionamento fisicomotorio. I bambini con ‘paralisi cerebrale’, ad esempio, possono non avere la forza muscolare per afferrare un oggetto, oppure possono non essere capaci di controllare il movimento delle loro gambe così bene da poter camminare. Capita che vengano ‘lasciati là’, ad aspettare che qualcuno li muova, o muova parte dell’ambiente circostante in modo tale da permettere loro l’interazione con l’ambiente stesso. A volte, i bambini con disabilità motoria non hanno nemmeno un controllo sufficiente delle loro mani. Le conseguenze negative della disabilità motoria possono essere di notevole entità. Tra le principali vi è sicuramente la riduzione delle opportunità di apprendimento ‘del mondo in cui si vive’, il mancato sviluppo di una idonea competenza nello svolgimento delle attività quotidiane, la riduzione delle relazioni interpersonale e dei rapporti umani. Tutto ciò contribuisce a limitare la comprensione di ciò che è il sé e ciò che non è il sé, così come di ciò che è il sé corporeo e ciò che non lo è. Fin dai primi anni di esistenza, la vita è azione. Un limitato funzionamento motorio può così ritardare la formazione del concetto di sé e della propria corporeità (Cohen, 1977). Nel tentativo di raggiungere l’indipendenza e rimuovere la stigmatizzazione che segna l’individuo come ‘handicappato’, il giovane con disabilità motoria troverà molteplici ostacoli ambientali da fronteggiare e farà difficoltà ad opporsi alle ‘spinte’ che provengono

dall'esterno. Ma vi è anche un elemento di scelta e di controllo nella concettualizzazione di sé. Si parla di "role-making", piuttosto che di "role-playing" o "role-taking" che sono determinati dal ruolo che gli altri si aspettano che l'individuo svolga. La persona con disabilità motoria non è totalmente dipendente dalla visione e dalle aspettative degli altri per ottenere una rappresentazione positiva di sé e del proprio corpo (Lawrence, 1991).

Nel processo di formazione del concetto di sé e del sé corporeo, il senso di inferiorità e l'ansia possono creare un effetto di autovalutazione della persona disabile. Il rischio è che l'individuo, oltre ad essere oppresso da un senso di tristezza per le scarse abilità possedute, si sottostimi, ovvero si senta più disabile di quanto non lo sia realmente e, inoltre, estenda la sua disabilità dalla sorgente originaria al corpo intero. Questo impatto psicologico negativo può condurre la persona con disabilità a sentirsi una persona 'ingiustamente' malata e a sviluppare una dispercezione del proprio sé fisico reale. L'influenza sociale mostra senza dubbio che il concetto di sé è 'fragile' e fortemente dipendente dalle opinioni degli altri. Le limitazioni fisiche e altre forme di menomazione possono così creare un concetto di sé 'malato' e una personalità maggiormente dipendente dagli altri. Tuttavia, non tutti disabili presentano una scarsa considerazione di sé e una concezione negativa della propria corporeità. Alcuni disabili sono dei veri e propri 'lottatori' che persistono per ottenere l'indipendenza. Questi hanno un concetto positivo di sé e della propria corporeità. In conclusione, la formazione del concetto di sé e del sé corporeo è un processo di concettualizzazione. È un problema di generalizzazione dell'esperienza. La disabilità motoria, d'altro canto, influisce negativamente sull'apprendimento e riduce la possibilità di uno sviluppo positivo del sé corporeo. In aggiunta, essa influisce negativamente anche sul contenuto dell'esperienza dell'individuo disabile e sulle relazioni interpersonali. In tal senso risulta di fondamentale importanza

la considerazione degli ‘altri significativi’ (genitori, insegnanti, pari) al fine di sviluppare e stabilire un concetto positivo della propria corporeità.

In un contributo pubblicato nel 1997, Blinde & McClung ribadiscono che gli individui con disabilità motoria incontrano spesso difficoltà a sviluppare percezioni positive del sé sia per la loro competenza fisica che sociale (Frank, 1988; Nixon, 1984; Phillips, 1985). Concezioni negative del proprio sé corporeo possono originare da una varietà di fattori come le esperienze di socializzazione, la restrizione delle opportunità, e le credenze della società riguardo alla disabilità. Il disabile si imbatte spesso in esperienze di segregazione, svalutazione, stigmatizzazione e discriminazione (Crocker, 1993; Nixon, 1984; Royce & Edwards, 1989; Sagarin, 1975). In questa prospettiva, gli individui disabili sembrano interiorizzare le attitudini negative che la società ha nei confronti della disabilità. L’esperienza quotidiana e le interazioni sociali rinforzano la concezione negativa che il disabile ha di sé. In modo particolare, nelle persone con disabilità motoria, il corpo rappresenta la sorgente ovvia della loro disabilità. Ed è così spesso svalutato e considerato come fonte dei limiti personali (Mayer & Eisenberg, 1988).

In un articolo pubblicato nel 2007, Abour *et al.*, riprendendo la teoria dell’identità sociale di Turner (1984), affermano che le persone tendono a categorizzare gli individui in due gruppi: ‘nel gruppo’ (noi) e ‘fuori dal gruppo’ (gli altri). Ciò sembrerebbe avvenire sulla base di norme sociali e di ideali predeterminati (Goodwin, Thurmeier, & Gustafson, 2004). Sfortunatamente, attraverso questa forma di categorizzazione, le persone commettono errori e sviluppano attitudini negative verso i membri che sono ‘fuori dal gruppo’ (McCaughey & Strohmer, 2005; Myers & Spencer, 2001). Le persone con disabilità sono spesso viste come ‘gli altri’, come coloro che vengono categorizzati ‘fuori dal gruppo’ in relazione alla popolazione generale, a causa della loro menomazione (Goodwin Thurmeier, & Gustafson, 2004). Evidenze scientifiche rivelano che le attitudini verso le persone con disabilità motoria sono ge-

neralmente negative, semplicistiche e discriminatorie (Gethin, 1994; Miller & Cordova, 2002). In aggiunta, le donne con disabilità devono fare i conti con la ‘occidentalizzazione’ dei ruoli legati al genere e agli ideali di bellezza che costantemente vengono loro imposti (Guthrie, 1999) e sono perciò sottoposte ad un ‘doppio impedimento’ (Deegan & Brooks, 1985). Queste stigmatizzazioni possono porre delle barriere sociali significative per le persone con disabilità, e in modo particolare per le donne (Cacciapaglia, Beauchamp, & Howells, 2004). Conseguentemente, risulta di particolare rilievo lo sviluppo di ricerche sulle strategie di gestione della stigmatizzazione tra le persone con disabilità motoria.

4.3. Indicazioni per studi futuri

Nel 2008 è stata pubblicata una *review* (Luft, De Boer, Harman, Koenig, & Nixon-Cave) avente lo scopo di dare delle linee guida per migliorare la qualità degli studi sul concetto di sé in bambini con paralisi cerebrale. L’analisi posta in essere può aiutare anche chi, come noi, intenda svolgere ricerca nell’abito del sé corporeo nelle persone con disabilità motoria. La ricerca in questo settore dovrebbe riuscire a controllare i fattori personali come il livello di menomazione fisica, l’intelligenza, l’età e il genere così come i fattori ambientali. Le ricerche future, inoltre, dovrebbero prendere in considerazione il fatto di stabilire con più accuratezza le proprietà psicometriche degli strumenti utilizzati per misurare il sé corporeo nelle persone con disabilità motoria. Analizzeremo di seguito un fattore per volta.

La severità della compromissione motoria è un fattore importante da prendere in considerazione quando si studia il sé corporeo in persone con disabilità motoria. Le capacità motorie e il grado di *performance* sono fondamentali per la formazione del sé fisico e del sé globale (Stein, 1996). Al tempo stesso la gravità della disabilità motoria influisce nega-

tivamente su come i bambini vengono trattati dai pari e dalla società. Studi che forniscono il livello di funzionamento 'grosso motorio' forniscono informazioni più utili per poter estrapolare informazioni appropriate per popolazioni cliniche.

La formazione del concetto del sé corporeo risente in modo importante della capacità della persona di comprendere e 'processare' le informazioni disponibili dall'interazione con se stessa, con gli altri e con l'ambiente. I bambini che presentano disabilità intellettive concomitanti a quelle motorie possono differire nella capacità di valutare e riportare il loro concetto di sé rispetto a quelli che non presentano disabilità intellettive. Il controllo delle abilità intellettive è perciò un fattore critico quando si discutono risultati relativi a costrutti come il sé corporeo.

L'età è un fattore critico da considerare quando si standardizzano le misure riguardanti il sé corporeo. Il concetto del sé fisico è dinamico, evolve nel corso della vita e soprattutto nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza. È dunque di estrema rilevanza condurre ricerche con gruppi di persone dello stesso *range* di età, oppure valutare l'influenza dell'età stessa sull'evoluzione del sé corporeo.

Il genere è un'altra variabile importante da considerare quando si studia il concetto del sé corporeo. Come già abbiamo avuto modo di esporre in precedenza, vi sono notevoli differenze dipendenti dal genere nella costruzione del sé corporeo, soprattutto nel periodo dell'adolescenza. Appare ovvio, dunque, che il genere debba essere chiaramente riportato e 'controllato' quando si indaga sul costrutto del sé fisico in persone con disabilità motoria.

Infine, nelle ricerche in questo settore, va data rilevanza anche al contesto ambientale di provenienza in cui i bambini disabili vengono educati. Il contesto educativo è una delle variabili importanti da riportare quando si studia la formazione del sé corporeo in bambini e adolescenti con disabilità motoria.

Bibliografia

- Arbour, K.P., Latimer, A.E., Martin Ginis, K.A., & Jung, M.E. (2007). Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 144-159.
- Blinde, E.M., & McClung, L.R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 327-344.
- Bobbo, N. (2010). *Ad ali legate. Adolescenza e malattia cronica: tra compliance e desiderio d'essere*. Padova: Cleup.
- Campbell, E. (1995). Psychological well being of participants in wheelchair sports: Comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 563-568.
- Cappai, M. (a cura di). (2003). *Percorsi dell'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
- Cohen, S. (1977). *Special People*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Crocker, P.R.E. (1993). Sport and exercise psychology and research with individuals with physical disabilities: Using theory to advance knowledge. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 10, 324-335.
- Dichiarazione di Madrid* (2002). Congresso Europeo sulla Disabilità, Madrid, marzo.
- Ferreira, J.P.L., & Fox, K.R. (2008). Physical self-perceptions and self-esteem in male basketball players with and without disability: A preliminary analysis using the physical self-perception profile. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1, 35-49.
- Fox, K.R. (1990). *The Physical Self-Perception Profile manual*. DeKalb, IL: Northern Illinois University, Office for Health Promotion.

- Frank, G. (1988). Beyond stigma: Visibility and self-empowerment of persons with congenital limb deficiencies. *Journal of Social Issues*, 44, 95-115.
- Gethin, L. (1994). Interaction with disabled persons scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 23-42.
- Ghedin, E. (2009). *Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione*. Napoli: Liguori.
- Ghedin, E. (2004). *Quando si sta bene. Educazione alla salute e all'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Goodwin, D.L., Thurmeier, R., & Gustafson, P. (2004). Reactions to the metaphors of disability: The mediating effects of physical activity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21, 379-398.
- Groff, D.G., & Kleiber, D.A. (2001). Exploring the identity formation of youth involved in an adapted sports program. *Therapeutic Recreational Journal*, 35, 318-332.
- Ianes, D. (2004). *La diagnosi funzionale secondo l'ICF: il modello WHO, le aree e gli strumenti*. Trento: Erickson.
- International Council for Health (2000). Physical Education, Recreation, Sport, and Dance, *International standards for physical education and sport for school children*, Reston, VA, USA ICHPERSD.
- Kelly, L. (2000). Spinal cord disabilities. In J.P. Winnick (Ed). *Adapted physical education and sport* (pp. 215-234). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lawrence, B. (1991). Self-concept formation and physical handicap: Some educational implications for integrations. *Disability, Handicap & Society*, 6, 139-146.
- Luft, G.V.D., DeBoer, B.V., Harman, L.B. Koenig, & Nixon-Cave K. (2008). Improving the quality of studies on self concept in children with cerebral palsy. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 581-594.

- Marsh, H.W. (1987). The hierarchical structure of self-concept: An application of hierarchical confirmatory factor analysis. *Journal of Educational Measurement, 24*, 17-39.
- Martin, J.J. (2010). The psychosocial dynamics of disability sport and exercise. *XVIII AIPS Congress*, 15-17 October Chieti/Italy, 1.
- Martin, J.J. (2007). Physical activity behaviors and physical self-concept of individuals with physical disabilities. *Journal of Human Movement Studies, 52*, 37-48.
- Martin, J.J. (2006). Psychosocial aspects of youth disability sport. *Adapted Physical Activity Quarterly, 23*, 65-77.
- Martin, J.J., & Mushett, C. (1996). Social support mechanisms among athletes disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly, 13*, 74-83.
- Martin, J.J., & Smith, K. (2002). Friendship quality in youth disability sport: perceptions of a best friend. *Adapted Physical Activity Quarterly, 19*, 472-482.
- McCaughey, T.J., & Strohmer, D.C. (2005). Prototypes as an indirect measure of attitudes toward disability groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 48*, 88-99.
- Miller, J.L., & Cordova, J. (2002). Changing attitudes toward people with disabilities. *Palaestra, 18*, 16-21.
- Mitra, S. (2006). The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies, 16*, 236-247.
- Myers, D.G., & Spencer, S.J. (2001). Prejudice. Disliking others. In D.G. Myers & S.J. Spencer (Eds.). *Social psychology: Canadian edition* (pp. 335-380). Toronto, ON: McGraw-Hill Ryerson.
- Nixon, H.L. (1984). Handicapism and sport: New directions for sport sociology research. In N. Theberge & P. Donnelly (Eds.). *Sport and the sociological imagination* (pp. 162-176). Fort Worth, TX: Texas Christian University Press.

- Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). (2002). ICF [CIF], *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute*. Trento: Erickson.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). (2000). *ICIDH-2 Classificazione internazionale del Funzionamento delle Disabilità*. Trento: Erickson.
- Pfeiffer, D. (2001). The conceptualization of disability. In B.M. Altman & S. Barnartt (Eds.). *Exploring theories and expanding methodologies. Research in social science and disability* (pp. 29-52). Oxford, UK: Elsevier.
- Phillips, M.J. (1985). "Try harder": The experience of disability and the dilemma of normalization. *The Social Science Journal*, 22, 45-57.
- Porretta, D.L. (2000). Cerebral palsy, stroke, and traumatic brain injury. In J.P. Winnick (Ed). *Adapted physical education and sport* (pp. 181-188). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Richter, Adams-Mushett, Ferrara, & McCann (1992). Citato in Winnick, J.P. (Ed.). (2000). *Adapted physical education and sport*, Champaign, IL: Human Kinetics, p 40.
- Royce, D., & Edwards, T. (1989). Communicating about disability: Attitudes and preferences of persons with physical handicaps. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 32, 203-209.
- Sagarin, E. (1975). *Deviants and deviance*. New York: Praeger.
- Scarpa, S., & Carraro, A. (2008). Role of physical activities in prevention of body image distress. *Sciences and APA for everybody*. Torino, 9-11 Ottobre, p. 83.
- Scarpa, S., Gobbi, E., & Carraro, A. (2010). The body in the mind: Role of sport practice on physical self-description in adolescents and young people with and without motor disability. *XV ECSS Congress*, 23-26 June Antalya/Turkey, 416-417.
- Sen, A.K. (1999). *Development as freedom*. New York: Knopf.

- Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010). Athletic identity, affect and peer relations in youth athletes with physical disabilities. *Disability and Health Journal, 3*, 79-85.
- Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010). Multidimensional physical self-concept of athletes with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly, 27*, 294-307.
- Skordilis, E.K., Skafida, F.A., Chrysagis, N., & Nikitaras, N. (2006). Comparison of sport achievement orientation of male wheelchair basketball athletes with congenital and acquired disabilities. *Perceptual and Motor Skills, 103*, 726-732.
- Stein, R.J. (1996). Physical self-concept. In B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of self concept* (pp. 374-394). New York: Wiley.
- Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2001). The impact of physical disability on body esteem. *Sexuality and Disability, 19*, 293-308.
- Tasiemski, T., Kennedy, P., Gardner, B.P., & Blaikley, R.A. (2004). Athletic identity and sports participation in people with spinal cord injuries. *Adapted Physical Activity Quarterly, 21*, 364-378.
- Terzi, L. (2005). A capability perspective on impairment, disability, and special needs: Towards social justice in education. *Theory and Research in Education, 3*, 197-223.
- Turner, J.C. (1984). Social identification and psychological group formation. In H. Tajfel (Ed.). *The social dimensions: European developments in social psychology* (Vol.2, pp. 353). London: Cambridge University Press.
- Winnick, J.P. (2000). *Adapted physical education and sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Zanobini, M., & Usai, M.C. (1995). *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione. I soggetti, le relazioni, i contesti in prospettiva evolutiva*, Milano: Franco Angeli.

V

Ruolo dell'attività motoria adattata nella costruzione del sé corporeo

In questo capitolo analizzeremo il ruolo dell'attività motoria adattata nella elaborazione del concetto del sé corporeo in persone con disabilità motoria. È già stato posto in evidenza che le persone disabili hanno generalmente una considerazione più scarsa del proprio corpo, che è legata sia al vissuto soggettivo della propria menomazione che alla stigmatizzazione sociale (Arbour *et al.*, 2007). Le attività motorie e sportive possono giocare un ruolo fondamentale nella prevenzione dei disturbi legati alla costruzione del sé corporeo in persone con disabilità.

Prima di addentrarci ad analizzare le principali evidenze scientifiche in questo settore, si rende necessaria una 'premessa epistemologica'. Abbiamo già avuto modo di definire il costrutto 'sé corporeo' così come il costrutto 'disabilità' e i relativi modelli di classificazione. Non abbiamo invece avuto ancora modo di definire cos'è l'attività motoria. Quali sono le differenze tra le nomenclature 'esercizio fisico', 'attività motoria' e 'sport'? Cosa si intende poi per attività motorie e sportive adattate?

Per rispondere a tutti questi quesiti, ribadiamo, si rende necessaria una premessa epistemologica relativa alla scienza e/o alle scienze che si occupano di indagare l'ambito del movimento umano, dell'attività motoria e dello sport.

5.1. Problemi di definizione

Si fa sempre più pressante la necessità di definire lo statuto epistemologico delle scienze motorie, in modo da poter garantire un'identità solida alle emergenti prospettive di ricerca di questo ambito scientifico. Necessità che deve passare, innanzitutto, attraverso una ricerca di univocità terminologica in ambito nazionale e internazionale. Il che non significa solo trovare un'etichetta condivisibile, ma piuttosto identificare una definizione solida che sia coerentemente rappresentata dall'etichetta stessa (Scarpa & Carraro, 2008).

L'ambito di indagine in oggetto viene identificato con denominazioni differenti a seconda della lingua e della cultura di riferimento. Per rendere più esplicite queste diverse sfumature riportiamo di seguito, a titolo esemplificativo, alcune delle denominazioni più comuni a livello internazionale con cui viene identificata la disciplina in oggetto:

- a. Scienze dello sport;
- b. Scienze dello sport e educazione fisica;
- c. Educazione fisica e sport;
- d. Esercizio e scienze dello sport;
- e. Chinesiologia o Kinesiologia;
- f. Scienze del movimento umano;
- g. Motricità umana;
- h. Motricità umana e sport;
- i. Scienze motorie;
- j. Scienze e tecniche delle attività sportive;
- k. Scienze e tecniche delle attività motorie.

Mantenendo aperto il riferimento esplicativo partendo dalla situazione italiana, per poi ampliarlo in un confronto di ampio respiro a livello internazionale, il termine 'scienze motorie' ha un'origine estremamente recente e si

riferisce alla trasformazione degli Istituti Superiori di Educazione Fisica in apposite Facoltà o Corsi di Laurea (legge “Bassanini bis” del 15 maggio 1997). In questo passaggio, che ha consegnato alle scienze motorie la stessa dignità degli altri ambiti accademici, con la realizzazione di un percorso universitario equivalente, si è parallelamente assistito ad un ampliamento del campo di indagine di questa disciplina. L’istituzione dei corsi di laurea in scienze motorie ha implicato la nascita di una nuova disciplina che non aveva più come esclusivo ambito di riferimento l’educazione motoria, ma un campo di indagine più vasto sebbene specifico, delimitato ed esplorabile (Bellagamba, 2003, pp. 35-41). Nel recente passato, vi sono stati esperti (Refrigeri, 1998, pp. 85-136) che proponevano di identificare questo nascente - o riscoperto - ambito del sapere con il termine ‘scienze corporee’. Denominazione, questa, che sembra riferirsi ad un campo di indagine troppo vasto, con dei confini labili e sfumati, eccessivamente generico (Bellagamba, 2001, p. 45).

Innanzitutto sarebbe stato opportuno precisare che la corporeità di cui si occupa questa disciplina non è una corporeità qualunque, ma una corporeità tipicamente umana. Ciononostante, se solo si provasse a passare in rassegna tutte quelle scienze che si occupano della corporeità umana, ci si renderebbe conto di come, la disciplina a cui cerchiamo di indirizzare il nostro sguardo, sarebbe comunque svanita nell’indefinitezza del molteplice. Se poi ci si ricordasse che l’uomo è ‘sostanza individua’, che l’uomo è in un certo senso il proprio corpo, un corpo vivente, animato e cosciente di sé, si constatarebbe come tutte le scienze che si accostano all’uomo potrebbero rientrare nella denominazione ‘scienze della corporeità umana’. Dalla fisiologia alla medicina, dalla biologia all’antropologia, dalla psicologia alla pedagogia, ..., tutte queste scienze che, con modalità differenti, hanno come fulcro l’uomo, potrebbero a buon titolo entrare a far parte di questa nuova disciplina. A meno che non si volesse tornare ad un antico - e forse mai del tutto estirpato - dualismo tra anima e corpo (si veda Galimberti, 1983; Mel-

chiorre, 1988). Allora l'equivoco sarebbe presto risolto. Ma si può ancora continuare a credere che l'uomo sia costituito da due sostanze distinte?

Tornando alla nostra questione, certamente la denominazione 'scienze motorie' comporta una restrizione e una specificazione del campo di indagine. Certamente essa ci toglie dall'imbarazzo di rievocare alcuni fantasmi del passato. Ma è questa un'operazione che ci soddisfa pienamente? Questo restringimento del campo ci permette di avere uno spazio specifico e definito, in cui la nostra disciplina possa muoversi senza ambiguità e incertezze?

Per trovare delle soluzioni che rispondano a questi interrogativi si pone la necessità di andare alla radice della terminologia proposta, di vedere se alle 'parole' corrispondono 'gli oggetti di riferimento', ovvero gli ambiti di indagine che stiamo ricercando e dei quali vogliamo avere riscontro.

La denominazione 'scienze motorie' presuppone che vi sia una pluralità di scienze concorrenti che vengono qualificate e specificate per il fatto di rivolgere il loro interesse al moto o al movimento, inteso come uno stato contrario alla quiete per cui un corpo qualsiasi può passare da una posizione ad un'altra. Si può notare come, tra queste scienze, potrebbero essere comprese a pieno diritto anche l'astronomia, la chimica, la zoologia, ecc. Si pensi ad esempio al movimento degli atomi nello spazio, allo spostamento degli astri nell'universo, al nostro essere 'viaggiatori' su di un pianeta che non conosce sosta nel suo incedere attraverso il sistema solare. Riprendendo quanto disse non poco tempo fa Democrito, la necessità è quel movimento vorticoso che causa la formazione di tutte le cose. Queste lottano e si muovono nel vuoto, si incontrano, si legano. Ed è il movimento, l'eterno vortice, quella necessità meccanica che determina gli scontri, le unioni e le separazioni (Giannantoni, 1969, pp. 667-668 e 681-682). Certo che tutte queste indagini legate al movimento, al significato che può avere per l'uomo nel suo essere al mondo, nel suo esser parte di un universo infinito governato da leggi in gran parte ancora misteriose, fanno emergere delle tematiche estremamente interessanti ma che eludono il campo di indagine che vogliamo de-

limitare. La nostra indagine deve dirigersi verso la ricerca di ulteriore specificità.

Un passo avanti in tal senso potrebbe essere perseguito aggiungendo l'attributo 'umano' alla precedente denominazione, identificando il nostro ambito di riferimento nelle 'scienze del movimento umano'. Certamente con questa operazione si otterrebbe un campo di indagine più specifico e ben delimitato che pone come centro di riferimento l'uomo e le sue facoltà di movimento. Tuttavia riteniamo che la scelta non possa ritenersi ancora definitiva, in quanto potenzialmente generatrice di ulteriori frammenti di ambiguità. Se non si specificasse che per movimento umano si intende quella tipologia di movimento che differenzia l'uomo da tutti gli altri enti, verrebbe mantenuto un alone di genericità. Ad esempio si potrebbero tenere in considerazione nel nostro ambito di indagine tutti i movimenti riflessi e involontari che caratterizzano l'uomo. E non solo. Considerando l'uomo nel suo aspetto organico ci si potrebbe riferire anche a tutti quei movimenti inconsapevoli che avvengono in lui. Movimenti come il battito cardiaco, il flusso sanguigno, la ventilazione, l'attraversamento delle membrane cellulari da parte delle più svariate molecole, l'andamento dell'impulso nervoso, ecc., potrebbero essere tutti ambiti di indagine caratterizzanti la nostra disciplina. In sostanza potrebbero entrare a far parte del nostro ambito di indagine tutti quei movimenti che si manifestano nell'uomo, anche se indipendentemente dalla sua volontà e dalla possibilità di un suo controllo volontario.

Per superare questo ostacolo e restringere ulteriormente il nostro campo di indagine potrebbe essere presa in considerazione la denominazione 'scienze della motricità umana'. La sostituzione del termine 'movimento' - spostamento di un corpo da una posizione ad un'altra - con il termine 'motricità', ovvero

capacità di compiere movimenti muscolari, prendendo in particolare considerazione il valore ed il significato che essi assumono nel loro manifestarsi esteriore e nel loro rivelarsi interiore in rapporto con le diverse forme di attività psichica, nonché con i modi di essere della personalità del soggetto (Giugni, 1986, p. 31),

ci consentirebbe di identificare una disciplina specifica che si occupa di indagare il movimento umano inteso come espressione volontaria, consapevole e intenzionale. Ma, probabilmente, nemmeno questa 'dicitura' ci soddisferebbe pienamente e ci indurrebbe a richiedere il perseguimento di un ulteriore restringimento del campo. Se la scienza che stiamo cercando di identificare e di definire dovesse occuparsi di tutti quei movimenti volontari, consapevoli e intenzionali che caratterizzano l'uomo, essa comprenderebbe al suo interno anche le scienze che si occupano del linguaggio verbale come la logopedia e le scienze che si occupano delle più svariate forme d'arte come la pittura o la scultura e delle quali solo la danza e il mimo, in effetti, dovrebbero essere prese in considerazione. Inoltre si potrebbe creare confusione con un ambito di indagine affine e identificabile in un percorso universitario a sé stante - le scienze della neuro e psico-motricità - che si occupa prevalentemente delle dimensioni terapeutica della motricità, con implicazioni fortemente psicologiche, neurologiche e funzionali. La dimensione che perseguiamo in questa indagine è invece quella di una motricità strettamente correlata allo sport ma che, al tempo stesso, non si esaurisce in esso.

Giunti a questo punto, riteniamo che la denominazione che meglio potrebbe aiutarci a fare chiarezza nell'ambito della letteratura internazionale è quella utilizzata in lingua anglosassone, dove l'ambito di indagine che stiamo cercando di delineare viene spesso identificato con la denominazione 'scienze dello sport' (si veda Tenenbaum & Driscoll, 2005; Gratton & Jones, 2004). Dunque, è finalmente nelle scienze dello sport che possiamo identificare e far coincidere il nostro ambito di indagine?

Senza dubbio questa operazione ci permetterebbe di delimitare un campo di indagine ancor più specifico e definito. Il termine 'sport' non avolge interamente il dominio della motricità umana, ma esclude da questo la motricità in funzione utilitaria, nell'identificarsi con la motricità in funzione ludica (Giugni 1986, p. 91). Lo sport è quell'attività che viene svolta al di fuori dell'ambito lavorativo, ovvero "*ogni attività motoria che non persegua*

un intento pratico, ma solo il conseguimento di un disinteressato piacere” (Melchiorri, 1970, p. 97). Definizione, questa, che rende buon merito allo sport inteso nella sua accezione originaria, ma che non tiene sufficientemente conto di come, nella società contemporanea, lo sport si sia consolidato sempre più come un’attività professionale. Nell’era della globalizzazione lo sport ha assunto sempre più sfumature utilitaristiche e consumistiche. Ma ciò ci riporta alla questione di partenza. Che cos’è lo sport? In che occasioni lo sport contemporaneo mantiene la sua identità? Problema, questo, estremamente complesso e tale da meritare una trattazione approfondita. Tuttavia in questa sede si rischierebbe di far sfumare il nostro interesse principale che è rivolto alla definizione del campo di indagine della nostra disciplina. In tal senso va aggiunto che nemmeno la denominazione ‘scienze dello sport’ ci può soddisfare pienamente in quanto, storicamente, essa identifica solo uno dei modelli che si sono imposti in passato in merito all’attività motoria. Accanto alla sorgente sportiva, che ha visto la sua nascita già nell’antica Grecia (Di Donato & Teja, 1989), si sono imposti in passato altri modelli come quello medico, che ha rivolto la sua attenzione alla ginnastica intesa come forma di prevenzione e terapia (si veda Magnoni, 2002), quello militare, che è poi sfumato nel modello sportivo e, infine, quello pedagogico che ha trovato nel ginnasio una delle forme più alte di affermazione (Barbieri, 2003). L’ambito che stiamo cercando di definire deve necessariamente tener conto di questi modelli che ne hanno costituito la sorgente vitale. L’unica denominazione che ci sembra plausibile deve riferirsi, dunque, ad una pluralità di scienze che rivolgono il loro interesse a quelle forme di *attività* motoria che necessitano, volta per volta, di essere qualificate con gli attributi più opportuni.

È da notare come il termine ‘attività’ aggiunga un’interessante complessità al nostro problema di definizione. Innanzitutto, essendo un termine polisemico, va specificata l’accezione con cui noi intendiamo utilizzarlo, per dare ricchezza alla denominazione del nostro ambito di indagine. Per attività si può intendere lo stato dell’essere attivo, l’azione energetica e il movimen-

to, uno specifico proposito a cui le persone partecipano, un processo educativo che intende stimolare l'apprendimento attraverso l'esperienza diretta, la capacità di prender parte ad una reazione chimica, un processo fisiologico, ecc. In questo groviglio di significati, che potrebbe generare ulteriore confusione, desideriamo far emergere come l'accezione che noi vogliamo dare al termine 'attività' sia quella di una *struttura relazionale tipicamente umana* che si costituisce a partire dai seguenti fattori: una *Comunità* di persone con ruoli diversi; dei *Media*; un Oggetto o *Compito*; delle *Norme*; una *Divisione del lavoro* (Cole & Engeström, 1993, p. 7). Solo ricorrendo alla letteratura specialistica, facente capo alla corrente umanistica, è possibile trovare un'accezione del termine attività che sia in grado di soddisfare le nostre esigenze, senza imbrigliarci in facili fraintendimenti. Tuttavia, a margine, rimane un alone di ambiguità legata alla non univocità del termine. Se, ad esempio, sotto un altro aspetto, ci si riferisce ad una definizione di carattere più strettamente filosofico, l'attività viene intesa come un'operazione avente il proprio fine in se stessa. Accezione, questa, che ci consentirebbe di considerare lo sport come attività, ma non tutte le forme 'utilitaristiche' di motricità come quelle legate alla prevenzione delle malattie. Ciononostante, il termine 'attività' può essere inteso anche in un senso generico che comprende contemporaneamente sia l'azione fine a se stessa che quella avente un fine distinto da sé e che può essere identificata nella 'produzione' (Berti, 2004, p. 7). Concludendo questa lunga parentesi, possiamo ritenerci solo temporaneamente soddisfatti dell'utilizzo del termine attività a sostegno della definizione della nostra scienza. Parimenti, riteniamo che siano necessari ulteriori approfondimenti che mirino alla ricerca di maggiore chiarezza e univocità terminologica.

Ad ogni modo, attualmente, per la nostra disciplina riteniamo di poter identificare almeno tre ambiti di indagine che concorrono alla sua definizione:

- a. Le *scienze dell'attività ludico-motoria e sportiva*, che traggono le loro radici nel modello sportivo, in quello pedagogico e in quello militare successivamente inglobato da quello sportivo;
- b. Le *scienze dell'attività motoria preventiva e compensativa*, che possono essere considerate come il naturale proseguimento del modello medico;
- c. Le *scienze dell'attività motoria adattata*, che nascono dall'integrazione del modello medico, di quello pedagogico e di quello sportivo.

5.1.1. Questioni epistemologiche

Il nostro tentativo di fornire chiarezza terminologica circa l'ambito di indagine delle scienze delle attività motorie potrebbe essere parso inutile o addirittura banale. A dispetto di una simile prospettiva, riteniamo che sia fondamentale - soprattutto per una disciplina emergente - delineare lo statuto epistemologico che possa garantirne valide fondamenta e uno spazio ben demarcato in cui essa potenzialmente possa muovere le proprie indagini. Ciò per il fatto stesso che *“una disciplina non può esistere senza costruire una sua impalcatura di nozioni, la definizione delle categorie, la natura dei legami, la precisione dei termini che individuano le diversità degli aspetti che compongono la realtà”* (Giugni, 1986, p. 56). Dunque, dopo aver tentato di risolvere alcuni problemi di definizione in merito alla nostra disciplina, fa seguito la necessità di sviluppare una riflessione critica su di essa al fine di focalizzare con maggior precisione la natura, i limiti e i fondamenti che la caratterizzano.

Abbiamo già identificato tre ambiti fondamentali di riferimento che riguardano l'attività motoria intesa nel suo aspetto ludico-sportivo, l'attività motoria finalizzata alla prevenzione di varie patologie croniche, al mantenimento di uno stato di ben-essere, alla compensazione di eventuali para-

morfismi e, infine, l'attività motoria che rivolge il suo interesse agli individui con bisogni speciali. Ma esiste davvero una scienza che riesce ad estendere il suo dominio su tutti questi ambiti di indagine? Nel rispondere ad un simile interrogativo si rende palese il fatto che una simile scienza omnicomprensiva non esista o, perlomeno, non esista ancora. La nostra disciplina, infatti, può essere sorretta solo da una pluralità di scienze che concorrono a determinarne il campo di indagine. Si pone, così, in termini necessari il tentativo di stilare un elenco, tutt'altro che esaustivo, di queste scienze. Pedagogia, didattica, filosofia, psicologia, sociologia, storia dello sport, anatomia, fisiologia, biologia, biochimica, neuroscienze, bioingegneria, medicina, igiene sono solo alcune delle scienze che possono, a buon titolo, entrare in contatto con il mondo delle scienze delle attività motorie e andare a costituire un campo eterogeneo - e al tempo stesso unitario - di conoscenze che sono accomunate dal tentativo di risolvere i problemi specifici che lo contraddistinguono. Un campo, questo, che abbraccia una molteplicità di scienze, da quelle umane a quelle naturali e che, al tempo stesso richiede di essere riconosciuto nella sua autonomia. Certo è che il problema di dare un fondamento epistemologico a questa disciplina risulta estremamente arduo! Cercare di tenere assieme le scienze più diverse e di far conciliare i metodi di indagine più disparati, nel tentativo di garantire unità e autonomia a questa disciplina, rischia di rimanere un tentativo vano o mal riuscito. Basti solo pensare al fatto che la stessa pedagogia - che riteniamo disciplina fondamentale nel concorrere a determinare il nostro campo di indagine - presenta dei problemi notevoli nel definire la propria epistemologia e, a sua volta, non può che trovare risoluzione in una pluralità di scienze. Come potremmo scongiurare una frammentazione epistemologica per le scienze delle attività motorie, nel tentativo di garantire l'autonomia di ciascuna scienza che concorre a definirne il dominio? Il dubbio che emerge dirimpente non è una suggestione, ma un nodo problematico concreto e reale. Se le questioni che caratterizzano questo ambito di indagine possono essere risolte avvalendosi dei metodi e delle procedure tipiche di altre scienze, ha ancora senso parlare

di scienze delle attività motorie? O, detto in termini più espliciti, le scienze delle attività motorie esistono veramente o costituiscono un artefatto linguistico utile ad identificare un ambito del sapere appartenente alle scienze più disparate?

5.1.2. Gli ambiti di indagine

Siamo convinti che le scienze delle attività motorie abbiano ragion d'essere in qualità di autonomo ambito disciplinare. Tutti gli interrogativi che nascono al suo interno hanno come fulcro le *attività motorie* considerate nei loro svariati aspetti, da quello sportivo a quello medico, da quello psicologico a quello pedagogico e filosofico. Definito in modo chiaro l'ambito di indagine che contraddistingue e accomuna le scienze delle attività motorie - ovvero l'attività motoria stessa - il problema dell'unitarietà del 'metodo', a garanzia di una epistemologia solida e non frammentata, si pone in termini di relativa importanza. Basti solo pensare a quanto ha detto Popper sull'unitarietà del sapere scientifico e sul fallibilismo della scienza (si veda McNamee, 2005). Al fatto stesso che il metodo scientifico non esiste e che le discipline in genere non esistono se non a livello burocratico. *“Il problema della divisione delle scienze, il problema cioè dei criteri in grado di fondare la supposta diversa metodologia dei differenti gruppi di scienze”* - scienze fisico-naturalistiche e scienze umane, o dello spirito o della cultura - *“è un problema vecchio”*. L'epistemologia contemporanea è giunta, *“nelle sue punte più avanzate, alla proposta di una sostanziale unità di metodo e per le scienze della natura e per quelle dello spirito”* (Antiseri, 2000, p. 61).

Il cardine della ricerca scientifica sono i problemi e l'esigenza di risolverli.

La ricerca scientifica (in qualsiasi campo la si effettui) inizia sempre dai problemi. E un problema è un urto tra un pezzo della nostra memoria (storica e in evoluzione) e

un pezzo di «realtà». Un problema è sempre un'aspettativa delusa, [...] una contraddizione logica. Dal punto di vista psicologico tuttavia, esso è in primo luogo «meraviglia» e in secondo luogo «interesse» (Antiseri 1999, p. 79).

Ma, se è vero che esistono dei problemi che riguardano le scienze delle attività motorie, perché queste non dovrebbero avere la dignità di un'esistenza - seppure anche solo a livello burocratico o istituzionale - come qualsiasi altro ambito del sapere?

Tutto il procedere della scienza può essere identificato in un unico approccio metodologico, che avanza secondo la sequenza problemi-teorie-critiche (Popper, 2005, p. 19).

Sono questi i tre passaggi del metodo scientifico; sono questi i tre pilastri dell'argomentazione del ricercatore. È questo il modo con cui ragionano il fisico, il biologo e il clinico alle prese con problemi. Ma questo è anche il modo di procedere del linguista e del sociologo, dello storico e del clinico, del filologo e del traduttore, dell'archeologo e del critico testuale (Antiseri, 1999, p. 69).

Questo è ciò che vogliamo far emergere: una volta riscontrato che esistono dei problemi peculiari che riguardano le scienze delle attività motorie, non si dovrebbe più porre la questione circa l'esistenza o meno della disciplina in oggetto. È il fatto stesso che esistano dei problemi concernenti le scienze delle attività motorie a giustificare la loro esistenza come ambito del sapere unitario, anche se strettamente interdipendente ad altre forme del sapere scientifico. È qui che subentra l'interdisciplinarietà, ovvero nella possibilità di tentare di risolvere un problema specifico servendosi di tutti i mezzi teorici e tecnici disponibili e provenienti da qualsiasi disciplina. *“Il lavoro interdisciplinare è veramente un lavoro tra discipline per risolvere il problema «tipico» di una disciplina”* (Antiseri, 1999, p. 84). Ciò significa che un problema che scoppia all'interno di una disciplina può essere trattato utilizzando l'aiuto fornito da tutte quelle discipline che convergono significativamente attorno a questa. Il tutto senza farne sfumare l'identità.

5.2. Attività motorie adattate

Per poter definire cosa si intende per attività motoria adattata e per sport adattato è necessario riprendere le definizioni di attività motoria e di sport.

L'attività motoria può essere definita tecnicamente come un movimento o una serie di movimenti volontari eseguiti intenzionalmente al fine di raggiungere obiettivi che sono parte dell'esercizio o dello sport (Hoffman & Harris, 2000). Quest'ultimo, dunque, rappresenta un 'aspetto' più specifico delle attività motorie, e può essere definito come quella forma di attività motoria che mira al raggiungimento di prestazioni ottimali, che vengono esplicitate nel corso di competizioni agonistiche, le quali prevedono dei codici di regolamentazione specifici per ogni tipo di sport.

Per comprendere cosa si intende per attività motorie e sportive adattate proponiamo di seguito alcune definizioni fornite dai principali autori di riferimento a livello internazionale. In una prima distinzione è possibile identificare tre discipline o corpi di conoscenze: l'attività motoria adattata, l'educazione motoria adattata, lo sport adattato. Secondo la definizione di Sherrill (1993), per *attività motoria adattata* si intende un corpo di conoscenze interdisciplinari diretto all'identificazione e alla soluzione di problemi psicomotori che si manifestano durante tutto l'arco della vita. Questi problemi possono essere individuali o ambientali. Ciò significa che l'attività motoria adattata comprende sia attitudini destinate a supportare le differenze individuali e l'adattamento, sia un sistema di sviluppo di servizi destinato a supportare i problemi delle persone con disabilità.

Winnick (2000) definisce invece l'attività motoria adattata come lo studio comprensivo e interdisciplinare dell'attività fisica per l'educazione, il benessere, lo sport, la partecipazione e il tempo libero degli individui con bisogni speciali. L'attività motoria adattata riguarda tutto il ciclo della vita, mentre l'educazione motoria adattata si concentra solo sulla fascia 0-21 an-

ni. Ecco che la distinzione di Winnick ci conduce alla definizione del secondo corpo disciplinare, l'*educazione fisica adattata*, che può essere intesa come un programma individualizzato fatto di fitness fisica, capacità e abilità motorie fondamentali, abilità specifiche in attività acquatiche, danza, giochi e sport individuali e di squadra, designato ad incontrare le necessità delle persone con bisogni. Tipicamente il termine adattare significa aggiustare o dare forma, ma nelle attività fisiche adattate esso sottintende le modificazioni degli obiettivi, delle attività e dei metodi adottati per incontrare i bisogni speciali delle persone disabili.

L'attività motoria adattata è dunque una sottodisciplina dell'educazione motoria. Sempre secondo Winnick, infine, lo *sport adattato* si riferisce allo sport modificato o creato per incontrare i bisogni delle persone con disabilità. Lo sport adattato può essere condotto in contesti integrati, nei quali persone con disabilità interagiscono con partecipanti non disabili, o in ambienti 'segreganti' che includono solo persone con disabilità. Basandosi su questa definizione, per esempio, una partita a basket dovrebbe essere considerata uno sport regolare, e una partita a basket su sedia a ruote uno sport adattato. Il goal ball è uno sport adattato perché è stato creato per incontrare i bisogni delle persone non vedenti.

5.2.1. Come adattare le attività motorie?

In ogni classe o altro contesto educativo vi sono persone con bisogni speciali. Per poter garantire una programmazione educativa equilibrata e individualizzata è necessario adattare la didattica a garanzia non solo degli individui con specifiche difficoltà, ma anche di quelli particolarmente dotati.

Gli adattamenti delle attività motorie possono riguardare i seguenti fattori:

- i. *Mezzi di comunicazione.* Tenere in considerazione la possibilità di utilizzare linguaggi diversi da quello verbale, come gesti, simboli, lettura labiale, comunicazione facilitata.
- ii. *Istruzioni e informazioni.* Dare istruzioni che possano essere comprese da tutti e soprattutto dai bambini con bisogni speciali; coinvolgere l'insegnante di sostegno; promuovere la collaborazione e l'assistenza tra compagni.
- iii. *Regole e strutture.* Modificare le regole riducendo le difficoltà per la persona disabile al fine di garantire la sua partecipazione (esempio: correre con la palla in mano per un breve tratto anziché palleggiare ad ogni passo).
- iv. *Ruoli e relazioni.* Modificare i ruoli a seconda delle esigenze. L'ideale sarebbe che tutti riuscissero a partecipare attivamente, ma ciò non è sempre possibile. Livelli di partecipazione: partecipazione attiva (regole uguali per tutti, parità di ruoli); partecipazione attiva con un ruolo simile a quello dei compagni (esempio: regole modificate solo per il disabile); partecipazione nella stessa attività con un ruolo diverso (esempio: arbitro); partecipazione diversa in un'altra attività.

- v. *Attrezzi e strumenti.* Utilizzare attrezzi che riducano gli svantaggi della persona disabile (esempio: palla con dispositivo sonoro per un non vedente, palla di spugna e di dimensioni più grandi per un disabile motorio, ...).
- vi. *Contesto ambientale.* Modificare l'ambiente in cui si svolge l'attività a seconda dei bisogni specifici (esempio: utilizzare degli ausili che permettano di identificare in modo più evidente l'utilizzo dello spazio di gioco).
- vii. *Organizzazione dei gruppi.* Formare squadre equilibrate (esempio: persona disabile con i più abili); chiedere l'assistenza e la collaborazione con la persona disabile agli alunni più sensibili ai bisogni degli altri e più disponibili alla collaborazione; modificare frequentemente i gruppi per evitare frustrazioni (ad esempio di chi perde sempre).
- viii. *Tipologia di proposte.* Valutare quando è più opportuno proporre attività collaborative e incentrate sulle relazioni interpersonali anziché attività prevalentemente competitive.
- ix. *Contenuti e obiettivi.* Individualizzare gli obiettivi garantendo lo sviluppo delle potenzialità di ogni allievo.

5.3. Sé corporeo e attività motoria nelle persone con disabilità

La pratica sportiva sembra poter contribuire alla costruzione di un concetto positivo della propria corporeità nelle persone con disabilità. Questa particolare tipologia di popolazione, come abbiamo avuto già modo di osservare, è

particolarmente a rischio di sviluppare disturbi del sé corporeo a causa della menomazione fisica, delle conseguenze psicologiche e della stigmatizzazione sociale legate alla disabilità. Come vedremo in questo paragrafo, lo sport può agire positivamente su tutte e tre le componenti che determinano il sé corporeo: somatica, psicologica e sociale. È noto ad esempio come l'attività motoria migliori la composizione corporea, diminuendo il grasso corporeo e aumentando la massa muscolare. Essa inoltre agisce a livello psicologico aumentando l'autostima, il senso di auto-efficacia, riducendo ansia e depressione. Infine, a livello sociale, la pratica sportiva può contribuire a ridurre le valutazioni negative degli 'altri'. Lo sport non rappresenta solo un modo di 'passare il tempo', ma occupa una dimensione centrale nella costruzione dell'identità, della socialità, del bagaglio cognitivo della persona, incidendo positivamente sull'adattamento psicologico.

Alcuni studi hanno evidenziato come l'esercizio fisico, migliorando il condizionamento (resistenza cardiovascolare, forza, flessibilità), la composizione corporea, l'abilità esecutiva e alcuni parametri psicologici (percezione di competenza e autoefficacia), abbia un effetto positivo nella percezione che l'individuo ha della sua corporeità. È stato anche dimostrato che i soggetti che presentano un'immagine corporea più 'povera' sono più sensibili ad eventuali trattamenti indirizzati a migliorare il rapporto con il proprio corpo. Ciò può avere notevoli implicazioni nell'ambito della disabilità, considerata come categoria particolarmente a rischio di sviluppare disturbi relativi alla percezione del proprio corpo (Martin & Lichtenberger, 2002).

In un recente congresso Martin (2010) ha esposto le principali evidenze scientifiche circa il ruolo dell'attività motoria nello sviluppo del sé corporeo:

- a. L'attività motoria riduce la percentuale di grasso corporeo e aumenta la percentuale di massa muscolare portando ad un miglioramento del sé corporeo.

- b. L'attività motoria aumenta la facilità nell'eseguire le prestazioni richieste nelle attività della vita quotidiana. Ciò contribuisce a promuovere lo spostamento del focus d'attenzione dell'individuo da come il corpo appare a ciò che il corpo sa fare.
- c. Il coinvolgimento nella pratica regolare di attività motorie riduce le valutazioni negative ricevute dagli altri, ovvero dalle persone che non presentano disabilità conclamate.
- d. Persone amputate che praticano attività motoria, se confrontate con persone amputate sedentarie, riportano punteggi più positivi rispettivamente alla percezione della propria corporeità.
- e. Un gruppo di adolescenti disabili coinvolti in un programma di attività motoria di due settimane, ha sperimentato un incremento dell'immagine corporea cognitiva.
- f. Un gruppo di adulti con lesione spinale, dopo un programma di esercizio di tre mesi, ha aumentato la soddisfazione verso la propria corporeità rispetto ad un gruppo di controllo.

A conclusione delle varie evidenze scientifiche riportate, Martin sostiene che le persone con disabilità non abbiano automaticamente una concezione negativa della propria corporeità, come esito 'scontato' della loro disabilità. Chiaramente, queste persone, devono affrontare un numero maggiore di sfide per giungere ad una costruzione positiva del sé corporeo. In questo senso, l'attività motoria può costituire un valido aiuto nella promozione di uno sviluppo positivo dell'identità corporea.

Restano comunque molteplici barriere da superare per garantire un ampio ed agile coinvolgimento delle persone disabili in programmi di attività motoria. Numerosi sono gli ostacoli individuali, sociali e ambientali che non consentono di ottenere livelli adeguati di attività motoria praticata nelle persone disabili. Questi ultimi costituiscono una popolazione più sedentaria, meno attiva e più in sovrappeso rispetto alla popolazione generale.

5.3.1. Le principali evidenze scientifiche nell'ambito della disabilità motoria

Riportiamo di seguito i risultati e le implicazioni degli studi che sono stati condotti in questi ultimi anni a livello internazionale sul ruolo dell'attività motoria adattata nella costruzione del sé corporeo, e delle dimensioni del ben-essere psicologico ad essa correlate, in persone con disabilità motoria. Ecco i titoli dei principali contributi, elencati per anno in ordine cronologico:

- a. Ben-essere psicologico dei partecipanti a sport in carrozzina: un confronto tra individui con disabilità congenite e individui con disabilità acquisite (Campbell, 1995).
- b. Meccanismi di supporto sociale tra gli atleti con disabilità (Martin & Mushett, 1996).
- c. Attività motoria per persone con disabilità: una prospettiva per la salute pubblica (Heath & Fentem, 1997).
- d. Incrementare il sé fisico e sociale attraverso l'attività ricreativa in persone con disabilità motoria (Blinde & McClung, 1997).
- e. Esplorare la formazione dell'identità nei giovani coinvolti in programmi di sport adattato (Groff & Kleiber, 2001).
- f. Qualità delle amicizie nei giovani disabili che praticano sport: percezioni di un migliore amico (Martin & Smith, 2002).
- g. Identità atletica e partecipazione sportiva in persone con lesioni spinali (Tasiemski, Kennedy, Gardner, & Blaikley, 2004).
- h. Aspetti psico-sociali dello sport per giovani disabili (Martin, 2006).
- i. Comportamenti legati all'attività fisica e concetto del sé corporeo in persone con disabilità motoria (Martin, 2007).
- j. Auto-percezione del proprio fisico e autostima in giocatori di basket con e senza disabilità (Ferreira & Fox, 2008)

- k. Coinvolgimento di ragazze adolescenti nello sport per disabili: implicazioni per lo sviluppo dell'identità (Anderson, 2009).
- l. Identità, affetti e relazioni con i pari in giovani atleti con disabilità motoria (Shapiro & Martin, 2010a).
- m. Concetto multidimensionale del sé corporeo in atleti con disabilità motoria (Shapiro & Martin, 2010b)

Ben-essere psicologico

Campbell (1995) ha condotto uno studio con lo scopo di valutare le differenze nel ben-essere psicologico tra i partecipanti a sport in sedia a rotelle con disabilità congenite e acquisite. Il ben-essere psicologico è stato valutato attraverso punteggi relativi all'umore, all'ansia di tratto, all'autostima e al senso di padronanza. I risultati dello studio hanno posto in evidenza che il gruppo di individui con disabilità acquisite presentava generalmente un umore migliore, punteggi più alti riguardo all'autostima e al senso di padronanza e una minor ansia di tratto rispetto al gruppo di individui con disabilità congenita. Secondo questo studio, gli atleti in carrozzina con disabilità acquisita più tardi nel corso della vita presentano uno stato di ben-essere migliore di quelli con disabilità congenita.

Supporto sociale

La ricerca di Martin & Mushett (1996) aveva l'obiettivo di descrivere i meccanismi di supporto sociale nei nuotatori disabili e di esaminare le relazioni sussistenti tra supporto sociale, auto-efficacia e soddisfazione atletica. I risultati hanno evidenziato che gli atleti si sentivano soddisfatti del supporto sociale ricevuto. Il supporto primario veniva ricevuto dai genitori e dagli amici in una vasta gamma di aree non collegate allo sport. Gli allenatori costituivano la fonte primaria di supporto nell'area della prestazione sportiva. Anche i fratelli costituivano una fonte importante sia nelle aree legate allo sport che alle altre aree della vita quotidiana. I risultati correlazionali hanno suggerito che gli atleti che venivano supportati attraverso l'ascolto e che ve-

nivano aiutati a diventare degli atleti e persone migliori, riportavano anche un'auto-efficacia molto forte.

Salute pubblica

Lo studio di Health & Fentem (1997) si basa sull'evidenza che la pratica regolare di attività motoria, la partecipazione allo sport e le attività ricreative costituiscono comportamenti essenziali per la prevenzione di patologie, per la promozione della salute e per il mantenimento dell'indipendenza funzionale. Queste 'abitudini salutari' sono essenziali sia per le persone con disabilità che per quelle senza disabilità conclamate. Le persone con disabilità sembrano essere meno predisposte ad essere fisicamente attive rispetto alle persone che non presentano evidenti limitazioni fisiche. Ciononostante, vi è la necessità di sviluppare, in modo critico, ulteriori ricerche, metodologie e strumenti per valutare la pratica di attività motoria nelle persone con disabilità. Ciò potrebbe aiutare sia i ricercatori che coloro che operano nel sistema della salute pubblica. La possibilità di monitorare la pratica motoria nelle persone disabili potrebbe aiutare non solo chi opera nell'ambito della salute pubblica, ma anche gli 'analisti' delle politiche relative alla salute, i fornitori di servizi e i gruppi 'in difesa' dei diritti dei disabili stessi. Per quanto concerne le ricerche auspicabili in futuro nella popolazione disabile, risultano di estrema rilevanza le seguenti tematiche:

- i. Capire il ruolo dell'attività motoria nel mantenimento delle funzioni e dell'indipendenza.
- ii. Identificare e comprendere il ruolo e i meccanismi delle barriere sociali e ambientali alla pratica sportiva.
- iii. Identificare i fattori determinanti la pratica motoria.
- iv. Analizzare il ruolo delle tecnologie 'assistenziali'.

Attività ricreativa

Blinde & McClung (1997) hanno cercato di valutare l'impatto della partecipazione in attività ricreative sulla percezione del sé fisico e del sé sociale in

persone con disabilità motoria. L'analisi delle interviste condotte nello studio dei due ricercatori ha evidenziato che la partecipazione in attività ricreative come nuoto, fitness, tennis, ecc., ha un impatto su quattro fattori del sé corporeo:

- i. Sperimentare il proprio corpo in nuove modalità.
- ii. Incrementare la percezione dei propri attributi fisici.
- iii. Ridefinire le proprie capacità motorie.
- iv. Aumentare la confidenza percepita nell'affrontare nuove attività motorie.

Le modificazioni riportate dai partecipanti per quanto concerne il sé sociale possono essere riassunte in due tematiche principali:

- i. Espansione delle interazioni e delle esperienze sociali.
- ii. Inizio di attività sociali in altri contesti.

Secondo gli autori, i contenuti delle interviste suggeriscono che i partecipanti allo studio hanno sviluppato un aumento del senso di controllo sia nella loro vita sociale che in quella che concerne le attività motorie.

Identità e sport adattato

Il contributo di Groff & Kleiber (2001) si è focalizzato sull'analisi della formazione dell'identità in un gruppo di giovani coinvolti in un programma di sport adattato. L'identità viene generalmente definita come l'insieme di rappresentazioni mentali che l'individuo riferisce alle proprie caratteristiche personali e sociali. Lo studio degli autori si prefiggeva di verificare la credenza secondo cui la partecipazione allo sport è legata alla formazione dell'identità degli adolescenti con disabilità motoria. I risultati dello studio hanno evidenziato che lo sport adattato contribuisce a migliorare la percezione delle proprie abilità e competenze, l'espressione emotiva, le interazioni sociali e diminuisce la percezione di disabilità. Quest'ultimo aspetto, inoltre, sembra facilitare l'esplorazione e l'espressione di forme alternative di identità.

Qualità delle amicizie

L'analisi della qualità delle amicizie nei giovani disabili che praticano sport è stata oggetto di un altro studio (Martin & Smith, 2002), che si proponeva di esaminare la qualità dell'amicizia con un 'miglior amico' in un campione internazionale di atleti disabili con età compresa tra i 9 e i 18 anni. I risultati dello studio hanno evidenziato che i partecipanti vedevano la qualità dell'amicizia con il miglior amico nell'ambito sportivo con aspetti sia positivi che negativi. Le ragazze hanno riportato una percezione più forte dei benefici provenienti dall'amicizia rispetto ai ragazzi. In generale, i risultati indicavano che lo sport per disabili consente all'atleta di avere l'opportunità di interagire con 'un miglior amico', consentendo il raggiungimento di svariati benefici sulla costruzione del sé.

Identità atletica

Tasiemski *et al.* (2004) hanno studiato la formazione dell'identità atletica in persone con lesioni spinali. Per identità atletica si intende il grado con il quale la persona si identifica con il ruolo di atleta. Gli autori propongono che questo costrutto potrebbe essere utile per capire la partecipazione sportiva tra le persone con lesioni spinali. Nell'analizzare i risultati del loro studio gli autori suggeriscono che la più bassa identità atletica riportata dagli sportivi con lesioni spinali potrebbe essere attribuita alle valutazioni sociali che sembrano non legittimare la condizione del disabile motorio come atleta.

Aspetti psico-sociali e comportamenti legati all'attività motoria

Martin (2006) ha analizzato gli aspetti psico-sociali della partecipazione allo sport da parte di giovani disabili. Nello studio sono stati coinvolti 112 atleti disabili che riportavano alti livelli di aderenza alla pratica sportiva, di *enjoyment*, di abilità motoria percepita, di qualità delle amicizie sportive. I partecipanti percepivano che i loro genitori fornivano livelli di incoraggiamento alla pratica sportiva da moderati ad elevati. L'analisi correlazionale ha evidenziato relazioni significative tra le variabili. I risultati della regressione hanno fatto emergere che l'*enjoyment* costituisce un predittore significativo di aderenza alla pratica sportiva. L'esperienza sportiva è risultata sostanzialmente positiva per la promozione del ben-essere soggettivo dell'atleta disabile. Lo stesso autore, nell'anno successivo, ha pubblicato un articolo in cui ha esaminato il concetto multidimensionale del sé corporeo in adulti con disabilità motoria, riuscendo a trovare alcune variabili predittive dei livelli di attività fisica praticata.

Auto-percezione del proprio fisico e autostima

Lo studio di Ferriera & Fox (2008) si proponeva di analizzare molteplici aspetti del sé corporeo in giocatori di basket maschi con e senza disabilità. I risultati dello studio hanno rilevato in modo particolare che lo sport in carrozzina contribuisce ad uno sviluppo positivo del sé fisico, fornendo inoltre un'opportunità unica di eseguire con successo prestazioni sportive complesse. Il contesto sportivo è risultato estremamente importante per le persone con disabilità, aiutandole a trovare opportunità di sperimentare nuove sfide, di valutare le proprie capacità, di ottenere confidenza e una visione positiva della propria corporeità, così come di sperimentare situazioni di successo nell'esposizione alle valutazioni sociali. Gli atleti con disabilità motoria che praticavano sport presentavano, dunque, una maggior confidenza verso il proprio corpo, un senso maggiore di attrattiva e una opinione positiva rispetto alle abilità dei loro corpi nell'eseguire *performance* sportive.

Implicazioni per lo sviluppo dell'identità

Anderson (2009) ha investigato le implicazioni dello sport adattato per lo sviluppo dell'identità nelle ragazze adolescenti. Il *background* dell'articolo richiama il fatto che l'istituzione sociale dello sport riflette una società che presuppone i valori, la morale, le norme e gli standard della maggioranza e, di conseguenza, determina chi può partecipare allo sport e chi può essere identificato come atleta. Riconoscendo la crescente importanza dello sport adattato per le persone con disabilità, obiettivo dello studio di Anderson è quello di utilizzare il costrutto dell'interazionismo simbolico per esaminare lo sviluppo dell'identità di ragazze adolescenti con disabilità motoria che partecipano a forme organizzate di sport in carrozzina, con particolare riferimento allo studio della formazione dell'identità atletica. I risultati dello studio hanno evidenziato un ruolo di primaria importanza della partecipazione ad attività ricreative come lo sport per lo sviluppo dell'identità personale.

Identità, affetti e relazioni con i pari

Martin & Shapiro (2010a) hanno esaminato l'identità atletica, gli affetti, e le relazioni tra pari in giovani atleti con disabilità motoria. I risultati dello studio hanno evidenziato che le amicizie all'interno e all'esterno dello sport per disabili possono contribuire a migliorare la qualità della vita, promuovendo stati emotivi positivi come il senso di gioia, soddisfazione, ispirazione, eccitazione ed entusiasmo. In generale, i risultati hanno supportato il ruolo potenzialmente positivo che lo sport adattato può avere sul ben-essere dei giovani con disabilità motoria.

Concetto multidimensionale del sé corporeo

Nello stesso anno Martin & Shapiro hanno pubblicato uno studio avente lo scopo di descrivere il concetto multidimensionale del sé corporeo (esempio: forza, resistenza, competenza sportiva) negli atleti con disabilità motoria.

Tra i risultati principali, è stato posto in evidenza che le percezioni del sé fisico dei partecipanti determinavano almeno per il 50% la loro autostima generale. L'altro 50% era probabilmente attribuibile ad altre dimensioni del sé (accademico, emotivo, sociale). Di estrema rilevanza apparivano essere le aree relative alla flessibilità, alla forza e alla resistenza, con una forte influenza sul concetto generale di sé. Riassumendo, i risultati dello studio evidenziavano che i partecipanti che riportavano una concezione più positiva del loro sé corporeo, della forza, della resistenza e della flessibilità, esibivano anche una maggior autostima rispetto a coloro che avevano ottenuto dei punteggi inferiori in queste quattro variabili.

Auto-descrizione del proprio corpo

Sulla linea degli studi sopradescritti è stata presentata a due convegni una ricerca con dei dati preliminari, avente lo scopo di analizzare il ruolo della pratica sportiva nell'auto-descrizione del proprio corpo in adolescenti e giovani con disabilità motoria, ricerca che sarà presentata per esteso nei capitoli successivi (Scarpa, Gobbi, & Carraro, 2010ab). A questo studio preliminare hanno partecipato 477 persone (206 ragazzi e 271 ragazze) con età compresa tra i 13 e i 28 anni ($M = 19.03$). Gli individui sono stati divisi in 4 gruppi incrociando le variabili 'pratica sportiva' e 'disabilità motoria': (1) non disabili che praticano sport ($n = 279$); (2) non disabili che non praticano sport ($n = 138$); (3) disabili motori che praticano sport ($n = 40$); (4) disabili motori che non praticano sport ($n = 20$). Dai risultati è emerso che la pratica sportiva sembra contribuire a sviluppare un concetto positivo della propria corporeità e delle proprie abilità motorie nelle persone con disabilità motoria.

Bibliografia

- Anderson, D. (2009). Adolescent girls' involvement in disability sport: Implications for identity development. *Journal of Sport & Social Issues*, 33, 427-449.
- Antiseri, D. (2000). *Didattica delle scienze. Epistemologia*. Roma: Armando.
- Antiseri, D. (1999). *Didattica della filosofia. Il mestiere del filosofo*. Roma: Armando.
- Arbour, K.P., Latimer, A.E., Martin Ginis, K.A., & Jung, M.E. (2007). Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 144-159.
- Barbieri, N.S. (2003). *Dal cacciatore neolitico al cavaliere medievale*. Padova: Cleup.
- Bellagamba, G. (2003). *Pedagogia sperimentale e scienze motorie*. Padova: Cleup.
- Bellagamba, G. (2001). *Didattica e Scienze motorie*. Padova: Cleup.
- Berti, E. (2004). *Filosofia pratica*. Napoli: Guida.
- Blinde, E.M., & McClung, L.R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 327-344.
- Campbell, E. (1995). Psychological well being of participants in wheelchair sports: Comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 563-568.
- Cappai, M. (a cura di). (2003). *Percorsi dell'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
- Carraro, A., & Bertollo, M. (2005). *Le scienze motorie e sportive nella scuola primaria*. Padova: Cleup.

- Cole, M., & Engeström, Y. (1993). A cultural-historical approach to distributed cognition. In G. Salomon (Ed.), *Distributed cognitions* (p. 7). Cambridge: Cambridge University Press.
- Di Donato, M. & Teja, A. (1989). *Agonistica e ginnastica nella Grecia antica*. Roma: Studium.
- Ferreira, J.P.L., & Fox, K.R. (2008). Physical self-perceptions and self-esteem in male basketball players with and without disability: A preliminary analysis using the physical self-perception profile. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1, 35-49.
- Galimberti, U. (1983). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Giannantoni, G. (1981). *I presocratici. Testimonianze e frammenti*. Bari: Laterza.
- Giugni, G. (1986). *Il corpo e il movimento nel processo educativo della persona*. Torino: Società Editrice Internazionale.
- Gratton, C. & Jones, I. (2004). *Research Methods for Sport Studies*. New York: Routledge.
- Groff, D.G., & Kleiber, D.A. (2001). Exploring the identity formation of youth involved in an adapted sports program. *Therapeutic Recreational Journal*, 35, 318-332.
- Heath, G.W., & Fentem, P.H. (1997). Physical activity among persons with disabilities – A public health perspective. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 25, 195-234.
- Hoffman, S.J., & Harris, J.C. (2000). *Introduction to kinesiology: Studying physical activity*. Champaign, IL: Human Kinetics
- International Council for Health, Physical Education, Recreation, Sport, and Dance (2000). *International standards for physical education and sport for school children*. USA ICHPERSD: Reston.
- Magnoni, I.F. (a cura di). (2002). *Ippocrate e Vangelo nella sanità che cambia*. Bologna: EDB.
- Martin, J.J. (2010). The psychosocial dynamics of disability sport and exercise. *XVIII AIPS Congress*, 15-17 October Chieti/Italy, 1.

- Martin, J.J. (2007). Physical activity behaviors and physical self-concept of individuals with physical disabilities. *Journal of Human Movement Studies*, 52, 37-48.
- Martin, J.J. (2006). Psychosocial aspects of youth disability sport. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23, 65-77.
- Martin, J.J., & Mushett, C. (1996). Social support mechanisms among athletes disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13, 74-83.
- Martin, J.J., & Smith, K. (2002). Friendship quality in youth disability sport: perceptions of a best friend. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19, 472-482.
- Martin, K.A., Lichtenberger, C.M. Fitness enhancement and changes in body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, & clinical practice* (pp. 414-421). New York: Guilford Press.
- McNamee, M. (2005). Positivism, Popper and Paradigms: An introductory essay in the philosophy of science. In M. McNamee (Ed.). *Philosophy and the Sciences of Exercise*. Routledge: Health and Sport.
- Melchiorre, V. (1988). *Il corpo*. Brescia: La Scuola.
- Melchiorri, C. (1970). *La ginnica o filosofia dello sport*. Roma: Edizioni Mediterranee.
- Popper, K.R. (2005). *La scienza, la filosofia e il senso commune*. Roma: Armando.
- Popper K.R. (1970). *La logica della scoperta scientifica*. Torino: Einaudi.
- Popper, K.R., & Eccles, J.C. (1977). *The Self and its Brain: An argument for interactionism*. New York: Springer International.
- Refrigeri, G. (1998). La laurea in scienze corporee. *Annali della pubblica istruzione*, n. 1-2 , 85-136.
- Scarpa, S., & Carraro, A. (2008). Fondamenti teorici ed epistemologici delle scienze motorie: un contributo. *Educazione Fisica e Sport nella Scuola*, 213/214, 53-58.

- Scarpa, S., Gobbi, E., & Carraro, A. (2010a). Il corpo nella mente: ruolo della pratica sportiva nell'auto-descrizione del proprio fisico in adolescenti e giovani con disabilità motoria. *XVIII Congresso Nazionale AIPS*, 15-17 Ottobre Chieti, 4.
- Scarpa, S., Gobbi, E., & Carraro, A. (2010b). The body in the mind: Role of sport practice on physical self-description in adolescents and young people with and without motor disability. *XV ECSS Congress*, 23-26 June Antalya/Turkey, 416-417.
- Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010a). Athletic identity, affect and peer relations in youth athletes with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 3, 79-85.
- Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010b). Multidimensional physical self-concept of athletes with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 27, 294-307.
- Sherril, C. (1993). *Adapted physical activity recreation and sport: Cross-disciplinary and lifespan*. Madison, WI: WCB Brown & Benchmark.
- Tasiemski, T., Kennedy, P., Gardner, B.P., & Blaikley, R.A. (2004). Athletic identity and sports participation in people with spinal cord injuries. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21, 364-378.
- Tenenbaum, G., & Driscoll M.P. (2005). *Methods of Research in Sport Sciences. Quantitative and Qualitative Approaches*. Oxford: Meyer & Meyer Sport.
- Winnick, J. (2000). *Adapted physical education and sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Seconda Parte

Ricerca empirica

VI

Disegno, obiettivi e ipotesi della ricerca

In questa seconda parte della tesi verrà esposta una ricerca di natura empirica che è stata svolta su tutto il territorio nazionale italiano. La ricerca, sostenuta dal quadro teorico esplicitato nella prima parte del presente volume, intende esaminare in modo specifico il ruolo della pratica sportiva nella costruzione del sé corporeo in adolescenti e giovani con disabilità motoria.

In questo capitolo verrà presentato il disegno della ricerca a partire dall'esplicitazione degli obiettivi e delle ipotesi ad essa sottesi.

Come abbiamo avuto modo di delineare e approfondire nella prima parte del volume, il concetto del sé corporeo costituisce un insieme di conoscenze, sentimenti, ricordi ed esperienze che l'individuo riferisce al suo corpo (Fox, 1998). Attualmente questo costrutto è considerato come un sotto-dominio del concetto di sé che non può, tuttavia, essere trattato come un costrutto unidimensionale, in quanto incorpora molteplici e differenti caratteristiche come l'attività fisica, la fitness, la salute, l'aspetto. Le attuali teorie a riguardo fanno dunque emergere la necessità di prendere in considerazione una consapevolezza multidimensionale che riguarda la propria corporeità (Marsh, Richards, Johnson, Roche, & Tremayne, 1994). Il sé corporeo sembra avere un ruolo cruciale nelle fasi evolutive della persona. Specialmente nel periodo dell'adolescenza e della giovinezza, l'individuo vive molti cambiamenti nel suo corpo. Le differenze di genere divengono evidenti e i ragazzi raggiungono più alti livelli di prestazione nella maggior parte delle abilità motorie (Klömsten, Skaalvik, & Espnes, 2004; Maïano, Ninot, & Bilard, 2004). Le fasi dell'adolescenza e della giovinezza portano l'individuo

a vivere il proprio corpo e il mondo circostante in un modo diverso (Peter-
sen, 1988). Ed è proprio in questa fase della vita che risulta importante ga-
rantire un buon rapporto con la propria dimensione corporea al fine di pro-
muovere la salute e il benessere psicofisico delle persone (Dunton, Schnei-
der, Graham, & Cooper, 2006).

Abbiamo visto, inoltre, che le persone con disabilità hanno general-
mente una considerazione più scarsa del proprio corpo, che è legata sia al
vissuto soggettivo della propria menomazione che alla stigmatizzazione so-
ciale (Arbour, Latimer, Martin Ginis, & Jung, 2007). In questa prospettiva, è
ipotizzabile che le attività motorie e sportive possano svolgere un ruolo di
primaria importanza nella prevenzione dei disturbi legati al sé corporeo.

Alcuni studi hanno evidenziato come l'attività motoria, migliorando
il condizionamento fisico (resistenza cardiovascolare, forza, flessibilità), la
composizione corporea, l'abilità esecutiva e alcuni parametri psicologici
(percezione di competenza e autoefficacia), abbia un effetto positivo nella
percezione che l'individuo ha della sua corporeità. È stato anche dimostrato
che i soggetti che presentano una immagine corporea più 'povera' sono più
sensibili ad eventuali programmi indirizzati a migliorare il rapporto con la
propria corporeità (Martin & Lichtenberger, 2002).

Tutte queste considerazioni possono avere notevoli implicazioni
nell'ambito della disabilità, considerata come 'categoria' particolarmente a
rischio di sviluppare disturbi relativi alla percezione del proprio corpo. Ed è
proprio sulla base di queste premesse teoriche che ha preso vita lo studio
empirico che verrà presentato nelle pagine successive che, come abbiamo
avuto già modo di anticipare, ha appunto per oggetto l'analisi del ruolo della
pratica sportiva nella costruzione del sé corporeo in adolescenti e giovani
con disabilità motoria (Scarpa, Gobbi, & Carraro, 2010).

6.1. Disegno della ricerca

Lo studio prevede un disegno di ricerca trasversale. Gli strumenti di rilevazione verranno applicati tutti nello stesso periodo di tempo presso la popolazione indicata, che sarà campionata attraverso idonee procedure di randomizzazione. I dati raccolti saranno sottoposti a procedure di analisi statistica. I risultati ottenuti saranno discussi alla luce delle ipotesi poste in essere, facendo riferimento al razionale esistente in materia e verificando il raggiungimento degli scopi prefissi. Dalla discussione si giungerà all'enunciazione delle possibili conclusioni e implicazioni della ricerca, all'esplicitazione dei limiti e delle future prospettive di ricerca auspicabili nello specifico ambito di indagine.

6.2. Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi principali sottesi al presente studio sono molteplici e possono essere così sintetizzati:

1. Descrivere il sé corporeo in un gruppo di adolescenti e giovani con disabilità motoria.
2. Analizzare se vi siano differenze rispetto ad un campione di adolescenti e giovani che non presenta disabilità conclamate.
3. Analizzare eventuali differenze rispetto al sé corporeo tra chi pratica attività sportive e chi non le pratica.
4. Confrontare i dati raccolti nel presente lavoro con quelli delle precedenti ricerche e con un eventuale campione normativo.

Dall'analisi della letteratura emerge che vi è un solo studio che ha indagato il punto 1, mentre non sembrano esserci ricerche che abbiano indagato gli

altri tre punti. L'unico studio esistente citato sopra è stato condotto da Shapiro e Martin nel 2010 e riguarda appunto il sé fisico multidimensionale in giovani atleti con disabilità motoria. Se da un lato i risultati dello studio di Shapiro e Martin sembrano anticipare i dati che andremo a presentare nel presente lavoro, d'altro canto essi sembrano confermare l'attualità e la rilevanza della tematica in oggetto. Non di meno, ribadiamo, nello studio citato viene portato un contributo che soddisfa solo il primo dei quattro obiettivi che abbiamo precedentemente elencato. Lo studio che presenteremo, dunque, sembra poter arricchire notevolmente le prospettive di ricerca in questo settore. Infine va detto anche che, se la nostra ricerca è stata condotta nel territorio italiano, quella di Shapiro e Martin è stata effettuata in America. Dal confronto delle due ricerche sul primo obiettivo potremmo far emergere dati molto interessanti in prospettiva cross-culturale.

Oltre agli obiettivi principali, la nostra ricerca è volta anche ad indagare degli obiettivi che potremmo definire di secondo livello e che elenchiamo di seguito:

5. Analizzare e confrontare le differenze di genere rispetto al sé corporeo.
6. Analizzare l'influenza del tipo di sport praticato sull'auto-descrizione del proprio corpo e delle proprie abilità motorie, in particolar modo differenziando gli sport individuali da quelli di squadra.
7. Valutare l'influenza dell'età di insorgenza del deficit sul sé corporeo.
8. Analizzare e confrontare le differenze tra disabili con diversa eziologia (paraplegia di origine cerebrale e paraplegia di origine spinale) rispetto al sé corporeo.
9. Analizzare l'influenza dell'attività motoria praticata sulla percezione personale di salute.

10. Analizzare l'influenza delle componenti specifiche del sé corporeo sul *Fisico Globale*.
11. Analizzare l'influenza del *Fisico Globale* sull'*Autostima Globale*.

6.3. Ipotesi della ricerca

Le ipotesi principali della ricerca sono le seguenti:

- a. Gli adolescenti e giovani con disabilità motoria hanno una concezione peggiore del proprio fisico rispetto ai non disabili.
- b. Gli adolescenti e giovani che praticano attività motorie e sportive hanno una concezione migliore della propria corporeità rispetto ai non praticanti.

Altre ipotesi sono:

- c. Le ragazze presentano una concezione peggiore del proprio corpo e di alcune capacità / abilità motorie (esempio: forza e resistenza) rispetto ai ragazzi. Le ragazze si percepiscono più flessibili dei ragazzi.
- d. Non vi è differenza tra praticanti sport di squadra e praticanti sport individuali, rispetto al sé corporeo, in quanto entrambi inseriti in un contesto sociale ben strutturato.
- e. Coloro che sono 'colpiti' da una menomazione congenita presentano generalmente una concezione peggiore del sé corporeo rispetto a coloro che hanno una disabilità acquisita.
- f. L'attività motoria praticata influisce positivamente sulla percezione di salute soggettiva.
- g. Il *Fisico Globale* è influenzato dalle singole componenti del sé corporeo e va ad influenzare l'*Autostima Globale*.

6.4. Partecipanti previsti

Le persone coinvolte nello studio dovranno avere un'età compresa tra i 13 e i 28 anni e dovranno essere distribuiti 'equamente' in base al sesso.

Si prevede la composizione di quattro gruppi di numerosità proporzionale alla popolazione di riferimento e con i criteri specifici di inclusione riportati di seguito:

1. Gruppo non Disabili / Sport. Gruppo composto da adolescenti e giovani che non presentano alcuna forma di disabilità conclamata e che svolgono almeno una delle seguenti attività sportive da più di un anno: nuoto, atletica, basket (da valutare altre forme di pratica sportiva).
2. Gruppo non Disabili / Non Sport. Gruppo composto da adolescenti e giovani che non presentano alcuna forma di disabilità conclamata e che non svolgono alcuna forma di attività sportiva.
3. Gruppo Disabili / Sport. Gruppo composto da adolescenti e giovani con disabilità motoria che svolgono almeno una delle seguenti attività sportive adattate da più di un anno: nuoto, atletica, basket (da valutare altre forme di pratica sportiva). Criteri di esclusione: altre forme concomitanti di disabilità conclamate (intellettive, sensoriali, ...).
4. Gruppo Disabili / Non Sport. Gruppo composto da adolescenti e giovani con disabilità motoria che non svolgono alcuna forma di attività sportiva adattata. Criteri di esclusione: altre forme conclamate di disabilità (intellettive, sensoriali, ...).

6.5. Tempi previsti

Per lo svolgimento della parte empirica della ricerca è previsto un tempo quantificabile in 14 mesi. Da novembre 2009 fino a giugno 2010 si procederà al reclutamento dei partecipanti e alla somministrazione dei questionari. Da giugno 2010 a settembre 2010 si procederà all'attuazione delle analisi statistiche dei dati raccolti al fine di verificare gli obiettivi e le ipotesi poste in essere. Da settembre 2010 a gennaio 2011 si procederà alla stesura del *report* della ricerca.

Bibliografia

- Arbour, K.P., Latimer, A.E., Martin Ginis, K.A., & Jung, M.E. (2007). Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 144-159.
- Campbell, E. (1995). Psychological well being of participants in wheelchair sports: Comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 563-568.
- Dunton, G.F., Schneider, M., Graham, D.J., & Cooper, D.M. (2006). Physical activity, fitness, and physical self-concept in adolescent females. *Pediatric Exercise Science*, 18, 240-251.
- Fox, K.R. (1998) Advances in the measurement of physical self. In J. L. Duda (Eds.) *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 295-310). Morgantown: Fitness Information Technology.
- Klomsten, A.T., Skaalvik, E.M., & Espnes, G.A. (2004). Physical self-concept and sports: do gender differences still exist? *Sex Roles*, 50, 119-127.

- Maïano, C., Ninot, G., & Bilard, J. (2004). Age and gender effects on global self-esteem and physical self-perception in adolescents. *European Physical Education Review, 10*, 53-69.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: psychometric properties and multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 16*, 270-305.
- Martin, K.A., & Lichtenberger, C.M. (2002). Fitness enhancement and changes in body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 414-421). New York: Guilford Press.
- Petersen, A.C. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 39*, 583-607.
- Scarpa, S., Gobbi, E., & Carraro, A. (2010). The body in the mind: Role of sport practice on physical self-description in adolescents and young people with and without motor disability. *XV ECSS Congress, 23-26 June Antalya/Turkey*, 416-417.
- Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010). Multidimensional physical self-concept of athletes with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly, 27*, 294-307.

VII

Materiali e metodi

Questo capitolo è dedicato alla descrizione dei materiali e metodi utilizzati per lo svolgimento della ricerca empirica. In modo particolare verranno presi in considerazione: lo strumento di misura e il relativo studio di validazione, i partecipanti allo studio, le procedure effettivamente adottate per la realizzazione della ricerca e le analisi statistiche condotte sui dati raccolti al fine di valutare gli obiettivi di ricerca.

7.1. Il Physical Self-Description Questionnaire

Lo strumento utilizzato in questa ricerca empirica è un questionario ricavato a partire dal *Physical Self-Description Questionnaire* (PSDQ, Marsh, Richards, Johnson, Roche, & Tremayne, 1994) che è stato concepito per ‘misurare’ il costrutto del sé fisico in nove componenti specifiche (*Salute, Coordinazione, Attività, Obesità, Abilità Sportiva, Aspetto, Forza, Flessibilità, Resistenza*) e in due componenti globali (*Fisico Globale e Autostima Globale*) in un campione di adolescenti e giovani australiani. Il questionario in versione originale è costituito da 70 item. Il formato delle risposte è costruito su scala Likert (6 punti, vero/falso). Punteggi più alti indicano livelli più alti rispetto alle singole componenti del sé corporeo. Gli item presentano domande con significato sia positivo che negativo. Tutti gli item con orientamento negativo (21 in totale) presentano punteggi inversi. Le domande re-

lative ad ogni sottoscala sono mescolate all'interno del questionario. Ogni sottoscala è composta da 6 item, ad eccezione delle scale relative a *Salute* e *Autostima* che sono composte da 8 item. Le proprietà psicometriche del PSDQ hanno mostrato una buona affidabilità (coefficiente Alpha di Cronbach medio = .92) e una buona stabilità per quanto riguarda il test-retest a 3 mesi (r medio = .83) (Marsh, 1996).

Altri studi hanno testato la validità del PSDQ in prospettiva cross-culturale ottenendo un buon supporto alla generalizzazione dello strumento con adolescenti e giovani appartenenti a diversi contesti socio-culturali. Tra i paesi coinvolti nella validazione dello strumento vi sono Australia, Spagna, Turchia, Francia, Germania, Grecia, Stati Uniti, Giappone, Svezia (Marsh, Marco, & Asci, 2002; Marsh, Asci, & Marco, 2002; Guérin, Marsh, & Mamose, 2004; Asci, 2005; Tsorbatzoudis, 2005; Dishman, Hales, Almeida, Pfeiffer, Dowda, & Pate, 2006; Stiller & Alfermann, 2007; Nishikawa, Norlander, Fransson, & Sundbom, 2007; Asci, Alfermann, Gagar, & Stiller, 2008). Per quanto concerne il contesto italiano il PSDQ in versione integrale è stato validato da Meleddu, Scalas e Guicciardi nel 2002. La versione italiana dello strumento ha dimostrato una elevata attendibilità sia se considerato in forma globale (coefficiente Alpha di Cronbach = .96 nel campione totale e .95 nei due gruppi divisi in base al sesso) che in ciascuna delle 11 sottoscale (coefficiente Alpha di Cronbach medio = .81 nei ragazzi e .83 nelle ragazze). Considerando le correlazioni item-totale, globalmente la scala presenta una buona consistenza interna (valore medio = .48). Dall'analisi fattoriale confermativa sono emerse delle saturazioni fattoriali comprese tra .56 e .89. (media = .79). Per quanto riguarda gli altri indici sono stati ottenuti i seguenti valori nel campione complessivo: $X^2 = 1555.95$; $gl = 505$; $X^2/gl = 3.08$; $GFI = .89$; $AGFI = .86$; $PGFI = .71$; $NFI = .90$; $CFI = .93$. La versione italiana del PSDQ si è dimostrata un buon strumento di valutazione del sé fisico, anche se con un adattamento un po' più debole rispetto alla versione australiana originale.

7.1.1. Il Physical Self-Description Questionnaire Short

Nella presente ricerca è stata utilizzata una versione italiana dello strumento ridotta a 43 item. Di seguito esporremo sinteticamente lo studio che ha portato alla validazione italiana del PSDQ in versione 'short' (PSDQ-S, Scarpa, Gobbi, Paggiaro, & Carraro, 2010). Ciò che ci ha condotto all'estrapolazione e alla validazione di un questionario più breve di quello esistente è legato a svariate motivazioni. Innanzitutto quella di soddisfare la necessità dei ricercatori di poter somministrare il PSDQ all'interno di una batteria più ampia di test. Quando si somministrano più test in batteria è necessario che ciascun strumento sia il più possibile conciso, senza che ne vengano sacrificate l'affidabilità e la validità. Inoltre il minor numero di item, e di conseguenza il minor tempo richiesto per la somministrazione, può garantire una maggior attenzione e accuratezza nelle risposte, incidendo positivamente nelle proprietà psicometriche dello strumento stesso (Smith, McCarthy, & Anderson, 2000). Questo aspetto è di particolare rilevanza quando lo strumento viene somministrato a persone con disabilità, che presentano spesso maggiori difficoltà di attenzione e concentrazione.

Il PSDQ-S in lingua italiana è stato ottenuto utilizzando 47 dei 70 item del PSDQ in versione integrale validato da Meleddu, Scalas & Guicciardi (2002). Per la selezione degli item è stato preso come riferimento lo studio di validazione del PSDQ-S in versione inglese (Peart, Marsh, & Richards, 2006). L'obiettivo primario è stato quello di ridurre sostanzialmente la lunghezza del questionario, mantenendo intatte le proprietà di misurazione dello strumento, preservando gli 11 fattori costituenti il questionario e i contenuti originali relativi a ciascuna sottoscala.

In via preliminare sono state condotte le analisi statistiche su un campione di 951 studenti di età compresa tra gli 11 e i 36 anni, al fine di determinare i differenti indicatori di adattamento. Per quanto concerne le undici sottoscale si è deciso di eliminare gli item che presentavano evidenti pro-

blemi in tutte le analisi: Alpha di Cronbach, Analisi Fattoriale Esplorativa (AFE), Analisi Fattoriale Confermativa (AFC) e analisi fattoriale sui singoli fattori. A seguito delle analisi preliminari sono stati eliminati gli item 1 (coordinazione), 29 (autostima), 33 (obesità), e 44 (resistenza).

Per valutare la capacità della versione italiana del PSDQ-S di misurare gli 11 fattori relativi all'auto-descrizione del proprio corpo è stata condotta una AFC. L'attendibilità delle 11 sottoscale è stata verificata attraverso il coefficiente Alpha di Cronbach, inoltre sono state calcolate le correlazioni item-sottoscala. Per la valutazione dell'adattamento dei dati al modello sono stati utilizzati differenti indici (Hu & Bentler, 1999): il chi-quadrato (χ^2) che, come ben noto, presenta l'inconveniente di rifiutare l'ipotesi nulla per numerosità campionarie elevate; l'RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), che valuta l'adeguatezza del modello prendendo in considerazione anche il numero di parametri presenti e per il quale valori inferiori a .08 e a .05 sono indicativi di modelli, rispettivamente, accettabili e buoni; il GFI (*Goodness of Fit Index*) e l'AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), che esprimono, in termini percentuali, la parte della matrice delle varianze-covarianze ricostruita dal modello e per i quali valori superiori a .90 sono indicativi di un modello adeguato; il NFI (*Normed Fit Index*) e il NNFI (*Non-Normed Fit Index*), che forniscono indicazioni sulla possibilità di migliorare ulteriormente il modello (valori inferiori a .90 indicano la possibilità di miglioramento del modello); il CFI (*Comparative Fit Index*) che costituisce un indice comparativo di adattamento indipendente dalla grandezza del campione; il PGFI (*Parsimony Goodness of Fit Index*) che tiene conto del grado di parsimonia del modello. Inizialmente è stata valutata la bontà del modello applicato all'intero campione. Successivamente è stata analizzata l'invarianza rispetto al genere e all'età.

I risultati dello studio di validazione hanno fatto emergere che l'attendibilità del questionario è complessivamente elevata con i seguenti valori degli Alpha di Cronbach relativi alle 11 sottoscale: *Attività* (item 10, 24, 32, 40; $\alpha = .88$); *Aspetto* (item 3, 14, 20, 35; $\alpha = .85$); *Obesità* (item 11,

19, 25; $\alpha = .86$); *Coordinazione* (item 9, 18, 23, 31; $\alpha = .84$); *Resistenza* (item 6, 28, 37; $\alpha = .90$); *Fessibilità* (item 5, 16, 22, 43; $\alpha = .90$); *Salute* (item 8, 17, 30, 39; 46; $\alpha = .87$); *Abilità Sportiva* (item 2, 12, 26, 41; $\alpha = .90$); *Forza* (item 4, 15, 21, 36; $\alpha = .90$); *Fisico Globale* (item 13, 27, 34, 42; $\alpha = .91$); *Autostima Globale* (item 7, 38, 45, 47; $\alpha = .77$).

Il valore del χ^2 risulta altamente significativo ($p < .001$) sia nel campione globale che nei gruppi suddivisi per genere ed età. Ciò sembrerebbe indicare uno scarso adattamento dei dati al modello, tuttavia va considerato il fatto che il χ^2 non è un indice particolarmente attendibile in quanto influenzato dall'ampiezza del campione. Gli altri indici di adattamento riportano valori compresi nei range accettati in letteratura, fornendo i seguenti risultati nel campione complessivo: RMSEA = .053; NFI = .965; NNFI = .972; CFI = .975; GFI = .874; AGFI = .852; PGFI = .744. Da segnalare il fatto che l'indice RMSEA è pari a .0527, quindi di pochissimo superiore alla soglia ottimale .05 ma di molto inferiore alla soglia massima di .08. Il test per verificare l'ipotesi nulla che $RMSEA < .05$ ha un p-value di .0141, per cui l'ipotesi di adattamento buono è accettata ad un livello dell'1%.

I risultati ottenuti confermano quanto riportato in letteratura e mostrano la validità della versione italiana del PSDQ-S che presenta caratteristiche psicometriche simili a quelle della versione integrale (Meleddu, Scalas, & Guicciardi, 2002) con il vantaggio di essere più breve, richiedendo meno tempo per la somministrazione e per le successive analisi.

Il questionario presenta una buona consistenza interna così come posto in evidenza dai coefficienti Alpha di Cronbach e dalle correlazioni item-sottoscale. Rispetto ai coefficienti Alpha di Cronbach nel campione in esame si riscontrano dei punteggi più alti di quelli ottenuti nella validazione italiana del PSDQ integrale (Meleddu, Scalas, & Guicciardi, 2002) ad eccezione della sottoscala *Aspetto* che presenta lo stesso valore e di quella relativa all'*Obesità*, la quale presenta un valore leggermente inferiore.

I risultati evidenziano gli 11 fattori che delineano le 11 componenti dell'auto-descrizione del proprio corpo e delle proprie capacità / abilità mo-

torie. Le saturazioni fattoriali degli item sulle rispettive sottoscale risultano tutte significative ed elevate (ad eccezione dell'item 47 relativo all'autostima), i fattori sono tutti correlati e ben definiti. La scala risulta applicabile ad entrambi i generi e a diverse classi di età (dagli 11 ai 36 anni) presentando struttura e caratteristiche psicometriche simili.

In conclusione è possibile affermare che la versione italiana del PSDQ-S costituisce un buon strumento di misurazione dell'auto-descrizione del proprio corpo e delle proprie capacità / abilità motorie. Le caratteristiche psicometriche confermano la validità e attendibilità dello strumento nella valutazione del sé fisico e delle sue componenti, così come l'applicabilità ai due generi e a diverse fasce d'età (11-36 anni), con il vantaggio di essere uno strumento più breve e agile da somministrare e trattare (Smith, McCarthy, & Anderson, 2000).

Riportiamo di seguito in Tabella 7.1 il PSDQ-S validato in lingua italiana con l'esclusione dei quattro item che presentavano problemi nelle analisi statistiche. In Tabella 7.2 vengono indicati i criteri di codifica delle sottoscale: i raggruppamenti per sottoscala e i reverse item.

Tabella 7.1

Physical Self-Description Questionnaire Short (PSDQ-S)

1. Gli altri pensano che io sia bravo a praticare gli sport
 2. Sono attraente per la mia età
 3. Sono un individuo fisicamente forte

 4. Sono molto abile nel flettere, torcere e capovolgere il mio corpo
 5. Posso correre a lungo senza fermarmi
 6. Nel complesso molte cose che faccio si concludono bene
 7. Solitamente prendo qualsiasi malattia sia in circolazione (influenza, virus, raffreddore, ecc.)

 8. Riesco facilmente a controllare i movimenti del mio corpo
 9. Faccio spesso esercizi o attività che mettono duramente alla prova il mio fiato
 10. Il mio girovita è troppo largo
 11. Sono bravo nella maggior parte degli sport

 12. Sono fisicamente soddisfatto di me stesso
 13. Ho un viso grazioso da guardare
 14. Ho una grande forza nel mio corpo
 15. Il mio corpo è flessibile

 16. Mi ammalo così spesso che non posso fare tutte le cose che vorrei
 17. Riesco bene nei movimenti che richiedono coordinazione
 18. Ho troppo grasso nel mio corpo
 19. Ho un aspetto migliore di molti miei amici

 20. Sono più forte della maggior parte dei miei coetanei
 21. Il mio corpo è rigido e poco flessibile
 22. Posso eseguire movimenti fluidi e regolari nella maggior parte delle attività fisiche
 23. Faccio attività fisiche (come corsa, danza, ciclismo, aerobica, o nuoto) almeno tre volte alla settimana

 24. Sono in sovrappeso
 25. Ho buone abilità sportive
 26. Fisicamente mi sento bene con me stesso
 27. Penso di poter correre a lungo senza stancarmi

 28. Mi ammalo facilmente
 29. Credo che il mio corpo esegua movimenti coordinati con facilità
 30. Pratico una quantità di sport, danza, ginnastica o altre attività fisiche

 31. Sono soddisfatto di come sono e di ciò che posso fare fisicamente
 32. Ho un bell'aspetto
 33. Potrei far bene in un test di forza

 34. Posso essere fisicamente attivo per un lungo periodo di tempo senza stancarmi
 35. Faccio bene la maggior parte delle cose
 36. Dopo che mi ammalo mi ci vuole un lungo periodo per potermi ristabilire
 37. Faccio sport, esercizi, danza o altre attività fisiche quasi tutti i giorni

 38. Pratico bene gli sport
 39. Sono contento per come sono fisicamente
 40. Penso di poter far bene in un test che misura la flessibilità

 41. Nel complesso ho molto di cui essere fiero
 42. Devo andare dal medico perché mi ammalo più facilmente dei miei coetanei
 43. Nulla di ciò che faccio sembra andare bene
-

Tabella 7.2

<i>Sottoscale</i>	<i>Numero Item</i>				
Attività	9	23	30	37	
Aspetto	2	13	19	32	
Obesità	10*	18*	24*		
Coordinazione	8	17	22	29	
Resistenza	5	27	34		
Flessibilità	4	15	21*	40	
Salute	7*	16*	28*	36*	42*
Abilità Sportiva	1	11	25	38	
Forza	3	14	20	33	
Fisico Globale	12	26	31	39	
Autostima Globale	6	35	41	43*	
* <i>reverse item</i>					

7.2. I partecipanti allo studio

Allo studio hanno partecipato 1225 persone. Seguendo i criteri di inclusione sono stati presi in considerazione per la ricerca 1149 individui (578 ragazzi e 571 ragazze) con età compresa tra i 12 e i 28 anni (media = 16.81, deviazione standard = 4.85). Gli individui sono stati divisi in 4 gruppi incrociando le variabili ‘pratica sportiva’ e ‘disabilità motoria’. Sono stati così costituiti i seguenti quattro gruppi: (1) non disabili che praticano sport (n = 742); (2) non disabili che non praticano sport (n = 264); (3) disabili motori che praticano sport (n = 109); (4) disabili motori che non praticano sport (n = 34).

Tra i disabili sono stati presi in considerazione persone in sedia a rotelle con paraplegia (paralisi completa degli arti inferiori), dovuta ad una lesione centrale (forma spastica) oppure ad una lesione periferica (forma flac-

cida). Come si può notare dalla distribuzione numerica dei quattro gruppi, ad un primo sguardo sembrerebbe esserci una sproporzione. Ovvero il numero dei non disabili è nettamente superiore a quello dei disabili. Ma questa sproporzione è reale o no? Se si fa riferimento ai principi che stanno alla base delle strategie di campionamento si evidenzia come la sproporzione è inversa. Per meglio chiarire, rispetto alla popolazione di riferimento di cui il nostro campione vuole essere rappresentativo, i disabili sono in numero relativamente, o meglio proporzionalmente, superiore ai non disabili. Secondo un censimento ISTAT del 2001, esistono in Italia 2.615.000 disabili, di cui 1.200.000 di tipo motorio. Tra i disabili motori si stimano in Italia 50.000 paraplegici, i quali sono costituiti soprattutto da giovani al di sotto dei trent'anni. Se si considera che i cittadini italiani sono circa 60.000.000, questo implica che i paraplegici costituiscono lo .08 % della popolazione. Ovvero, detto in altri termini, che vi è un paraplegico ogni 1.200 cittadini italiani. Per rispettare queste proporzioni avremmo dunque dovuto reclutare 1.200 persone non disabili per ogni disabile. Come appare in modo evidente dai dati il numero degli individui non disabili non è 1.200 volte superiore a quello dei disabili. Quindi è possibile sostenere che partecipanti con disabilità presenti nel nostro campione siano più che rappresentativi. Per quanto concerne i non disabili, si può ritenere che un numero che si approssima a mille sia più che adeguato per le analisi statistiche che si intendono svolgere e quindi per il raggiungimento degli obiettivi che ci si è prefissi nello studio.

7.3. Procedure

Come abbiamo già avuto modo di esplicitare, il presente studio prevede un disegno di ricerca trasversale. Di conseguenza gli strumenti di rilevazione sono stati applicati tutti nello stesso periodo di tempo. L'analisi condotta è dunque sincronica e comparativa (tra gruppi diversi).

Il principale strumento di misurazione utilizzato è il PSDQ-S. A garanzia del fatto che il questionario fosse adatto anche per i due gruppi di disabili, è stata prevista una fase di pre-ricerca nel corso della quale sono stati consultati sette adolescenti e giovani con disabilità motoria. A questi sette partecipanti è stato chiesto di contribuire ad adattare gli item del questionario che potevano creare problemi di comprensione, interpretazione e identificazione da parte delle persone con disabilità motoria. A seguito di questa fase di pre-ricerca sono state cambiate le enunciazioni di tre item:

1. L'affermazione dell'item 5: "*Posso correre a lungo senza fermarmi*" è stata sostituita con "*Posso fare lunghi percorsi senza fermarmi*".
2. L'affermazione dell'item 23: "*Faccio attività fisiche (come corsa, danza, ciclismo, aerobica, o nuoto) almeno tre volte alla settimana*" è stata sostituita con "*Faccio attività fisiche (come atletica, basket, scherma, o nuoto) almeno tre volte alla settimana*".
3. L'affermazione dell'item 27: "*Penso di poter correre a lungo senza stancarmi*" è stata sostituita con "*Penso di potermi spingere a lungo senza stancarmi*".

Oltre alla compilazione del PSDQ-S, ai partecipanti sono state chieste altre informazioni personali: genere, peso, altezza, età, tipo di sport praticato, tipo di disabilità, origine della propria disabilità e momento di insorgenza, modo in cui viene trascorso il tempo libero. I questionari e tutte le altre informazioni richieste sono stati compilati in maniera anonima, con il consenso informato di ciascun partecipante e dei genitori per gli individui minorenni.

Il questionario è stato consegnato ai partecipanti con una lettera di accompagnamento:

Ti chiediamo di dedicarci un po' del Tuo tempo per la compilazione del presente questionario anonimo (PSDQ-S), per realizzare una ricerca che stiamo conducendo nell'ambito del dottorato in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione dell'Università di Padova.

Lo scopo di questo studio è vedere come le persone si descrivono fisicamente. Nel questionario che ti proporremo ti verrà chiesto di pensare al tuo fisico.

Per esempio, com'è il tuo aspetto, quanto sei forte, quanto sei abile nello sport, se pratichi attività fisica regolarmente, se sei coordinato/a, se ti ammali spesso o raramente.

Ti chiediamo pertanto la Tua preziosa collaborazione nello sviluppo di questa ricerca.

RingraziandoTi anticipatamente per l'attenzione e il contributo che attraverso la compilazione ci darai, Ti porgiamo i nostri più cordiali saluti.

Prima della compilazione del PSDQ-S è stato chiesto ai partecipanti di leggere le seguenti istruzioni:

Questa è una possibilità di guardare a te stesso/a. Non è un test. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Accertati che le risposte mostrino come tu ti senti riguardo te stesso/a. PER FAVORE NON PARLARE CON NESSUNO RIGUARDO ALLE TUE RISPOSTE. Rispondi ad ogni affermazione velocemente in base a come ti senti in questo momento. Per favore non lasciare nessuna risposta in bianco.

Quando sei pronto/a a cominciare, per favore, leggi ciascuna affermazione e decidi la tua risposta. Ci sono sei possibili risposte per ogni domanda – 'Vero', 'Falso', e quattro risposte intermedie. Per rispondere alle domande devi scegliere tra le sei alternative possibili riportate di seguito.

Per esempio uno studente di nome Bob alla domanda "*Di solito sono ordinato*", ha risposto segnando la casella numero 4 (più vero che falso). Bob ha risposto così perché anche se è ordinato ha i suoi momenti di disordine.

Ricordati di selezionare solo una casella per ogni domanda e di rispondere a tutte le domande, anche se non sei sicuro/a di quale risposta scegliere.

La ricerca è stata svolta in tutto il territorio italiano con il supporto di alcuni studenti dei corsi di laurea in scienze motorie delle Università di Padova e Urbino. Per quanto concerne i partecipanti non disabili, sono stati coinvolti studenti frequentanti la scuola secondaria di primo grado, la scuola secondaria di secondo grado e i corsi di laurea in scienze motorie, scienze della formazione primaria e medicina e chirurgia dei due atenei italiani citati sopra. Per quanto riguarda i partecipanti disabili sono state contattate (personalmente, telefonicamente e via e-mail) tutte le associazioni italiane di paraple-

gici. Inoltre, è stato dato particolare risalto alla nostra iniziativa di ricerca dal sito 'www.superando.it' che ha messo a disposizione il questionario in una pagina web predisposta, con la spiegazione della ricerca (Figura 7.1).

Figura 7.1



7.4. Analisi statistiche

Tutte le analisi statistiche sono state condotte utilizzando SPSS (versione 18.0).

I coefficienti Alpha di Cronbach sono stati calcolati per ciascuna delle 11 sottoscale del PSDQ-S. Le descrittive di scala (media e deviazione standard) sono state condotte per descrivere il campione e i punteggi del sé corporeo nei quattro gruppi di partecipanti. Al fine di esaminare le differenze tra i

quattro gruppi nelle sottoscale del PSDQ-S sono stati impiegati l'analisi della varianza (ANOVA a una via) e un post-hoc test (Bonferroni). Il coefficiente di correlazione di Pearson è stato calcolato per valutare la presenza di correlazioni tra le variabili. L'analisi multivariata della varianza (MANOVA) è stata utilizzata per esaminare le differenze tra gruppi, considerando l'interazione di due variabili indipendenti sul concetto del sé corporeo. Infine è stata condotta la regressione per stimare l'influenza di alcune variabili indipendenti su altre variabili dipendenti.

Bibliografia

- Asci, F.H. (2005). The construct validity of two physical self-concept measures: An example from Turkey. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 659-669.
- Asci, F.H., Alfermann, D., Gagar, E., & Stiller, J. (2008). Physical self-concept in adolescence and young adulthood: a comparison of Turkish and German students. *International Journal of Sport Psychology*, 39, 217-236.
- Dishman, R.K., Hales, D.P., Almeida, M.J., Pfeiffer, K.A., Dowda, M., & Pate, R.R. (2006). Factorial validity and invariance of the Physical Self-Description Questionnaire among black and white adolescent girls. *Ethnicity & Disease*, 16, 551-558.
- Guérin, F., Marsh, H.W., & Mamose, J.P. (2004). Generalizability of the PSDQ and its relationship to physical fitness: The European French connection. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26, 19-38.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

- Marsh, H.W. (1996). Construct of Physical Self-Description Questionnaire response: Relations to external criteria. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 18*, 111-131.
- Marsh, H.W., Ascí, F.H., & Marco, I.T. (2002). Multitrait-multimethod analyses of two physical self-concept instruments: A cross-cultural perspective. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 24*, 99-119.
- Marsh, H.W., Marco, I.T., & Ascí, F.H. (2002). Cross-cultural validity of the physical self-description questionnaire: Comparison of factor structures in Australia, Spain, and Turkey. *Research Quarterly for Exercise & Sport, 73*, 257-270.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 16*, 270-305.
- Meleddu, M., Scalas, L. F., & Guicciardi, M. (2002). Contributo alla validazione italiana del Physical Self-Description Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata, 237*, 36-52.
- Nishikawa, S., Norlander, T., Fransson, P., & Sundbom, E. (2007). A cross validation of adolescent self-concept in two cultures: Japan and Sweden. *Social Behavior and Personality, 35*, 269-286.
- Peart, N.D., Marsh, H.W., & Richards G.E. (2006). The Physical Self-Description Questionnaire: Furthering research linking physical self-concept, physical activity and physical education, *AARE Conference Paper Abstracts*.
- Scarpa, S., Gobbi, E., Paggiaro, A., & Carraro, A. (2010). Un contributo alla validazione italiana del Physical Self-Description Questionnaire Short. *Giornale Italiano di Psicologia dello Sport, 8*, 25-30.
- Smith, G.T., McCarthy, M., & Anderson, K.G. (2000). On the sins of short-form development. *Psychological Assessment, 12*, 102-111.

- Stiller, J., & Alfermann, D. (2007). The German Physical Self-Description Questionnaire (PSDQ): Psychometric properties and a preliminary assessment of reliability and validity for adolescents and young adults. *Zeitschrift für Sportpsychologie, 14*, 149-161.
- Tsorbatzoudis, H. (2005). Psychometric evaluation of the Greek Physical Self-Description Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills, 101*, 79-89.

VIII

Risultati

8.1. Consistenza interna

Come presentato in Tabella 8.1 i punteggi del Coefficiente Alpha di Cronbach è risultato adeguato per tutti gli undici fattori del PSDQ-S. In particolare sono stati registrati i seguenti *range* di punteggio suddivisi per popolazione:

1. $\alpha = .73-.89$, nel campione intero.
2. $\alpha = .72-.89$, nel gruppo di partecipanti senza disabilità.
3. $\alpha = .76-.92$, nel gruppo di partecipanti con disabilità.

8.2. Statistiche descrittive e analisi della varianza

In Tabella 8.2 sono contenute le descrittive di scala e l'analisi della varianza. L'ANOVA ad una via ha evidenziato differenze significative tra gruppi nelle seguenti sottoscale del PSDQ-S: *Attività* ($F_{3,1145} = 350.2, p < .0001$), *Resistenza* ($F_{3,1145} = 67.7, p < .0001$), *Forza* ($F_{3,1145} = 34.4, p < .0001$), *Flessibilità* ($F_{3,1145} = 13.3, p < .0001$), *Coordinazione* ($F_{3,1145} = 52.3, p < .0001$), *Abilità Sportiva* ($F_{3,1145} = 117.6, p < .0001$), *Salute* ($F_{3,1145} = 6.4, p < .0001$), *Obesità* ($F_{3,1145} = 16.1, p < .0001$), *Aspetto* ($F_{3,1145} = 4.6, p = .003$), *Fisico Globale* ($F_{3,1145} = 18.1, p < .0001$), e *Autostima Globale* ($F_{3,1145} = 20.1, p < .0001$).

Tabella 8.1

	<i>Non disabili</i>	<i>Disabili</i>	<i>Campione intero</i>
<i>Sottoscala</i>	Alpha	Alpha	Alpha
Attività	.87	.84	.87
Resistenza	.89	.84	.89
Forza	.89	.76	.87
Flessibilità	.88	.78	.87
Coordinazione	.82	.82	.82
Abilità Sportiva	.89	.87	.89
Salute	.84	.83	.84
Obesità	.87	.92	.88
Aspetto	.86	.78	.85
Fisico Globale	.72	.87	.74
Autostima Globale	.73	.76	.73

Tabella 8.2

Sottoscala	ND-S		ND-NoS		D-S		D-NoS		ANOVA	
	M	DS	M	DS	M	DS	M	DS	F _{3,1145}	p-value
Attività	4.4	1.2	1.9	1.0	4.1	1.3	1.9	.9	350.2	< .0001
Resistenza	4.1	1.3	2.9	1.4	4.2	1.2	3.0	1.4	67.7	< .0001
Forza	4.0	1.2	3.3	1.2	4.3	.9	3.2	1.3	34.4	< .0001
Flessibilità	3.8	1.2	3.4	1.2	3.9	1.0	3.0	1.2	13.3	< .0001
Coordinazione	4.4	.9	3.8	.9	4.0	1.0	3.0	1.1	52.3	< .0001
Abilità Sportiva	4.5	1.0	3.3	1.2	4.4	.9	2.7	1.3	117.6	< .0001
Salute	5.3	.8	5.1	1.0	5.0	1.0	4.7	1.3	6.4	< .0001
Obesità	4.9	1.3	4.4	1.4	4.3	1.6	4.0	1.8	16.1	< .0001
Aspetto	4.1	1.1	3.9	1.1	4.2	1.0	3.7	1.1	4.6	.003
Fisico Globale	4.6	1.3	4.1	1.2	4.4	1.2	3.7	1.3	18.1	< .0001
Stima Globale	4.7	.8	4.4	.9	4.9	.7	4.0	1.3	20.1	< .0001

Nota. ND-S = Non Disabili che praticano Sport ; ND-NoS = Non Disabili che Non praticano Sport; D-S = Disabili che praticano Sport; D-NoS = Disabili che Non praticano Sport; M = media; DS = deviazione standard.

8.3. Risultati del test post-hoc di Bonferroni

Nella Tabella 8.3 vengono presentati i risultati del test di Bonferroni che, principalmente, ha posto in evidenza che:

1. Il gruppo 1 (non disabili – sportivi) ha ottenuto punteggi più alti del gruppo 2 (non disabili – non sportivi) e del gruppo 4 (disabili – sportivi), ma non si è differenziato dal gruppo 3 (disabili – sportivi) nelle seguenti sottoscale del PSDQ-S: *Resistenza, Flessibilità, Coordinazione, Abilità Sportiva, Aspetto, Fisico Globale e Autostima Globale*.
2. Il gruppo 3 (disabili – sportivi) ha ottenuto punteggi più alti del gruppo 1 (non disabili – sportivi) nella scala del PSDQ-S relativa alla *Forza*.
3. Il gruppo 4 (disabili – non sportivi) ha ottenuto i punteggi più bassi di tutti e quattro i gruppi nelle scale del PSDQ-S relative a *Coordinazione, Abilità Sportiva e Autostima Globale*.

Tabella 8.3 (prima parte)

Sottoscale	Gruppo (i)	Gruppo (j)	p-value
Attività	ND-SPORT	ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	.029
		D-NoSPORT	< .0001
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	< .0001
		D-NoSPORT	1.000
	D-SPORT	ND-SPORT	.029
		ND-NoSPORT	< .0001
		D-NoSPORT	< .0001
	D-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	1.000
		D-SPORT	< .0001
Resistenza	ND-SPORT	ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	1.000
		D-NoSPORT	< .0001
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	< .0001
		D-NoSPORT	1.000
	D-SPORT	ND-SPORT	1.000
		ND-NoSPORT	< .0001
		D-NoSPORT	< .0001
	D-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	1.000
		D-SPORT	< .0001
Forza	ND-SPORT	ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	.008
		D-NoSPORT	.002
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	< .0001
		D-NoSPORT	1.000
	D-SPORT	ND-SPORT	.008
		ND-NoSPORT	< .0001
		D-NoSPORT	< .0001
	D-NoSPORT	ND-SPORT	.002
		ND-NoSPORT	1.000
		D-SPORT	< .0001
Flessibilità	ND-SPORT	ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	1.000
		D-NoSPORT	< .0001
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	.002
		D-NoSPORT	.352
	D-SPORT	ND-SPORT	1.000
		ND-NoSPORT	.002
		D-NoSPORT	.001
	D-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	.352
		D-SPORT	.001

Tabella 8.3 (seconda parte)

Coordinazione	ND-SPORT	ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	< .0001
		D-NoSPORT	< .0001
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	.073
		D-NoSPORT	< .0001
	D-SPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	.073
		D-NoSPORT	< .0001
	D-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	< .0001
Abilità Sportiva	ND-SPORT	ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	1.000
		D-NoSPORT	< .0001
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	< .0001
		D-NoSPORT	.019
	D-SPORT	ND-SPORT	1.000
		ND-NoSPORT	< .0001
		D-NoSPORT	< .0001
	D-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	.019
		D-SPORT	< .0001
Salute	ND-SPORT	ND-NoSPORT	.252
		D-SPORT	.024
		D-NoSPORT	.005
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	.252
		D-SPORT	1.000
		D-NoSPORT	.094
	D-SPORT	ND-SPORT	.024
		ND-NoSPORT	1.000
		D-NoSPORT	.848
	D-NoSPORT	ND-SPORT	.005
		ND-NoSPORT	.094
		D-SPORT	.848
Obesità	ND-SPORT	ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	< .0001
		D-NoSPORT	.002
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	1.000
		D-NoSPORT	1.000
	D-SPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	1.000
		D-NoSPORT	1.000
	D-NoSPORT	ND-SPORT	.002
		ND-NoSPORT	1.000
		D-SPORT	1.000

Tabella 8.3 (terza parte)

Aspetto	ND-SPORT	ND-NoSPORT	.030
		D-SPORT	1.000
		D-NoSPORT	.087
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	.030
		D-SPORT	.105
		D-NoSPORT	1.000
	D-SPORT	ND-SPORT	1.000
		ND-NoSPORT	.105
		D-NoSPORT	.068
	D-NoSPORT	ND-SPORT	.087
		ND-NoSPORT	1.000
		D-SPORT	.068
Fisico Globale	ND-SPORT	ND-NoSPORT	.000
		D-SPORT	.427
		D-NoSPORT	< .0001
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	.123
		D-NoSPORT	.354
	D-SPORT	ND-SPORT	.427
		ND-NoSPORT	.123
		D-NoSPORT	.012
	D-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	.354
		D-SPORT	.012
Stima Globale	ND-SPORT	ND-NoSPORT	< .0001
		D-SPORT	.331
		D-NoSPORT	< .0001
	ND-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		D-SPORT	< .0001
		D-NoSPORT	.041
	D-SPORT	ND-SPORT	.331
		ND-NoSPORT	< .0001
		D-NoSPORT	< .0001
	D-NoSPORT	ND-SPORT	< .0001
		ND-NoSPORT	.041
		D-SPORT	< .0001

Nota. ND-SPORT = Non Disabili che praticano Sport ; ND-NoSPORT = Non Disabili che Non praticano Sport; D-SPORT = Disabili che praticano Sport; D-NoSPORT = Disabili che Non praticano Sport.

8.4. Risultati delle correlazioni

In Tabella 8.4.1 vengono presentati i risultati delle Correlazioni di Pearson tra le variabili del PDSQ-S nel campione intero. In Tabella 8.4.2 vengono presentati i risultati delle Correlazioni di Pearson tra le variabili del PDSQ-S nel gruppo di Non Disabili che praticano Sport. In Tabella 8.4.3 vengono presentati i risultati delle Correlazioni di Pearson tra le variabili del PDSQ-S nel gruppo di Non Disabili che Non praticano Sport. In Tabella 8.4.4 vengono presentati i risultati delle Correlazioni di Pearson tra le variabili del PDSQ-S nel gruppo di Disabili che praticano Sport. In Tabella 8.4.5 vengono presentati i risultati delle Correlazioni di Pearson tra le variabili del PDSQ-S nel gruppo di Disabili che Non praticano Sport.

8.5. Risultati delle MANOVA

In Tabella 8.5.1 vengono presentati i risultati dei test multivariati relativi all'interazione tra 'genere' e 'quattro gruppi'. In Tabella 8.5.2 vengono presentati i risultati dei test multivariati relativi all'interazione tra 'tipo di sport' e 'quattro gruppi'. In Tabella 8.5.3 vengono presentati i risultati dei test multivariati relativi all'interazione tra 'origine della disabilità' e 'quattro gruppi'. In Tabella 8.5.4 vengono presentati i risultati dei test multivariati relativi all'interazione tra 'anni senza disabilità' e 'quattro gruppi'.

Tabella 8.4.1 – Campione intero

	Attività	Aspetto	Obesità	Coordinazione	Resistenza	Flessibilità	Salute	Abilità Sportiva	Forza	Fisico Globale	Autostima
Attività	1	.168**	.188**	.419**	.552**	.264**	.065*	.606**	.405**	.320**	.266**
		.000	.000	.000	.000	.000	.023	.000	.000	.000	.000
Aspetto	.168**	1	.226**	.329**	.225**	.246**	.099**	.336**	.397**	.482**	.511**
	.000		.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000
Obesità	.188**	.226**	1	.214**	.254**	.185**	.181**	.231**	-.030	.441**	.225**
	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.287	.000	.000
Coordinazione	.419**	.329**	.214**	1	.451**	.566**	.146**	.625**	.396**	.399**	.452**
	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Resistenza	.552**	.225**	.254**	.451**	1	.280**	.121**	.617**	.514**	.427**	.363**
	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
Flessibilità	.264**	.246**	.185**	.566**	.280**	1	.107**	.383**	.248**	.240**	.272**
	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
Salute	.065*	.099**	.181**	.146**	.121**	.107**	1	.102**	.152**	.170**	.220**
	.023	.001	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
Abilità Sportiva	.606**	.336**	.231**	.625**	.617**	.383**	.102**	1	.563**	.478**	.455**
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	1223	1224	1223	1224	1224	1224	1223	1224	1224	1223	1224
Forza	.405**	.397**	-.030	.396**	.514**	.248**	.152**	.563**	1	.364**	.400**
	.000	.000	.287	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
Fisico Globale	.320**	.482**	.441**	.399**	.427**	.240**	.170**	.478**	.364**	1	.492**
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
Autostima	.266**	.511**	.225**	.452**	.363**	.272**	.220**	.455**	.400**	.492**	1
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

Note. Nella prima riga è presentato il valore della r di Pearson, nella seconda il valore di p (significatività a due code).

Tabella 8.4.2 – Non Disabili / Sport

	Attività	Aspetto	Obesità	Coordinazione	Resistenza	Flessibilità	Salute	Abilità Sportiva	Forza	Fisico Globale	Autostima
Attività	1	.138**	.159**	.329**	.411**	.165**	.095**	.429**	.287**	.235**	.208**
		.000	.000	.000	.000	.000	.009	.000	.000	.000	.000
Aspetto	.138**	1	.203**	.336**	.249**	.200**	.072*	.367**	.408**	.468**	.500**
	.000		.000	.000	.000	.000	.047	.000	.000	.000	.000
Obesità	.159**	.203**	1	.181**	.269**	.154**	.159**	.193**	-.069	.422**	.247**
	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.058	.000	.000
Coordinazione	.329**	.336**	.181**	1	.362**	.511**	.148**	.561**	.375**	.348**	.431**
	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Resistenza	.411**	.249**	.269**	.362**	1	.162**	.122**	.538**	.456**	.393**	.358**
	.000	.000	.000	.000		.000	.001	.000	.000	.000	.000
Flessibilità	.165**	.200**	.154**	.511**	.162**	1	.093*	.268**	.140**	.155**	.233**
	.000	.000	.000	.000	.000		.011	.000	.000	.000	.000
Salute	.095**	.072*	.159**	.148**	.122**	.093*	1	.100**	.139**	.131**	.223**
	.009	.047	.000	.000	.001	.011		.006	.000	.000	.000
Abilità	.429**	.367**	.193**	.561**	.538**	.268**	.100**	1	.527**	.450**	.462**
Sportiva	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.006		.000	.000	.000
Forza	.287**	.408**	-.069	.375**	.456**	.140**	.139**	.527**	1	.321**	.376**
	.000	.000	.058	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
Fisico	.235**	.468**	.422**	.348**	.393**	.155**	.131**	.450**	.321**	1	.485**
Globale	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
Autostima	.208**	.500**	.247**	.431**	.358**	.233**	.223**	.462**	.376**	.485**	1
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

Note. Nella prima riga è presentato il valore della r di Pearson, nella seconda il valore di p (significatività a due code).

Tabella 8.4.3 – Non Disabili / Non Sport

	Attività	Aspetto	Obesità	Coordinazione	Resistenza	Flessibilità	Salute	Abilità Sportiva	Forza	Fisico Globale	Autostima
Attività	1	.131*	.005	.236**	.486**	.274**	-.105	.429**	.384**	.193**	.084
		.024	.936	.000	.000	.000	.072	.000	.000	.001	.152
Aspetto	.131*	1	.230**	.294**	.104	.270**	.107	.269**	.270**	.493**	.514**
	.024		.000	.000	.074	.000	.066	.000	.000	.000	.000
Obesità	.005	.230**	1	.111	.230**	.105	.127*	.218**	-.090	.461**	.105
	.936	.000		.057	.000	.070	.030	.000	.123	.000	.072
Coordinazione	.236**	.294**	.111	1	.403**	.568**	.047	.600**	.261**	.298**	.381**
	.000	.000	.057		.000	.000	.425	.000	.000	.000	.000
Resistenza	.486**	.104	.230**	.403**	1	.301**	.058	.548**	.429**	.311**	.156**
	.000	.074	.000	.000		.000	.318	.000	.000	.000	.007
Flessibilità	.274**	.270**	.105	.568**	.301**	1	.050	.425**	.268**	.189**	.207**
	.000	.000	.070	.000	.000		.388	.000	.000	.001	.000
Salute	-.105	.107	.127*	.047	.058	.050	1	.046	.122*	.119*	.093
	.072	.066	.030	.425	.318	.388		.426	.037	.042	.112
Abilità	.429**	.269**	.218**	.600**	.548**	.425**	.046	1	.480**	.413**	.355**
Sportiva	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.426		.000	.000	.000
Forza	.384**	.270**	-.090	.261**	.429**	.268**	.122*	.480**	1	.280**	.272**
	.000	.000	.123	.000	.000	.000	.037	.000		.000	.000
Fisico	.193**	.493**	.461**	.298**	.311**	.189**	.119*	.413**	.280**	1	.406**
Globale	.001	.000	.000	.000	.000	.001	.042	.000	.000		.000
Autostima	.084	.514**	.105	.381**	.156**	.207**	.093	.355**	.272**	.406**	1
	.152	.000	.072	.000	.007	.000	.112	.000	.000	.000	

Note. Nella prima riga è presentato il valore della r di Pearson, nella seconda il valore di p (significatività a due code)

Tabella 8.4.4 – Disabili / Sport

	Attività	Aspetto	Obesità	Coordinazione	Resistenza	Flessibilità	Salute	Abilità Sportiva	Forza	Fisico Globale	Autostima
Attività	1	.099	-.046	.180*	.358**	.080	.028	.400**	.403**	.242**	.219*
		.261	.605	.040	.000	.366	.751	.000	.000	.006	.012
Aspetto	.099	1	.205*	.298**	.129	.299**	.077	.282**	.494**	.460**	.453**
	.261		.019	.001	.143	.001	.385	.001	.000	.000	.000
Obesità	-.046	.205*	1	.139	.112	.355**	.171	.076	-.049	.379**	.172*
	.605	.019		.115	.205	.000	.052	.389	.583	.000	.050
Coordinazione	.180*	.298**	.139	1	.368**	.631**	.125	.470**	.341**	.350**	.468**
	.040	.001	.115		.000	.000	.156	.000	.000	.000	.000
Resistenza	.358**	.129	.112	.368**	1	.346**	.172	.411**	.411**	.425**	.381**
	.000	.143	.205	.000		.000	.051	.000	.000	.000	.000
Flessibilità	.080	.299**	.355**	.631**	.346**	1	.213*	.320**	.326**	.418**	.348**
	.366	.001	.000	.000	.000		.015	.000	.000	.000	.000
Salute	.028	.077	.171	.125	.172	.213*	1	.099	.203*	.327**	.380**
	.751	.385	.052	.156	.051	.015		.263	.021	.000	.000
Abilità	.400**	.282**	.076	.470**	.411**	.320**	.099	1	.576**	.359**	.496**
Sportiva	.000	.001	.389	.000	.000	.000	.263		.000	.000	.000
Forza	.403**	.494**	-.049	.341**	.411**	.326**	.203*	.576**	1	.356**	.436**
	.000	.000	.583	.000	.000	.000	.021	.000		.000	.000
Fisico	.242**	.460**	.379**	.350**	.425**	.418**	.327**	.359**	.356**	1	.489**
Globale	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
Autostima	.219*	.453**	.172*	.468**	.381**	.348**	.380**	.496**	.436**	.489**	1
	.012	.000	.050	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

Note. Nella prima riga è presentato il valore della r di Pearson, nella seconda il valore di p (significatività a due code)

Tabella 8.4.5 – Disabili / Non Sport

	Attività	Aspetto	Obesità	Coordinazione	Resistenza	Flessibilità	Salute	Abilità Sportiva	Forza	Fisico Globale	Autostima
Attività	1	.049	.201	.332*	.305*	.301*	-.264	.328*	.234	.376*	.187
		.751	.191	.027	.044	.047	.084	.030	.126	.012	.225
Aspetto	.049	1	.452**	.295	.121	.296	.349*	.287	.462**	.478**	.554**
	.751		.002	.052	.433	.051	.020	.059	.002	.001	.000
Obesità	.201	.452**	1	.138	-.122	.165	.294	-.069	.079	.409**	.414**
	.191	.002		.370	.431	.284	.053	.657	.610	.006	.005
Coordinazione	.332*	.295	.138	1	.637**	.751**	.170	.614**	.702**	.633**	.490**
	.027	.052	.370		.000	.000	.271	.000	.000	.000	.001
Resistenza	.305*	.121	-.122	.637**	1	.462**	.181	.514**	.669**	.511**	.481**
	.044	.433	.431	.000		.002	.239	.000	.000	.000	.001
Flessibilità	.301*	.296	.165	.751**	.462**	1	.184	.626**	.676**	.646**	.306*
	.047	.051	.284	.000	.002		.233	.000	.000	.000	.044
Salute	-.264	.349*	.294	.170	.181	.184	1	-.002	.424**	.317*	.460**
	.084	.020	.053	.271	.239	.233		.988	.004	.036	.002
Abilità	.328*	.287	-.069	.614**	.514**	.626**	-.002	1	.574**	.475**	.194
Sportiva	.030	.059	.657	.000	.000	.000	.988		.000	.001	.208
Forza	.234	.462**	.079	.702**	.669**	.676**	.424**	.574**	1	.683**	.537**
	.126	.002	.610	.000	.000	.000	.004	.000		.000	.000
Fisico	.376*	.478**	.409**	.633**	.511**	.646**	.317*	.475**	.683**	1	.579**
Globale	.012	.001	.006	.000	.000	.000	.036	.001	.000		.000
Autostima	.187	.554**	.414**	.490**	.481**	.306*	.460**	.194	.537**	.579**	1
	.225	.000	.005	.001	.001	.044	.002	.208	.000	.000	

Note. Nella prima riga è presentato il valore della r di Pearson, nella seconda il valore di p (significatività a due code)

Tabella 8.5.1

TEST MULTIVARIATI						
Effetto		Valore	F	Ipotesi df	Gradi di libertà dell'errore	Sig.
<i>Genere</i>	Traccia di Pillai	.051	5.512	11.000	1126.000	.000
	Lambda di Wilks	.949	5.512	11.000	1126.000	.000
	Traccia di Hotelling	.054	5.512	11.000	1126.000	.000
	Radice di Roy	.054	5.512	11.000	1126.000	.000
<i>4 GRUPPI * Genere</i>	Traccia di Pillai	.050	1.749	33.000	3384.000	.005
	Lambda di Wilks	.950	1.751	33.000	3318.107	.005
	Traccia di Hotelling	.051	1.753	33.000	3374.000	.005
	Radice di Roy	.028	2.921	11.000	1128.000	.001

TEST DEGLI EFFETTI FRA SOGGETTI						
Sorgente	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	df	Media dei quadrati	F	Sig.
<i>Genere</i>	Attività	18.653	1	18.653	14.436	.000
	Resistenza	49.019	1	49.019	31.781	.000
	Forza	35.799	1	35.799	29.901	.000
	Flessibilità	.008	1	.008	.006	.939
	Coordinazione	5.059	1	5.059	5.974	.015
	Abilità Sportiva	16.236	1	16.236	15.892	.000
	Salute	.209	1	.209	.250	.617
	Obesità	4.693E-6	1	4.693E-6	.000	.999
	Aspetto	.029	1	.029	.024	.877
	Fisico Globale	15.512	1	15.512	10.274	.001
<i>4GRUPPI * Genere</i>	Autostima	1.177	1	1.177	1.685	.195
	Attività	6.148	3	2.049	1.586	.191
	Resistenza	2.888	3	.963	.624	.599
	Forza	6.641	3	2.214	1.849	.137
	Flessibilità	11.790	3	3.930	2.720	.043
	Coordinazione	6.161	3	2.054	2.425	.064
	Abilità Sportiva	5.340	3	1.780	1.742	.157
	Salute	1.043	3	.348	.416	.742
	Obesità	3.865	3	1.288	.707	.548
	Aspetto	1.678	3	.559	.463	.708
Fisico Globale	1.339	3	.446	.296	.829	
Autostima	2.959	3	.986	1.412	.238	

Tabella 8.5.2

TEST MULTIVARIATI						
Effetto		Valore	F	Ipotesi df	Gradi di libertà dell'errore	Sig.
<i>Tipo di sport (individuale vs squadra)</i>	Traccia di Pillai	.038	1.469	22.000	1664.000	.074
	Lambda di Wilks	.962	1.471	22.000	1662.000	.073
	Traccia di Hotelling	.039	1.473	22.000	1660.000	.073
	Radice di Roy	.030	2.239	11.000	832.000	.011
<i>4GRUPPI * Tipo di sport</i>	Traccia di Pillai	.019	1.467	11.000	831.000	.139
	Lambda di Wilks	.981	1.467	11.000	831.000	.139
	Traccia di Hotelling	.019	1.467	11.000	831.000	.139
	Radice di Roy	.019	1.467	11.000	831.000	.139

TEST DEGLI EFFETTI FRA SOGGETTI						
Sorgente	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	df	Media dei quadrati	F	Sig.
<i>Tipo di sport</i>	Attività	.587	2	.294	.204	.816
	Resistenza	8.906	2	4.453	2.761	.064
	Forza	4.499	2	2.249	1.725	.179
	Flessibilità	2.692	2	1.346	.922	.398
	Coordinazione	7.949	2	3.974	4.869	.008
	Abilità Sportiva	13.029	2	6.514	7.335	.001
	Salute	.407	2	.203	.275	.759
	Obesità	5.362	2	2.681	1.593	.204
	Aspetto	5.217	2	2.608	2.208	.111
	Fisico Globale	6.494	2	3.247	2.043	.130
	Autostima	2.225	2	1.112	1.769	.171
	<i>4GRUPPI * Tipo di sport</i>	Attività	5.240	1	5.240	3.634
Resistenza		.376	1	.376	.233	.629
Forza		.521	1	.521	.399	.528
Flessibilità		7.556	1	7.556	5.175	.023
Coordinazione		2.331	1	2.331	2.856	.091
Abilità Sportiva		.505	1	.505	.569	.451
Salute		.004	1	.004	.005	.943
Obesità		2.669	1	2.669	1.586	.208
Aspetto		.565	1	.565	.478	.489
Fisico Globale		1.155	1	1.155	.727	.394
Autostima		.610	1	.610	.970	.325

Tabella 8.5.3

TEST MULTIVARIATI						
Effetto		Valore	F	Ipotesi df	Gradi di libertà dell'errore	Sig.
<i>Origine</i>	Traccia di Pillai	.018	.945	22.000	2256.000	.534
	Lambda di Wilks	.982	.944 ^a	22.000	2254.000	.535
	Traccia di Hotelling	.018	.943	22.000	2252.000	.537
	Radice di Roy	.010	.986 ^b	11.000	1128.000	.457
<i>4GRUPPI * Origine</i>	Traccia di Pillai	.009	.959 ^a	11.000	1127.000	.482
	Lambda di Wilks	.991	.959 ^a	11.000	1127.000	.482
	Traccia di Hotelling	.009	.959 ^a	11.000	1127.000	.482
	Radice di Roy	.009	.959 ^a	11.000	1127.000	.482

TEST DEGLI EFFETTI FRA SOGGETTI							
Sorgente	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	df	Media dei quadrati	F	Sig.	
<i>Origine</i>	Attività	2.023	2	1.012	.770	.463	
	Resistenza	.496	2	.248	.146	.865	
	Forza	.554	2	.277	.207	.813	
	Flessibilità	.842	2	.421	.286	.751	
	Coordinazione	1.579	2	.790	.930	.395	
	Abilità Sportiva	1.811	2	.905	.848	.429	
	Salute	.332	2	.166	.198	.820	
	Obesità	9.181	2	4.590	2.528	.080	
	Aspetto	1.173	2	.587	.487	.615	
	Fisico Globale	4.975	2	2.487	1.610	.200	
	Autostima	.184	2	.092	.131	.877	
	<i>4GRUPPI * Origine</i>	Attività	.278	1	.278	.212	.645
		Resistenza	6.416	1	6.416	3.764	.053
Forza		.662	1	.662	.495	.482	
Flessibilità		1.133	1	1.133	.770	.380	
Coordinazione		.945	1	.945	1.113	.292	
Abilità Sportiva		.035	1	.035	.033	.856	
Salute		.093	1	.093	.111	.740	
Obesità		.960	1	.960	.528	.467	
Aspetto		2.247	1	2.247	1.864	.172	
Fisico Globale		.142	1	.142	.092	.762	
Autostima		.002	1	.002	.004	.952	

Tabella 8.5.4

TEST MULTIVARIATI						
Effetto		Valore	F	Ipotesi df	Gradi di libertà dell'errore	Sig.
<i>Anni senza disabilità</i>	Traccia di Pillai	.540	1.242	374.000	8998.000	.001
	Lambda di Wilks	.570	1.253	374.000	8507.134	.001
	Traccia di Hotelling	.587	1.264	374.000	8868.000	.001
	Radice di Roy	.151	3.641 ^b	34.000	818.000	.000
<i>4GRUPPI * Anni senza disabilità</i>	Traccia di Pillai	.684	1.206	495.000	8998.000	.001
	Lambda di Wilks	.489	1.213	495.000	8680.790	.001
	Traccia di Hotelling	.749	1.220	495.000	8868.000	.001
	Radice di Roy	.141	2.569 ^b	45.000	818.000	.000

TEST DEGLI EFFETTI FRA SOGGETTI						
Sorgente	Variabile dipendente	Somma dei quadrati Tipo III	df	Media dei quadrati	F	Sig.
<i>Anni senza disabilità</i>	Attività	59.367	34	1.746	1.334	.098
	Resistenza	92.369	34	2.717	1.694	.009
	Forza	75.211	34	2.212	1.653	.012
	Flessibilità	57.208	34	1.683	1.120	.295
	Coordinazione	57.886	34	1.703	2.110	.000
	Abilità Sportiva	64.293	34	1.891	1.945	.001
	Salute	27.313	34	.803	1.003	.465
	Obesità	118.008	34	3.471	2.275	.000
	Aspetto	37.292	34	1.097	.877	.670
	Fisico Globale	72.767	34	2.140	1.381	.074
	Autostima	30.155	34	.887	1.254	.154
<i>4GRUPPI * Anni senza disabilità</i>	Attività	49.149	45	1.092	.834	.773
	Resistenza	82.634	45	1.836	1.145	.241
	Forza	54.898	45	1.220	.911	.640
	Flessibilità	75.068	45	1.668	1.110	.290
	Coordinazione	54.961	45	1.221	1.514	.018
	Abilità Sportiva	68.143	45	1.514	1.558	.012
	Salute	48.537	45	1.079	1.346	.067
	Obesità	114.572	45	2.546	1.669	.004
	Aspetto	78.335	45	1.741	1.393	.047
	Fisico Globale	51.774	45	1.151	.742	.894
	Autostima	46.596	45	1.035	1.464	.027

8.6. Risultati delle regressioni

La Tabella 8.6.1 presenta i risultati della regressione relativamente all'influenza dell'attività sulla salute. La tabella è divisa in quattro parti che rispecchiano ciascuna i quattro gruppi: (1) Non Disabili che praticano Sport; (2) Non Disabili che Non praticano Sport; (3) Disabili che praticano Sport; (4) Disabili che Non praticano Sport.

La Tabella 8.6.2 presenta i risultati della regressione relativamente alle influenze delle componenti specifiche del sé corporeo (*Aspetto, Obesità, Coordinazione, Resistenza, Flessibilità, Salute, Forza, Abilità Sportiva*) sul fisico globale. La tabella è divisa in quattro parti che rispecchiano ciascuna i quattro gruppi: (1) Non Disabili che praticano Sport; (2) Non Disabili che Non praticano Sport; (3) Disabili che praticano Sport; (4) Disabili che Non praticano Sport.

La Tabella 8.6.3 presenta i risultati della regressione relativamente all'influenza del *Fisico Globale* sull'*Autostima Globale*. La tabella è divisa in quattro parti che rispecchiano ciascuna i quattro gruppi: (1) Non Disabili che praticano Sport; (2) Non Disabili che Non praticano Sport; (3) Disabili che praticano Sport; (4) Disabili che Non praticano Sport.

Tabella 8.6.1 – Influenza dell’attività sulla salute (gruppo 1)

RIEPILOGO DEL MODELLO				
Modello	R	R- quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione stan- dard Errore della stima
1	.085	.007	.006	.84215

ANOVA						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	3.809	1	3.809	5.371	.021
	Residuo	524.105	739	.709		
	Totale	527.915	740			

COEFFICIENTI						
Modello		Coefficienti non standar- dizzati	Deviazione standard Er- rore	Coefficienti standardiz- zati	t	Sig.
1	(Costante)	5.001	.120		41.705	.000
	Attività	.061	.026	.085	2.318	.021

Tabella 8.6.1 – Influenza dell’attività sulla salute (gruppo 2)

RIEPILOGO DEL MODELLO				
Modello	R	R- quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Erro- re della stima
1	GRUPPO 2 .104	.011	.007	1.01238

ANOVA						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	2.919	1	2.919	2.848	.093
	Residuo	268.527	262	1.025		
	Totale	271.446	263			

COEFFICIENTI						
Modello		Coefficienti non standar- dizzati	Deviazione standard Er- rore	Coefficienti standardiz- zati	t	Sig.
1	(Costante)	5.350	.140		38.262	.000
	Attività	-.110	.065	-.104	-1.688	.093

Tabella 8.6.1 – Influenza dell’attività sulla salute (gruppo 3)

RIEPILOGO DEL MODELLO				
Modello	R	R- quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Erro- re della stima
1	.035 ^a	.001	-.008	.96211

ANOVA						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	.120	1	.120	.130	.720
	Residuo	98.120	106	.926		
	Totale	98.240	107			

COEFFICIENTI						
Modello		Coefficienti non standar- dizzati	Deviazione standard Er- rore	Coefficienti standardiz- zati	t	Sig.
1	(Costante)	5.103	.299		17.038	.000
	Attività	-.025	.069	-.035	-.360	.720

Tabella 8.6.1 – Influenza dell’attività sulla salute (gruppo 4)

RIEPILOGO DEL MODELLO					
Modello	R	R- quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Erro- re della stima	
1	.258 ^a	.066	.037	1.32190	

ANOVA						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	3.981	1	3.981	2.278	.141
	Residuo	55.917	32	1.747		
	Totale	59.898	33			

COEFFICIENTI						
Modello		Coefficienti non standar- dizzati	Deviazione standard Er- rore	Coefficienti standardiz- zati	t	Sig.
1	(Costante)	5.453	.527		10.349	.000
	Attività	-.387	.257	-.258	-1.509	.141

Tabella 8.6.2

Influenze delle componenti specifiche sul fisico globale (*gruppo 1*)

RIEPILOGO DEL MODELLO					
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima	
	GRUPPO 1				
1	.631 ^a	.398	.391	.63219	

COEFFICIENTI					
Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati	
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.
1	(Costante)	1.215	.192	6.329	.000
	Aspetto	.238	.024	9.774	.000
	Obesità	.062	.021	2.964	.003
	Coordinazione	.131	.036	3.677	.000
	Resistenza	.041	.023	1.791	.074
	Flessibilità	.005	.022	.236	.813
	Salute	.132	.028	4.650	.000
	Forza	.051	.026	1.928	.054
	Abilità Sportiva	.117	.034	3.394	.001

Influenze delle componenti specifiche sul fisico globale (gruppo 2)

RIEPILOGO DEL MODELLO					
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima	
1	.569 ^a	.323	.302	.75392	

COEFFICIENTI						
Modello	Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati			
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.	
1	(Costante)	1.986	.329		6.036	.000
	Aspetto	.326	.047	.405	6.918	.000
	Obesità	-.016	.036	-.025	-.427	.670
	Coordinazione	.225	.071	.233	3.147	.002
	Resistenza	-.048	.043	-.074	-1.111	.268
	Flessibilità	-.073	.048	-.098	-1.516	.131
	Salute	.032	.047	.036	.675	.500
	Forza	.059	.052	.076	1.141	.255
	Abilità Sportiva	.108	.058	.143	1.877	.062

Influenze delle componenti specifiche sul fisico globale (gruppo 3)

RIEPILOGO DEL MODELLO				
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima
1	.737 ^a	.543	.506	.49295

COEFFICIENTI						
Modello		Coefficienti non standardizzati	Deviazione standard Errore	Coefficienti standardizzati	t	Sig.
		B		Beta		
1	(Costante)	1.264	.354		3.576	.001
	Aspetto	.183	.061	.254	2.981	.004
	Obesità	-.021	.034	-.049	-.625	.533
	Coordinazione	.126	.071	.176	1.771	.080
	Resistenza	.057	.049	.099	1.159	.249
	Flessibilità	.023	.072	.033	.327	.744
	Salute	.220	.054	.301	4.100	.000
	Forza	-.038	.082	-.047	-.460	.646
	Abilità Sportiva	.259	.070	.344	3.719	.000

Influenze delle componenti specifiche sul fisico globale (gruppo 4)

RIEPILOGO DEL MODELLO				
Modello	R	R-quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Errore della stima
1	.861 ^a	.741	.658	.73242

COEFFICIENTI						
Modello		Coefficienti non standardizzati	Coefficienti standardizzati			
	B	Deviazione standard Errore	Beta	t	Sig.	
1	(Costante)	.033	.637		.052	.959
	Aspetto	.336	.161	.304	2.093	.047
	Obesità	.078	.091	.111	.864	.396
	Coordinazione	.413	.200	.379	2.069	.049
	Resistenza	.486	.143	.525	3.395	.002
	Flessibilità	-.089	.173	-.087	-.514	.612
	Salute	.142	.117	.152	1.207	.239
	Forza	.028	.207	.030	.134	.894
	Abilità Sportiva	-.299	.164	-.305	-1.825	.080

Tabella 8.6.3

Influenza di *Fisico Globale* su *Autostima Globale* (gruppo 1)

RIEPILOGO DEL MODELLO						
Modello	R	R- quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Er- rore della stima		
	GRUPPO 1					
1	.484	.234	.233	.70800		

ANOVA						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	113.322	1	113.322	226.075	.000
	Residuo	370.429	739	.501		
	Totale	483.751	740			

COEFFICIENTI						
Modello		Coefficienti non standar- dizzati		Coefficienti standardizzati		
		B	Deviazione standard Er- rore	Beta	t	Sig.
1	(Costante)	3.301	.097		34.138	.000
	Fisico Globa- le	.301	.020	.484	15.036	.000

Influenza di *Fisico Globale* su *Autostima Globale* (gruppo 2)

Riepilogo del modello				
Modello	R	R- quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Er- rore della stima
1	.382	.146	.143	.83567

Anova						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	31.275	1	31.275	44.784	.000
	Residuo	182.967	262	.698		
	Totale	214.241	263			

Coefficienti						
Modello		Coefficienti non standar- dizzati		Coefficienti standardizzati		
		B	Deviazione standard Er- rore	Beta	t	Sig.
1	(Costante)	3.173	.186		17.056	.000
	Fisico Globa- le	.293	.044	.382	6.692	.000

Influenza di *Fisico Globale* su *Autostima Globale* (gruppo 3)

Riepilogo del modello						
Modello	R	R- quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Er- rore della stima		
1	.541	.293	.286	.60042		

Anova						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	15.972	1	15.972	44.306	.000
	Residuo	38.574	107	.361		
	Totale	54.546	108			

Coefficienti						
Modello		Coefficienti non standar- dizzati		Coefficienti standardizzati		
		B	Deviazione standard Er- rore	Beta	t	Sig.
1	(Costante)	3.415	.224		15.230	.000
	Fisico Globa- le	.327	.049	.541	6.656	.000

Influenza di *Fisico Globale* su *Autostima Globale* (gruppo 4)

Riepilogo del modello					
Modello	R	R- quadrato	R-quadrato corretto	Deviazione standard Er- rore della stima	
1	.745 ^a	.555	.541	.84910	

Anova						
Modello		Somma dei quadrati	df	Media dei quadrati	F	Sig.
1	Regressione	28.738	1	28.738	39.860	.000
	Residuo	23.071	32	.721		
	Totale	51.809	33			

Coefficienti						
Modello		Coefficienti non standar- dizzati		Coefficienti standardizzati		
		B	Deviazione standard Er- rore	Beta	t	Sig.
1	(Costante)	1.262	.451		2.799	.009
	Fisico Globa- le	.737	.117	.745	6.313	.000

IX

Discussione

Gli scopi principali dello studio empirico esposto in questa seconda parte del volume sono: descrivere il sé corporeo nel campione in esame (adolescenti e giovani); valutare le differenze tra persone con disabilità e persone che non presentano disabilità conclamate; analizzare il ruolo della pratica sportiva.

La consistenza interna delle 11 sottoscale del PSDQ-S si è dimostrata essere buona sia nel campione intero che nel gruppo dei non disabili e nel gruppo dei disabili, così come evidenziato dai buoni punteggi ottenuti con l'indice Alpha di Cronbach.

Le statistiche descrittive hanno posto in evidenza che il gruppo 1 (non disabili sportivi) e il gruppo 3 (disabili sportivi) esibiscono dei punteggi relativi al sé corporeo da moderati a molto elevati; mentre il gruppo 2 (non disabili – non sportivi) e il gruppo 4 (disabili non sportivi) esibiscono punteggi relativi al sé corporeo generalmente più bassi degli altri due gruppi. In questo frangente, sembra importante rilevare il fatto che questi ultimi due gruppi hanno ottenuto i punteggi più bassi per quanto concerne la scala relativa all'attività praticata (media = 1.9), a testimonianza del fatto che non praticano attività sportiva.

L'analisi della varianza e il test post-hoc di Bonferroni hanno rivelato che le persone con disabilità motoria che praticano sport ottengono risultati simili al gruppo di persone senza disabilità conclamante che praticano sport nella maggior parte dei fattori del PSDQ-S. Il gruppo di disabili che non pratica sport, invece, ottiene generalmente i punteggi più bassi di tutti e

tre i gruppi. Gli individui con disabilità motoria che praticano sport vedono se stessi in modo simile agli individui senza disabilità che praticano sport nella maggior parte delle dimensioni del sé corporeo e percepiscono addirittura di essere più forti degli individui senza disabilità. I partecipanti con disabilità motoria che non praticano sport vedono se stessi come meno attivi, meno prestanti nelle prove di resistenza, meno forti, meno flessibili, meno coordinati, meno abili nelle prestazioni sportive, meno attraenti, aventi un fisico peggiore e una autostima più bassa rispetto ai partecipanti che praticano sport.

Riassumendo, gli adolescenti e giovani che praticano sport esibiscono generalmente un sé fisico più positivo di quelli che non praticano sport, a prescindere o meno dalla presenza di disabilità; considerano se stessi come fisicamente più attivi, più resistenti, più forti, più coordinati, più abili nello sport, più attraenti, aventi una miglior corporeità intesa in senso globale e una miglior autostima rispetto agli adolescenti e giovani che non praticano sport. Le uniche due dimensioni del PSDQ-S sulle quali la pratica sportiva sembra non esercitare alcuna influenza, rispetto al campione in esame, sono l'obesità e la salute. I partecipanti disabili che praticano sport percepiscono di avere lo stesso grasso corporeo dei disabili che non praticano sport. Inoltre, la pratica sportiva sembra essere un fattore non sufficiente per attenuare l'influenza della disabilità sulla condizione di salute. Ovvero, gli individui disabili che praticano sport non si percepiscono più in salute dei disabili non praticanti.

Nei paragrafi successivi analizzeremo più dettagliatamente il confronto dei quattro gruppi in esame rispetto alle undici dimensioni del sé corporeo, grazie anche al supporto visivo dei grafici riportanti l'intervallo di confidenza al 95 %. Questo permette una lettura immediata dei risultati ottenuti consentendo di fare alcune considerazioni sull'influenza dello sport nell'auto-descrizione del proprio corpo. Per un'analisi più dettagliata, però, bisogna riferirsi ai valori ottenuti dal test di Bonferroni, che sono stati presentati nel capitolo precedente.

9.1. Attività

Nella società attuale l'attività motoria può ricoprire un ruolo di primaria importanza nel favorire l'istaurarsi di corretti stili di vita. Sono sempre più evidenti gli effetti negativi che la sedentarietà, tratto caratteristico di un'epoca altamente tecnologica, produce nella salute delle persone. D'altro canto è risaputo che la pratica regolare di una corretta attività motoria abbia dei risvolti positivi in un'ottica di prevenzione delle malattie e di riduzione dei fattori di rischio correlati. Elenchiamo di seguito i principali benefici che essa produce (Nart & Scarpa, 2008):

- a. Aumento della massa magra e diminuzione della massa grassa;
- b. Aumento della forza e della resistenza muscolare;
- c. Miglioramento della fitness cardiovascolare;
- d. Diminuzione dell'ipertensione;
- e. Miglioramento dei lipidi nel sangue;
- f. Aumento della capacità polmonare;
- g. Miglioramento della conduzione nervosa;
- h. Aumento della tolleranza al glucosio;
- i. Aumento dell'equilibrio e della coordinazione;
- j. Aumento della soglia del dolore;
- k. Miglioramento del colore della pelle;
- l. Aumento del senso di benessere;
- m. Aumento della capacità di rilassamento;
- n. Aumento della responsabilità verso la propria salute;
- o. Miglioramento dell'attitudine verso il proprio corpo;
- p. Effetti positivi nelle relazioni interpersonali;
- q. Diminuzione del livello di ansia e depressione;
- r. Aumento del livello di autostima.

Recentemente nel sito della WHO è stato pubblicato un documento dal titolo “*Global Recommendations on Physical Activity for Health*”. Il documento indica i livelli di attività motoria raccomandati per la salute nelle fasce di età 5-17 anni, 18-64 anni, 65 anni e oltre. Le raccomandazioni sono orientate alla prevenzione primaria delle malattie cardio-respiratorie, metaboliche, muscolo-scheletriche, tumorali e dei disturbi depressivi. Esse si rivolgono principalmente ai decisori politici e si propongono come strumento di orientamento per le politiche nazionali sulla sanità pubblica. La sezione dedicata a ciascuna fascia di età include: una sintesi delle evidenze scientifiche, le attuali raccomandazioni sull'attività fisica, l'interpretazione e la giustificazione delle nuove raccomandazioni aggiornate nel documento stesso.

I livelli di attività che vengono raccomandati nel documento sono formulati sulla base dei seguenti parametri:

- a. *Tipo di attività*. Si riferisce alla modalità di partecipazione all'attività motoria. Il tipo di attività può assumere svariate forme: resistenza (di tipo aerobico), forza, flessibilità, equilibrio.
- b. *Durata dell'attività*. Si riferisce al periodo di tempo in cui l'attività viene eseguita. La durata viene generalmente espressa in minuti.
- c. *Frequenza dell'attività*. Si riferisce al numero di volte che l'attività viene svolta. La frequenza viene generalmente espressa in sessioni, o numero di incontri a settimana.
- d. *Intensità dell'attività*. L'intensità si riferisce all'entità dello sforzo richiesto per svolgere l'attività oppure alla velocità con cui l'attività viene eseguita.
- e. *Volume dell'attività*. Si riferisce al prodotto di molteplici caratteristiche (intensità, frequenza e durata) che interagiscono nello svolgimento dell'attività (esempio: attività aerobica).

Sulla base di alcuni dei parametri sopradescritti è possibile distinguere l'attività motoria in:

- a. *Attività di intensità moderata.* Prendendo come riferimento una scala assoluta, per intensità moderata si intende quell'attività che viene eseguita da 3.0 a 5.9 volte l'intensità di uno stato di riposo. Se si fa invece riferimento ad una scala basata sulla capacità funzionale di un individuo, l'attività di intensità moderata è solitamente intesa come la pratica di attività con un punteggio di 5 o 6 su una scala da 0 a 10.
- b. *Attività di intensità vigorosa.* Prendendo come riferimento una scala assoluta, l'intensità vigorosa si riferisce all'attività che viene eseguita da 6.0 o più volte l'intensità di uno stato di riposo per gli adulti e da 7.0 o più volte per bambini e giovani. Se si fa invece riferimento ad una scala basata sulla capacità funzionale di un individuo, l'attività di intensità vigorosa è solitamente riferita alla pratica di 7 o 8 su una scala da 0-10.
- c. *Attività di tipo aerobico.* L'attività aerobica o di resistenza, è quella più indicata per il miglioramento delle funzioni cardiorespiratorie. Alcuni esempi di attività fisica aerobica sono: camminare a ritmo sostenuto, correre, andare in bicicletta, nuotare, saltare la corda.

Giungendo dunque alle raccomandazioni per fascia d'età, prenderemo ora in considerazione le prime due, in quanto le uniche pertinenti con la nostra ricerca. I livelli di attività motoria raccomandati per i bambini e i ragazzi di età compresa fra i 5 e i 17 anni sono i seguenti:

1. Compiere giornalmente almeno 60 minuti di attività motoria di intensità variabile fra moderata e vigorosa.

2. Lo svolgimento di attività motoria con tempo superiore ai 60 minuti fornisce ulteriori benefici per la salute.
3. La maggior parte delle attività quotidiane dovrebbe essere di tipo aerobico. Dovrebbero comunque essere previste, almeno tre volte la settimana, attività di intensità vigorosa (comprese quelle che rafforzano muscoli e ossa).
4. Le attività da proporre a bambini e ragazzi dovrebbero costituire un supporto al naturale sviluppo somatico, essere divertenti e svolte in condizioni di sicurezza.

I livelli di attività fisica raccomandati per i giovani e gli adulti di età compresa fra i 18 e i 64 anni sono i seguenti:

1. Svolgere almeno 150 minuti di attività aerobica di moderata intensità alla settimana oppure fare almeno 75 minuti alla settimana di attività aerobica vigorosa oppure una combinazione equivalente di attività moderata e vigorosa.
2. La durata delle sessioni di attività aerobica dovrebbe essere di almeno 10 minuti.
3. Per avere ulteriori benefici per la salute, gli adulti dovrebbero aumentare la loro attività aerobica di intensità moderata a 300 minuti per settimana, oppure svolgere 150 minuti per settimana di attività aerobica di intensità vigorosa.
4. Le attività di forza dovrebbero essere svolte due o più giorni alla settimana includendo il maggior numero di gruppi muscolari.

Nel 2009, il National Institute for Health and Clinical Excellence ha pubblicato il documento *“Promoting physical activity for children and young people”*, per la promozione dell’attività motoria nei bambini e negli adolescenti. La guida è costituita da 15 raccomandazioni rivolte ai responsabili

della promozione dell'attività motoria nelle fasce di età considerate nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, dell'istruzione, delle pubbliche amministrazioni, del settore pubblico e del privato, del volontariato, dei servizi alla comunità. Le raccomandazioni si riferiscono all'opportunità per i bambini e gli adolescenti di svolgere attività motoria da moderata ad intensa per almeno 60 minuti nel corso della giornata. Almeno due volte alla settimana dovrebbero essere previsti esercizi di ginnastica posturale in grado di agire sull'organismo incrementando la massa ossea, la muscolatura e migliorando la flessibilità. Secondo il documento, questo quantitativo totale di attività motoria può essere raggiunto attraverso una serie di sessioni brevi da almeno 10 minuti ciascuna. Le opportunità di svolgere un'attività motoria da moderata ad intensa comprendono tutto ciò che va dallo sport competitivo e dall'esercizio formale a modalità di gioco attivo e a forme di attività motoria strutturata (come la danza, il nuoto o lo skateboarding). Esse comprendono anche alcune delle azioni che si svolgono quotidianamente (come camminare, andare in bicicletta o utilizzare altre modalità di spostamento). Interessante, inoltre, il fatto che la guida presenti una definizione di attività motoria (ripresa da Caspersen, Powell, & Christensen, 1985) intesa come *“qualunque forza esercitata dal sistema muscolo-scheletrico che porta ad un dispendio di energie superiore al livello di riposo”*. I temi chiave che racchiudono le 15 raccomandazioni sono così riassumibili:

- a. Promuovere i benefici dell'attività motoria e sostenere la partecipazione (raccomandazioni 1 e 15).
- b. Garantire che la pianificazione strategica a livello politico e istituzionale per bambini e adolescenti sostenga l'agenda dell'attività motoria (raccomandazione 2).
- c. Consultare e coinvolgere in modo attivo i bambini e gli adolescenti (raccomandazioni 3, 6, 11 e 14).
- d. Pianificare e fornire spazi, strutture e opportunità (raccomandazioni 2, 4, 9, 10 e 13).

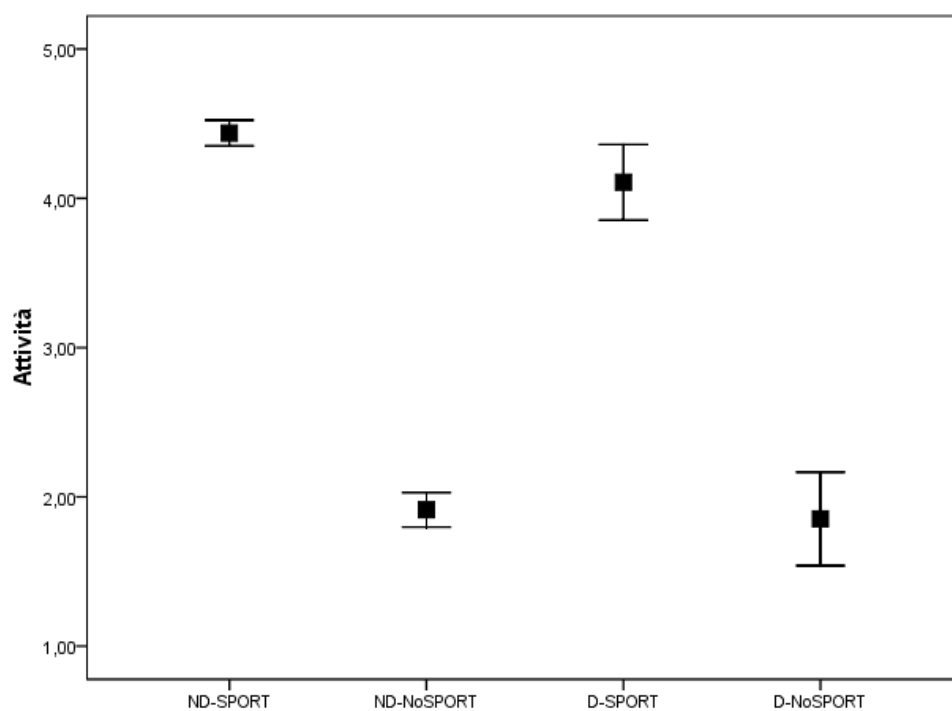
- e. Porre in evidenza la necessità di una forza lavoro qualificata (raccomandazioni 7 e 8).
- f. Promuovere l'attività motoria e il trasporto sostenibile (raccomandazioni 5 e 12).

Quanto espresso sopra permette di dare spessore ai risultati ottenuti nel nostro studio circa la scala del PSDQ-S relativa all'attività (*essere fisicamente attivi, fare molta attività motoria regolarmente*), che rispecchiano pienamente le aspettative, in quanto l'attività motoria è uno dei parametri che permette di distinguere i gruppi (come espresso dalla domanda aggiuntiva: *pratici attività sportiva?*). Emerge chiaramente dai risultati come tutti i partecipanti, disabili e non disabili, abbiano risposto adeguatamente agli item che riguardavano le affermazioni circa la pratica regolare di attività motorie e sportive.

Osservando il Grafico 9.1 si vede chiaramente come i gruppi che praticano sport ottengono dei punteggi distintamente superiori, nel limite dell'intervallo di confidenza, dai gruppi che non praticano attività sportiva. Infatti, dall'analisi della varianza è emersa una differenza significativa tra gruppi ($p < .0001$) che il test di Bonferroni ha permesso di specificare ulteriormente. Da quest'ultimo è stato posto in evidenza come i gruppi di individui sportivi ottengano dei punteggi significativamente superiori di quelli dei non sportivi. In modo particolare si nota la differenza tra il gruppo 'non disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$), così come tra il gruppo 'disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$). Mentre non si riscontrano differenze tra il gruppo 'non disabili - non sportivi' e il gruppo 'disabili non sportivi' ($p = 1.0$). Da rilevare, infine, il fatto che il gruppo 'non disabili sportivi' ottiene un punteggio significativamente più alto rispetto al gruppo 'disabili sportivi' (differenza tra medie = .30, $p = .029$).

I risultati della regressione, invece, sembrano non confermare una delle nostre ipotesi secondarie. L'attività sembra infatti influenzare in modo debole la percezione di salute dei partecipanti. Ciò però può essere addebitato ai limiti del costrutto relativo alla salute emergente dal questionario utilizzato, che avremo modo di approfondire nel corso della presente trattazione.

Grafico 9.1



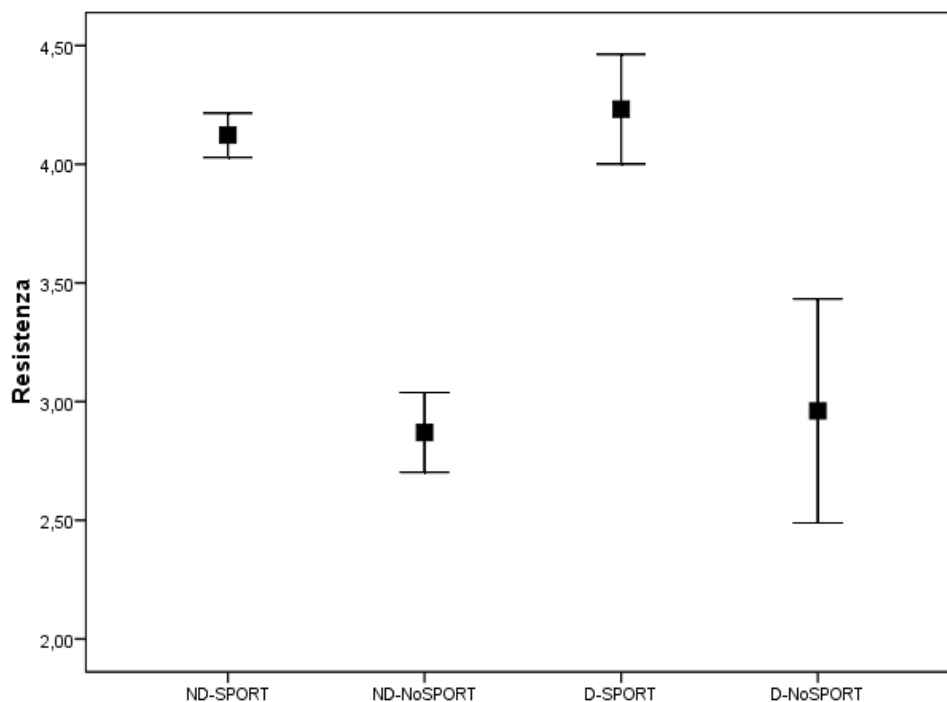
9.2. Resistenza

Nell'ambito delle scienze motorie e sportive, per resistenza si intende generalmente la capacità di sopportare la fatica in situazioni di movimento di vario tipo. Weineck (2001) definisce la resistenza come capacità psicofisica dell'individuo di opporsi all'affaticamento. È quindi possibile distinguere una componente psichica, che riguarda la capacità dell'individuo di resistere più a lungo possibile ad uno stimolo che lo indurrebbe ad interrompere uno sforzo, e una componente somatica, che riguarda la capacità dell'intero organismo e dei suoi singoli sistemi di resistere alla fatica (Frey, 1977). Tra le varie tipologie di manifestazione della resistenza, il questionario PSDQ-S sembra prediligere quella di tipo aerobico, definendo appunto la resistenza come la capacità di percorrere lunghi tratti senza fermarsi (oltre al fatto di non stancarsi facilmente quando l'esercizio è pesante).

Nel nostro studio, il Grafico 9.2 relativo alla resistenza pare quasi sovrapponibile a quello relativo all'attività. Questo dato è sostenuto dalla stretta connessione e interdipendenza tra le due dimensioni. Nello specifico, i gruppi di persone che praticano regolarmente attività motoria presentano dei valori di resistenza superiori agli altri. Come per la scala relativa all'attività, il test ANOVA ha evidenziato una differenza significativa tra gruppi ($p < .0001$). Il post-hoc di Bonferroni ha permesso di specificare ulteriormente questa differenza. Da quest'ultimo è stato posto in evidenza come i gruppi di individui sportivi ottengano dei punteggi significativamente superiori di quelli dei non sportivi. In modo particolare si nota la differenza tra il gruppo 'non disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$), così come tra il gruppo 'disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$). Mentre non si riscontrano differenze tra il gruppo 'non disabili - non sportivi' e il

gruppo ‘disabili non sportivi’ ($p = 1.0$), così come tra il gruppo ‘non disabili sportivi’ e il gruppo ‘disabili sportivi’ ($p = 1.0$).

Grafico 9.2



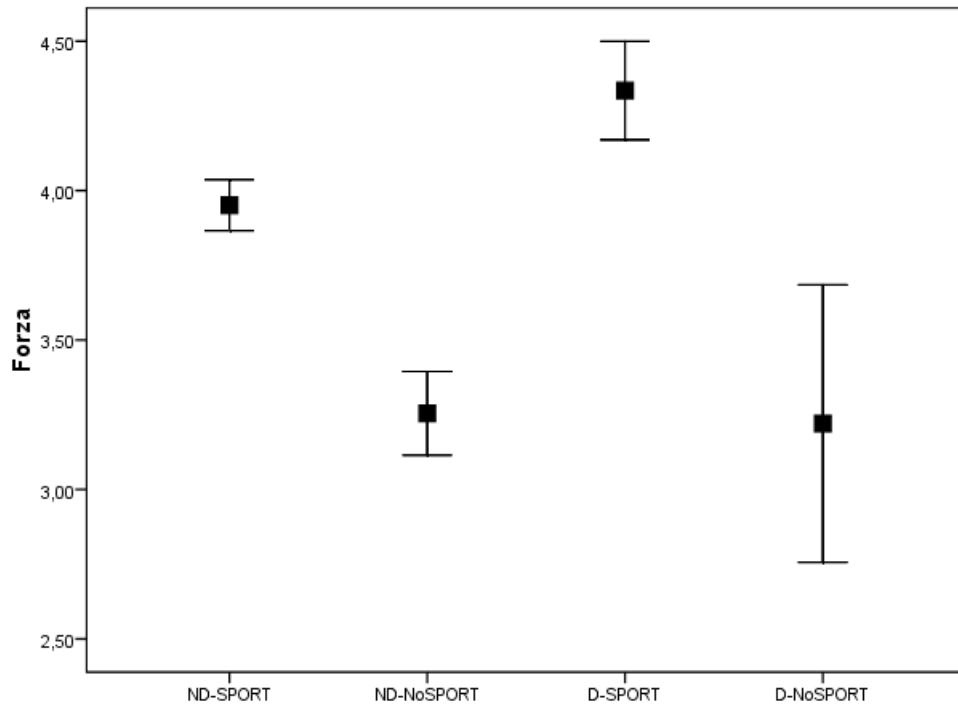
9.3. Forza

Nella letteratura scientifica specialista si evidenzia come la forza presenti numerose tipologie di manifestazione, tanto che la formulazione di una definizione precisa risulta difficile. Il PSDQ-S sembra utilizzare la scala relativa alla forza in senso generale, trovando nella sua definizione operativa l'espressione “*essere forte, avere un corpo potente*”. Ciò sembra rispecchiare quello che viene definito come concetto di forza generale, ovvero la forza

di tutti i gruppi muscolari, considerata indipendentemente dallo sport praticato (Weineck, 20001).

Anche in questa occasione, appare evidente dal grafico 9.3 come vi sia una netta differenziazione tra i gruppi che praticano sport e i gruppi di non praticanti. Ciò che emerge ulteriormente, però, è il picco di punteggio ottenuto dal gruppo di disabili che praticano attività sportiva. Più dettagliatamente è possibile affermare che, dall'analisi della varianza, è emersa una differenza significativa tra gruppi ($p < .0001$) che il test di Bonferroni ha permesso di specificare ulteriormente. In modo particolare si nota la differenza tra il gruppo 'non disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$), così come tra il gruppo 'disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$). Mentre non si riscontrano differenze tra il gruppo 'non disabili - non sportivi' e il gruppo 'disabili non sportivi' ($p = 1.0$), ma è da rilevare il fatto che il gruppo 'disabili sportivi' ottiene un punteggio significativamente più alto rispetto al gruppo 'non disabili sportivi' (differenza tra medie = .20, $p = .008$). Probabilmente, il fatto di 'vivere' in una sedia a rotelle, che necessita di essere spinta in ogni attività quotidiana e che costituisce un ausilio indispensabile anche per la pratica sportiva, porta queste persone a sentirsi più forti delle altre.

Grafico 9.3



9.4. Flessibilità

La flessibilità o mobilità articolare fa riferimento alle proprietà di tipo elastico della muscolatura, dei tendini e dei legamenti. Essa viene inserita in una posizione intermedia tra capacità coordinative e capacità condizionali. Similmente alle condizionali si basa su dei presupposti di forza, ma allo stesso tempo richiede una buona coordinazione. Nel questionario PSDQ-S essa viene intesa in senso globale come la capacità di flettere e ruotare facilmente il proprio corpo in differenti direzioni.

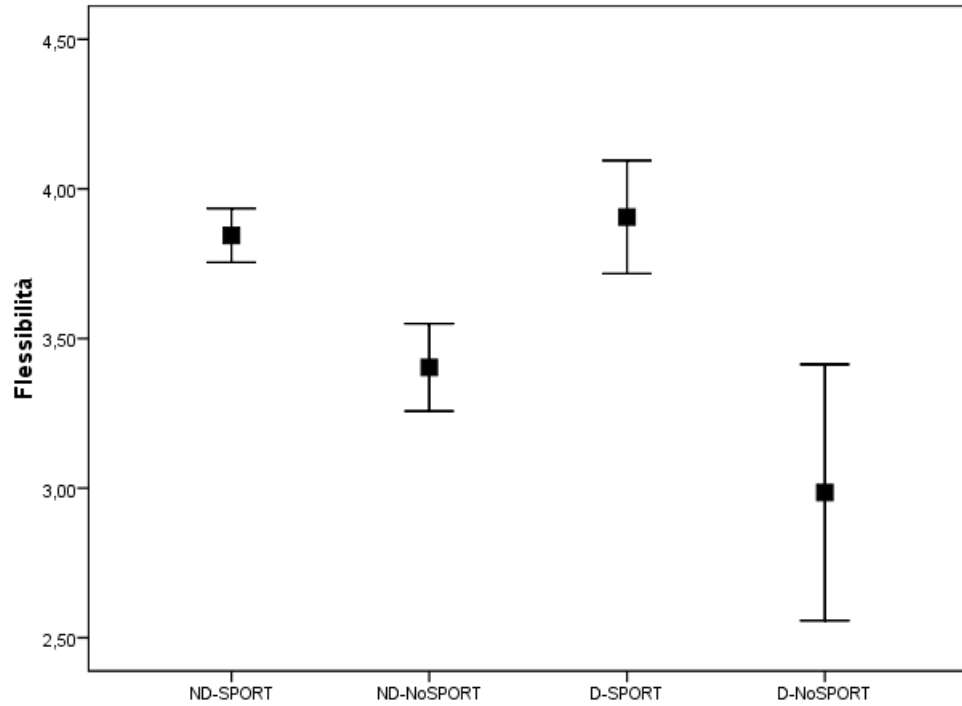
Nel nostro studio, come è possibile notare dal Grafico 9.4, anche per quanto concerne la flessibilità, è stato riscontrato un andamento simile a

quello delle scale precedentemente analizzate. L'ANOVA ha evidenziato delle differenze significative tra gruppi ($p < .0001$). Dal post-hoc di Bonferroni emerge che vi è una differenza significativa tra il gruppo 'non disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$), così come tra il gruppo 'disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p = .002$) e 'disabili non sportivi' ($p = .001$). Mentre non si riscontrano differenze tra il gruppo 'non disabili - non sportivi' e il gruppo 'disabili non sportivi' ($p = .352$), così come tra il gruppo 'non disabili - sportivi' e il gruppo 'disabili sportivi' ($p = 1.0$).

Questi risultati sembrano sottolineare il fatto che la pratica sportiva contribuisce a migliorare la percezione che gli individui hanno della propria flessibilità (compresi quelli con disabilità motoria). Va evidenziato, inoltre, come il gruppo 'disabili non sportivi' presenti una elevata variabilità. Ciò è comprensibile - ed era atteso per entrambi i gruppi di disabili - in quanto la flessibilità nelle persone con disabilità motoria si differenzia in base al tipo di deficit. Va ricordato infatti che le persone con paralisi cerebrale presentano spasticità, contratture e ipertono, mentre quelle con lesione midollare presentano una paralisi flaccida e quindi una diminuzione del tono muscolare.

All'interno dei gruppi di disabili va approfondita questa variabilità nella percezione della flessibilità in relazione al tipo e all'origine della paraplegia. I risultati delle descrittive, abbinati alla regressione, evidenziano infatti come i disabili che presentano una menomazione di origine spinale ottengono livelli significativamente più alti di flessibilità percepita rispetto ai paraplegici con origine cerebrale.

Grafico 9.4



9.5. Coordinazione

Fino a questo punto della discussione abbiamo analizzato due capacità condizionali (resistenza e forza) e una capacità intermedia tra le condizionali e coordinative (flessibilità). Ma non siamo entrati nel merito della distinzione fondamentale tra capacità condizionali e coordinative. Appare ora indispensabile chiarire e approfondire questo punto, prima di procedere con l'analisi del fattore relativo alla coordinazione.

Per capacità condizionali si intendono le capacità motorie che si fondano sui presupposti energetici dell'organismo e si riferiscono principalmente al sistema locomotore, cardiovascolare e respiratorio. Esse dipendono

soprattutto dalla dimensione biologica e fisiologica dell'individuo, ovvero dallo sviluppo dei grandi apparati cardio-circolatorio, respiratorio e muscolare. Le capacità condizionali sono tre: rapidità, forza e resistenza.

Le capacità coordinative sono i presupposti della prestazione motoria che rendono un soggetto capace di esercitare determinate attività. Sono capacità poste alla base dell'apprendimento motorio e sono quegli obiettivi trasversali che, nell'ottica di una programmazione a lungo termine, permettono l'evoluzione che porta, partendo dagli schemi motori di base (passando per le capacità e le abilità), alla strutturazione delle competenze motorie (le tecniche sportive nel ragazzo e nell'adulto). Esse dipendono da processi di organizzazione superiore, ciò significa che sono determinate dai processi di controllo e regolazione del movimento, cioè dai processi informativi che rinviano al sistema nervoso centrale. Sono le capacità che consentono di controllare, regolare e dirigere il movimento. Secondo la classificazione di Blume (1986) possono essere così suddivise:

- a. Capacità di combinazione e accoppiamento di movimenti;
- b. Capacità di ritmizzazione;
- c. Capacità di equilibrio statico e dinamico;
- d. Capacità di differenziazione cinestesica;
- e. Capacità di orientamento spazio-temporale;
- f. Capacità di reazione;
- g. Capacità di trasformazione e adattamento.

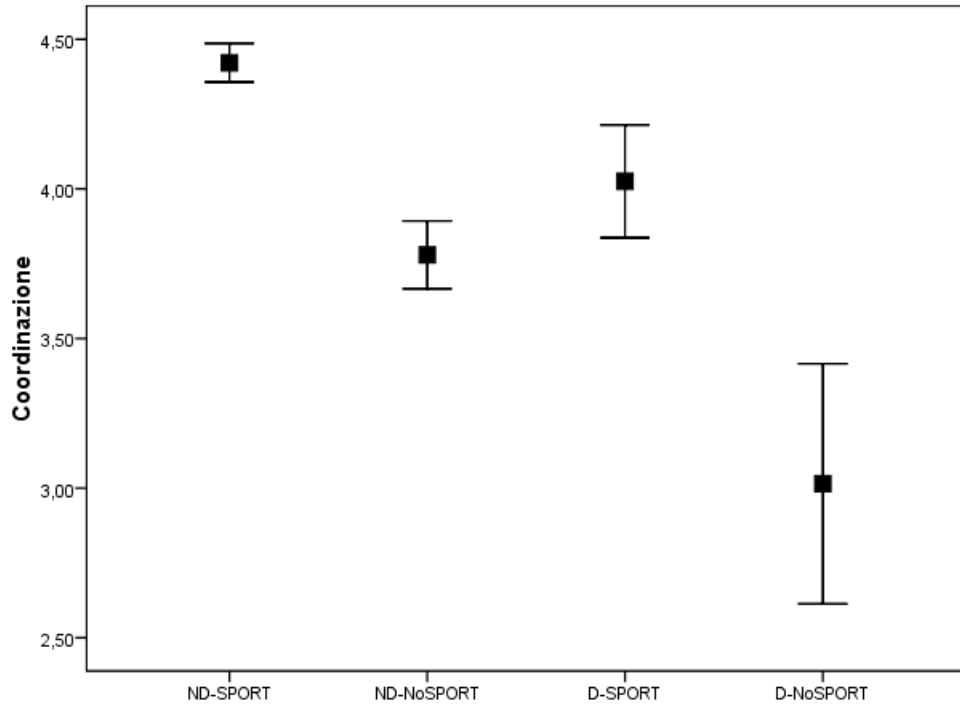
Il questionario PSDQ-S non entra nel merito delle singole e specifiche capacità coordinative, ma operationalizza il concetto di coordinazione in senso generale, intendendo la 'bravura' dell'individuo nell'eseguire movimenti coordinati, espressi con sicurezza, controllo, fluidità, e regolarità.

L'analisi del Grafico 9.5 pone in evidenza come la pratica sportiva gioca un ruolo importante nella valutazione di quanto un individuo si percepisce coordinato. L'analisi della varianza evidenzia la presenza di una diffe-

renza significativa tra i quattro gruppi ($p < .0001$). Dal test di Bonferroni è stato posto in evidenza come i gruppi di individui sportivi ottengano dei punteggi significativamente superiori di quelli dei non sportivi. In modo particolare si nota la differenza tra il gruppo 'non disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$), così come tra il gruppo 'disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p = .073$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$). Mentre non si riscontra un andamento diverso rispetto alle scale precedenti quando si confrontano tra loro i gruppi di praticanti e quelli di non praticanti. Da rilevare il fatto che il gruppo 'non disabili sportivi' ottiene un punteggio significativamente più alto rispetto al gruppo 'disabili sportivi' (differenza tra medie = $.40$, $p < .0001$) e che il gruppo 'non disabili - non sportivi' ottiene un punteggio significativamente più alto rispetto al gruppo 'disabili non sportivi' (differenza tra medie = $.80$, $p < .0001$).

In questo caso va fatto un ragionamento simile a quello che è stato svolto per la flessibilità. Nonostante la pratica regolare di attività sportiva stimoli le capacità coordinative dell'individuo, ciò non attenua del tutto l'influenza della disabilità motoria e delle sue diverse manifestazioni sulla coordinazione. Anche in questo caso andrebbe indagata in modo più approfondito la differenza tra persone con paraplegia flaccida e paraplegia spastica, valutando - soprattutto nella seconda - l'evidente impatto della spasticità e dell'ipertonia sulla ordinazione e la capacità di controllo motorio da parte dell'individuo.

Grafico 9.5



9.6. Abilità sportiva

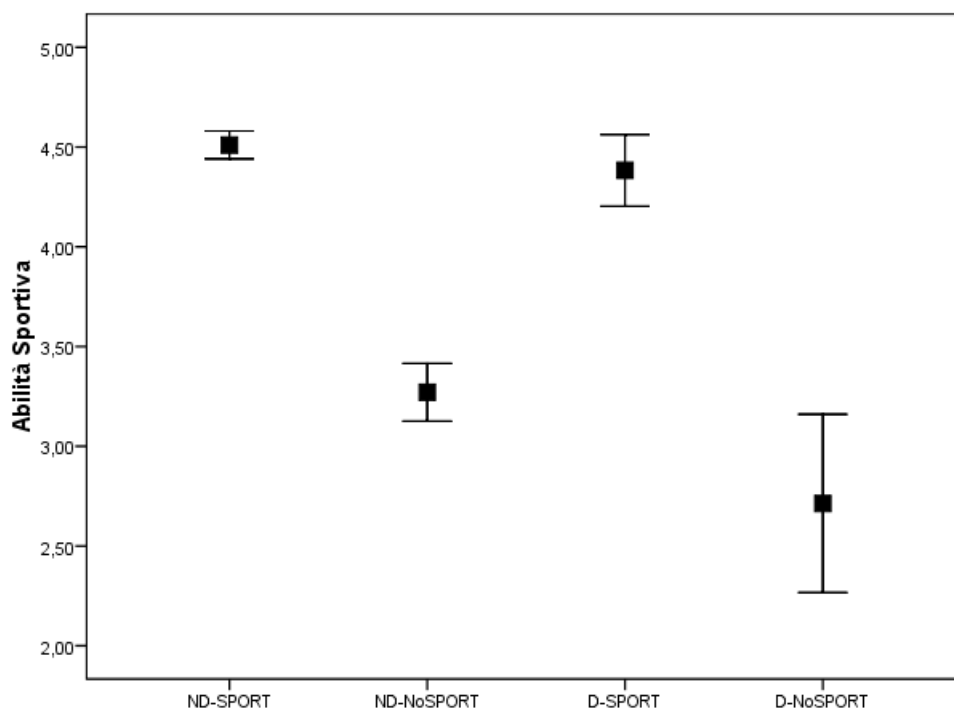
Per definire l'abilità sportiva, sembra utile porre in essere un confronto tra capacità, abilità e competenze motorie. Per capacità motorie si intendono le capacità su cui si struttura la prestazione (*quello che potenzialmente posso fare*). Esse fanno parte delle potenzialità dell'individuo e si distinguono comunemente in capacità condizionali e coordinative. Entrambe dipendono in larga parte da tratti ereditari, ma sono anche, almeno in parte, sviluppabili attraverso l'attività motoria. Sono stabili e durevoli, si ipotizzano in numero di 50 circa e sono sottostanti alle diverse abilità. Le abilità motorie sono proprietà acquisite, movimenti e azioni che attraverso l'esperienza si automatizzano e si svincolano dal controllo costante delle strutture nervose cen-

trali (*quello che so fare*). Sono sviluppabili, modificabili, infinite e dipendenti da diverse capacità. Consentono di ottenere specifici obiettivi, massimizzando le possibilità di successo e minimizzando i costi energetici e i tempi. Capacità ed abilità motorie sono strettamente interdipendenti, in quanto le abilità si incrementano a partire da un miglioramento qualitativo delle capacità e da una interazione tra abilità locomotorie, manipolative e non locomotorie. Allo stesso tempo, queste abilità favoriscono l'incremento delle capacità motorie coordinative e condizionali. Abilità e capacità motorie possono essere attivate e sviluppate attraverso cambiamenti e combinazioni nell'esecuzione del movimento da definire in rapporto a varianti di tipo spaziale, temporale, quantitativo, qualitativo, tattico o, più genericamente, di situazione. Per competenza motoria, infine, si intende la capacità di usare, a seconda delle circostanze, le abilità motorie più appropriate per risolvere una situazione specifica. Si tratta sostanzialmente di un utilizzo ragionato delle abilità secondo la sequenza: percezione della situazione – analisi – scelta – esecuzione di più abilità motorie.

Il questionario PSDQ-S identifica in senso generale l'abilità sportiva con l'essere bravi nello sport, l'essere atletici, prestanti e ottenere buone performance nello sport. Anche in questo caso, essendo l'abilità sportiva migliorabile con la pratica e l'esercizio, appare chiaro che chi svolge regolarmente attività sportiva ottiene dei punteggi più alti in questo fattore (Grafico 9.6). Nel nostro studio, il test ANOVA fa emergere una differenza significativa tra gruppi ($p < .0001$). Dal post-hoc di Bonferroni è stato posto in evidenza come i gruppi di individui che praticano sport regolarmente ottengano dei punteggi significativamente superiori di quelli dei non sportivi. In modo particolare si nota la differenza tra il gruppo 'non disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$), così come tra il gruppo 'disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$). Mentre non si riscontrano differenze tra il gruppo 'non disabili sportivi' e il gruppo 'disabili sportivi' ($p = 1.0$). Da rilevare,

infine, il fatto che il gruppo ‘non disabili - non sportivi’ ottiene un punteggio significativamente più alto rispetto al gruppo ‘disabili non sportivi’ (differenza tra medie = .60, $p = .019$).

Grafico 9.6



9.7. Obesità

In ambito medico l'obesità è generalmente definita come una condizione di eccesso del tessuto adiposo conseguente sia a fattori genetici che ambientali. Due degli indicatori principalmente riconosciuti in ambito scientifico per la definizione dello stato di obesità sono il peso corporeo relativo (Relative Body Weight, RBW) e l'indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI).

Il calcolo del RBW senza l'utilizzo di tabelle avviene seguendo i seguenti passaggi:

1. Statura ideale per età = età x 6 + 75;
2. Età staturale = (statura - 75) : 6;
3. Peso ideale = età staturale x 2 + 8 (se inferiore a 8 anni) o età staturale x 3 (se superiore a 8 anni);
4. Si arriva quindi al RBW = (peso reale / peso ideale) x 100.

Qualora fossero disponibili i percentili, è possibile individuare l'età corrispondente al punto di intersezione tra statura e 50° percentile e individuare il peso corrispondente al 50° percentile a quell'età che chiameremo peso ideale. Il RBW è dato così dal rapporto tra peso reale e peso ideale espresso in percentuale. Generalmente si parla di obesità quando l'indice RBW presenta un peso eccedente del 20% rispetto al peso ideale.

Il calcolo del BMI è dato dal rapporto tra peso corporeo espresso in Kg e la statura espressa in m². Generalmente si considera normopeso una persona che presenta un BMI compreso tra 20 e 25. Si considera invece sottopeso una persona che presenta un BMI inferiore a 20 e sovrappeso una persona con BMI compreso tra 25 e 30. Quando il BMI supera il valore di 30 si distingue in obesità di primo tipo (30-35), obesità di secondo tipo (35-40) e obesità di terzo tipo (> 40). Se nel bambino non si conosce quale sia il valore di BMI che espone ad un maggior rischio di morbidità e mortalità, nell'individuo giovane e adulto un BMI superiore a 25 si associa ad un aumento significativo del rischio a livello metabolico e cardiovascolare. Il BMI fornisce una misura ragionevole per valutare l'eccesso di adipe negli adolescenti e nei giovani, tuttavia va detto che il BMI può essere falsamente elevato in persone con masse muscolari molto sviluppate. In tali casi può essere effettuata una stima della percentuale di peso corporeo relativa al tessuto adiposo mediante lo spessore della plica cutanea misurata nelle varie sedi (esempio: tricipitale, addominale, coscia, ...). La plicometria consente dun-

que di individuare il sovrappeso da eccesso di massa muscolare, di escludere un eccesso di tessuto adiposo in un individuo con lieve sovrappeso, di escludere un calo eccessivo di massa magra in corso di dimagrimento. Questo metodo presenta però dei problemi relativi al rilievo della plica cutanea: in persone molto 'grasse' risulta difficile sollevare la plica, la compressibilità della plica dipende dal grado di idratazione. Ad integrazione della plicometria è utile effettuare la misurazione della circonferenza addominale che risulta essere correlata direttamente con i livelli di insulina e trigliceridi e inversamente con i livelli di colesterolo HDL. Essa permette di esprimere la quantità totale di adipe viscerale e può essere utile per valutare una perdita del grasso addominale.

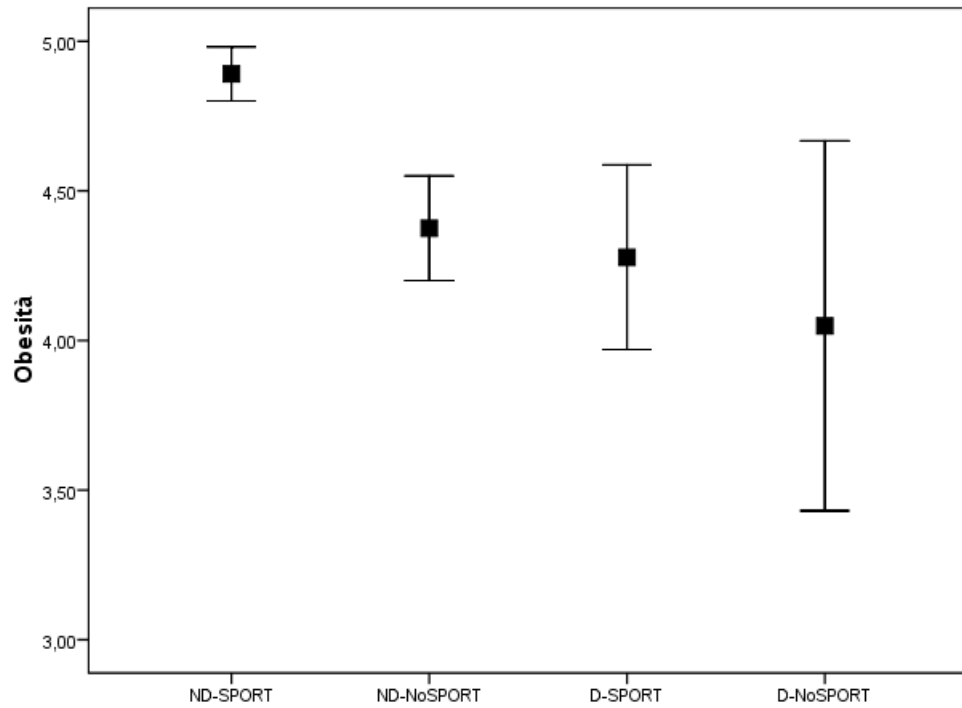
Altri due tra i sistemi più precisi per calcolare la composizione corporea e la percentuale di adipe sono l'impedenziometria e la pesata idrostatica. La prima tecnica si basa sul fatto che l'applicazione di corrente elettrica a bassa frequenza porta ad evidenziare due compartimenti a diverso comportamento bioelettrico: i fluidi intra- ed extra-cellulari e le membrane cellulari. Dato che la massa magra contiene sostanzialmente tutta l'acqua e gli elettroliti conduttori dell'organismo, la conduttività è molto più elevata nella massa magra rispetto a quella grassa. È così possibile predire con un elevato grado di precisione l'acqua totale, i fluidi intra- ed extra-cellulari, la massa magra e quindi la massa grassa dell'individuo. La pesata idrostatica, invece, permette di calcolare la densità corporea, e quindi le percentuali di massa grassa e magra, pesando l'individuo immerso in acqua, utilizzando quindi il principio di Archimede.

Dopo aver delineato le molteplici - e a volte complesse - procedure per valutare la composizione corporea e stimare la massa grassa, ci teniamo a ribadire come l'obesità sia uno dei fattori di rischio principali per lo sviluppo di malattie cardiovascolari e metaboliche. In questo senso viene evidenziata la correlazione inversa tra attività motoria e obesità, non solo per il fatto che l'attività motoria è considerata come fattore protettivo per lo sviluppo di molteplici condizioni patologiche, ma anche e soprattutto per il fat-

to che, assieme alla dieta, essa è considerata come un intervento di primaria importanza per la riduzione dell'adipe corporeo.

Il PSDQ-S da noi utilizzato nella ricerca, rispetto al fattore obesità (nel questionario originale in inglese *Body Fat*, ovvero grasso corporeo), non entra nel merito delle molteplici e a volte sottili distinzioni che vengono adottate per 'classificare' le persone obese, ma operazionalizza il costrutto utilizzando l'espressione "*non essere in sovrappeso, non essere troppo grassi*". In questo senso non si distingue tra condizione di sovrappeso e obesità, ma c'è da rilevare il fatto che prende in considerazione anche il giro vita (esempio: "*il mio girovita è troppo largo*"). Osservando il Grafico 9.7 si vede chiaramente come solamente il gruppo 1, ovvero quello dei 'non disabili - sportivi', spicca sugli altri (ricordiamo che a punteggi più alti corrisponde un livello minore di grasso corporeo percepito). Se dall'analisi della varianza è emersa una differenza significativa tra gruppi ($p < .0001$), il test di Bonferroni ha permesso di specificare che solo il gruppo 1 ha ottenuto dei punteggi significativamente superiori a tutti gli altri tre gruppi: 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$), 'disabili sportivi' ($p < .0001$), 'disabili non sportivi' ($p = .002$). Da rilevare, infine, il fatto che il gruppo 'disabili sportivi' non ottiene un punteggio significativamente più alto rispetto ai due gruppi di non sportivi.

Grafico 9.7



9.8. Aspetto

Il costrutto che identifica la scala del PSDQ-S relativa all'aspetto è forse quello che maggiormente si avvicina, si integra e si sovrappone al costrutto denominato da altri autori come immagine corporea, intesa come quell'esperienza psicologica multidimensionale della propria corporeità, specialmente ma non esclusivamente con riferimento all'aspetto fisico. Secondo Cash e Pruzinsky (2002), oggi gli autori probabilmente più prestigiosi nell'ambito degli studi sull'immagine corporea, oltre all'autovalutazione del proprio aspetto in termini di soddisfazione/insoddisfazione, anche l'investimento psicologico che l'individuo opera sul proprio aspetto fisico

costituisce una dimensione importante del costrutto immagine corporea. Gli item più usati per l'autovalutazione del proprio aspetto fisico sono:

- a. Esprimere soddisfazione per il proprio aspetto fisico.
- b. Sentirsi attraente fisicamente.
- c. Percepire di avere un aspetto migliore rispetto alle persone comuni.
- d. Esprimere soddisfazione rispetto alla taglia e alle forme del proprio corpo.

Per quanto concerne l'investimento sul proprio aspetto fisico, nel questionario *Appearance Schemas Inventory* costruito e validato da Cash e Labarge (1996), troviamo item come:

- a. Passo molto tempo per la cura del mio aspetto fisico.
- b. Cerco di essere il più possibile attraente.
- c. Spesso confronto il mio aspetto con quello delle persone che vedo.
- d. Il mio aspetto fisico influisce molto sulla mia vita.
- e. Il vestire è per me una priorità.
- f. Il mio aspetto è responsabile di molte delle cose che accadono nella mia vita.

Nel questionario utilizzato nella presente ricerca, l'aspetto viene reso in senso globale con le espressioni: “*essere di bell'aspetto*” e “*avere un viso grazioso*”; trovando dunque integrazione e sovrapposizione con il costrutto operazionalizzato da altri strumenti che approfondiscono più dettagliatamente questo costrutto. Nello specifico, il PSDQ-S utilizza i seguenti item per identificare l'aspetto:

- a. Sono attraente per la mia età.
- b. Ho un viso grazioso da guardare.
- c. Ho un aspetto migliore di molti miei amici.

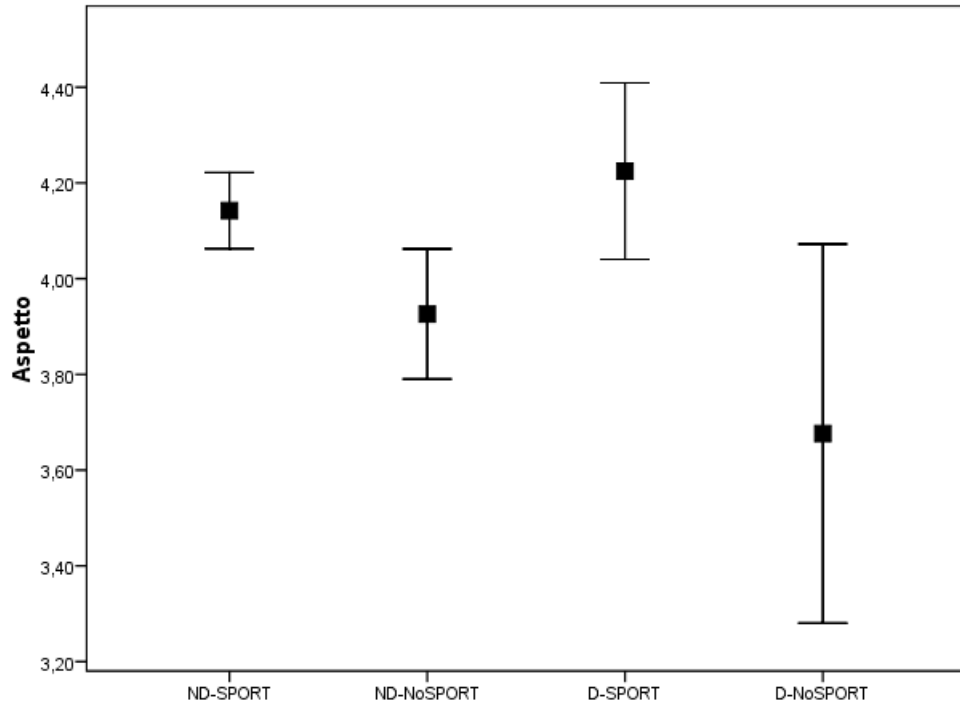
d. Ho un bell'aspetto.

Nella nostra ricerca, come evidenziato dal Grafico 9.8, si è riscontrata una differenza tra gruppi (ANOVA, $p = .003$). Dal test di Bonferroni è emerso che il gruppo 1 ha ottenuto dei punteggi significativamente superiori al gruppo 2 ($p = .030$), ma non si è differenziato dal gruppo 3 ($p = 1.0$) e dal gruppo 4 ($p = .087$), che hanno mostrato una elevata variabilità nei punteggi. Ad eccezione del gruppo 1, gli altri gruppi non si sono differenziati tra loro in modo significativo per quanto concerne l'aspetto. La pratica sportiva sembra influenzare solo parzialmente i punteggi di questa sottoscala. Ciò può essere dovuto a molteplici fattori. In primis l'elevata variabilità di risposte nelle persone con disabilità, che si presentano come una popolazione molto eterogenea anche in questo fattore.

Inoltre, l'andamento rilevato è spiegabile anche facendo riferimento agli stili di vita tipici della società attuale. Oggi le persone dedicano molto tempo alla cura del proprio corpo al fine di migliorare il loro aspetto, alcuni facendo attività motoria, mentre altri affidandosi alle molteplici pratiche cosmetiche e di benessere, di cui i centri estetici e le cure termali sono solo un esempio. Solo per tematizzare il problema va anche detto che evidenze scientifiche riscontrano che più la persona investe nel miglioramento del proprio aspetto (anche nell'attività motoria), maggiore diventa l'insoddisfazione. Diversamente, le attività ricreative e incentrate sull'*enjoyment* aiutano a migliorare la percezione del proprio aspetto (Carrao, Nart, & Scarpa, 2010).

Un altro fattore da considerare è il fatto che uno degli elementi principali per la valutazione dell'aspetto è riferito al volto. È ovvio che il volto non risulta compromesso nel suo aspetto nelle persone con disabilità motoria. Sicuramente l'insoddisfazione per il proprio aspetto in questa popolazione riguarda altre parti del corpo. Questo può aiutarci a spiegare i risultati, e soprattutto la variabilità nelle risposte.

Grafico 9.8



9.9. Salute

Quando si tratta di affrontare il tema della salute è opportuno fare riferimento alla Costituzione della WHO del 1948, dove essa viene definita non più come l'assenza di malattia ma come uno "*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale*".

La salute viene inoltre considerata come un diritto che si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Principio, questo, che assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che oltrepassano la semplice gestione del sistema sanitario, dovendosi fare carico di promuovere tutti quei fattori che influiscono positivamente sulla salute col-

lettiva e di individuare e modificare tutti quelli che influiscono negativamente.

La definizione di salute proposta dalla WHO, a nostro avviso, non può non creare problema. Se la salute è intesa come diritto primario e fondamentale, può essa appartenere ad un frangente minoritario della popolazione mondiale, o peggio ancora, forse, a nessuno? Esplicitiamo meglio. Esiste qualcuno al mondo che si trova in uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale? La completezza raramente va di pari passo con la dimensione di finitezza tipica dell'umano. Allora: forse che questa definizione intenda porsi come ideale regolativo, come utopia a cui si deve tendere per puntare al raggiungimento dei diritti fondamentali dell'uomo? Ma se sono fondamentali non dovrebbero essere facilmente acquisibili?

Notevoli sono i dubbi e le crepe che questa definizione fa emergere. Non meno importante il fatto che non permette di discernere in modo chiaro, ovvero di stabilire una soglia, tra chi è in condizione di salute e chi non lo è. A nostro avviso, sicuramente, chi si trova in presenza di malattia non è in condizione di salute.

A prescindere dai fattori di criticità che la definizione del costrutto fa emergere, è senza dubbio di importante rilevanza la promozione della salute tra adolescenti e giovani. Come sostiene Ghedin, *“la salute dell'adolescente è fortemente dipendente dal comportamento e il comportamento è fortemente dipendente dallo stadio di sviluppo umano che il giovane ha raggiunto”* (2004, p. 118). Gli interventi mirati alla promozione della salute dovrebbero aiutare le persone a raggiungere la condizione di poter esercitare il controllo sui fattori determinanti la salute, e quindi di migliorarla. Tra le determinanti di salute non può essere trascurata la pratica regolare di attività motoria che, ricordiamo, è uno dei principali fattori protettivi contro il rischio di sviluppo di molteplici forme patologiche.

La sottoscala relativa alla salute, contenuta nel questionario PSDQ-S, sembra operationalizzare il concetto di salute intendendola più come assenza di malattia che come stato di completo benessere bio-psico-sociale. La

salute viene infatti identificata con il fatto di non ammalarsi spesso e di riprendersi velocemente a seguito di una malattia. Vediamo di seguito gli item utilizzati per capire meglio il costrutto:

1. Solitamente prendo qualsiasi malattia sia in circolazione.
2. Mi ammalo così spesso che non posso fare tutte le cose che vorrei.
3. Mi ammalo facilmente.
4. Dopo che mi ammalo mi ci vuole un lungo periodo per potermi ristabilire.
5. Devo andare dal medico perché mi ammalo più facilmente dei miei coetanei.

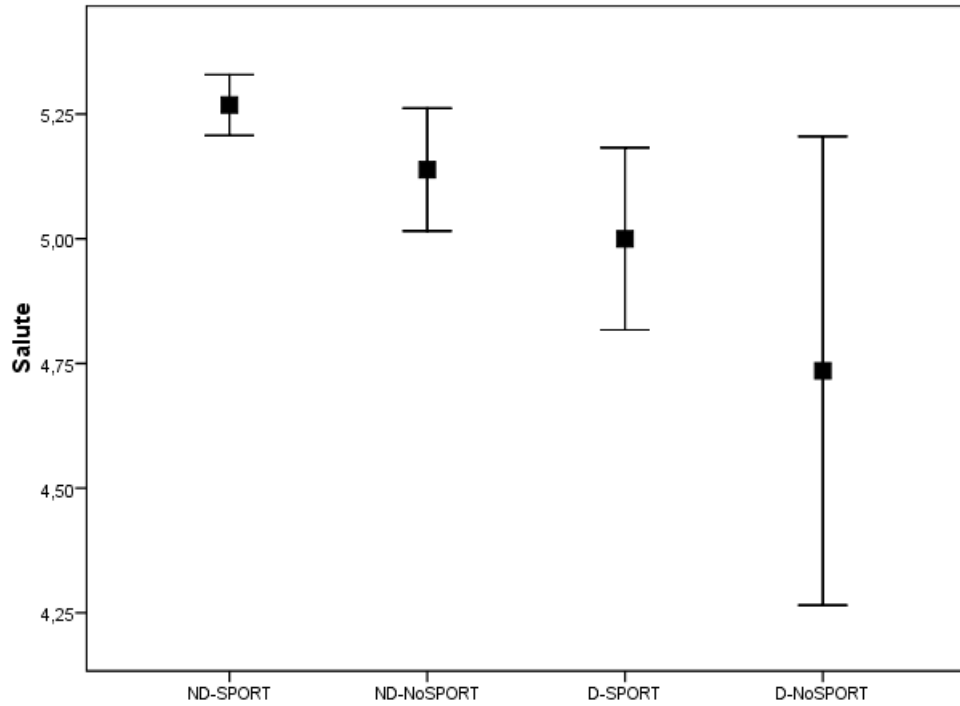
Nonostante ci si aspettasse che la pratica sportiva potesse svolgere un ruolo positivo nella percezione della propria condizione di salute, come si evince dal Grafico 9.9 e dai risultati della regressione, la pratica sportiva non sembra uno stimolo sufficiente per attenuare la condizione di disabilità. Di fatto le persone che non presentano disabilità conclamate ottengono punteggi mediamente più alti di quelle con disabilità motoria. Se l'ANOVA ha evidenziato differenze significative tra gruppi ($p < .0001$), dal test di Bonferroni emerge che il gruppo di 'non disabili sportivi' non si differenzia dal gruppo di 'non disabili – non sportivi' ($p = .252$), il quale a sua volta non ottiene punteggi significativamente diversi rispettivamente dal gruppo di 'disabili sportivi' ($p = 1.0$) e di 'disabili non sportivi' ($p = .094$). Il gruppo di 'non disabili sportivi' ottiene invece punteggi significativamente superiori rispettivamente del gruppo di 'disabili sportivi' ($p = .024$) e di 'disabili non sportivi' ($p = .005$). Da notare infine l'elevata variabilità dei punteggi in questo ultimo gruppo, così come testimoniato dagli ampi margini dell'intervallo di confidenza.

Sebbene, come abbiamo già avuto modo di affermare, la pratica sportiva non attutisca completamente l'influenza della disabilità nella perce-

zione della propria condizione di salute, appare tuttavia dal grafico come vi sia un *trend* in questo senso, con punteggi medi più alti negli sportivi rispetto ai non sportivi (all'interno degli stessi gruppi suddivisi per presenza o meno di disabilità).

Come sostiene Ghedin, la valutazione soggettiva della salute è da considerarsi come importante indicatore dello stato generale di salute della persona, fornendo importanti informazioni aggiuntive a quelle ottenute con altre procedure oggettive di valutazione. La pratica sportiva regolare contribuisce al miglioramento dello stato di salute soprattutto nelle persone con disabilità. Se, poi, si considera il fatto che, nel recente passato, veniva richiesto il certificato di *'sana e robusta costituzione'* per la pratica di attività sportiva non agonistica, il moltiplicarsi oggi di attività motorie e sportive agonistiche per persone disabili pone in evidenza il completo cambiamento di paradigma culturale.

Grafico 9.9



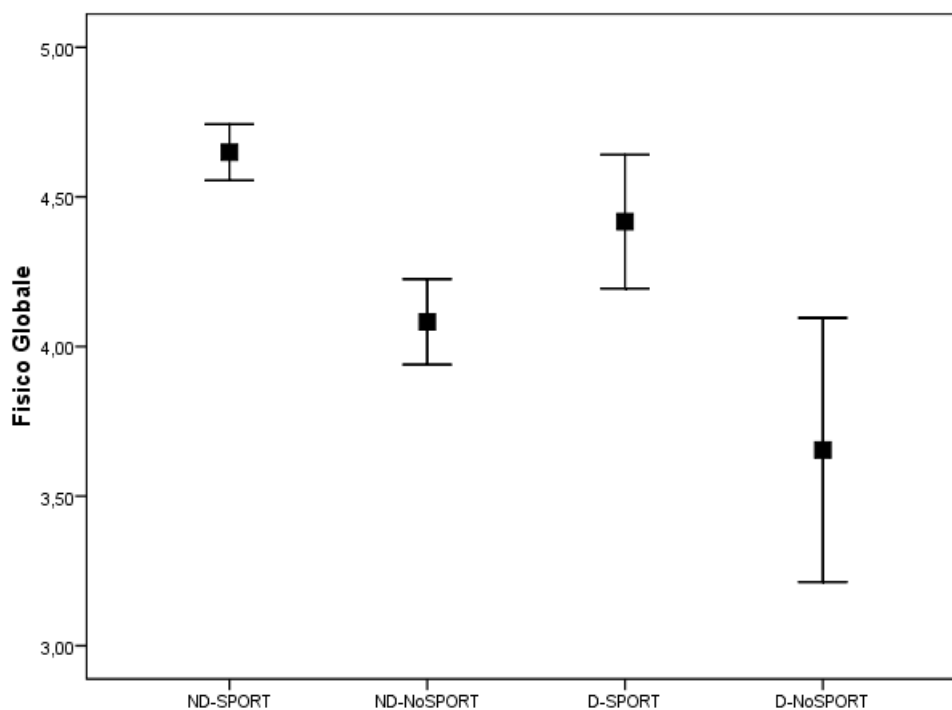
9.10. Fisico Globale

Nel modello multidimensionale e gerarchico del sé corporeo, presentato nel secondo capitolo, il concetto del *Fisico Globale* era posto al penultimo livello, ricevendo influenze in modo diretto o mediato dalle sottostanti componenti specifiche del sé corporeo e andando ad influenzare in modo predominante l'autostima, posta all'apice.

Il *Fisico Globale* viene operazionalizzato dal PSDQ-S attraverso l'espressione "*avere una concezione positiva del proprio corpo*". Esso in qualche modo riassume e ingloba in sé tutte le componenti specifiche del sé corporeo per giungere quasi ad identificarsi con il sé corporeo stesso.

L'analisi del Grafico 9.10 pone in evidenza come la pratica sportiva giochi un ruolo importante nel valutare positivamente il proprio fisico. L'analisi della varianza evidenzia la presenza di una differenza significativa tra i quattro gruppi ($p < .0001$). Dal test di Bonferroni è stato posto in evidenza come i gruppi di individui sportivi ottengano dei punteggi significativamente superiori di quelli dei non sportivi. In modo particolare si nota la differenza tra il gruppo 'non disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$), così come tra il gruppo 'disabili sportivi' con il gruppo 'disabili non sportivi' ($p = .012$). Da rilevare il fatto che il gruppo 'non disabili sportivi' non differisce dal gruppo 'disabili sportivi' ($p = .427$), così come dal gruppo 'non disabili - non sportivi' ($p = .123$).

Grafico 9.10



9.11. Autostima Globale

L'autostima, così come il concetto di sé, ha ricevuto un'attenzione considerevole nella letteratura scientifica, tanto che si contano migliaia di studi a riguardo. Essa può essere generalmente definita come una sorta di valutazione circa le informazioni contenute nel concetto di sé. L'autostima dipende sia da fattori interni, dalla visione soggettiva della realtà, che da fattori esterni, come ad esempio i messaggi che riceviamo dal contesto sociale in cui siamo inseriti e ci troviamo ad agire. Secondo Bracken (1992), è possibile individuare sei componenti che vanno a determinare l'autostima: le relazioni interpersonali, la competenza di controllo dell'ambiente, l'emotività, il successo scolastico, la vita familiare, il vissuto corporeo.

Nella letteratura specialistica, è possibile distinguere tra *Autostima Specifica* e *Autostima Globale*. La prima si riferisce ad un giudizio che riguarda un particolare settore auto-valutativo (come, ad esempio, quello sportivo), la seconda può essere invece definita come un giudizio complessivo sul proprio valore.

Il questionario PSDQ-S operationalizza il costrutto relativo all'*Autostima Globale*, intendendola come concezione globale del proprio sé. Gli item utilizzati sono:

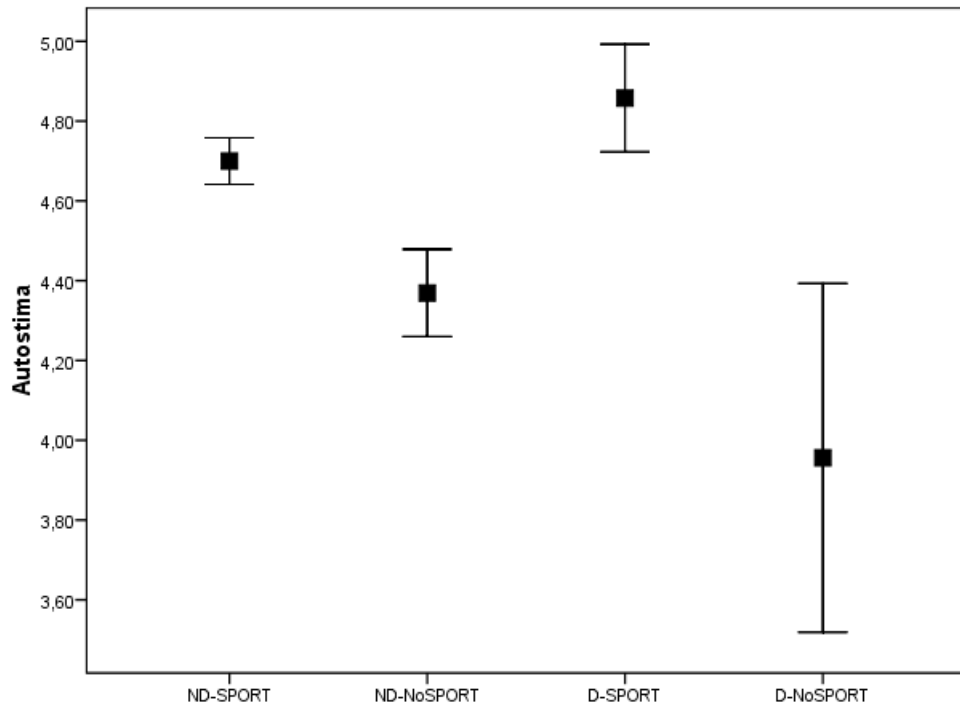
1. Nel complesso molte cose che faccio si concludono bene.
2. Faccio bene la maggior parte delle cose.
3. Nel complesso ho molto di cui essere fiero.
4. Nulla di ciò che faccio sembra andare bene.

Come si può notare dagli item, l'*Autostima Globale* utilizzata nel PSDQ-S riguarda una concezione globale del sé, indipendentemente dalla pratica sportiva, anche se potenzialmente fortemente influenzata dal sé corporeo e dalla percezione delle proprie capacità / abilità motorie.

Ciò può essere chiaramente notato anche dalla lettura del Grafico 9.11. L'analisi della varianza evidenzia la presenza di una differenza significativa tra i quattro gruppi ($p < .0001$). Dal test di Bonferroni è stato posto in evidenza come i gruppi di individui sportivi ottengono dei punteggi significativamente superiori di quelli dei non sportivi. In modo particolare si nota la differenza tra il gruppo 'non disabili sportivi' rispettivamente con i gruppi 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$) e 'disabili non sportivi' ($p < .0001$), così come tra il gruppo 'disabili sportivi' con il gruppo 'disabili non sportivi' ($p < .0001$). Da rilevare il fatto che il gruppo 'non disabili sportivi' non differisce dal gruppo 'disabili sportivi' ($p = .331$), mentre ottiene punteggi più alti del gruppo 'non disabili - non sportivi' ($p < .0001$).

Eclatante, infine, il fatto che il gruppo 'disabili sportivi' abbia ottenuto il punteggio medio più alto di tutti gli altri gruppi, quasi a riassumere l'estrema importanza della pratica sportiva per un sereno sviluppo dell'identità del giovane disabile, con molteplici implicazioni relative al ruolo dello sport per l'inclusione sociale.

Grafico 9.11



Bibliografia

- Anderson, D. (2009). Adolescent girls' involvement in disability sport: Implications for identity development. *Journal of Sport & Social Issues*, 33, 427-449.
- Arbour, K.P., Latimer, A.E., Martin Ginis, K.A., & Jung, M.E. (2007). Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 144-159.
- Blinde, E.M., & McClung, L.R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with

- physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 327-344.
- Blume, D.D. (1986). Le capacità coordinative: definizione e possibilità di svilupparle. *Didattica del Movimento*, 42/43, 60-82.
- Bracken, B.A. (1992). *TMA. Test di valutazione Multidimensionale dell'Autostima*. Trento: Erickson.
- Campbell, E. (1995). Psychological well being of participants in wheelchair sports: Comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 563-568.
- Cappai, M. (a cura di). (2003). *Percorsi dell'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
- Carraro, A. (2008). *Educare al movimento*. Lecce: PensaMultimedia.
- Carraro, A., Nart, A., & Scarpa, S. (2010). Effects of a single session of physical exercise on body state image. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 32, 173-184.
- Cash, T.F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 1-5.
- Cash, T.F., & Deagle, E.A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorxia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T.F., Fleming, E.C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond body image as trait: The development and validation of the Body Image States Scale. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10, 103-113.
- Cash, T.F., & Labarge A.S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 37-50.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image. A handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images. Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.

- Caspersen C.J., Powell K.E., & Christensen G. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: Definitions and distinctions of health-related research. *Public Health Reports*, *100*, 126-131.
- Duclos, G., Laporte, D., & Ross, J. (2006). *L'autostima degli adolescenti*. Milano: San Paolo.
- Ferreira, J.P.L., & Fox, K.R. (2008). Physical self-perceptions and self-esteem in male basketball players with and without disability: A preliminary analysis using the physical self-perception profile. *European Journal of Adapted Physical Activity*, *1*, 35-49.
- Frey, G. (1977). Zur Terminologie und Struktur physischer Leistungsfaktoren und motorischer Fähigkeiten. *Leistungssport*, *7*, 339-362.
- Gratton, C., & Jones, I. (2004). *Research Methods for Sport Studies*. New York: Routledge.
- Groff, D.G., & Kleiber, D.A. (2001). Exploring the identity formation of youth involved in an adapted sports program. *Therapeutic Recreational Journal*, *35*, 318-332.
- Heath, G.W., & Fentem, P.H. (1997). Physical activity among persons with disabilities – A public health perspective. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, *25*, 195-234.
- Marsh, H.W. (1996). Construct of Physical Self-Description Questionnaire response: Relations to external criteria. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *18*, 111-131.
- Marsh, H.W., Craven, R.G., & Debus, R. (1991). Self-concepts of young children 5 to 8 years of age: measurement and multidimensional structure. *Journal of Educational Psychology*, *83*, 377-392.
- Marsh, H. W., Papaioannou, A., & Theodorakis, Y. (In Press). Causal ordering of physical self-concept and exercise behavior: Reciprocal effects model and influence of physical education teachers.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and multitrait-multimethod analysis of relations to exist-

- ing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16, 270-305.
- Marsh, H.W., & Yeung, A.S. (1998). Top-down, bottom-up, and horizontal models: The direction of causality in multidimensional, hierarchical self-concept models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 509-527.
- Martin, J.J. (2010). The psychosocial dynamics of disability sport and exercise. *XVIII AIPS Congress*, 15-17 October Chieti/Italy, 1.
- Martin, J.J. (2007). Physical activity behaviors and physical self-concept of individuals with physical disabilities. *Journal of Human Movement Studies*, 52, 37-48.
- Martin, J.J. (2006). Psychosocial aspects of youth disability sport. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23, 65-77.
- Martin, J.J., & Mushett, C. (1996). Social support mechanisms among athletes disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13, 74-83.
- Martin, J.J., & Smith, K. (2002). Friendship quality in youth disability sport: perceptions of a best friend. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19, 472-482.
- Martin, K.A., Lichtenberger, C.M. Fitness enhancement and changes in body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, & clinical practice* (pp. 414-421). New York: Guilford Press.
- Nart, A., & Scarpa, S. (2008). *Attività motoria e ginnastica posturale*. Padova: Cleup.
- Poulsen, A.A., Ziviani, J.M., & Cuskelly, M. (2006). General self-concept and life satisfaction for boys with differing levels of physical coordination: The role of goal orientations and leisure participation. *Human Movement Science*, 6, 839-860.
- Scarpa, S., Gobbi, E., & Carraro, A. (2010a). Il corpo nella mente: ruolo della pratica sportiva nell'auto-descrizione del proprio fisico in ado-

lescenti e giovani con disabilità motoria. *XVIII Congresso Nazionale AIPS*, 15-17 Ottobre Chieti, 4.

Scarpa, S., Gobbi, E., & Carraro, A. (2010b). The body in the mind: Role of sport practice on physical self-description in adolescents and young people with and without motor disability. *XV ECSS Congress*, 23-26 June Antalya/Turkey, 416-417.

Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010a). Athletic identity, affect and peer relations in youth athletes with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 3, 79-85.

Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010b). Multidimensional physical self-concept of athletes with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 27, 294-307.

Tasiemski, T., Kennedy, P., Gardner, B.P., & Blaikley, R.A. (2004). Athletic identity and sports participation in people with spinal cord injuries. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21, 364-378.

Weineck, J. (2001). *L'allenamento ottimale*. Perugia: Calzetti-Mariucci.

Zanobini, M., & Usai, M.C. (1995). *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione. I soggetti, le relazioni, i contesti in prospettiva evolutiva*, Milano: Franco Angeli.

X

Conclusioni, limiti e prospettive future

I risultati dello studio empirico condotto sembrano permetterci di asserire che la pratica sportiva contribuisce a sviluppare un sé corporeo positivo in adolescenti e giovani con disabilità motoria. Lo sport e le attività motorie adattate possono essere considerate come opportunità inclusive fondamentali per le persone con disabilità, aiutandole a migliorare la rappresentazione che esse hanno della propria corporeità e contribuendo ad incrementare il loro livello di autostima.

Un possibile limite di questo studio è il numero relativamente basso di partecipanti nel gruppo di disabili non praticanti attività sportiva. Questo fatto è principalmente dovuto alla difficoltà di reclutare persone con disabilità che non sono incluse in istituzioni sociali come le associazioni sportive. D'altro canto sembra plausibile asserire che le persone non inserite in contesti di vita sociale 'integranti' presumibilmente presentano un concetto di sé e del proprio fisico peggiore rispetto ai disabili inseriti in associazioni sociali sportive e non sportive, vista la forte influenza del contesto sociale nella formazione del sé corporeo.

Questo studio si è basato su un disegno di ricerca trasversale (*cross-sectional design*). In prospettiva futura sarebbe interessante studiare in modo più approfondito il ruolo della pratica sportiva sul concetto del sé corporeo in persone con disabilità motoria attraverso un disegno di ricerca longitudinale (*longitudinal research design*). Infine, sarebbe interessante investigare gli effetti delle seguenti variabili sulla formazione del sé corporeo: il

ruolo della famiglia, l'influenza della personalità, gli effetti della motivazione alla pratica sportiva.

Sport e pedagogia speciale

Lo sport può aiutare le persone disabili ad affrontare le difficoltà quotidiane e costituisce un modo per misurare le proprie capacità e per 'mettersi in gioco'. I risultati di questa ricerca sembrano confermare il fatto che la pratica sportiva non solo aderisce alle esigenze della pedagogia speciale e risponde alle sue richieste. Ma permette addirittura di andare oltre. Di offrire più di ciò che viene 'chiesto'.

Il compito principale della pedagogia speciale è quello di

comprendere e studiare i deficit, e comprendere e studiare gli handicap, i primi per permettere l'accettazione in uno sviluppo degli individui compatibile, i secondi per permettere la collaborazione nella ricerca della loro riduzione (Canevaro, 2001, p. 546).

Lo sport, inteso come analizzatore pedagogico, nel momento in cui soddisfa le esigenze primarie della persona, contribuisce all'inclusione degli individui con disabilità non solo riducendo l'handicap, non solo permettendo l'accettazione di uno sviluppo compatibile, ma addirittura contribuendo alla riduzione del deficit stesso. A sostegno di questa ultima affermazione riportiamo due esempi emblematici: quello di Wilma Rudolph e quello di Oscar Pistorius.

Nel primo caso riprendiamo la bella descrizione di Militello La Rocca, contenuta nel suo volume intitolato "*Il problema della corporeità. Lo sport attraverso il pensiero cristiano*" (1999, p. 126), nel frangente in cui viene contestualizzata la storia della nostra protagonista all'interno dell'Olimpiade di Roma del 1960. A Roma viene celebrata la prima edizione dei Giochi Olimpici per disabili: le Paraolimpiadi. Tale manifestazione è

contrassegnata dalla presenza di un'atleta di colore, Wilma Rudolph, che con un tempo sensazionale diventa la donna più veloce del mondo (primato che manterrà per molti anni). Questa donna attua così una sorta di giustizia storico-sociale: lei era infatti una ex disabile, cui i postumi di una poliomielite avevano prospettato come riferimento costante della sua vita una sedia a rotelle o le stampelle. Ma attraverso le cure e, soprattutto, attraverso la psicomotricità, sviluppata via via in forme sportive sempre più impegnative e complesse, riesce a 'vincere' l'handicap. Cimentandosi così con i normodotati riesce a stupire il mondo con le sue sensazionali prestazioni.

Il caso di Oscar Pistorius ha destato un notevole interesse mediatico in questi ultimi anni. Interesse suscitato dalla vicenda politico-sportiva legata al diritto di partecipare o meno ai Giochi Olimpici per normodotati. Nel 2008 Pistorius ha pubblicato la sua autobiografia in un libro intitolato "*DreamRunner. In corsa per un sogno*", scritto assieme al giornalista Gianni Merlo. Autobiografia di un disabile che ha 'sconfitto' la disabilità. Nato senza peroni in entrambi gli arti inferiori a causa di una malformazione congenita, ad undici mesi gli vengono amputate entrambe le gambe per permettergli di portare le protesi, con le quali Pistorius ha cominciato a prendere confidenza all'età di diciassette anni. È così che, nel pieno dell'adolescenza, inizia a prendere forma l'indomita personalità di Oscar. Personalità coraggiosa, orgogliosa e ironica che, grazie all'insegnamento e al sostegno ricevuto dalla madre e dalla famiglia, che lo hanno sempre esortato a vivere una vita normale, uniti alla forte passione per lo sport, lo hanno portato a condurre un'esistenza senza pregiudizi e oltre gli impedimenti. Ecco come Pistorius riassume la straordinaria storia di ragazzo normale, con un invito a tutti i giovani, disabili e non disabili: "*Chi perde davvero non è chi arriva ultimo alla gara. Chi perde davvero è chi resta seduto a guardare, e non prova nemmeno a correre.*"

Integrazione e inclusione nella scuola italiana

Vista l'importanza del contesto sociale, e nello specifico dello sport, per una positiva formazione del sé corporeo, nella complessa dinamica tra componenti somatica, psicologica e sociale, attraverso la quale la persona, nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza, giunge a consolidare la propria identità, riteniamo fondamentale riportare di seguito alcune implicazioni educative a riguardo. Innanzitutto sembra però doveroso contestualizzare la problematica nella prospettiva storica che ha guidato il cammino dell'integrazione e inclusione nella scuola italiana.

Il cammino dell'integrazione nella scuola italiana è stato un percorso non semplice e che è dovuto passare attraverso alcune tappe fondamentali. La prima legge che si pone come fondamento giuridico del diritto garantito alle persone disabili riguardo all'integrazione scolastica è la legge n. 118 del 30.03.1971. Questa è una legge molto innovativa, che cambia in modo radicale il panorama educativo italiano nei riguardi della problematica dell'handicap'. Il nodo essenziale di questa legge consiste nel puntualizzare che l'istruzione deve avvenire nelle classi normali, con la sola eccezione di casi particolarmente gravi. Essa tocca molteplici aspetti come quello economico, quello dell'inserimento scolastico e professionale, quello delle barriere architettoniche e dei trasporti. La legge del 1971 prepara, in qualche modo, il terreno per la successiva legge del 1977 (n. 517 del 04.08.1977) atta a garantire, innanzitutto, il diritto all'istruzione integrata, permettendo alle persone con deficit di essere accolte nelle scuole comuni come tutti. Vi è poi una terza legge che si pone come pilastro lungo il cammino dell'integrazione, ovvero la legge 104 del 1992, che si pone come garanzia di una proficua collaborazione fra scuola e servizi socio-sanitari del territorio.

Si possono identificare principalmente tre fasi lungo questo percorso (Cappai, 2003). La prima è fatta risalire agli anni '70, in cui c'è stato il primo iniziale inserimento a scuola dei disabili, nel corso del quale la scuola

italiana si è trovata ad accogliere appunto al suo interno, nelle classi comuni, le persone disabili. Pur essendo un passaggio fondamentale e per certi versi molto ricco, non mancarono esperienze negative e numerose difficoltà, legate soprattutto al fatto che la scuola italiana non era preparata ad accogliere questo evento. Gli insegnanti spesso non erano in grado di gestire le nuove situazioni che prendevano vita nelle classi, non sapevano cosa e come proporre, tanto che, il più delle volte, le esperienze didattiche dei disabili venivano gestite al di fuori della classe. Negli anni '80 si è passati da un iniziale periodo di inserimento, per certi versi 'improvvisato', ad una fase di consapevolezza integrativa. Le proposte didattiche hanno cominciato ad acquisire maggiore qualità e spessore nell'intravedere come mete non più una generica socializzazione, ma lo sviluppo completo della persona a partire dai suoi specifici bisogni, il superamento dell'inserimento per una piena integrazione. Negli anni '90 inizia una fase in cui si vede concretizzare una vera e propria attenzione formativa e integrativa verso le persone disabili. Gli insegnanti cominciano ad essere molto più preparati, divenendo in grado di accogliere anche alunni con bisogni gravi. Tutto questo viene favorito anche dai numerosi corsi di aggiornamento e dal notevole dibattito scientifico sul tema della disabilità.

Come afferma Ghedin (2009, p. 119), recentemente hanno guadagnato importanza il concetto e la pratica dell'educazione inclusiva, intesa come processo che, per andare incontro alle esigenze di tutti gli alunni e fornire opportunità di apprendimento per tutti i giovani e gli adulti, mira alla trasformazione delle scuole e dei centri di apprendimento.

Un'educazione inclusiva permette alla scuola regolare di riempirsi di qualità: una scuola dove tutti i bambini sono benvenuti, dove possono imparare con i propri tempi e soprattutto possono partecipare, una scuola dove i bambini riescono a comprendere le diversità e che queste sono un arricchimento. La diversità diventa così normale (Canevaro, 2007, *Premessa*).

Implicazioni educative

Capire come si sviluppa la consapevolezza di sé e della propria corporeità, così come i fattori che la influenzano, è un aspetto cruciale per gli insegnanti e gli educatori. Il successo educativo infatti dipende in larga misura dalla rappresentazione che l'individuo ha di se stesso. Tale rappresentazione non è innata, ma viene acquisita attraverso l'esperienza, in modo particolare guardando come le altre persone reagiscono e ascoltano le opinioni trasmesse dagli altri. L'incremento del concetto del sé corporeo nelle persone in età evolutiva è importante sia nella vita scolastica che in quella extrascolastica, in quanto contribuisce a giungere all'età adulta sviluppando un'identità personale armoniosa (Lawrence, 1991).

Anche e soprattutto nelle persone con disabilità motoria il sé corporeo è fortemente influenzato dalla visione e dalle attitudini degli altri. La credenza sbagliata che la persona disabile sia una persona senza speranza porta spesso a negare l'accessibilità sociale, a svilire le potenzialità individuali e a ridurre le opportunità educative. I maggiori cambiamenti positivi, invece, si possono vedere quando la famiglia, gli amici, la scuola e la società adottano attitudini positive verso il disabile. Ciò significa che l'aiuto della società è importante al fine di stabilire un concetto del sé corporeo positivo in persone con disabilità motoria.

Incrementare il concetto del sé corporeo negli alunni disabili rimane una sfida educativa fondamentale. Vi sono molteplici possibilità per contribuire ad un positivo sviluppo dell'identità corporea all'interno della classe/palestra:

- a. Creare un contesto di mutuo supporto e di reciproca cura;
- b. Instaurare un clima che permetta agli alunni di sentirsi sicuri, tranquilli, liberi e rispettati;
- c. Far sentire gli alunni competenti, porre obiettivi realistici e aiutare gli alunni stessi a valutarsi realisticamente;

- d. Esprimere giudizi positivi sul lavoro degli alunni, valorizzando il potenziale esistente, piuttosto che attribuire dei punteggi ‘sterili’;
- e. Aiutare gli alunni ad incrementare le proprie abilità sociali e a costruire relazioni significative con i pari;
- f. Garantire un’atmosfera educativa di successo piuttosto che di fallimento;
- g. Aiutare gli alunni a scoprire i propri punti di forza e di debolezza;
- h. Promuovere l’accettazione di sé e facilitare le auto-valutazioni realistiche.

In conclusione, la rappresentazione ‘rispecchiata’ dagli altri significativi (genitori, insegnanti, pari) è di estrema importanza affinché la persona disabile sviluppi e consolidi un’identità corporea positiva. La pratica sportiva può contribuire a creare un contesto educativo e sociale, un ambiente di apprendimento (Varisco, 2002), in cui si instaurano e consolidano relazioni positive, di amicizia, di rispetto, di confronto, in cui si esperisce il successo nella collaborazione/competizione con l’altro e in riferimento alle proprie potenzialità, in un processo di continua evoluzione, miglioramento, cambiamento, accettazione.

Per una pedagogia (speciale) del corpo e dello sport

Oggi la riflessione pedagogica sul rapporto dei giovani con il proprio corpo, e in modo particolare dei giovani disabili, deve tenere in considerazione il ruolo della società mediatica e consumistica nella costruzione dell’immaginario giovanile.

Un corpo ideologizzato dai media, dalla pubblicità, dal costume attuale che lo pone sempre di più come identitario per l’io, ma rendendolo, ad un tempo, un feticcio. L’io è corpo e il corpo ha una connotazione feticistica: è oggetto-di-culto, è ridotto alla sua fisicità (mentre il corpo è molto, molto di più), è fatto testo di segnali (erotici-

ci, di appartenenza, di comunicazione), viene omologato perdendo, così e sempre di più, la propria singolarità: di essere-corpo-di-un-soggetto-persona (Cambi, 2010).

Nella società contemporanea, così come viene ‘denigrato’ il corpo, anche lo sport si lascia contraddistinguere spesse volte come ‘anti-sport’. Sempre più si assiste ad eventi che fanno perdere dignità allo sport, che ne fanno sfumare i tratti caratteristici. Si vedano, ad esempio, i casi di doping, ‘calciopoli’ e tutti i fatti che evidenziano la ‘consumizzazione’ di un bene gratuito, non meno che la strumentalizzazione di ciò che dovrebbe costituirne il fine ultimo, ovvero la persona umana.

Oggi lo sport, specialmente quello ad alto livello, sembra perdere sempre più aderenza con i valori che dovrebbero intrinsecamente contraddistinguerlo. Ridotto a prodotto di consumo, a mezzo pubblicitario capace di influenzare i bisogni delle masse, ad oggetto di spettacolarizzazione estrema in cui tutto è lecito purché produca audience, lo sport non vede più riconosciuta la sua ‘ontologia’ nei fenomeni che dovrebbero rappresentarlo (Scarpa 2008). Ed è in questi fenomeni che viene a cadere l’equazione ‘sport = educazione’, in quanto più che un’educazione attraverso lo sport sembra sempre più necessaria un’educazione per lo sport (Carraro 2004).

La riflessione pedagogica, oltre a poter mettere in luce il valore educativo dello sport, può offrire il suo aiuto nel fornire chiarezza circa la sua essenza. Che cos’è lo sport? O meglio, quando lo sport è ancora sport e quando non lo è?

Lo sport è espressione della cultura prodotta dall’uomo, è un fenomeno caratterizzato da una forte pregnanza etica e in grado di valorizzare tutti gli aspetti della persona umana. In quanto veicolo di una molteplicità di valori come pace, libertà, solidarietà, lealtà, amicizia, gratuità, nel suo costituirsi come luogo privilegiato di educazione e formazione umana, rappresenta un fondamentale punto di congiunzione tra pedagogia e scienze delle attività motorie. È qui che la pedagogia può incontrar-

si con le scienze delle attività motorie: nell'indirizzare il suo interesse allo sport inteso come analizzatore educativo, ai valori che veicola, all'etica di cui è intessuto, ai fini umanizzanti che implicitamente persegue.

È mia convinzione che lo sport possa, se non mitizzato, essere un potente fattore di educazione morale e sociale, sia a livello personale che comunitario. Come manifestazione dell'agire dell'uomo esso deve essere una scuola ed una esperienza continua di lealtà, di sincerità, di tenacia e di solidarietà (Giovanni Paolo II, 1984).

La pedagogia, in questo senso, può e deve contribuire anche ad una rivalutazione di ciò che contraddistingue lo sport come evento educativo. Deve ricordarsi e ricordarci che

lo sport è gioia di vivere, gioco, festa e come tale va valorizzato e forse riscattato, oggi, dagli eccessi del tecnicismo e del professionismo mediante il recupero della sua gratuità, della sua capacità di stringere vincoli di amicizia, di favorire il dialogo e l'apertura degli uni verso gli altri, come espressione della ricchezza dell'essere, ben più valida e apprezzabile dell'avere, e quindi ben al di sopra delle dure leggi della produzione e del consumo e di ogni altra considerazione puramente utilitaristica ed edonistica della vita (Giovanni Paolo II, 1984).

La ricerca che intende muoversi in questo ambito di riferimento ha il compito di far emergere il 'fattore' educativo dello sport, in quanto attività che esercita un'influenza fortissima su tutti gli aspetti dell'individuo, in un'ottica di promozione integrale della persona e, a maggior ragione, della persona con disabilità.

Un processo di educazione globale, pertanto, può utilizzare l'attività sportiva – come fattore di cultura – in una duplice direzione: per sviluppare le potenzialità fisiche e psichiche della persona [...] e, nel contempo educare la persona al tirocinio abituale delle attività sportive (Giugni, 1986, p. 104).

Non può che essere proficuo l'incontro tra scienze delle attività motorie e pedagogia speciale, trovando come ambito di intersezione le attività motorie adattate, intese come “*corpo di conoscenze interdisciplinari diretto all'identificazione e alla soluzione di problemi psicomotori*”, comprendendo sia le “*attitudini a superare le differenze individuali e l'adattamento, sia un sistema di sviluppo di servizi destinato a migliorare i problemi*” (Sherril 1993), in una prospettiva, tutta da costruire, che mira allo sviluppo e al consolidamento epistemologico di una pedagogia (speciale) del corpo e dello sport.

Bibliografia

- Cambi, F. (2010). *I giovani e il corpo, oggi*. Relazione presentata a Padova.
- Canevaro, A. (a cura di). (2007). *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità*. Trento: Erickson.
- Canevaro, A. (2001). La pedagogia speciale. *Studium Educationis – Pedagogia Speciale*, 3, 545-551.
- Cappai, M. (2003). *Percorsi dell'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
- Carraro, A. (2004). Educare attraverso lo sport: una riflessione critica. *Orientamenti Pedagogici*, 51, 969-980.
- Ghedini, E. (2009). *Ben-essere disabili. Un approccio positivo all'inclusione*. Napoli: Liguori.
- Giovanni Paolo II (1984). *Saluto ai calciatori del Torino*, 13/02.
- Giovanni Paolo II (1984). *Discorso per il Giubileo Internazionale degli Sportivi*, 12/04.
- Giugni, G. (1973). *Presupposti teoretici dell'educazione fisica*. Torino: SEI.
- Lawrence, B. (1991). Self-concept formation and physical handicap: Some educational implications for integration. *Disability, Handicap & Society*, 6, 139-146.

- Militello La Rocca, E. (1999). *Il problema della corporeità. Lo sport attraverso il pensiero cristiano*. Troina: Oasi Editrice.
- Pistorius, O., (con Merlo G.). (2008). *DreamRunner. In corsa per un sogno*. Milano: Rizzoli.
- Scarpa, S. (2008). *Corpo, movimento, sport in discussione. Il punto di vista cristiano*. Padova: Cleup.
- Sherril, C. (1993). *Adapted physical activity recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan*. Madison, WI: WCB Brown & Benchmark.
- Varisco, B.M. (2002). *Costruttivismo socio-culturale. Genesi filosofiche, sviluppi psico-pedagogici, applicazioni didattiche*. Roma: Carocci

Riferimenti bibliografici selezionati

- Anderson, D. (2009). Adolescent girls' involvement in disability sport: Implications for identity development. *Journal of Sport & Social Issues*, 33, 427-449.
- Arbour, K.P., Latimer, A.E., Martin Ginis, K.A., & Jung, M.E. (2007). Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24, 144-159.
- Blinde, E.M., & McClung, L.R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14, 327-344.
- Camodeca, M., Di Michele, C., Mela, M., & Ciuffi, R. (2010). Adattamento italiano del Self-Description Questionnaire per bambini di età scolare e preadolescenti. *Giornale Italiano di Psicologia*, 37, 673- 694.
- Campbell, E. (1995). Psychological well being of participants in wheelchair sports: Comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 563-568.
- Carraro, A., Scarpa, S., & Ventura, L. (2010). Relationships between physical self-concept and physical fitness in Italian adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 110, 522-530.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image. A handbook of theory, research, & clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images. Development, deviance, and change*. New York: Guilford Press.

- Ferreira, J.P.L., & Fox, K.R. (2008). Physical self-perceptions and self-esteem in male basketball players with and without disability: A preliminary analysis using the physical self-perception profile. *European Journal of Adapted Physical Activity, 1*, 35-49.
- Groff, D.G., & Kleiber, D.A. (2001). Exploring the identity formation of youth involved in an adapted sports program. *Therapeutic Recreational Journal, 35*, 318-332.
- Heath, G.W., & Fentem, P.H. (1997). Physical activity among persons with disabilities – A public health perspective. *Exercise and Sport Sciences Reviews, 25*, 195-234.
- Marsh, H.W. (1996). Construct of Physical Self-Description Questionnaire response: Relations to external criteria. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 18*, 111-131.
- Marsh, H.W., Craven, R.G., & Debus, R. (1991). Self-concepts of young children 5 to 8 years of age: measurement and multidimensional structure. *Journal of Educational Psychology, 83*, 377-392.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 16*, 270-305.
- Marsh, H.W., & Yeung, A.S. (1998). Top-down, bottom-up, and horizontal models: The direction of causality in multidimensional, hierarchical self-concept models. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 509-527.
- Martin, J.J. (2007). Physical activity behaviors and physical self-concept of individuals with physical disabilities. *Journal of Human Movement Studies, 52*, 37-48.
- Martin, J.J. (2006). Psychosocial aspects of youth disability sport. *Adapted Physical Activity Quarterly, 23*, 65-77.

- Martin, J.J., & Mushett, C. (1996). Social support mechanisms among athletes disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *13*, 74-83.
- Martin, J.J., & Smith, K. (2002). Friendship quality in youth disability sport: perceptions of a best friend. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *19*, 472-482.
- Martin, K.A., Lichtenberger, C.M. (2002). Fitness enhancement and changes in body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, & clinical practice* (pp. 414-421). New York: Guilford Press.
- Meleddu, M., Scalas, L. F., & Guicciardi, M. (2002). Contributo alla validazione italiana del Physical Self-Description Questionnaire. *Bollettino di Psicologia Applicata*, *237*, 36-52.
- Poulsen, A.A., Ziviani, J.M., & Cuskelly, M. (2006). General self-concept and life satisfaction for boys with differing levels of physical coordination: The role of goal orientations and leisure participation. *Human Movement Science*, *6*, 839-860.
- Scarpa, S., Gobbi, E., Paggiaro, A., & Carraro, A. (2010). Un contributo alla validazione italiana del Physical Self-Description Questionnaire Short. *Giornale Italiano di Psicologia dello Sport*, *8*, 25-30.
- Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010). Athletic identity, affect and peer relations in youth athletes with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, *3*, 79-85.
- Shapiro, D.R., & Martin, J.J. (2010). Multidimensional physical self-concept of athletes with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *27*, 294-307.
- Tasiemski, T., Kennedy, P., Gardner, B.P., & Blaikley, R.A. (2004). Athletic identity and sports participation in people with spinal cord injuries. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *21*, 364-378.

