

quaderni della riabilitazione

notiziario AIAS

sezione scientifica

anno XV n. 4

dicembre 1978

26

PER UNA PSICO-SOCIOLOGIA DELL'HANDICAP

Dott. GIANNI SELLERI

Ricercatore dell'Istituto di Psicologia
Facoltà di Medicina — Università di Bologna

Una discussione sulle condizioni dell'integrazione sociale degli handicappati comporta l'esigenza di fare riferimento preliminarmente alle modalità delle dinamiche socio-psicologiche, in quanto costituiscono il presupposto del comportamento sociale e individuale e delle scelte politiche.

L'handicappato, come ogni altra figura di « diverso », è oggetto di opinioni, di comunicazioni, di conoscenze scientifiche, di "reazioni sociali" che ne definiscono l'identità, il ruolo e il destino.

Possiamo considerare due ambiti di valutazione: da un lato il sistema delle *opinioni personali non pubbliche* (oggetto di indagine psicologica), dall'altro il sistema delle *informazioni istituzionali e formali* (oggetto di indagine sociologica).

Il primo è suddiviso in due livelli: i luoghi comuni, pregiudizi e tradizioni, come dati di processi diversi di acculturazione; i risultati delle esperienze, e delle convinzioni individuali, vissuti come "choc" della socializzazione, che investono la sfera emotiva o inconscia.

Al sistema delle comunicazioni pubbliche appartengono invece quelle opinioni che derivano dalle disposizioni legislative, organizzative e burocratiche che investono la società nel suo complesso, influenzando anche nella sfera privata.

Dal punto di vista psico-sociale una opinione pubblica (teoricamente corretta) dovrebbe crearsi non per la giustapposizione fra opinioni private e comunicazioni autorizzate, bensì con la mediazione di un terzo campo, quello della "pubblicità critica" come partecipazione di tutti al processo di formazione della coscienza collettiva e in quanto tale sociologicamente rilevante e pluralistica (Habermas 1977).

Nelle pagine seguenti cercheremo di considerare in questa prospettiva il tema della socializzazione dell'handicappato, mediante una analisi della bibliografia maggiore, con lo scopo di giungere a qualche indicazione operativa.

Le ricerche sugli handicappati hanno in prevalenza cercato di definire la personalità e il comportamento dei soggetti, come singoli o come gruppo.

Le indagini sono state condotte con tests proiettivi e di personalità, col metodo della rilevazione sociologica e dell'analisi trasversale: i criteri di valutazione e di sintesi sono spesso eterogenei. Mancano esempi di un'osservazione e sperimentazione che non siano applicazione contingente della psicologia individuale o sociale. La diversità dei campioni, dei metodi e degli strumenti utilizzati, ha prodotto risultati discordanti, banalmente sovrsponibili, poco significativi e comunque scientificamente incerti.

Come effetto indotto, o come indice di una fase epistemologicamente indefinita del problema, si hanno scarse ricerche a carattere sistematico e molte monografie in cui vengono studiati i soggetti portatori di handicap con riferimento a variabili di personalità e di situazione: fase acuta della malattia, rapporti con la famiglia, reazioni alle tecniche e ai programmi riabilitativi, autopercezione dell'invalidità, rapporto fra grado di minorazione e comportamento, atteggiamenti sociali, ecc.

Nell'intento di riferire i temi più significativi di questi studi, sembra opportuno proporre un quadro di orientamento in cui raggruppare gli argomenti più rilevanti:

- *riferimento clinico e psico-sociale*, dove vengono considerati i comportamenti degli handicappati in relazione alla condizione biofisica e gli atteggiamenti sociali nei loro confronti;

- *riferimento interazionista e socio-strutturale* per un tentativo di definizione delle condizioni della socializzazione degli handicappati in un contesto di sintesi fra reazioni individuali e sociali.

ORIENTAMENTO CLINICO E PSICOSOCIALE

In termini cronologici uno dei primi problemi affrontati è stato quello della *riabilitazione*, intesa in senso terapeutico. E' un filone di ricerche iniziato nel dopoguerra, quando si impose la necessità di provvedere al recupero dei mutilati per cause belliche, e che ha subito notevoli evoluzioni teoriche. Complessivamente si può affermare che si è trattato di una esplorazione delle risposte emotive alla ospedalizzazione prolungata e alle procedure terapeutiche, in quanto causa di ansia e di percezioni di minaccia dei propri valori personali, per la riduttiva prevalenza degli interventi alla dimensione fisica e sanitaria.

La reazione più studiata è la depressione. *Wright* (1955) ha illustrato la *reazione di cordoglio* che si esprime con i seguenti sintomi: a) costrizione dello spazio vitale; b) non utilizzazione delle capacità residue; c) eccessiva preoccupazione per la menomazione; d) atteggiamento di disperazione e di passività.

In seguito, sempre più spesso, si sono considerati connessi agli aspetti tecnici della riabilitazione, i problemi delle motivazioni e della autopercezione, quali condizioni per il successo o l'insuccesso della terapia. In particolare *Litman* (1962) ha dimostrato che esiste un rapporto diretto tra concetto di sè e risposta del soggetto al programma di

riabilitazione: gli handicappati con una concezione inadeguata di se stessi sono privi di iniziativa e non cooperano alla terapia; quelli invece che hanno sicurezza personale e sentimento di autostima più facilmente traggono benefici dal processo riabilitativo.

Gli sviluppi di questo primitivo tema di analisi hanno condotto, per successive approssimazioni, a considerare gli effetti dell'handicap in termini psico-dinamici.

Anzitutto è stata descritta la depressione come *ritirata nell'individualismo*, come rifiuto di fronte all'esigenza di ristrutturazione della propria realtà e quindi assunzione del ruolo di *persona malata*, non giustificato dalla condizione biofisica (Cameron N. - Margaret A., 1962).

Il soggetto vive l'integrità corporea estetica come condizione indispensabile per l'autostima e le relazioni interpersonali; nel caso di una malattia cronica o in presenza di gravi limitazioni funzionali, anziché affrontare i problemi del superamento e della compensazione dello svantaggio, può assumere il ruolo permanente di ammalato, sia per evitare le frustrazioni derivanti dall'ambiente sociale, sia per usufruire di privilegi o tutele di natura assistenziale, che gli consentono di trarre i maggiori vantaggi senza impegnarsi in difficili sforzi di adattamento e di competizione; questa reazione costituisce una limitazione dello spazio sociale, delle attività e dei contatti umani (ben oltre il limite imposto dall'invalidità di per se stessa) e determina privazioni di libertà e isolamento, che proteggono tuttavia dalle angosce personali e da prevedibili umiliazioni.

Da questa sindrome è derivata la riproposizione della teoria dell'inferiorità organica (A. Adler 1917): in presenza di una deficienza fisica o organica, collegata a malattia, incapacità, infermità, disturbi del carattere, deve corrispondere una reazione psicologica di compensazione.

Secondo Adler sul piano terapeutico occorre incoraggiare il soggetto a superare il "complesso di inferiorità" per evitare disturbi della personalità (sotto forma di nevrosi o di psicosi), mediante un atteggiamento di "protesta virile" che ricostituisca l'interesse sociale e stimoli l'autoaffermazione.

In questo senso la teoria adleriana assume un carattere "pedagogico", da cui derivano le successive metodologie sulla ristrutturazione della "situazione di vita". La protesta virile, come modalità di superamento dell'inferiorità, da un lato dovrebbe far sì che il malato divenga superiore alla propria malattia, dall'altro, istituzionalizza, per la prima volta in psicologia, la volontà di potenza, come lotta per annullare tutto ciò che ostacola lo sviluppo psichico e fisico.

Diversi psicologi freudiani hanno invece attribuito il complesso di inferiorità, piuttosto che al deficit biofisico, al timore di non essere amato o di perdere l'amore (Meng, 1938).

Un atteggiamento diverso è costituito dalla negazione della malattia, che può essere esplicita (rifiuto) o mascherata, spostando l'attenzione sugli effetti minori dell'handicap o attribuendolo a cause benigne e temporalmente superate. In questo senso si possono considerare anche le *performances*, abbastanza frequenti fra gli handicappati gravi.

Lo studio del rapporto fra genitori e handicappato è senz'altro fra i più trattati anche se spesso non è facile distinguere gli aspetti psicologici da quelli pedagogici. In generale si rilevano i traumi, a livello individuale e sociale, derivanti dalla nascita di un figlio invalido, e atteggiamenti di iperprotezione e di indulgenza, nocivi ai fini dello sviluppo della personalità, alternati a fasi di severità o di rifiuto.

Studi più recenti hanno cercato di definire le modificazioni delle dinamiche intrafamiliari conseguenti alla nascita di un bambino affetto da menomazioni: "la presenza di handicap alla nascita viene a sovvertire i rituali sociali connessi con un neonato e in genere non si conoscono modalità alternative di comportamento per tali circostanze" (Richardson, 1969).

L'evento frustrante è vissuto dai genitori in vario modo a seconda delle condizioni socio-economiche, il livello culturale e altri fattori personali e ambientali.

Secondo Formica-Pancheri-Redento (1971) sarebbe prevalente una reazione di tipo aggressivo nei confronti del neonato, che si può manifestare: a) mediante la repressione dell'aggressività, che induce sentimenti di colpa, e la conseguente adozione di atteggiamenti iperprotettivi; b) mediante un rafforzamento dell'aggressività, che può condurre sia a comportamenti ambivalenti, sia al rifiuto e all'esclusione del bambino dalla vita affettiva della famiglia (allontanamento e richiesta di istituzionalizzazione); c) infine l'aggressività può essere riconosciuta come una reazione normale e costituire il punto di partenza per una adeguata percezione delle condizioni del bambino e delle sue capacità.

Un allargamento ulteriore dell'indagine delle reazioni familiari nei confronti del figlio handicappato è costituito dallo studio della Zani (1973) con riferimento al rifiuto mascherato e a quello esplicito e ai correlativi effetti sullo sviluppo della personalità del bambino. Per *reiezione mascherata* s'intende l'atteggiamento del genitore che di fatto non accetta il bambino ma che tuttavia affronta ogni sacrificio; per *reiezione palese* o manifesta si definisce invece un comportamento di aperta ostilità e negligenza.

Sempre secondo la stessa autrice le controreazioni del bambino si configurerebbero con diverse modalità di adattamento: vi può essere anzitutto un comportamento compensativo per cui il soggetto accetta la propria minorazione e si concentra sulle possibilità residue; anche in questo caso però si verificano atteggiamenti non adeguati come la dissimulazione (accentuazione di aspetti di superiorità non reali), l'attribuzione agli altri della causa dei propri insuccessi, fenomeni di finzione e di fuga, sfruttamento dell'inferiorità per attirare simpatie e benevolenza, ecc. (Carnois, 1969).

Vi è poi una reazione di rifiuto per cui il soggetto non ammette che l'handicap comporti limitazioni e si proietta in situazioni competitive che non può affrontare (Selleri, 1965).

Il terzo tipo di atteggiamento è difensivo: in questo caso l'handicappato si protegge rifiutando il confronto oppure incolpando le altre per-

sone delle proprie difficoltà e insuccessi. Analogo è il ripiegamento su se stessi come fuga dalla realtà e dai contatti sociali preferendo attività e modalità di vita che non comportino relazioni, percepite come fonte di frustrazione.

Si può infine tenere presente un gruppo di forme reattive che non configurano nessun adattamento del soggetto; in questo caso emerge la incapacità di affrontare i problemi dell'esistenza tenendo conto dell'handicap che viene quindi negato.

Anche se non è facile tradurre in termini conclusivi le dinamiche che abbiamo delineato (la prospettiva psicoanalitica comporterebbe ben altri approfondimenti), sulla scorta della bibliografia maggiore si possono trarre le seguenti considerazioni: 1) i genitori percepiscono la presenza del figlio handicappato come "una colpa"; 2) si crea una situazione conflittuale, per lo più inconscia, che determina l'ambivalenza del rapporto e l'instabilità affettiva (con probabili rafforzamenti del complesso edipico); 3) l'esperienza vissuta come minaccia o vergogna personale; 4) si instaura una situazione complessivamente sado-masochista che sfocia nella richiesta nevrotizzata d'interventi assistenziali e specialistici, razionalizzati spesso mediante prospettive di riconversione ideologica (Sergi, 1972).

Altre frammentarie ricerche sui bambini handicappati riferiscono che essi tendono ad attribuire ai genitori la causa della minorazione, da cui deriva l'incertezza affettiva e i sentimenti di colpevolezza; la difficoltà di giocare comporta una precoce maturazione intellettuale, ma anche tendenze regressive come l'isolamento e il fantasticare; le difficoltà del bambino handicappato derivano spesso dal disadattamento dei genitori.

La letteratura relativa ai comportamenti degli handicappati è molto vasta; ricordiamo in via indicativa i temi relativi alla discrepanza fra l'immagine del proprio corpo e l'aspetto effettivo; il rapporto fra grado di minorazione e disadattamento (si è dimostrato che le reazioni alla invalidità sono sempre soggettive e che spesso "gli invalidi in miniatura" sono quelli che corrono i maggiori pericoli di distorsione del comportamento); la proposizione delle tecniche esistenziali per una ristrutturazione della situazione di vita le cui fasi principali sono: l'abbassamento del livello di aspirazione verso mete prossime, l'allargamento del campo di osservazione oltre il proprio difetto, verso nuovi valori ("change of values") e il distogliersi del perduto per volgersi al disponibile; le connessioni fra sistema motorio e sistema psicologico, ecc.

Un problema importante è quello costituito dalla prospettiva *somato-psicologica* dell'invalidità per verificare un rapporto univoco tra il tipo e il grado della minorazione e gli indici medi di comportamento. L'ipotesi ha avuto origine da una sorta di inversione della teoria psicosomatica e per certi aspetti dalla scuola tipologica: così come era stata rilevata una influenza dei disturbi psichici (e in particolare delle nevrosi) sul funzionamento somatico e come era stata definita l'eziopatogenesi psichica di molte malattie, allo stesso modo si ipotizzò che dato un qualsiasi deficit fisico si potesse definire un rapporto sulla personalità e sui suoi atteggiamenti.

Tuttavia il tentativo di dimostrare una correlazione fra stato fisico e personalità, non è stato provato e la ricerca è rimasta allo stesso stadio teorico in cui si trovano le indicazioni, statistiche più che psicologiche, della tipologia. Non si riscontrano insomma relazioni dirette e costanti fra la menomazione fisica e la reazione psicologica (Wright, 1960).

Alcune ricerche hanno descritto una certa frequenza di indici di disadattamento, ma si tratta di dati di scarsa rilevanza e metodologicamente incerti. E' più probabile che tali casi siano formazioni reattive aggravate, in qualche caso strutturate, dalle condizioni di vita e dalla "carriera sociale" dell'handicappato: istituzionalizzazione, distacco precoce dalla famiglia, traumi terapeutici, isolamento, ecc.

Gli studi sugli aspetti somato-psicologici dell'invalidità sembrano aver attinto, come dato residuale, l'esigenza di orientare le indagini sulla situazione di vita dell'handicappato piuttosto che sulle sue condizioni fisiche come casuali della realtà psicologica.

Un'interpretazione del riferimento tipologico nei confronti degli handicappati sembra attingere le sue motivazioni in un contesto di difficoltà transferiali, nel senso che stabilire un nesso fra inferiorità organica e deficit psichico o comportamentale potrebbe essere interpretata come una estensione dell'impostazione organicistica, la quale, come noto, è molto meno problematica, della visione psico-dinamica.

Anche dal punto di vista sperimentale l'ipotesi somato-psicologica ha avuto smentite. Ricordiamo in particolare lo studio di *Yuker, Block e Campbell* (1960): vennero presi in esame diversi tipi di handicap (malattie croniche, deficit neurologici e sensoriali), ma furono rilevate relazioni significative con il tipo di atteggiamento dei soggetti; analoghi risultati si sono avuti anche riguardo all'estensione e alla gravità dell'handicap (a questo proposito si hanno addirittura dati opposti alla tesi che la entità dell'handicap sia proporzionale alle difficoltà di adattamento).

Quanto sopra esposto, al di là del significato scientifico, porta a criticare la concezione secondo la quale l'inferiorità organica o funzionale venga estesa alla persona intera considerata così globalmente inferiore.

Riassuntivamente si può affermare che le anomalie fisiche e funzionali non determinano meccanicamente cambiamenti radicali e permanenti della realtà psicologica e della evoluzione delle interazioni sociali.

Tuttavia non si possono negare gli effetti e l'interdipendenza della situazione biologica con la realtà esistenziale complessiva. Ci sembra comunque importante affermare, anche ai fini dell'instaurazione di tecniche ed itinerari riabilitativi non emarginanti, che quasi sempre le cause di reazione inadeguata alla invalidità non possono essere semplicemente ricercate nel dato patologico ma in una prospettiva di *teoria di campo*.

Un esempio oggettivo di questa esigenza (sempre secondo un approccio clinico) è dato dalla distinzione fra invalidità organica e funzio-

nale (Barker, 1953) e soprattutto dal tipo di reazione alla inabilità, e correlativa percezione, in rapporto alla distinzione fra handicaps congeniti e acquisiti.

Nel primo caso l'invalidità è un fattore "strutturante" della personalità che impone lo sviluppo di comportamenti adattivi, nel secondo l'handicap, per la sua insorgenza tardiva e traumatica, ha più probabilità di provocare disorganizzazione del comportamento, momento di frattura irreversibile, fra passato e presente e causa frequente di formazioni reattive a carattere depressivo (conseguenza sia del danno estetico sia di una autopercezione d'inferiorità e di collocazione in un ruolo disprezzato).

A questo proposito sono significative, e costituiscono una importante raccolta di dati, le indagini di alcuni autori della scuola lewiniana (condotte su invalidi di guerra con minorazioni visibili) relative ai temi dell'aiuto, della accettazione sociale, degli effetti della curiosità, ecc. (cfr. *Ladieu, Haufmann, Dembo, Adler, Withe, Wright, 1947, 1948*).

Nelle suindicate ricerche sono stati attinti i seguenti risultati:

1) convinzione che l'handicap costituisca un elemento di inferiorità e di disprezzo e che finisca per diventare la caratteristica "centrale" della persona, facendo passare in secondo ordine tutti gli altri aspetti;

2) senso di colpa per l'impressione di sentirsi di peso agli altri, soprattutto in situazioni di bisogno, di aiuto o di offerta ingiustificata dello stesso;

3) conflitto fra stato di dipendenza e aspirazione di indipendenza, con reazioni di tipo regressivo o aggressivo;

4) senso di autocommiserazione e richiesta di protezione con riferimento ai programmi e agli interventi di riabilitazione e di assistenza.

Un tema decisivo, anche se poco trattato, per valutare le reazioni all'invalidità e per introdurre in termini psicologici il problema degli atteggiamenti verso l'invalidità, è costituito dalla curiosità e dalla fenomenologia dell'essere oggetto di sguardo.

Già Wright (1960) aveva affermato che "quando l'invalido ha un atteggiamento equilibrato e accettante la propria situazione, più facilmente è portato a credere che gli altri, lo guardino fisso semplicemente perchè si meravigliano di alcune cose, ad esempio della protesi... Se invece l'individuo rifiuta totalmente la sua minorazione e se stesso, tenderà a porre resistenza alla curiosità degli altri, pensando di essere considerato in maniera negativa, con disprezzo e pietà".

Ma il discorso può essere proposto anche in una prospettiva non behaviouristica (Selleri, 1968).

Nel sentirsi guardata la persona sembra acquistare un ruolo puramente ostensivo e passivo di "centro", di bersaglio. In questa situazione la relazione con gli altri diventa *asimmetrica*.

Come prima conseguenza l'io e le sue qualità diventano tematiche ed enfatizzate, assumono un risalto particolare nel campo della coscienza.

Lo sguardo prolungato, insistente e curioso con o senza commenti verbali, sottolinea determinati aspetti del corpo, lo seziona rompendone l'unità. Il soggetto osservato "in un certo modo" si sente "svelato" e giudicato.

Effetti simili produce il distogliere lo sguardo, uno "sguardo furtivo", il "dare un'occhiata", che pare configuri un atteggiamento di rifiuto. E' certo che quando l'attenzione ci viene sottratta in un tempo obiettivamente troppo breve, ci preoccupiamo e interpretiamo il fatto negativamente.

L'handicappato vive il proprio aspetto come una estensività statica, centro di una attenzione che non può evitare, nè modificare immediatamente: in generale egli si sente "ferito" dagli sguardi e cerca di sottrarsi a quel particolare tipo di attenzione in cui si sente considerato come un *corpo minorato*, piuttosto che come una persona: il corpo non è più implicito ad un "io sono", che si declina in autonome possibilità espressive e comunicative, ma è scaduto a livello di un "oggetto esposto al mondo", di cui gli altri dispongono.

Lo sguardo può anche essere considerato *un atto incompiuto*, uno stimolo che evoca una risposta e costituisce la fase preparatoria per una risposta di tipo riflessologico e comunicativo; in questo senso lo sguardo rientra nel contesto della "conversazione di gesti", come inizio di una organizzazione e di una trasmissione di significati che si realizza tramite il veicolo semantico. Infatti è soltanto attraverso il linguaggio che l'individuo riesce a sollevare una risposta da parte di colui al quale è stato indirizzato il gesto.

Ma lo sguardo verso l'handicappato, come oggetto di curiosità o di commiserazione, non è seguito quasi mai da una produzione di significati. Si crea comunque nell'handicappato un processo interpretativo o una "attitudine percettiva" di difesa e di aggressività e in ogni caso di limitazione delle relazioni "faccia a faccia" (Feinberg, 1971; Canestrari 1964). "Finchè non avviene il contatto i ciechi, i sordi, i paralitici, non possono essere mai sicuri se l'atteggiamento del nuovo conoscente sarà di rigetto o di accettazione" (Barker-Wright, 1953). E ciò evidentemente pregiudica la possibilità di comunicazione.

Il soggetto handicappato, "centrato", dagli sguardi prolungati o furtivi, conclude: sono diverso, ho un corpo che non si articola liberamente con la mia interiorità e con le mie potenzialità intenzionali ed espressive, il mio corpo non è una "modulazione esteriore" di una libera e personale intimità, ma è un "corpo oggetto", il corpo che ho, anzichè il corpo che *sono*, non più *Leib*, ma *Körper* (Marcel G. 1935).

Questa autoindicazione produce una diminuzione del *self-esteem*, insicurezza personale e soprattutto la difficoltà di trasmettere il vissuto in quanto il soggetto non ritiene l'altro capace di una comprensione analogica.

"Sia che la reazione all'handicap sia aperta e brusca, sia che, come più spesso accade, esso venga ignorato... fa sì che la interazione si articoli troppo unilateralmente... il che di solito mostra i segni del disagio e della rischiosità: la reticenza nel ricordare le cause dell'handicap, le parole di uso quotidiano che diventano tabù, lo sguardo fisso

nel vuoto, l'allegrezza artificiale, la loquacità eccessiva, la grottesca solennità (Davis 1961).

Ecco come in termini comportamentistici si può esprimere "il non essere a proprio agio" nei confronti dell'handicappato, creando incertezza di identità ed una possibile "patologia" della comunicazione.

Ma il corpo è soltanto strumento di comunicazione verso l'esterno, il corpo è anche il "custode del mio segreto personale, esso racchiude e difende la mia ipseità". Quando l'altro *mi guarda* mi riduce ad un aspetto-oggetto, cosicché il valore umano e personale, non è più colto; si opera una riduzione della distanza e del rispetto (*rem specto* = guardo qualcosa a debita distanza) che genera pudore e vergogna e che viene percepita come un impoverimento esistenziale (Cargnello 1964; Fiedler 1953; Holzkamp 1964).

Siamo qui in un ambito interpretativo del vissuto secondo le basi dottrinali della *daseinsanalyse* e della fenomenologia husserliana: l'*ego* e l'*alter ego* si costituiscono in un mondo comune, oppure nell'ambito della alienità per cui l'altro è appercepito "come un corpo altrui posto nel mondo fra gli altri oggetti di natura ed assimilabile categorialmente a questi" (Cargnello 1966). In questo caso non sembra possibile la identificazione e l'*alter ego* è una "alienità".

E' evidente a questo punto che si apre una relazione dinamica fra psicologia individuale e psicologia sociale che introduce il problema degli atteggiamenti e le tematiche sociologiche.

Barker (1953) per primo, discutendo degli handicappati, spostò decisamente l'analisi sui fattori sociali, introducendo il concetto di marginalità: analogamente al *marginal man*, l'handicappato avvertirebbe un conflitto di ruoli fra i due gruppi dei "malati" e "sani"; infatti la invalidità lo definisce appartenente al gruppo minoritario (al quale non vorrebbe essere aggregato), mentre le sue aspirazioni di prestazioni e di affermazione sono orientate verso il gruppo egemonico dei "normodotati" (dal quale è escluso). Da ciò scaturisce una sorta di lotta concorrenziale (conflitto di affiliazione) con il mondo dei sani da cui possono derivare sintomi di incertezza vocazionale e di ruolo, ambivalenza affettiva e accresciuto bisogno di gratificazione. Lo sforzo per il riconoscimento del proprio valore, può condurre sia a prestazioni eccezionali, sia, come più spesso accade, a costanti frustrazioni che possono provocare aggressività, regressione, sintomi di derealizzazione (vergogna, angoscia sociale, ferita narcisistica).

L'analisi di Barker, trasposta nel contesto della *role-theory*, definisce essenzialmente la difficoltà di identificare il gruppo di riferimento (*reference group*) da cui emerge uno *status* ed una carriera di marginalità.

Goffman (1970) individua due gruppi cui l'handicappato finisce per accedere nella convinzione di trovare sostegno e comprensione: il primo comprende coloro che hanno lo stesso stigma e si definiscono come "la stessa specie dell'handicappato"; il secondo è rappresentato da "saggi", da persone normali partecipanti della vita segreta dell'handicappato (tecnici sanitari, familiari, amici eccezionali, ecc.), con questi l'handi-

cappato non prova vergogna e ritiene di essere considerato come una persona normale.

Un analogo filone di ricerche si colloca nell'ambito degli studi sul pregiudizio razziale e il comportamento collettivo nei confronti delle minoranze etniche e religiose.

Wright (1960) ha per primo posto alcune tesi al fine di stabilire rapporti di somiglianza tra la situazione sociale degli handicappati e quella dei gruppi minoritari, con riferimento ai pregiudizi ed ai processi di stigmatizzazione. Secondo questi studi gli atteggiamenti nei confronti degli handicappati sarebbero molto simili a quelli adottati verso i "diversi".

Tuttavia il tentativo di dimostrare che gli handicappati sono accumulati alle altre minoranze, nell'attribuire loro uno stato di inferiorità, è rimasto controverso. Contro l'esistenza di questi *clusters*, analoghi a quelli razziali, si collocano i risultati di altre ricerche (Lukoff, *Whiteman*, 1964) secondo le quali non si potrebbe asserire una uniforme e precisa qualificazione di atteggiamenti di ostilità.

Questi studi hanno tuttavia evidenziato alcune costanti nell'immagine collettiva e nei modelli comportamentali:

a) si è notata una discrepanza tra reazione verso l'*handicappato* genericamente positiva e reazione verso l'*handicap* come fattore di individuazione del gruppo, decisamente negativa;

b) l'attribuzione all'*handicappato* di incapacità per lo svolgimento di compiti sociali, mediante la definizione del ruolo di persona malata, con esenzione di responsabilità, obbligo di cooperazione terapeutica, ecc.;

c) correlazioni significative fra la condizione dell'*handicappato* e lo *status del bambino*.

Da questa sintesi della bibliografia maggiore sugli effetti psicologici dell'*handicap* sembra di poter concludere che una valutazione complessiva dovrebbe tener conto sia del deficit oggettivo, sia del vissuto soggettivo, sia delle reazioni del campo sociale e dei relativi contesti.

In particolare è rilevante individuare quali mutamenti intervengono nella organizzazione della personalità dell'*handicappato* (e quindi nella formazione del sé e della propria identità), a seguito degli atteggiamenti. Al livello della valutazione individuale la percezione dell'invalidità deve essere collegata con l'analisi dei significati che il pubblico attribuisce alla realtà dell'*handicappato* (*labeling theory*). E' l'interdipendenza della realtà dell'*handicap* e dei processi di significazione pubblici che definiscono la sua personalità ed il suo statuto sociale.

E' opportuno quindi per la parte propositiva estendere l'indagine ad una prospettiva sociologica, con riferimento ai temi della categorizzazione sociale e alle teorie interazioniste.

Considerare la condizione dell'handicappato in un contesto sociologico, vuol dire in definitiva studiare la sua "immagine sociale" e i significati culturali, morali e scientifici ed economici che si attribuiscono alla sua figura in quanto rafforzano ed organizzano i processi di stereotipizzazione del fenomeno; vuol dire inoltre, esaminata l'evoluzione storica degli atteggiamenti, illustrare la funzione di controllo sociale, rappresentata dagli interventi e dalle istituzioni in cui si attua l'intervento terapeutico, nell'ambito della "ideologia della scienza". In questa ultima prospettiva della devianza (pur tenendo conto della sua specificità), intendendo l'handicap come causa di comportamenti e di situazioni di "diversità", secondo la polarizzazione normale-patologico.

L'handicappato per le sue differenze psico-somatiche, organiche e funzionali, estetiche e comportamentali suscita reazioni emotive *verso* e talvolta *contro* la propria persona, che traggono origine da meccanismi di difesa o da difficoltà di identificazione. Ciò provoca abbastanza spesso, dinamiche di rifiuto o comunque di transfert distorto, che vengono evase o compensate con la formazione e l'adozione di *immagini collettive*.

Si tratta del pregiudizio o "pensiero prevenuto" che si istituisce sia su una errata applicazione logica del pensiero, sia su dati emotivi. Per gli aspetti formali, il pregiudizio costituisce una errata operazione induttiva o deduttiva (una caratteristica personale caratterizza la intera personalità; la definizione di una persona come appartenente ad una situazione o a un gruppo induce la "previsione" di tutti i suoi tratti comportamentali e sociali), per gli aspetti affettivi è sostanzialmente un meccanismo di difesa rispetto all' "estraneo" o all' "alieno" (Canestrari 1975).

In ogni caso lo stereotipo si qualifica come una totalità organizzata, una *Ganzheit*, che se da un lato consente comportamenti conformistici e psichicamente economici, dall'altro risulta rigido, scarsamente modificabile e permeabile a nuove informazioni e conoscenze.

L'individuo nella sua esperienza quotidiana ha necessità di affrontare una complessità di fatti e di situazioni, che finirebbero per disorganizzare il comportamento se non venissero in qualche modo generalizzati come conoscenza comune, per l'esigenza di evitare di ridefinire ogni volta le diverse situazioni e di standardizzare le scelte comportamentali. In questo senso le convenzioni sociali ed i comportamenti tipizzati sono funzionali alla semplificazione dei rapporti (Berger-Luckmann 1969).

La categorizzazione sociale sembra funzionare come strumento di sistematizzazione dei fenomeni, consentendo al soggetto di adattarsi alla molteplicità delle percezioni e di legittimare un comportamento uniforme e ripetitivo, contro la problematicità e le ipotesi di trasformazione degli atteggiamenti nel contesto sociale (Allport 1958).

L'espressione più definita della categorizzazione, intesa come formazione di classi di oggetti con connessioni ideali, cognitive, emozionali e comportamentali, è costituita dall'*atteggiamento*.

Il concetto di *atteggiamento* si caratterizza come un *sistema stabile*, con componenti conoscitive, affettive e di tendenza all'azione, che possono essere di valenza negativa o positiva con un grado maggiore o minore di correlazione.

Come abbiamo visto dalla precedente analisi bibliografica, sono state evidenziate reazioni collettive di esclusione e di svalutazione, pertanto ci si può collegare con alcune considerazioni generali sulla devianza, intesa non tanto come mancata interiorizzazione delle norme (in senso parsoniano), quanto come una estensione di una situazione di "diversità".

L'infrazione di norme e regole socialmente prescritte, costituisce la devianza e comporta reazioni sociali correttive. Le persone portatrici di qualche tipo di diversità (sociale, culturale, fisica, ecc.) verrebbero per i meccanismi della categorizzazione sociale, raggruppate in una unica classe con caratteristiche omogenee, ciò che comporta atteggiamenti comuni.

In modo specifico l'handicap viene considerato come un fattore di incapacità che impedisce l'assunzione di responsabilità e comporta un ruolo di dipendenza. Il *ruolo del malato*, come sottolinea Parsons (1965), è caratterizzato dall'obbligo di guarigione, di remissività e di cooperazione terapeutica. Si tratta in definitiva degli stessi comportamenti che si richiedono, in termini repressivi, a tutti i soggetti "devianti".

Fra le diverse teorie della normalità si può fare riferimento a quella della *personalità modale* (Hofstetter 1970), cioè a quell'insieme di comportamenti "adeguati" che sono comuni in una determinata comunità; la normalità si stabilirebbe in base a tre parametri: funzionale, ideale, statistico. La normalità funzionale è quella che definisce l'uomo efficiente, fisicamente e psichicamente integro, per il conseguimento dei fini sociali; quella ideale concerne l'accettazione dei valori culturali e morali; quella statistica indica la frequenza accettata dell'aspetto e dei comportamenti.

Si tratta di criteri che hanno qualche validità sistematica ma ben poche verifiche scientifiche, come è dimostrato dal fatto che nel medesimo ambito culturale possono verificarsi tipi di "anormalità" fra di loro contraddittorie, a seconda del momento storico, dell'ambiente e del ruolo (confronta la distinzione fra devianza primaria e devianza secondaria) (Lemert 1951).

Una ulteriore distinzione è fra i diversi *intenzionali* e i diversi *esistenziali* (il criminale e l'ebreo), che nell'evoluzione storica hanno finito spesso per confondersi (Mayer 1977). L'immagine sociale dell'handicappato, analogamente si è caricata di volta in volta di significati e di convinzioni razionali e irrazionali.

E' opportuno precisare rispetto a quali valutazioni o criteri l'handicappato è stato considerato come un deviante e quali interventi sono stati adottati nei suoi confronti in riferimento alle costruzioni sociali e culturali della sua realtà. Si tratta insomma di ripercorrere sinteticamente l'evoluzione delle dottrine assistenziali.

Il cristianesimo definì il "diverso" solo nell'ambito della fede: pagani, ebrei, eretici. All'interno di questa cultura è pensabile soltanto la

diversità intenzionale, i "mostri" sono i peccatori e tuttavia, attraverso un processo culturale filosofico molto complesso, l'ebreo, *diverso esistenziale*, diventa Giuda, *diverso intenzionale* (Mayer 1977).

In ogni caso il primo schema di riferimento è di tipo etico, secondo il quale il "malato mendicante" è oggetto di un dovere morale all'assistenza, come espressione individuale di carità; in seguito, però esso viene assimilato ad altre figure del mondo della miseria delle "classi pericolose" quindi rinchiuso nelle "prigioni morali", istituzioni difensive dell'ordine pubblico. Ciò è possibile al di là del dato storico per la attribuzione sul piano religioso e teologico di un segno di colpevolezza a chiunque è toccato dalla sventura o dalla malattia.

Il sistema di valutazioni storicamente accertato è inerente ai dati di razionalismo positivistico e dell'evoluzionismo biologico. E' in questo contesto che affondano le loro radici anche gli attuali modelli interpretativi medico-psichiatrici. E tuttavia anche in questa fase, per le teorie organicistiche e per il persistere della convinzione di una correlazione fra anima e corpo, l'osservazione morale si connette con quella positiva e si asseriscono influenze della malattia sul comportamento asociale per cui al morbo si collega la *mostruosità* e in diversi casi la *criminalità* (Lombroso 1884). Di conseguenza gli interventi sono di tipo repressivo o psichiatrico.

La terza istanza è di carattere filantropico, solidaristico e giuridico, con cui, a partire dalla Dichiarazione dei diritti dell'uomo del 1793, si stabilisce un diritto legale e pubblico all'assistenza; si tende ad una umanizzazione degli interventi e delle istituzioni, e, almeno in via teorica, si propone la metodologia della non esclusione e della non separazione dell'handicappato.

E tuttavia l'illuminismo borghese è fallito nei suoi postulati egualitari e ha finito per evidenziare il contrasto fra la libertà e le libertà e la sostanziale utopia giusnaturalistica (analoga a quella socialista) della sostituzione della fraternità con la giustizia.

Dopo la scoperta sociologica dei rapporti funzionali e costitutivi fra individuo e società, della suddivisione del lavoro, dell'instaurarsi del capitalismo monopolistico e dei suoi complessi rapporti col socialismo, alle nozioni patologiche si aggiungono o sostituiscono quelle della diversità intese come varianti di una supposta "patologia sociale", effetto del distorto funzionamento dei rapporti economici e della organizzazione sociale e sanitaria. In questa fase la diversità dell'handicappato è soprattutto connessa coi criteri e le esigenze della "riabilitazione" cioè un complesso di interventi volti alla riutilizzazione, anche parziale, dell'handicappato in quanto non produttivo. L'apparato assistenziale si configura inoltre come uno strumento di garanzia della pace sociale e come un meccanismo per accrescere il potere d'acquisto dei marginali (con l'effetto indotto che i servizi pubblici diventano un mezzo di livellamento delle disuguaglianze economiche e di controllo sociale non coercitivo nel senso tradizionale, ma estremamente capillare ed efficace). E' lo "stato terapeutico" del *Welfare-state* (Gouldner 1972).

Si deve comunque rilevare che il processo evolutivo che abbiamo descritto nelle sue tappe successive non ha cancellato o risolto le impo-

stazioni della fase precedente, cosicchè coesistono in un coagulo di difficile interpretazione tutte le valutazioni che in diverse epoche sono state accettate e le correlative istituzioni. Nonostante gli innegabili progressi che la scienza medica, la sociologia, la psicologia hanno portato nel trattamento e nella rivalutazione dell'handicappato, gli interventi restano ancora scollegati dalle ragioni strutturali che causano l'handicap ed emarginano l'handicappato, il quale resta comunque posto in un ruolo passivo e di eterogestione.

Il dato psicosociale complessivo è costituito dalla discrepanza cognitiva fra l'uomo che soffre e l'umanità sofferente. Il primo è sostanzialmente disprezzato, la seconda invece costituisce l'obiettivo di tutti i progetti culturali e politici ispirati dall'egualitarismo. Il singolo individuo atipico non viene sussunto dalle teorie generali della solidarietà, ma resta una soggettività irriducibile e isolata.

Da ciò consegue anche il fallimento tecnico della *riabilitazione*.

In senso giuridico per riabilitazione si intende la reintegrazione dei diritti civili tolti per effetto di una condanna; il termine è stato poi esteso per significare il recupero ed il reinserimento o la rieducazione dei soggetti handicappati o disadattati. Questo concetto comporta un giudizio preventivo di esclusione (non si può reinserire chi è inserito) e una visione eminentemente tecnica del problema che ha comportato eccessi razionalistici e definizioni pregiudiziali che deformano la attività riabilitativa: classificazione dei soggetti in recuperabili ed irrecuperabili, scolarizzabili e non scolarizzabili; la categorizzazione a seconda del tipo di handicap (ciechi, invalidi fisici, subnormali, ecc.), della "causa storica" della invalidità (guerra, lavoro, servizio, ecc.), o della situazione sociale che ha determinato o in cui si è verificata la condizione di bisogno (orfani, nati fuori del matrimonio, anziani, delinquenti minorili, malati mentali, "ribelli").

Il fondamento empirico di queste distinzioni sarebbe simile a quello che data una certa malattia occorra una corrispondente terapia.

Per gli handicappati si può senz'altro definire lo svolgimento della riabilitazione: recupero fisico e funzionale, istruzione e lotta contro il ritardo scolastico, orientamento e qualificazione professionale, collocamento al lavoro. Ma occorre fare bene attenzione che la realizzazione di queste *condizioni* di integrazione sociale non divengano, come accade, una astratta mistificazione o il *fine*, perchè se gli interventi comportano l'allontanamento troppo prolungato dalla famiglia, la solitudine, la iperprotezione e la segregazione, al termine del processo riabilitativo avremo un handicappato-disadattato o impreparato ai rapporti sociali, con gravi difficoltà nelle relazioni interpersonali e affettive, un soggetto, insomma che finirà sempre per identificarsi col suo handicap e fare appello alla benevolenza e alla protezione pubblica e privata.

Il discorso ci riporta alle dinamiche sociali che presiedono la stigmatizzazione e causano l'emarginazione (con o senza istituzioni specifiche, prigioni, ospedali, ospizi, ecc.).

La comunità nei confronti del diverso non adotta soltanto un giudizio o un pregiudizio di valenza negativa (atto di censura), ma attra-

verso un "rito" stabilisce una destinazione separata, in senso topologico e psicologico, che trasferisce il deviante dalla sua normale posizione sociale in un ruolo specifico. La "cerimonia" dell'attribuzione dello stigma si svolge in tre momenti: vi è anzitutto un confronto formalizzato fra il soggetto e i rappresentanti tecnici e sanitari, autorizzati dalla società; si emette quindi un giudizio o una diagnosi sulla natura e il grado della devianza a cui segue un "atto di collocazione sociale, assegnando all'individuo un ruolo speciale che ridefinisce la sua posizione nella società... ciò che precipuamente caratterizza questa cerimonia della nostra cultura è la sua irreversibilità" (Erikson 1964).

Una volta formulata la diagnosi, si instaurano delle forti resistenze collettive, sia a modificare la definizione, sia ad accettare, successivamente al processo terapeutico, il diverso come una persona completamente reintegrabile (sono noti gli stereotipi circa la criminalità persistente degli ex detenuti o le ricadute dei malati mantali, ecc.).

Si tratta di una situazione esaminata nel contesto della *labeling theory* (D.S. Thomas 1928), secondo cui le *situazioni definite come reali, sono reali nelle loro conseguenze* e lo stigma determina le modalità della comunicazione e dell'interazione. Inoltre il soggetto definito come deviante finisce per rivestire un ruolo e uno *status* di distanza sociale dalla comunità e d'altro canto una sequenza di ruoli costituisce la carriera che caratterizza la vita dell'individuo (Goffman 1971).

Nel nostro caso l'handicappato, una volta classificato tale, assume delle significazioni conclusive e globali (il sintomo diventa persona) che debbono in qualche modo essere "esorcizzate" per la loro implicazione emotive mediante meccanismi di difesa e di esclusione. Si attua così un movimento circolare (handicappato = diverso; diverso = escluso; escluso = handicappato), che ha tutte le caratteristiche di una "profezia" che si autoadempie.

Per risolvere questa tautologia e per introdurre una prospettiva di soluzione degli insuccessi della riabilitazione, sembra importante chiarire che cosa si intenda per persona handicappata e quali siano le modalità di trasformazione degli atteggiamenti e quindi delle istituzioni per arrivare a concrete possibilità di integrazione sociale.

In termini psico-sociali l'handicappato può essere considerato: secondo un parametro biofisico come il portatore di una menomazione permanente delle proprie capacità fisiche, psichiche e sensoriali, a seguito di un evento morboso o traumatico; secondo il parametro sociale come candidato di processi di emarginazione, sia pure differenziati nella qualità e nella coerenza (1).

Si può osservare anzitutto che per la duplicità dell'handicap (deficit biofisico e candidatura all'esclusione) l'intervento non può essere tecnico-sanitario, ma deve contestualmente prevenire e risolvere la rea-

(1) « Seminario Regionale per una politica nei confronti degli handicappati » — Forlì, 6-8 luglio 1973 — Dipartimento di Sicurezza Sociale — Regione Emilia-Romagna.

zione sociale negativa. Questo è possibile soltanto se si evitano prestazioni che richiedono periodi di isolamento, trattamenti segreganti e soprattutto se si considera la globalità della persona nelle sue dimensioni individuali e sociali.

Non è sufficiente, anzi è negativo, considerare l'handicappato come oggetto scientifico o constatare il fenomeno secondo una teoria della personalità che consenta una "osservazione partecipante", tale da spiegare sia le variabili comportamentali, sia i vissuti personali. Si tratta in definitiva di studiare gli effetti dell'handicap nella costruzione sociale dell'identità. E' questa una prospettiva appena sfiorata dalla ricerca sugli handicappati, ma che costituisce, a nostro avviso, uno dei filoni più importanti sia dal punto di vista teorico, sia da quello metodologico.

Intendiamo richiamarci alla *self-concept theory* (di cui sono note le correlazioni, evidenziate da Lewin e Rogers e dalla scuola del revisionismo psicoanalitico di Sullivan e di Fromm, con la tradizione filosofica e psicologica europea), e in particolare con la ricca produzione dell'interazionismo simbolico che dopo G.H. Mead (1934) costituisce la corrente più viva del pensiero psico-sociologico americano.

Per Mead la coscienza dell'individuo dipende dal suo comportamento riflesso, dalla capacità di assumere l'atteggiamento dall'*alter*, di anticipare, attraverso un processo di empatia, la reazione dell'*alter* e di prendere il suo ruolo. Sulla base delle conoscenze così acquistate emerge l'attività mentale che consiste nelle risposte che una persona si dà nel definire se stesso e gli altri oggetti sociali.

Questa definizione può peraltro o rimanere un *atto incompiuto*, o tradursi in linguaggio e solo in questo caso costituirà l'interazione.

Ma la valutazione identifica anche il soggetto che la fa: l'individuo assumendo il ruolo dell'*alter* diventa oggetto delle proprie azioni; "valuta il proprio agire in termini delle interpretazioni e definizioni che potrebbero darne gli altri. Il punto di vista altrui costituisce così la base su cui riposa la visione di se stessi: il sè (*self*) si sviluppa parallelamente alla capacità di prendere il ruolo dell'*alter* e di vedersi come un oggetto" (M. Ciacci, 1972). Tenendo conto di queste precisazioni teoriche si può considerare lo sviluppo del concetto di sè come un succedersi di vissuti in rapporto all'ambiente. In questo senso il problema degli atteggiamenti non può essere considerato come un fatto esteriore, ma come il principale elemento costitutivo del concetto di sè e quindi dell'evoluzione dei rapporti interpersonali.

Con riferimento alla teoria dell'interazionismo simbolico prima riassunta, risultano evidenti tre dati: il primo è costituito dalla difficoltà di identificazione *empatica* con *alter* che abbia uno schema corporeo o un comportamento diverso; il secondo è rappresentato dalla conseguente problematicità di assumere il ruolo dell'altro, ciò comporta come ulteriori effetti sia "l'atto incompiuto" che non si traduce in un linguaggio significativo e comunicativo (cfr. il tema "dell'essere guardati" prima discusso), sia la necessità di esorcizzare o di routinizzare l'ansietà correlativa mediante l'assunzione di atteggiamenti e comportamenti

enfattizzati, negativi o positivi, (quasi che se si seguisse la prescrizione di un copione); il terzo si individua nella causalità che le interpretazioni altrui hanno sulla "visione di se stessi", comportando, nel caso dell'handicappato, una sequenza di ruoli e una "carriera morale" di marginalità (Goffman 1970, Richardson 1969).

Verificato comunque che esistono atteggiamenti stereotipati di valenza negativa nei confronti degli handicappati e che sono tali da pregiudicare la comunicazione e da provocare l'emarginazione, occorre considerare i fattori conoscitivi e situazionali che possono modificare i pregiudizi e anzitutto il ruolo dell'esperienza nella trasformazione dei comportamenti.

E' infatti il contatto con i membri *out-group* che determina una correzione delle distorsioni autistiche o percettive che derivano, secondo la teoria del pregiudizio, dai bisogni e dalle motivazioni dei componenti del *in-group*.

Yuker e altri (1970) hanno dimostrato l'aumento di valutazioni positive in persone, che avevano avuto frequenti rapporti con soggetti handicappati. E' tuttavia importante rilevare che gli atteggiamenti si modificano non soltanto in relazione alle conoscenze, ma anche alla qualità della esperienza e al contesto situazionale in cui si verifica. E' stato in generale osservato che gli operatori sanitari e riabilitativi tendono ad esprimere atteggiamenti scarsamente positivi verso gli handicappati, non tanto perché accettano i pregiudizi, quanto perché ne hanno una "revisione realistica" o perché nell'ambiente sanitario vengono soprattutto sottolineare le informazioni "negative" come i dati patologici, la dipendenza fisica, ecc. (Bell 1962).

Le altre situazioni (lavoro, scuola, ecc. ...) dove si verificano contatti egualitari e differenziati e dove non vi sia una concentrazione tale di handicappati da favorire atteggiamenti generalizzati verso il gruppo (pseudo-comunità) è più facile trovare convinzioni capaci di influenzare significativamente le immagini collettive sugli handicappati.

Questo dato, stabilito che l'evoluzione degli atteggiamenti non può essere il risultato di un processo educativo o di circostanze occasionali, introduce il problema della socializzazione come unica soluzione dell'isolamento dell'handicappato.

In ogni struttura sociale vi sono due elementi costitutivi: il primo è rappresentato dalle mete, dagli scopi e dagli interessi che la società s'impone come obiettivi per tutti i cittadini (il progetto esistenziale di gruppo, le cose per cui vale la pena di lottare); il secondo è costituito dalle norme, dalle regole e dalle modalità (comportamenti, leggi, istituzioni, ecc.), legittime, attraverso le quali si possono raggiungere gli obiettivi stimati. Il conseguimento delle mete e dei valori sociali è per l'individuo la *gratificazione* (in termini di risultati); l'adesione alle regole e ai procedimenti per acquisirli si definisce come *socializzazione* (partecipazione e interiorizzazione delle norme in termini di attività) (R. K. Merton 1970).

Quando si verifica uno squilibrio o una dissociazione fra queste due fasi della dinamica sociale (cioè o mancano le possibilità di con-

seguire le mete e le soddisfazioni o si rifiutano o non si partecipa all'attività preliminare che costituisce le "regole" del gioco), si può configurare un comportamento "deviante" e quindi si mettono in azione i correlativi interventi di controllo, di correzione o di emarginazione.

Con riferimento alla struttura sociale e alle dinamiche dell'esperienza sulla formulazione dei ruoli, è evidente che non basta fornire all'handicappato le condizioni formative e strumentali tali da consentirgli di raggiungere le mete socialmente prescritte (ad es. la produttività), ma occorre anche soprattutto farlo partecipare ai processi di socializzazione, attraverso i quali si interiorizzano e si apprendono le norme ed i comportamenti, negli stessi contesti in cui si attuano per tutti.

I limiti e gli insuccessi della riabilitazione in senso medico-pedagogico consistono proprio nella mancata realizzazione di questa ultima prospettiva: infatti mediante pregiudiziali definizioni e interventi specifici (in strutture speciali) o in vista del risultato operativo, si salta la fase preliminare e costitutiva della socializzazione.

Oltre il dato biologico, oltre l'attribuzione di inferiorità e di alienità all'handicappato (di cui abbiamo discusso in termini psico-sociali) esiste un ultimo ordine di considerazioni da inserire in una critica complessiva politica ed economica.

Gli apparati burocratico-assistenziali, il predominio del modello medico psichiatrico e tecnocratico, pongono l'handicappato in una posizione ambivalente: da una parte sembra che egli sia oggetto di interventi "giusti" (ma comunque privi di valenza morale in quanto scientificamente neutrali), dall'altra parte si evidenzia nella sua presenza un significato di *anticipazione* delle disfunzionalità sociali tale da proiettare esigenze di analisi e di autoanalisi, non soltanto sullo "stato terapeutico", ma anche sulla società a capitalismo avanzato e ai suoi irrisolti conflitti fra individuo e collettività.

Il rischio è che l'intervento pubblico, sotto l'apparenza di competenza tecnica, abbia una effettiva possibilità di sostituzione della volontà dei singoli. Le leggi della "scienza come ideologia", portano al prevalere dell'efficienza e dell'*agire razionale rispetto allo scopo* sui sistemi comunicativi e simbolici del linguaggio dell'interazione umana, al prevalere del modello cibernetico come schema organizzativo della società su quello naturalistico e antropologico (Habermas 1971).

In questo quadro si smarrisce la significazione delle persone e tanto più quella dei "diversi".

RIASSUNTO

Ogni discussione sulle condizioni dell'integrazione sociale degli handicappati, comporta l'esigenza di far riferimento preliminarmente alle modalità socio-psicologiche, in quanto costituiscono il presupposto del comportamento sociale ed individuale e delle scelte operative.

Il presente studio si sviluppa mediante i seguenti approcci:

- riferimento clinico e psicosociale dove vengono considerati (sulla scorta della bibliografia maggiore) i comportamenti degli handicappati in relazione alla condizione biofisica e agli atteggiamenti sociali nei loro confronti;
- riferimento interazionista e socio-strutturale, per un tentativo di definizione delle condizioni della socializzazione degli handicappati in un contesto di sintesi fra reazioni individuali e sociali.

In questo quadro di orientamento vengono trattati temi classici e nuovi come la riabilitazione, la ritirata nell'invalidismo, il complesso di inferiorità, le dinamiche familiari, la teoria somato-psicologica, la curiosità ecc., per concludersi con una applicazione alla situazione degli handicappati delle teorie del funzionalismo ed interazionismo simbolico (role-theory, labeling-theory).

Gli apparati burocratico-assistenziali, il predominio del modello medico psichiatrico e tecnocratico, pongono l'handicappato in una posizione ambivalente: da una parte sembra che egli sia oggetto di interventi « giusti » (ma comunque privi di valenza morale in quanto scientificamente neutrali), dall'altra parte si evidenzia nella sua presenza un significato di *anticipazione* delle disfunzionalità sociali tale da proiettare esigenze di analisi e di autoanalisi, non soltanto sullo « stato terapeutico », ma anche sulla società a capitalismo avanzato e ai suoi irrisolti conflitti fra individuo e collettività.

SUMMARY

Any discussion on the conditions of social integration for the handicapped, presents the need to refer primarily to the socio-psychologic procedure as it forms the assumption of social and individual behavior and the operational choices.

The present study develops by means of the following approaches:

- clinical and psychosocial reference whereby it is considered (on the provision of the major bibliography) the behavior of the handicapped in relation to the biophysical conditions and the social attitudes towards them;
- interactional and socio-structural reference, towards an attempt to define the conditions of the socialization of the handicapped in an assemblance of synthesis between individual and social reactions.

In view of this orientation, classical and new themes are being treated such as rehabilitation, the retreat into invalidism, inferiority complex, family conflicts, physical and psychological theory, curiosity etc., to conclude with an application of the theories of functionalism and symbolic interactionism (role-theory, labeling-theory) towards the situation of the handicapped.

The bureaucratic-welfare apparatus, the predominance of the psychiatric and technocratic medical model, puts the handicapped in an ambivalent position: on one hand it seems that he is subject of « just » intervention (however deprived of moral valence being scientifically neutral), on the other hand it appears in his presence a feeling of *anticipation* of the social dysfunctionalities so strong as to project the need for analysis and self-analysis, not only on a « therapeutic basis », but also on a society with advanced capitalism and its unresolved conflicts between the individual and the community.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., *Study of Organ Inferiority and Its Psychical Compensation: A contribution to Clinical Medicine* - New York, Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1917.
- ALLPORT G., *La natura del pregiudizio* - La Nuova Italia, Firenze, 1973.
- BARKER R.G. et aa., *Adjustement to physical handicap and illness* - Social Science Research Council, New York, 1953.
- BELL A.H., « Attitudes of selected rehabilitation workers and other hospital employees toward the physically disabled » - *Psychol. Reports*, 1962, 1, 183-186.
- BERGER P.L., LUCKMANN T., *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1969.
- CAMERON N., MAGARET A., *Patologia del comportamento* - Ed. Universitaria, Firenze, 1962.
- CANESTRARI R., *La percezione* - Brescia, 1964.
- CANESTRARI R., *Problemi di psicologia*, Coop. Libr. Univers. Bologna, 1975.
- CARGNELLO D., « Fenomenologia del corpo » - *Analisi di freniatria e scienze affini* - vol. 77, 1964 - 365-379.
- CARGNELLO D., *Alterità e alienità* - Milano 1966.
- CARNOIS A., *Il dramma dell'inferiorità nel fanciullo e nell'adolescente* - SEI, Torino; 1969.
- CIACCI M., « Gli inseganti di Chicago: G.H. Mead e l'interazionismo simbolico », in *Rassegna italiana di sociologia*, Bologna, XIII, 1972.
- CIACCI M. e GUALANDI V. (a cura di), *La costruzione sociale della devianza* - Il Mulino, Bologna, 1977.
- DAVIS F., « Deviance disavowal and normalization » in *Social Problems*, 1961, 2, 120-132.
- DEMBO T., LADIEU G., WRIGHT B.A., *Adjustement to misfortune: A study in social-emotional relationships between injured and non-injured people*, 1948.
- ERIKSON E.H., in « *La costruzione sociale della devianza* a cura di Ciaccia M. e Gualandi V. - Il Mulino, Bologna, 1977.
- FEIMBERG L.B., « Non immediaticy in verbal communication as an indicator of attitudes toward the disabled » - *J. of Social psychol.* 1971, 1, 135-140.
- FIEDLER F.E., « The psychological-distance dimension in interpersonal relation » - *J. Personal*, 1953, 22, 142-150.
- FORMICA M.M., PANCHERI P., REDENTO F., « Indagine comparativa sugli atteggiamenti di un gruppo di madri sarde e di un gruppo di madri romane verso i figli minorati » - in *Quaderni della Riabilitazione*, 1971, 4 - 68-73.
- GOFFMAN E., *Asylums* - Einaudi, Torino, 1968.
- GOFFMAN E., *Stigma* - Laterza, Bari, 1970.
- GOULDNER A.W., *La crisi della sociologia*, Il Mulino, Bologna, 1972.
- HABERMAS J., *Teoria e prassi nella società* - Laterza, Bari, 1971.
- HABERMAS J., *Storia critica dell'opinione pubblica*, Laterza, Bari, 1977.
- HOFSTAETTER P.R., *Dinamica di gruppo* - Angeli, Milano, 1970.
- HOLZKAMP K., « Uber soziale distanz » in *Psychol. Bertr.*, 1964, 54, 269-172.
- LADIEU G., ADLER D.L., DEMBO T., « Studies is adjustement to visible injuries: social acceptance of the injured » *J. Soc. Issues*, 1948, vol. IV, 55-61.
- LADIEU G., HAUFMANN E., DEMBO T., « Studies in adjustement injuries: evaluation of help by the injured » - *J. abn. Soc. Psychol.*, 1974, vol. 42, 169-192.
- LEMERT E., *Social Pathology* - New York, 1951.

- LITMAN T.G., « Self conception and physical rehabilitation » in Rose A.M. - *Human behaviour and social process* - Routledge and Kegan, London, 1962.
- LOMBROSO C., *L'uomo delinquente* - Torino 1884.
- LUKOFF I., WHITEMAN N., *Attitudes toward blindness* - Amer. Fed. Cath. Wkrs for the Blind, New York, 1964.
- MARCEL G., *Etre et avoir* - 1935.
- MAYER H., *I diversi* - Garzanti, Milano, 1977.
- MEAD M., *Mente, sè a società* - Barbera, Firenze, 1966.
- MENG H., « Zur Sozialpsychologie der Körperbeschädigten: Ein Beitrag zum Problem der praktischen Psycholohygiene » - Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 1938, 40, 328-344.
- MERTON R.K., *Teoria e struttura sociale: Analisi della struttura sociale* - vol. II, Il Mulino, Bologna, 1970.
- PARSONS T., *Il sistema sociale* - Comunità, Milano, 1965.
- RICHARDSON S.A., « The effect of physical disability on the socialisation of a child » in Goslin D.A. - *Handbook of socialisation theory and research* - Rand Mc. Nally, Chicago, 1969.
- SELLERI G., « Problemi della riabilitazione e del recupero sociale dei minorati fisici » in *Orientamenti Sociali* - Roma, 1963.
- SELLERI G., *Fenomenologia delle relazioni spaziali e del comportamento sociale del grande invalido* - Tesi di laurea, Univer. degli Studi, Bologna, 1967-68.
- SERGI S. e altri, « Lo stereotipo dell'handicappato motorio » in *Quaderni della riabilitazione*, 1972, 3/4 - 24-30.
- THOMAS W.I., *The child in America* - New York, 1928.
- WHITE R.K., WRIGHT B.A., DEMBO T., « Studies in adjustment to visible injuries: evaluation of curiosity by the injured » in *JJ. ab. Soc. Psychol.* 1948, vol. 43, 13-28.
- WRIGHT B.A., *Physical disability: a psychological approach* - Harper and Row, New York, 1960.
- WRIGHT E., « The period of mournig in chronic illness » in *Medical and psychological teamwork in the Care of Chronically Ill* - Thomas Springfield, Ill. 1955.
- YUKER H.E., BLOCK J.R., CAMPBELL W., *Disability types of behaviour* - Human resources Center, New York, 1960.
- YUKER H.E., BLOCK J.R., YOUNG J.H., *The measurement of attitudes toward disabled persons* - Human resources Center, New York, 1970.
- ZANI B., *Gli effetti di handicaps fisici sulla socializzazione del bambino* - Tesi di specializzazione, Torino, 1973/74.