

LE RAGIONI PER VIVERE E LA MOTIVAZIONE ALL'ASTINENZA TRA TOSSICODIPENDENTI IN UNA COMUNITA' TERAPEUTICA IN REGIME ALTERNATIVO ALLA PRIGIONE O SENZA PENDENZE PENALI

Testoni I., Caforio S., Ronconi L.

Riassunto

Nel presentare i risultati di una ricerca sul campo, svolta in 8 Comunità Terapeutiche [CT] del Sud Italia, su 78 tossicodipendenti IUDs (*Iniection Drug Users*) di cui 37 in regime alternativo al carcere e 41 senza pendenze giudiziarie, vengono prese in analisi le differenti forme di rappresentazione progettuale della vita e la motivazione alla cura nei due gruppi di soggetti (gli strumenti utilizzati sono: l'intervista semistrutturata sulle cui risposte è stata effettuata l'Analisi delle Corrispondeze Lessicali [ACL] con Spad-T e il *Reasons for Living Inventory* [RFL]). L'articolo discute il tema delle ragioni che motivano all'astinenza facendo ricorso a riferimenti sociologici e psicosociali, per evidenziare come i dati della ricerca siano indicativi della necessità che venga mantenuto al centro di qualsiasi intervento che richieda un cambiamento del modo di gestire l'esistenza l'attivazione motivazionale del soggetto coinvolto.

Parole chiave:

Suicidio, carcerazione, prevenzione, salute, tossicodipendenza, progettualità, riduzione del danno, comunità terapeutica.

Summary

This study presents the results of a field research carried out in 8 Therapeutic Communities (TC) of southern Italy with 78 drug-addicts, 37 following a regime alternative to prison and 41 without pending legal matters. The different forms of life projects and motivation to care of the two groups are examined (instruments used: the semi-structured interview, whose answers have been analyzed via the Analysis of Lexical Correspondences (ALC) with Spad-T, and the Reasons for Living Inventory [RFL]). The article discusses the theme of reasons for

abstaining by resorting to sociological and psychosocial aspects in order to underline how the data of the research indicate the need of always placing the individual's motivational activation at the center of any intervention that involves a change in life management.

Key words:

Suicide, prevention, health, drug addiction, damage reduction, therapeutic community

Per corrispondenza:

Ines Testoni e collaboratori, Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

1. Intervento punitivo tra motivazione intrinseca ed estrinseca

In base alle indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, la promozione della salute destina uno spazio privilegiato per i target a rischio di suicidio (Bertolote, 1995; Kingdon, Jenkins, 1995), tramite la predisposizione di interventi mirati (Diekstra, 1989; Retterstol, 1995). Alla tossicodipendenza viene riconosciuta una importanza specifica, poiché non solo si tratta di una condizione in cui tale rischio è significativo, ma altresì essa è considerata una forma di suicidio "cronico" e "progressivo" (Kujpers, 1976; Menninger, 1938). La predisposizione suicidaria del tossicodipendente è correlata ai comportamenti auto ed etero-lesivi determinati da gravi difficoltà di socializzazione (Trezza, Popp, 2000). Risulta infatti che i tossicodipendenti suicidi hanno subito forti conflitti a livello affettivo e lavorativo (Marzuk, Mann, 1988; Motto, 1999; Schierbeck, Newton, 1990), una integrazione sociale carente (Rossow, Lauritzen, 1999) e la disintegrazione dei rapporti umani (Rossow, 1994; Skog, 1991). Per questi motivi, dagli anni novanta ci si è resi conto che il carcere è una struttura inadatta per trattare la tossicodipendenza. Infatti, la causa principale di morte in carcere è il suicidio (Hayes, 1994; Hayes, Blaauw, 1997) e il rischio di autolesionismo deliberato, tentato suicidio e suicidio è notevolmente elevato (Madden, 1994) specialmente tra

i tossicodipendenti (CDDP, 2003). Le politiche di riduzione del danno permettono il più possibile al tossicodipendente di gestire, promuovendo la *motivazione intrinseca* (motivazione che il soggetto sente come causa efficiente del cambiamento interna a se stesso) la volontà di cura di sé e di reintegrazione sociale e dunque il trattamento in Comunità Terapeutica [CT] si presenta come una opportunità.

La presente indagine intende considerare il rischio di inadeguatezza in cui incorrono le iniziative orientate all'inasprimento della punibilità della tossicodipendenza tese a valorizzare la *motivazione estrinseca* (causa che il soggetto sente come esterna a se stesso) all'astinenza (controllo esterno anziché interno al soggetto). La questione riguarda il funzionamento delle comunità terapeutiche [CT] poiché il DPR 309/1990 prevede che la pena nei confronti di chi commette reati a causa della dipendenza da droga sia scontata in strutture idonee per lo svolgimento di programmi di cura e socio-riabilitativi (art. 94), che nella proposta di legge prevede vengano utilizzate in alternativa alla carcerazione: ma l'inasprimento della punibilità relativa al consumo produrrebbe come esito la reificazione della domanda di terapia. Se un intervento è terapeutico quando attui processi di *empowering*, permettendo al sofferente di riconoscere i percorsi per riconquistare il potere sulla propria esistenza (Francescato, 1996), l'intervento in CT rischia di diventare – in quanto alternativo al carcere – la scelta del “male minore”. Infatti, l'eliminazione del contratto terapeutico e dell'alleanza terapeutica che sostengono il progetto di cambiamento fanno sì che la carcerazione o il trattamento psico-terapeutico obbligatorio non siano terapeutici perché questi ultimi focalizzano l'intervento su processi di controllo anziché di integrazione socio-relazionale, disattivando il circuito motivazione-capacità e aumentando la dipendenza dal contesto (Goffman, 1961). Diversi modelli e teorie di psicologia sociale della salute, tra cui il *modello dell'azione ragionata* e la *teoria della motivazione a proteggersi*, mettono in evidenza che i comportamenti orientati alla

salute sono supportati da un fattore sostanziale: la motivazione (cfr. Stroebe, Stroebe, 1994), la quale è collegata alle modalità di spiegazione del problema che si intende risolvere.

4. Gli esiti della ricerca sul campo

La ricerca ha voluto rilevare come la volontà di vivere sia considerata nelle diverse modalità con cui viene rappresentato lo stesso trattamento in CT, in funzione delle motivazioni per cui è stato scelto (libera scelta [TL] o alternativa al carcere [TAC]). Si sono altresì volute rilevare le differenze tra TL e TAC nelle rappresentazioni delle cause che hanno portato alla tossicodipendenza e le tracce dei vissuti di impotenza o declino della speranza.

Obiettivi soggetti strumenti

Gruppo di soggetti e obiettivi

Nella ricerca sono stati chiamati a collaborare 78 soggetti IUDs equamente distribuiti nelle fasce di età comprese tra i 20 ei 40 anni, afferenti a 8 CT del Sud Italia. Tra questi, 41 hanno intrapreso il cammino comunitario come libera scelta [TL], 37 hanno optato per tale modalità terapeutica in alternativa al carcere [TAC]. Gli obiettivi della ricerca sono: 1) rilevare differenze nel progetto di cura in CT e nelle motivazioni tra TL e TAC; 2) delineare le spiegazioni per cui è stato intrapreso il percorso della tossicodipendenza; 3) stabilire se si danno differenti “ragioni per vivere” tra i due gruppi e come esse si connettono alle rappresentazioni del progetto di cura.

Strumenti e metodi

La ricerca si articola in due parti:

Prima parte: poiché la tossicodipendenza è considerata una forma di suicidio “cronico” o “progressivo” (Kujpers, 1976; Menninger, 1938), in continuità con la ricerca già realizzata da

Testoni (1997), ritenendo che alla base di qualsiasi scelta di vita anziché di morte, come è il caso di un percorso terapeutico, si diano costellazioni di significato intorno al perché vivere, in questa prima parte è stato somministrato il “Reasons for Living Inventory” [RFL] (Linehan, Goodstein, Nielsen, Chiles, 1983), che indaga le ragioni che motivano al rifiuto del suicidio. Lo strumento, composto da 48 item (Likert: max disaccordo 1 – max accordo 5), indica i valori principali che danno senso all’esistenza. Utilizzato per rilevare una propensione suicidarla, si rivela utile anche per indagare gli atteggiamenti che motivano al vivere.

Seconda parte: sono stati analizzati, tramite domande aperte: a) i significati attribuiti all’uso di sostanze psicotrope (“Che significato ha avuto per te l’uso della droga?”); b) le motivazioni per cui è stato scelto il percorso in CT (“Perché hai deciso di intraprendere un cammino comunitario? Quali motivazioni ti hanno spinto?”). Sulle risposte ottenute è stata realizzata un’Analisi delle Corrispondenze Lessicali (ACL). Questa metodologia, nel rispetto dell’ottica costruzionista, permette di cogliere la soggettività della narrazione, tramite cui rilevare le forme di costruzione della realtà e del rapporto con essa da parte dei soggetti indagati. L’ACL è una modalità di Analisi del Contenuto [AC] semantico-quantitativo-qualitativa di tipo fattoriale (Ricolfi, 1997), che utilizza la parola come unità di classificazione, permettendo di ottenere una rappresentazione sintetica e geometrica dell’informazione, tramite la visualizzazione di associazioni multiple – il calcolo delle distanze tra i punti utilizza la metrica del *chi quadro* (Amaturo, 1989; Losito, 1996). Le risposte ottenute sono state sottoposte a *lemmatizzazione*, per la disambiguazione dei termini (Bellelli, 1989; Bolasco, 1998). È stata scelta la soglia di frequenza “3” per la selezione dei termini da analizzare. L’elaborazione è stata effettuata con procedura informatizzata (programma *Système Portable pour l’Analyse des Données Textuelles* [SPAD-T] - Lebart, Morineau, Bècuc & Haeusler, 1993).

Analisi dei dati e risultati

Analisi delle frequenze e analisi fattoriale del RFL

Sui dati ottenuti con il RFL sono state calcolate le frequenze e le percentuali di tutti gli item. Le medie di TL e TAC sono state comparate con *t di Student* ed è stato rilevato quali item abbiano ottenuto maggiore o minore successo. La classificazione, organizzata in funzione dei punteggi (alti/bassi), è servita per verificare l'esistenza di andamenti diversi, evidenziando quali "ragioni" fossero considerate diversamente tra i due gruppi. È emerso che non si danno differenze sostanziali: ciò che è più o meno importante o discutibile per gli uni è tale anche per gli altri, sebbene i TAC abbiano ottenuto punteggi più alti nella maggior parte degli item. È stata poi calcolata l'*analisi fattoriale* con rotazione Varimax su tutti i soggetti, da cui sono emerse 6 scale (tabella 1) il cui livello di correlazione interna è stato calcolato con l'*alfa di Cronbach*. Sulle scale sono state confrontate le medie dei due gruppi TL-TAC e dei 3 gruppi di età (1=20-27 anni; 2=28-34 anni; 3=35-40 anni).

Scala 1 "Amore per la vita" (tabella 2). Il fattore più importante si fonda sul rapporto speranza-responsabilità, su cui si definisce l'essenza della desiderabilità della vita. La convinzione che l'esistenza sia positiva e la certezza che sia possibile affrontarla è infatti legata alla *speranza* nel futuro evocata dalla volontà di veder crescere i propri figli e dalla *responsabilità* relativa alla famiglia.

Scala 2 "Paura dell'impotenza e della perdita di fiducia" (tabella 3). Il secondo fattore mette in evidenza l'importanza del rapporto *fiducia-reponsabilità* rispetto al vissuto di impotenza chiamato in causa dalla paura di affrontare la morte e il suo ignoto. Il timore di perdere la *fiducia* degli altri si accompagna al senso di responsabilità per la famiglia. Questi due tratti rafforzano la *speranza* di poter risolvere le difficoltà della vita in modo diverso dal ricercare la morte.

Scala 3 “Rifiuto della morte” (tabella 4). Il terzo fattore indica il rifiuto radicale sia della morte sia della scelta di suicidarsi. Nello sfondo di queste motivazioni permane la responsabilità nei confronti dei figli.

Scala 4 “Speranza e desiderio di vivere” (tabella 5). In questo fattore emerge con chiarezza l'importanza della *speranza* espressa come desiderio di vita.

Scala 5 “Responsabilità verso la famiglia” (tabella 6). Il fattore mostra l'importanza della responsabilità e dell'amore verso i familiari e i figli.

Scala 6 “Religione e paura del giudizio” (tabella 7). L'ultimo fattore raccoglie il timore del giudizio divino e quello degli altri.

Il confronto sulle 6 scale non segnala differenze significative. Interpretiamo questo dato come espressione di una fondamentale identità di valori riconosciuti nella *speranza* di un futuro migliore e nella volontà di gestione *responsabile* degli affetti. Gli universi valoriali dei due gruppi sono dunque essenzialmente uguali, nonostante i destini che li hanno portati in CT siano differenti.

Analisi del contenuto (ACL) relativa all'intervista

L'ACL è stata calcolata con la procedura Aspar dello Spad-t; la scelta delle dimensioni è stata effettuata considerando il loro *valore proprio* (livello di spiegazione dell'*inerzia totale*). Vengono considerati utili anche valori di inerzia bassa per la grande variabilità della variabile parola (Giovannini, Lorenzi-Cioldi, 1983). Sono stati analizzati due fattori per ogni domanda e sono state considerate le seguenti variabili illustrative: stato (TL e TAC); età (anni: 20-27; 28-34; 35-40) e posizione sopra o sotto la mediana rispetto ai 6 fattori del RFL. Sono infine stati incrociati i due fattori della seconda domanda per ottenere i piani fattoriali entro cui definire le aree di prevalenza semantica inerenti alla motivazione della cura in CT.

Prima domanda: “Che significato ha avuto per te l’uso della droga?”

Primo fattore (tabella 8): nel semiasse positivo si raccolgono i soggetti che hanno ottenuto nei fattori 2 e 4 del RFL un punteggio superiore alla mediana (tabella 8 bis). Le motivazioni che essi presentano rispetto all’uso della droga riguardano il coraggio di affrontare la vita, di stare con il gruppo, di non pensare e godere di sempre nuove sensazioni. Si oppone a questo universo sul semiasse negativo la rappresentazione dei soggetti più anziani (35-40 anni) e di coloro i cui punteggi sui fattori 2 e 4 del RFL sono al di sotto della mediana, per i quali invece il consumo di droga non ha alcun senso, serve solo per evadere dalla realtà e rifugiarsi in se stessi.

Secondo fattore (tabella 9): Nel semiasse positivo si evidenzia come la droga offra l’illusione di poter risolvere le difficoltà incontrate nella realtà; appartengono a questa descrizione il gruppo dei più giovani e coloro che risultano sotto la mediana dei fattori 1, 2, 4, 6 del RFL (tabella 9 bis). Sul semiasse negativo si oppone la consapevolezza che il piacere della droga riempie i vuoti interiori, procurando per un verso l’illusione di poter curare così i propri mali e per l’altro auto-distruzione. Si inscrivono in questo ambito i soggetti tra i 28 e i 34 anni e coloro i cui punteggi sui fattori 1, 2, 3, 4, 6 del RFL si collocano sotto la mediana (tabella 9bis).

Seconda domanda: “Perché hai deciso di intraprendere un cammino comunitario? Quali motivazioni ti hanno spinto?”

Primo fattore (tabella 10): Nel semiasse positivo, in cui si collocano i TL e i più giovani, la scelta di cura in CT è stata mossa dall’exasperazione derivante dall’aver perso tutto, insieme ai valori che danno senso alla vita. Le motivazioni dei TAC e dei più anziani

sono all'opposto caratterizzate dall'assenza di una progettualità basata su valori, la motivazione è centrata solo sull'evitamento del carcere. La speranza viene invocata come l'ultima spiaggia offerta dalla cura in CT.

Secondo fattore (tabella 11): Nel semiasse positivo, cui corrispondono i TAC e coloro il cui punteggio sui fattori 1, 2, 4, 5 del RFL è al di sotto della mediana, descrive un territorio di senso in cui la cura in CT significa presa di coscienza di sé, del bisogno di aiuto, del proprio passato e di ciò che ha prodotto la perdita degli affetti. Di contro i TL e coloro che sui medesimi fattori ottengono punteggi superiori alla mediana, anziché al passato sono rivolti al futuro: la motivazione che li spinge ad affrontare la terapia in CT è imparare ad assaporare la vita e imprimerle una svolta, con l'eliminazione di abitudini malate e l'acquisizione della capacità di affrontare i problemi, per poter riconquistare la *fiducia*.

Incrociando queste due dimensioni, si ottiene un piano fattoriale in cui è possibile riconoscere tre aree di prevalenza semantica (figura 1):

- area 1 “Cambiare vita”: in questo perimetro prevale il richiamo alla svolta esistenziale (“dsvoltaav”), smettendo di drogarsi (“smettdrog”), sia per imparare ad assaporare la vita (“assapvita”) e ad affrontare i problemi (“impaffrprob”), sia per riconquistare la fiducia (“ricfiducia”);
- area 2 “Perdere tutto”: questo settore, che si oppone al precedente – all'interno di questa polarità si situano i TL –, definisce l'ambito dell'exasperazione (“eroalles”) a causa della perdita radicale (“avpersotut”) dei valori (“avpvalori”) e degli affetti (“avpersoaff”) determinata dalla droga;
- area 3 “Ultima spiaggia”: questa area semantica, in cui si collocano i TAC, definisce la CT come l'ultima speranza (“comultsp”), ove nessuna ragione speciale ha portato

(“nnavmotfor”), se non quella che permette di evitare il carcere (“evcarcere”), e le ragioni per rimanerci si devono trovare man mano (“motletrmm”).

Conclusioni

La ricerca conferma la salienza del rapporto motivazione intrinseca (come volontà di farsi carico dei propri valori e la progettazione della vita) rispetto alla tematica della tossicodipendenza. Nei due gruppi TL e TAC i valori relativi al perché vivere indicati dai fattori del RFL non presentano particolari differenze, ma il loro modo di disporsi presenta alcuni tratti degni di nota rispetto al significato attribuito alla droga e alle motivazioni che muovono a seguire un percorso terapeutico. Relativamente ai motivi per cui ha avuto inizio l'assunzione di droga, sottolineiamo un punto in particolare: si collocano nella rappresentazione delle ragioni che hanno portato a drogarsi descritte come “evasione, coraggio di affrontare tutto, divertimento in gruppo” (semiasse positivo, fattore 1) e come “piacere, evasione dalla realtà, cura, riempimento di vuoti, distruzione” (semiasse negativo, fattore 2) coloro che hanno dato un valore maggiore (punteggi sopra la mediana) alle dimensioni 2 e 4 del RFL, ossia alla “Paura dell'impotenza e della perdita di fiducia” e alla “Speranza e desiderio di vivere”. In tal senso pare emergere questa rappresentazione: il piacere della droga rigenera la voglia di vivere e ottunde la paura dell'impotenza. Riteniamo che questo elemento autorizzi a concludere che se si aumenta il vissuto di impotenza (gestione punitiva della tossicodipendenza) viene accresciuto anche il bisogno da cui origina il ricorso alla droga. Dall'analisi di questa prima domanda emerge comunque che la rappresentazione delle ragioni per cui si è giunti all'abuso di droga non indichi una diversa collocazione tra TAC e TL; entrambi i gruppi partecipano delle medesime rappresentazioni. I due gruppi si differenziano invece rispetto al modo di intendere l'attuale percorso terapeutico: in chi sconta il regime alternativo al carcere appare evidente l'eclissi della motivazione al cambiamento.

Infatti, rispetto alle ragioni per cui è stato intrapreso il percorso comunitario, per i TL è dominante la volontà di riconquistare tutto ciò che è stato perduto insieme alle dimensioni valoriali distrutte dalla tossicodipendenza, il desiderio che muove alla cura di sé è quello di assaporare la vita e darle una svolta che insegni ad affrontare i problemi; al contrario per i TAC non esiste alcuna motivazione forte se non quella di evitare il carcere e la CT è vista più limitatamente come un possibile aiuto e un luogo in cui cominciare a conoscere se stessi.

Bibliografia

- Amaturo E. (1989) *Analyse des donnees & analisi dei dati nelle scienze sociali*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Bellelli G. (a cura di)(1989) *Il metodo del discorso. L'analisi delle produzioni discorsive in psicologia e in psicologia sociale*. Liguori, Napoli.
- Bertolote J. M. (1995) La prevenzione del suicidio: Una prospettiva dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in D. De Leo, L. Pavan (a cura di) *Suicidio: Verso nuove strategie preventive*. Kendall, Padova.
- Bolasco S. (1998) *Metodo per l'analisi statistica dei dati testuali*. CISU, Roma.
- CDDP (2003) *Morire di carcere*. Centro di Documentazione Due Palazzi, Ristretti Orizzonti, Casa di Reclusione di Padova.
- Diekstra R.F.W. (1989) Suicide and attempted suicide: An international perspective, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl., 354: 1-24.
- Francescato D. (1996) L'empowerment personale, di gruppo e sociale, in C. Arcidiacono, B. Gelli, A. Putton (a cura di) *Empowerment sociale*. Franco Angeli, Milano.
- Giovannini D., Lorenzi-Cioldi F. (1983) L'analisi delle corrispondenze in psicologia sociale. Una applicazione allo studio dell'identità nell'adolescenza, *Giornale Italiano di Psicologia*, 2, pp. 289-312.

- Goffman E. (1961) *Asylum*. Doubleday, New York; tr.it. *Asylum*. Einaudi, Torino, 1968.
- Harackiewicz J.M. (1979) The effects of reward contingency and performance feedback on intrinsic motivation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, pp. 1352-1363.
- Hayes L. (1994) Prison suicide: An overview and guide to prevention, *Crisis*, 15, pp. 155-158.
- Hayes L., Blaauw E. (1997) Prison suicide: A special issue. Editorial, *Crisis*, 18, pp. 146-147.
- Kingdon D., Jenkins R. (1995) The health of the Nation: Suicide prevention in England, *Italian Journal of Suicidology*, 5, 1, pp. 9-15.
- Kujpers U. (1976) Vier Thesen zur Suizidverhütung in der praktischen Arbeit mit Suchtkranken, in AA.VV. *Such und Suizid*. Lambertus Verlag, Berlin.
- Lebart L., Morineau A., Becue M., Haeusler L. (1993) Spad-T version 1.5. *Système portable pour l'analyse des données textuelles*. Manual de l'utilisateur, CISIA, Paris.
- Linehan M. M., Goodstein J. L., Nielsen S. L., Chiles J. A. (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 2, pp. 276-286.
- Losito G. (1996) *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*. Franco Angeli, Milano.
- Madden A. (1994) A criminological and psychiatric survey of women serving a prison sentence, *British Journal of Criminology*, 34, pp. 172-182.
- Marzuk P.M., Mann J.J. (1988) Suicide and substance abuse, *Psychiatric Annals*, 18, 639-645.
- Menninger K. A. (1938) *Men against himself*. Harcourt and Brace, New York.
- Motto J.A. (1999) Critical point in the assessment and management of suicide risk, in D.G. Jacobs (ed.) *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Ricolfi L. (1997) *La ricerca qualitativa*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

- Retterstol N. (1995) The national plan for suicide prevention in Norway, *Italian Journal of Suicidology*, 5, 1, pp. 19-24.
- Rossow I. (1994) Suicide among drug addicts in Norway, *Addiction*, 89, pp. 1667-1673.
- Schierbeck M.L., Newton B.J. (1990) Substance abuse and attempted suicide: The role of perceived birth position in adolescents, *Individual Psychology*, 46, pp. 358-364.
- Skog O.J. (1991) Alcohol and suicide – Durkheim revisited, *Acta Sociologica*, 34, pp. 193-206.
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1994) *Social psychology and health*. Open University Press, Buckingham; tr.it. *Psicologia sociale e salute*. 1997, McGraw-Hill, Milano.
- Testoni I. (1997) *Psicologia del nichilismo*. Franco Angeli, Milano.
- Trezza G.R., Popp S.M. (2000) The substance user at risk of harm to self or others: Assessment and treatment issues, *Journal of Clinical Psychology*, 56, 9, pp. 1193-1205.

Tabella 1 Varianza totale spiegata dai 6 fattori del RFL

| Componente | Autovalori iniziali | | |
|------------|---------------------|---------------|------------|
| | Totale | % di varianza | % cumulata |
| 1 | 6,653 | 13,860 | 13,860 |
| 2 | 4,660 | 9,709 | 23,569 |
| 3 | 3,066 | 6,388 | 29,957 |
| 4 | 2,636 | 5,491 | 35,448 |
| 5 | 2,262 | 4,712 | 40,160 |
| 6 | 2,128 | 4,432 | 44,592 |

Tabella 2 Fattore 1 "Amore per la vita" (alpha=.81)

| Peso fattoriale | N. item | Descrizione item |
|-----------------|---------|---|
| .75 | 24 | Amo la vita |
| .71 | 11 | Voglio vedere crescere i miei figli |
| .70 | 40 | Spero che le cose migliorino e che il futuro sia più felice |
| .69 | 44 | Credo di poter trovare uno scopo nella vita, una ragione per vivere |
| .64 | 36 | Ho il coraggio di affrontare la vita |
| .61 | 4 | Desidero vivere |
| .57 | 19 | Mi importa abbastanza di me stesso da voler vivere |
| .54 | 20 | La vita è troppo bella e preziosa per porvi fine |
| .46 | 42 | Ho la forza interiore per sopravvivere |
| .42 | 1 | Ho una responsabilità ed un impegno verso la famiglia |
| .42 | 3 | Credo di avere il controllo della mia vita e del mio destino |

Tabella 3 Fattore 2 "Paura dell'impotenza e della perdita di fiducia" (alpha=.67)

| Peso fattoriale | N. item | Descrizione item |
|-----------------|---------|---|
| .61 | 46 | Sono così inetto che il mio metodo non funzionerebbe |
| .58 | 15 | Ho paura dell'ignoto |
| .51 | 9 | La mia famiglia dipende da me e ha bisogno di me |
| .50 | 41 | Gli altri penserebbero che sono debole ed egoista |
| .48 | 32 | Credo che ogni cosa abbia un suo modo di risolversi per il meglio |
| .47 | 22 | Credo di poter trovare altre soluzioni ai miei problemi |

Tabella 4 Fattore 3 "Rifiuto della morte" (alpha=.72)

| Peso fattoriale | N. item | Descrizione item |
|-----------------|---------|--|
| .69 | 25 | Sono troppo equilibrato per uccidermi |
| .60 | 45 | Non vedo alcun motivo per accelerare la morte |
| .59 | 10 | Non voglio morire |
| .58 | 38 | Ho paura dell' "atto" vero e proprio del suicidio |
| .51 | 34 | Lo considero moralmente sbagliato |
| .50 | 21 | Non sarebbe giusto lasciare che gli altri si prendessero cura dei miei figli |
| .47 | 39 | Credo che uccidermi non risolverebbe niente |

Tabella 5 Fattore 4 "Speranza e desiderio di vivere" (alpha=.70)

| Peso fattoriale | N. item | Descrizione item |
|-----------------|---------|--|
| .78 | 12 | La vita è tutto ciò che abbiamo ed è meglio di niente |
| .60 | 29 | Sono curioso circa ciò che accadrà nel futuro |
| .59 | 17 | Voglio sperimentare tutto ciò che la vita ha da offrire |
| .51 | 35 | Ci sono ancora molte cose che desidero fare |
| .48 | 13 | Ho dei progetti per il futuro che sono ansioso di realizzare |

Tabella 6 Fattore 5 "Responsabilità verso la famiglia" (alpha=.66)

| Peso fattoriale | N. item | Descrizione item |
|-----------------|---------|--|
| .71 | 7 | I miei familiari potrebbero pensare che non li amavo |

| | | |
|-----|----|---|
| .61 | 28 | L'effetto sui miei figli potrebbe essere nocivo |
| .59 | 8 | Non credo che le cose possano diventare così disperate o tristi da farmi decidere di essere morto |
| .48 | 48 | Non vorrei che la mia famiglia pensasse che sono egoista e vigliacco |
| .42 | 47 | Non vorrei che la mia famiglia si sentisse colpevole dopo |

Tabella 7 Fattore 6 "Religione e paura del giudizio" (alpha=.70)

| Peso fattoriale | N. item | Descrizione item |
|-----------------|---------|--|
| .78 | 23 | Ho paura di andare all'Inferno |
| .65 | 5 | Credo che soltanto Dio abbia il diritto di dare fine alla vita |
| .58 | 27 | Le mie convinzioni religiose lo proibiscono |
| .53 | 43 | Non vorrei che gli altri pensassero che non ho il controllo della mia vita |
| .51 | 31 | Mi preoccupa quello che gli altri penserebbero di me |

Tabella 8 Semiasse positivo Semiasse negativo

| Parola | c.a. | c.q | coor | Parola | c.a. | c.q | coor |
|------------------------|------|-----|------|--------------------|------|-----|-------|
| | | | | | | | |
| Nonmifacevapensare | 21.9 | .33 | 1.73 | Nonhaavutounsensio | 28.3 | .33 | -3.16 |
| Provarenuovesensazioni | 8.4 | .11 | 1.72 | Fuggiredallarealtà | 2.8 | .07 | -.44 |
| Affrontaretutto | 5.9 | .08 | 1.44 | Rifugioinunmondio | 2.4 | .06 | -.91 |
| Midavalacarica | 5.8 | .11 | .71 | | | | |
| Divertirsinelgruppo | 5.0 | .10 | .82 | | | | |
| Evaderedaiproblemi | 4.3 | .10 | 1.12 | | | | |

Asse fattoriale 1 "Fuga dall'impotenza-Fuga dalla realtà" (c.a. medio=3,2)

Tabella 8 bis Semiasse positivo Semiasse negativo

| Variab. | val. | coor | Variab. | val. | coor |
|----------|------|------|------------|------|------|
| | | | | | |
| F2sopraM | 2.9 | .20 | F2sottoM | -2.9 | -.15 |
| F4sopraM | 2.2 | .14 | F4sottoM | -2.2 | -.13 |
| | | | 35-40 anni | -2.2 | -.24 |

Asse fattoriale 1 (variabili illustrative)

Tabella 9 Semiasse positivo Semiasse negativo

| Parola | c.a. | c.q | coor | Parola | c.a. | c.q | coor |
|----------------------------|------|-----|------|----------------------|------|-----|-------|
| | | | | | | | |
| Affront-mia-realtà | 13.2 | .30 | 1.20 | Provavo-molto- | 19.7 | .35 | -2.07 |
| | | | | piacere | | | |
| Farmi-accettare-dal-gruppo | 6.5 | .15 | 1.37 | Evadere-dalla-realtà | 15.4 | .37 | -2.59 |
| Non-accettavo-realtà | 5.9 | .11 | 1.61 | Mi-sono-distruito | 6.9 | .15 | -1.31 |
| La-droga-ti-illude | 3.6 | .12 | .88 | Cura-dei-miei-mali | 6.8 | .12 | -1.21 |
| | | | | Riempiva-miei-vuoti | 3.8 | .10 | -1.29 |

Asse fattoriale 2 "Illusione -Piacere" (c.a. medio=3,2)

Tabella 9 bis Semiasse positivo Semiasse negativo

| Modalità | Val. tes | coor | Modalità | val. tes | coor |
|-----------|----------|------|------------|----------|------|
| | | | | | |
| F1sottoM | 3.6 | .20 | F1sopraM | -3.6 | -.22 |
| F2sottoM | 2.5 | .13 | F2sopraM | -2.5 | -.17 |
| F4sottoM | 2.6 | .15 | F4sopraM | -2.6 | -.16 |
| F6sottoM | 3.9 | .25 | F6sopraM | -3.9 | -.22 |
| 20-27anni | 4.5 | .45 | 28-34 anni | -3.0 | -.18 |

Asse fattoriale 2 (variabili illustrative)

| Tabella 10 Semiasse positivo | | | | Semiasse negativo | | | |
|------------------------------|------|-----|-------|----------------------------|------|-----|-------|
| Parola | c.a. | c.q | coord | Parola | c.a. | c.q | coord |
| Ero-arrivato-all'esasperaz | 26.1 | .38 | 1.80 | Motivaz-trovo-manmano | 11.1 | .19 | -1.49 |
| Aver-perso-tutto | 9.3 | .17 | 1.30 | Evitare-carcere | 8.9 | .19 | -.90 |
| Avevo-perso-valori | 8.7 | .15 | 1.47 | Non-avevo-motivaz-forte | 4.2 | .09 | -.75 |
| | | | | Comunità-è-ultima-speranza | 3.2 | .08 | -1.12 |

Asse fattoriale 1 "Disperazione-Ultima speranza" (c.a. medio=2.5)

| Tabella 10 bis Semiasse positivo | | | Semiasse negativo | | |
|----------------------------------|------|------|-------------------|------|------|
| Modalità | Val. | coor | Modalità | val. | coor |
| | test | d | | test | d |
| TL | 9.3 | .40 | TAC | -9.3 | -.63 |
| 20-27 anni | 2.7 | .20 | 28-34 anni | -2.1 | -.13 |

Asse fattoriale 1 (variabili illustrative)

| Tabella 11 Semiasse positivo | | | | Semiasse negativo | | | |
|------------------------------|------|-----|------|---------------------|------|-----|-------|
| Parola | c.a. | c.q | coor | Parola | c.a. | c.q | coor |
| | | | d | | | | d |
| Comunità-può-aiutare | 5.8 | .15 | 1.06 | Assaporare-la-vita | 15.1 | .23 | -1.44 |
| Rivedere-mio-passato | 5.5 | .15 | 1.46 | Dare-svolta-mia- | 7.9 | .16 | -1.08 |
| | | | | vita | | | |
| Conoscermi-meglio | 4.3 | .07 | .96 | Camb-abitud-malate | 5.4 | .16 | -1.08 |
| Avevo-perso-gli- | 2.7 | .06 | .66 | Impar-affront-probl | 4.0 | .07 | -1.13 |
| affetti | | | | | | | |
| | | | | Avere-vita-serena | 3.5 | .06 | -1.30 |
| | | | | Riconquist-fiducia | 2.8 | .05 | -1.15 |

Asse fattoriale 2 "Concentrarsi sul passato-Migliorare la vita presente" (c.a. medio=2.5)

| Tabella 11 bis Semiasse positivo | | | Semiasse negativo | | |
|----------------------------------|------|------|-------------------|------|------|
| Modalità | val. | coor | Modalità | val. | coor |
| | test | d | | test | d |
| TAC | 2.3 | .15 | TL | -2.3 | -.10 |
| F1sottoM | 2.6 | .13 | F1sopraM | -2.6 | -.14 |
| F2sottoM | 4.0 | .18 | F2sopraM | -4.0 | -.25 |
| F4sottoM | 2.5 | .13 | F4sopraM | -2.5 | -.14 |
| F5sottoM | 3.0 | .16 | F5sopraM | -3.0 | -.16 |

Asse fattoriale 2 (variabili illustrative)