

Le forme del benessere e del malessere soggettivo nell'Europa contemporanea

Autor(en): **Lucchini, Mario**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Iride : rivista di economia, sanità e sociale**

Band (Jahr): - **(2016)**

Heft 1

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1044554>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Mario Lucchini

È Professore associato presso la facoltà di sociologia dell'Università degli Studi di Milano Bicocca. Al DEASS si occupa prevalentemente di ricerca collaborando con il Labo-

ratorio di metodologia e statistica LABStat. Presso l'Università Statale di Milano ha conseguito una laurea in scienze politiche e un dottorato di ricerca in sociologia.

Le forme del benessere e del malessere soggettivo nell'Europa contemporanea

[1] Arthaud-Day, M.L., Rode, J.C., Mooney, C.H., & Near, J.P. (2005). The subjective well-being construct: a test of its convergent, discriminant, and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445–476.

[2] Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.

[3] Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.

[4] Massimini, F., & Delle Fave, A. (2000). Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist*, 55, 24–33.

[5] Waterman, A.S., Schwartz, S.J., Zamboanga, B.L., Ravert, R.D., Williams, M.K., Agocha, M.B., & Donnellan, V.B. (2010). The questionnaire for eudaimonic well-being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *The Journal of Positive Psychology*, 5(1), 41–61.

Il 16 marzo di quest'anno è stato presentato a Roma il "World Happiness Report 2016" alla cui realizzazione ha contribuito anche un team di ricercatori SUPSI, formato da Luca Crivelli, Mario Lucchini e Sara Della Bella.

Il rapporto è articolato in due volumi: il "World Happiness Report 2016 Update", che aggiorna il lavoro già pubblicato nel 2015, ed una "Special Rome Edition" contenente 5 contributi appositamente realizzati per questa occasione, tra i quali il lavoro del team SUPSI intitolato: "Multidimensional well-being in contemporary Europe: an analysis of the use of a self-organizing map applied to SHARE data".

Il capitolo, di cui presentiamo una sintesi, è disponibile insieme all'intero rapporto sul sito worldhappiness.report.

In tempi recenti lo studio della felicità e del benessere soggettivo (*Subjective Well-Being*) ha acquisito una nuova centralità, non solo tra gli psicologi, ma anche tra economisti e sociologi.^[1-2] Felicità e benessere soggettivo sono concetti complessi, che si strutturano sia su una dimensione eudaimonica, che rimanda ai valori dell'esistenza, alla crescita personale, all'autonomia, alle relazioni con altri e, più in generale, alla valutazione di un'intera vita, sia su una dimensione edonica, relativa ad esperienze emotive di piacere e sofferenza di breve durata.^[3-6]

In quest'ultima dimensione rientrano sia emozioni positive come gioia, orgoglio, speranza, che emozioni negative come tristezza, ansia, rabbia, vergogna. Entrambi i tipi di emozioni ottemperano ad importanti funzioni e andrebbero considerate come costrutti indipendenti in quanto generate da diversi sistemi biologici.^[2]

In accordo con Diener, abbiamo definito il benessere soggettivo come un costrutto generale strutturato in tre componenti distinte: aspetti cognitivi/valutativi, emozioni positive ed emozioni negative.

Malgrado molti ricercatori concordino sulla natura multidimensionale del benessere soggettivo, nella pratica esso continua ad essere misurato adottando singoli indicatori di autovalutazione (ad esempio chiedendo ai soggetti quanto si sentano soddisfatti della propria vita su una scala a 10 posizioni) piuttosto che indici sintetici ottenuti sottraendo ai punteggi delle emozioni positive i punteggi delle emozioni negative.^[1:7-8]

Per ovviare a tali criticità il team SUPSI ha applicato un metodo innovativo di raggruppamento dei dati – denominato *Self Organizing Map* (SOM) – ad un ampio insieme di indicatori di benessere, in modo da catturare la struttura multidimensionale della felicità e comprendere in che misura i diversi indicatori presentino un certo grado di indipendenza piuttosto che una totale o parziale sovrapposizione semantica.

La *Self Organizing Map* è una rete neurale artificiale non supervisionata che ci consente di catturare e visualizzare raggruppamenti nascosti (clusters) entro lo spazio multidimensionale dei dati.

Tale metodo permette di associare ogni osservazione (ovvero ogni caso misurato sugli indicatori prescelti) ad un dato cluster, rispettando la logica topologica. Pertanto cluster vicini tendono a raggruppare osservazioni più simili tra loro rispetto a cluster lontani.

I dati usati per l'analisi provengono dalla quarta ondata (anno 2010-11) della *Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe* (SHARE), nella quale è disponibile un'ampia gamma di indicatori di benessere soggettivo. Seguendo la letteratura corrente sono stati selezionati 38 indicatori che fanno riferimento a sette diverse dimensioni di benessere.

Fig. 1 Mappa SOM a 48 micro-cluster riclassificati entro 8 macro-cluster o aree.



[6] Csikszentmihalyi, M. (1992). *Flow. The psychology of happiness*. London: Rider.

[7] Lyubomirsky, S., & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137–155.

[8] Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143–156.

[9] Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820–838

[10] Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164–172.

[11] Prince, M.J., Reischies, F., & Beekman, A.T. (1999): Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry*, 174, 330–38.

1. Emozioni positive: fiducia verso il futuro, gioia per le attività svolte, frequenza con cui si guarda al passato con un sentimento di felicità, entusiasmo nell'affrontare un nuovo giorno, percezione che la vita ha un significato ed è ricca di opportunità, positività verso il futuro.
2. Emozioni negative: tristezza e depressione, disordini emotivi, pensieri suicidali, vergogna, pianto, paura di morire, nervosismo ed irritabilità.
3. Disordini somatici: disturbi del sonno, tremolio nelle mani, diminuzione dell'appetito, stanchezza.
4. Vitalità/Apatia: interesse nelle cose, affaticamento psicofisico, difficoltà di concentrazione nella lettura e nel seguire programmi di intrattenimento.
5. Auto-efficacia: capacità di fare le cose che si intendono fare, avere la percezione che quanto succede è al di fuori del proprio controllo, che si è tenuti al di fuori delle cose, che le responsabilità familiari, la scarsità di denaro, l'età rappresentano impedimenti a ciò che si desidera realizzare.
6. Salute fisica e mentale: salute auto-percepita, impedimenti nelle attività del vivere quotidiano e condizioni di cronicità.
7. Valutazione di importanti aspetti della vita: soddisfazione verso la vita in generale, verso le attività intraprese e verso le relazioni sociali.

Le 51'260 osservazioni campionarie sono state classificate in 48 micro-cluster e questi ultimi sono stati in un secondo tempo raggruppati in 8 macro-cluster o aree, che consentono di rendere più agevole l'interpretazione dei risultati [Fig.1].

Per interpretare il significato della mappa sono state calcolate le medie e le probabilità condizionate di ciascun indicatore, all'interno di ogni macro-cluster. Di seguito riportiamo una descrizione sintetica delle otto aree.

A1 accorpa il 13% delle osservazioni e rappresenta un'area ove è relativamente alta la probabilità di trovare persone affette da emozioni negative, disturbi somatici ed apatia. I soggetti che appartengono a tale raggruppamento mostrano cattive condizioni di salute e un basso sentimento di auto-efficacia. Anche gli indicatori delle emozioni positive e della soddisfazione verso alcune importanti dimensioni della vita appaiono ampiamente al di sotto della media.

A2 raggruppa il 15% delle osservazioni ed esprime un *pattern* di vulnerabilità alle emozioni negative, ai disordini somatici, alla cattiva salute e alla bassa auto-efficacia, senza però eguagliare i livelli di severità dell'area 1.

A5 accorpa il 7% dei soggetti e rappresenta un'area connotata dalla minor intensità di emozioni positive, da una bassa soddisfazione verso le attività svolte e le relazioni sociali. I soggetti che appartengono a tale area hanno probabilità superiori alla media di provare emozioni negative e disordini somatici, senza raggiungere i livelli di severità che connotano A1. I livelli di soddisfazione verso la salute e la vita in generale sono simili a quanto riscontrato in A1.

A6 accorpa l'8% delle osservazioni ed essendo vicino all'area 5 ne condivide alcuni aspetti senza eguagliarne la severità. Le persone che appartengono a questo cluster hanno una bassa probabilità di provare emozioni positive, mostrano un basso livello di auto-efficacia e un alto livello di fragilità psicofisica. I livelli di soddisfazione verso la vita, le relazioni e le attività intraprese sono al di sotto della media.

A4 accorpa il 21% delle osservazioni e appare speculare all'area 5. In essa troviamo soggetti che godono di una condizione di benessere cumulato. Particolarmente elevata è l'intensità delle emozioni positive, il senso di auto-efficacia e di vitalità, la soddisfazione verso la vita, la salute, le relazioni sociali e le attività intraprese.

A8, che appare speculare ad A1, raggruppa il 9% delle osservazioni campionarie. In essa troviamo soggetti che presentano il più alto livello di protezione dalle emozioni negative e dai disordini somatici.

I livelli di soddisfazione verso la salute, vitalità e auto-efficacia sono simili a quanto riscontrato in A4. Anche l'intensità delle emozioni positive è generalmente più alta rispetto alla media, senza però raggiungere i livelli di intensità presenti in A4. A3 pesa per il 18% del campione e si rivela una va-

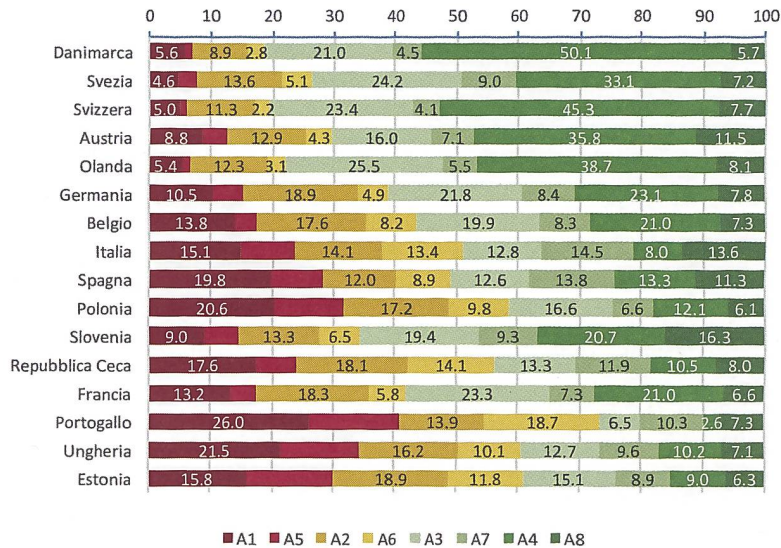


Fig. 2 Importanza degli 8 macro-cluster del benessere nei paesi europei.

riazione sul tema dell'area 4. In tale area troviamo soggetti che provano emozioni positive con una certa frequenza, che sono tendenzialmente soddisfatti verso la vita, le relazioni sociali e le attività intraprese, senza però raggiungere per intensità i livelli di soddisfazione di A4. Gli indicatori che rappresentano le altre dimensioni ricalcano grosso modo il profilo medio del campione.

A7 accorpa il 9% delle osservazioni e presenta alcune similarità con l'area 8. I soggetti che appartengono a tale raggruppamento mostrano un adeguato grado di protezione verso le emozioni negative e i disordini somatici. La soddisfazione verso la salute e i sentimenti di vitalità si mostrano al di sopra della media.

Per sintetizzare, A4 e A8 costituiscono le aree del benessere cumulativo e si trovano localizzate nella parte bassa della mappa.

In A1 e A5 troviamo invece soggetti che versano nelle condizioni peggiori. A2 e A6 rappresentano aree di vulnerabilità che mantengono una certa continuità con A1 e A5, mentre A3 e A7 rappresentano regioni di relativo benessere che mostrano una certa continuità con A4 e A8.

In conclusione, tramite l'applicazione della SOM è stato possibile comprimere lo spazio multidimensionale del benessere su di una mappa strutturata lungo due assi fondamentali: l'asse verticale, che coglie l'intensità del benessere/deprivazione, e l'asse orizzontale, che cattura la polarizzazione tra emozioni positive e negative. I risultati della nostra mappa supportano quanto già sostenuto da autorevoli studiosi in questo campo, ovvero che le emozioni positive e negative non possono essere ridotte ad una singola dimensione^[29], ma rappresentano contributi dif-

ferenti e complementari al benessere.^[1; 10-11]

Altro importante risultato è il comportamento di alcuni indicatori che rappresentano aspetti cognitivi piuttosto che emotivi (come l'abilità di concentrazione, la salute auto-percepita, la soddisfazione verso la vita), che mostrano un basso grado di polarizzazione sulla dimensione orizzontale, ma un forte potere discriminante lungo la dimensione verticale.

Ne consegue che la scala di soddisfazione verso la vita – l'indicatore più utilizzato negli studi sulla felicità – non è utile per determinare se una condizione di malessere è attribuibile alla presenza di emozioni negative piuttosto che all'assenza di emozioni positive.

“Le emozioni positive e negative non possono essere ridotte ad una singola dimensione, ma rappresentano contributi differenti e complementari al benessere.”

Lo studio, infine, rileva che la probabilità di appartenere al cluster del benessere multidimensionale (A4) è particolarmente alta in Danimarca (50%), Svizzera (45%), Olanda (39%), Austria (36%), e Svezia (33%), mentre la probabilità di appartenere all'area diametralmente opposta (A5) è maggiore in Portogallo (15%), Estonia (14%), Ungheria (13%), e Polonia (11%) [Fig. 2].

Dalla ricerca è emerso anche che gli individui sposati, con uno stile di vita salutistico, con livelli di istruzione e di reddito medio alti hanno maggiori probabilità di appartenere ai cluster del benessere.

