

## **RISULTATI PSICODIAGNOSTICI SUGLI ATLETI ITALIANI ADOLESCENTI DI LIVELLO NAZIONALE**

*F. ANTONELLI, S. FEDERICI*

Scuola Centrale dello Sport - Cattedra di Psicologia - Roma

Lo sport giovanile è una realtà in espansione progressiva, un aspetto importante della cultura contemporanea, un fenomeno sociale di grande interesse.

Chi lo esamina si apposta su posizioni contrastanti.

Per alcuni, lo sport giovanile è uno strumento positivo per sviluppare il senso della cooperazione, l'aspirazione al successo, il rafforzamento dell'autostima, il perfezionamento dell'efficienza psicofisica, la miglior preparazione alla vita adulta, la conservazione della salute, la gestione socialmente corretta delle naturali cariche aggressive. Nel 1976 i medici sportivi francesi hanno dedicato il loro congresso nazionale alle caratteristiche « educative » delle principali discipline sportive.

D'altra parte, altri studiosi temono che i giovanissimi possano venir disturbati da eccessivi e precoci impegni fisici e psicologici, che l'intromissione di adulti a livello organizzativo inquinino il clima ludico e spontaneo tipico dello sport, che lo sport giovanile venga strumentalizzato da genitori e da altri per soddisfare personali esigenze.

Fino a pochi anni fa, tali tesi non erano sostenute da sufficienti ricerche scientifiche, ma solo da sporadiche osservazioni empiriche (Hale, Dowell, Rarick, Burke & Kleiber) che non hanno studiato sistematicamente le conseguenze dell'impatto dei giovanissimi con lo sport agonistico e, oltre tutto, non hanno mai considerato, come dice Seefeldt, gli eventuali effetti psicologici sui coetanei che siano stati per qualunque motivo esclusi dall'attività sportiva.

Grande enfasi risulta essere data dal peso particolarmente emotivo della vittoria, sia come aspirazione che come esperienza, che risulta un evento privilegiato nei confronti di ogni altro aspetto del vissuto sportivo (Mackler, McCarthy), trascurando, a parere nostro, il fatto obiettivo per cui l'inserimento in una popolazione agonistica è già di per sé una testimonianza di vittoria sulla massa.

Studiando atleti partecipanti a gare della Little League di baseball, Hanson ha trovato risposte emotive psicofisiologiche (frequenza cardiaca e riflesso psicogalvanico) assolutamente modeste. Skubic non ha trovato differenze significative tra le risposte emotive a situazioni competitive e analoghe risposte a semplici situazioni di esercizi di educazione fisica. Rarick riferisce che 1300 medici, genitori di ragazzi iscritti alla Little League, non hanno mai temuto che gli aspetti emotivi dello sport potessero nuocere alla salute dei loro figli.

D'altra parte Johnson ha notato che un'eccessiva dedizione allo sport precoce può provocare nausea durante prove severe, e Skubic riferisce che un terzo dei genitori dei giovani atleti ammettono che i loro figlioli sono troppo eccitati quando vincono e troppo depressi quando perdono, per cui talvolta perdono appetito e sonno.

McCraw e Tolbert hanno cercato i rapporti tra abilità atletica ed efficienza scolastica trovando che, in genere, i giovanissimi che primeggiano nello sport, eccellono anche nello studio o almeno nella disponibilità sociale. Queste osservazioni risultano confermate da Seymour. Quest'ultimo ha anche notato, somministrando l'MMPI, che i giovani atleti hanno maggiori doti di leadership dei coetanei non sportivi. Secondo Salz, i giovani atleti primeggiano anche nei tratti caratteriali di pensiero critico, cooperazione, amicizia, integrità morale. Per Lareau gli sportivi sono più socievoli e benvenuti. Altrettanto ha notato Schendel. Per Cooper sono più aperti, più adattabili, più disponibili, più sicuri.

La maggioranza di questi dati è tratta dai contributi portati da vari AA. al tema « prospettive psicologiche dello sport giovanile » in un simposio tenutosi a Washington nel 1977, i cui atti sono stati pubblicati nel 1978 a cura di Smoll e Smith.

Parker ha calcolato che venti milioni di giovanissimi americani tra i 6 e i 16 anni fanno sport a livello agonistico. Scanlan e Passer ne hanno esaminati 205, partecipanti al campionato giovanile di calcio, riservato a ragazzi di 11-12 anni, l'età in cui l'abilità sportiva è, come dicono Sherif e Veroff, straordinariamente apprezzata e gratificante. Essi hanno osservato che l'ansia pre-agonistica si evidenzia solo nei ragazzi che hanno meno sicurezza in se stessi e che sono caratterologicamente più ansiosi, quindi è dovuta più alla eventuale delicatezza emotiva del soggetto che non all'effetto obiettivo della competizione. L'ansia post-gara infine, in caso di sconfitta, si caratterizza solo nei termini di un minor divertimento: cioè il peso emotivo della sconfitta significa soltanto dispiacere per essersi divertiti di meno. Inoltre, mentre la vittoria alimenta l'autostima, la sconfitta viene facilmente ammortizzata addossandone la colpa a circostanze esterne come la sfortuna, obiettiva supremazia degli avversari, fattori vari.

Thomas e Tennant hanno dimostrato che i premi — sotto forma di medaglie, trofei, coppe, ecc. — rafforzano le motivazioni allo sport nei più giovani, fino a 10 anni, mentre poi mostrano di avere un peso emotivo sempre più modesto. a mancata conquista di premi, d'altra parte, non crea frustrazioni né sofferenza, ma solo affievolimento delle motivazioni.

Singer sostiene che le attuali conoscenze dimostrano che « molte paure sono esagerate »: in genere, dice, l'atleta della scuola elementare è più maturo, più socievole, più avanzato sia fisicamente che psicologicamente, nei confronti dei coetanei che non praticano sport.

Da un'indagine italiana (Antonelli e Pollini) risulta che, dopo una partita di campionato, i calciatori di 12 anni restano tutt'altro che spossati (o « squassati », come Tatafiore ed altri auxologi temono) ma anzi, nella grande maggioranza, continuano la serata con gli amici, svolgendo la vita normale di tutti i giorni. Nella stessa indagine è emerso che il preside di una scuola romana, nota per la sua intensa attività sportiva,

ha riscontrato che gli studenti-atleti partecipano agli allenamenti e alle gare con alto gradimento, sicuro giovamento psicofisico, nessun danno a carico né della salute né del rendimento scolastico. Uno studio simile, eseguito (Antonelli) su giovanissimi ciclisti, ha concluso in maniera analoga.

Orlik è tenace fautore di una interessante teoria innovatrice dello sport giovanile: egli sostiene l'importanza dello sport come scuola di collaborazione; nel « suo » sport, deprivato di ogni carica competitiva, il gusto della vittoria atletica è sostituito dalla soddisfazione di « fare bene qualcosa insieme »: in tal modo, ogni bambino è capace di vincere (« Every kid can win »). Affinché il discorso non resti teorico né utopistico, Orlik ha raccolto o inventato oltre cento giochi per diffondere questa alternativa di cooperazione a quella che egli definisce « competitive insanity »; lo scopo è di evitare che una cultura competitiva, quale è presente nel lavoro, nella scuola, nelle famiglie, e quale sarebbe esaltata dallo sport, contribuisca al dilagare della violenza.

Però mancano le prove di ogni eventuale rapporto tra sport e violenza.

L'hockey canadese è sinonimo di violenza almeno dal 1907 quando un giocatore restò ucciso nel corso di una gara. Smith ha cercato i segni di violenza nei giovanissimi cultori di hockey su ghiaccio, e ha trovato che questi segni, quando esistevano, derivavano dalla visione di scene violente dal vivo o dal video e non dalla personale esperienza di gioco.

Sullo stesso piano di Orlik si pone Devereux il quale critica severamente i programmi atletici giovanili, organizzati dagli adulti, poiché essi minaccerebbero di inquinare la cultura spontanea del gioco per il gioco (free play and games), di rubare ai bambini il gusto dell'infanzia, e di monopolizzare alcune valide potenzialità di apprendimento. Lo sport precoce, dice Devereux, impoverisce i giovanissimi.

Eiferman esalta i giochi spontanei di 14.000 scolari israeliani: un'equipe di 150 osservatori arrivò a catalogare ben duemila tipi di giochi.

Iona e Peter Opie ne han contati 2.500 tra i bambini inglesi, giochi senza regole e senza alcun intervento adulto.

Nessuno nega i valori formativi, catartici, creativi, ecc. del gioco infantile, però crediamo che il passaggio dal gioco allo sport (per dirla in inglese, dal « play » al « game ») è altrettanto spontanea e naturale. E' difficile credere che la partecipazione dei bambini americani alle più di 40.000 squadre della lega giovanile di baseball (Devereux) sia forzata dagli adulti. E' più credibile supporre che lo sviluppo ovunque crescente e già notevole dello sport in età molto bassa sia la conseguenza di una autentica aspirazione dei giovanissimi.

Si potrebbe obiettare che era altrettanto autentica l'inclinazione al gioco, invece che allo sport, delle generazioni appena di ieri. Ma è evidente che, solo pochi decenni fa, esistevano enormi carenze di impianti, lo sport era più costoso e quindi d'élite, troppe scuole erano persino prive di una palestra. Oggi il bambino di ogni cultura (rurale o cittadina, industriale o sottosviluppata, occidentale o orientale, ecc.) accede più agevolmente allo sport poiché favorito dallo sviluppo dello sport stesso. Ma vi accede con entusiasmo, con spontaneità, con

soddisfazione. Ciò è molto evidente nell'attuale politica dello « sport per tutti ».

Qualcuno teme che la specializzazione precoce disturbi lo sviluppo psicofisico poiché, in tenera età, si dovrebbe privilegiare l'educazione fisica. Il timore è giusto ma ormai anacronistico, poiché oggi nessuna attività sportiva viene insegnata senza un'adeguata preparazione atletica.

Più attuale è un altro timore: che l'immissione precoce di una specialità sportiva impedisca la scoperta di un maggiore talento in una specialità diversa. Kenyon e McPherson hanno però notato che l'80% degli atleti olimpionici da loro intervistati disse di avere esordito nello sport in specialità diverse da quella in cui sono poi eccelsi e che hanno cominciato a praticare in età successiva.

Approvare decisamente lo sport precoce, sia perché innocuo e formativo, sia perché talvolta capace di scongiurare sindromi nevrotiche, non esclude — è naturale — la necessità di controllarlo con opportuna cura.

Non ci riferiamo solo agli ovvii controlli medici, ma alla preparazione specifica di chi è deputato a gestire lo sport giovanile: insegnanti, allenatori, genitori.

La presenza dell'adulto nel gruppo dei mini-atleti (che nulla toglie ai vantaggi del vissuto sportivo) deve svolgere compiti precisi ed opportuni. Orlik e Botterill li sintetizzano in questi comandamenti: mutare di continuo i ruoli evitando un'esagerata specializzazione, evitare ogni automazione del gesto sportivo, allontanare le eccessive sollecitazioni sportive da parte dell'ambiente, scoraggiare la critica nei confronti dei mini-atleti e tra loro, rinforzare generosamente i comportamenti positivi, fare opera di dissuasione verso ogni irragionevole aspettativa che gli adulti possono manifestare nei confronti dell'attività sportiva dei bambini.

Ulteriori spiegazioni per una psicopedagogia del bambino sportivo esulano dallo scopo del presente lavoro e possono essere lette su « Psicologia dello Sport » di Antonelli e Salvini (pagg. 262 e segg.).

Dall'esame della letteratura e dall'esperienza personale deriva dunque che, salvo isolati pareri contrari, lo sport è un'attività congeniale al bambino, addirittura un momento privilegiato del suo sviluppo, una esperienza vissuta con risonanza emotiva positiva e formativa.

Perciò, dal punto di vista della psicologia scientifica applicata allo sport, nulla osta alle iniziative federali inerenti l'organizzazione di attività sportive riservate ad atleti giovanissimi.

A sostegno di tale tesi, presentiamo e commentiamo una serie di dati che riguardano lo stato di salute mentale della fascia più giovane della popolazione sportiva italiana ad alto livello.

Si tratta di 196 ragazzi e di 164 ragazze, di età tra i 10 e i 16 anni, praticanti sedici diverse specialità atletiche (tabella 1 e 2), visti al Laboratorio di Psicologia dell'Istituto di Medicina dello Sport nella loro qualità di atleti di interesse nazionale.

Nella tabella 3 (riportata in appendice) sono elencati tutti i soggetti esaminati, insieme con i rispettivi rilievi, che riguardano il grado

di maturità, le doti di iniziativa associate al grado di autostima, il livello di adattabilità, l'intelligenza, le tendenze depressivo-ansiose, gli spunti ossessivi, i tratti isterici, e gli eventuali tratti psicotici e/o di personalità gravemente disturbata.

TABELLA 1

	MASCHI				FEMMINE							
	13	14	15	16	10	11	12	13	14	15	16	
Arco									1	3	4	
Base (e soft) ball		4	16	1							4	
Calcio		11	8	9								
Canoa				2						1		
Canottaggio				7								
Ciclismo				2								
Ginnastica	1	7	4	13	3	6	11	14	10	7	12	
Nuoto		1	7	9				4	8	3	7	
Pattinaggio				1			1	3	2	2	4	
Pentathlon			1	2								
Pugilato			2	6								
Rugby		2	5	8								
Scherma				4				2				
Sci			2	4				3	9	15	5	
Tennis	16	20	13	3				9	8	1	2	
Tuffi	1		2	2								
	18	45	60	73	3	6	12	35	38	32	41	

TABELLA 2

Età	M	F	Totale
Anni 10		3	3
" 11		6	6
" 12		12	12
" 13	18	35	53
" 14	45	38	83
" 15	60	32	92
" 16	73	38	111
	196	164	360

TABELLA 3

Nome	Età	Sesso	Maturità	Iniziativa e autostima	Adattabilità e socievolezza	Intelligenza	Tendenze depressivo-ansios.	Spunti ossessivi	Tratti isterici	Tratti psicofici personalità disturbata
------	-----	-------	----------	------------------------	-----------------------------	--------------	-----------------------------	------------------	-----------------	---

TIRO CON L'ARCO

MT	14	F	adeg.	elev.	discr.	media	pres	ass.	mod.	ass.
DB	15	F	elev.	val.	buone	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
PM	15	F	adeg.	mod.	discr.	media	pres.	mod.	ass.	ass.
PR	15	F	scar.	mod.	ottime	medie	pres.	ass.	ass.	ass.
MB	16	F	adeg.	elev.	ottime	media	ass.	mod.	pres.	ass.
AB	16	F	adeg.	val.	buone	medie	ass.	ass.	mod.	ass.
ND	16	F	scar.	val.	buone	media	mod.	ass.	ass.	pres.
CV	16	F	elev.	val.	discr.	sup.	pres.	ass.	ass.	ass.

BASEBALL-SOFTBALL

PG	16	F	elev.	val.	discr.	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
CM	16	F	adeg.	mod.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
AO	16	F	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	pres.	ass.
PS	16	F	elev.	val.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
FA	14	M	elev.	val.	buone	m-inf.	pres	ass.	ass.	ass.
RB	14	M	scar.	val.	buone	med.	pres	ass.	ass.	ass.
LG	14	M	adeg.	elev.	ottime	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
DM	14	M	elev.	val.	ottime	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
DB	15	M	elev.	val.	ottime	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
AB	15	M	elev.	val.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
FB	15	M	elev.	val.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
DC	15	M	elev.	elev.	ottime	m-inf.	ass.	mod.	ass.	ass.
VC	15	M	scars.	val.	buone	infer.	pres.	ass.	pres.	ass.
MDA	15	M	elev.	elev.	ottime	med.	pres.	mod.	pres.	ass.
MDS	15	M	scars.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
AM	15	M	elev.	elev.	ottime	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
GM	15	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
CM	15	M	elev.	elev.	ottime	media	ass.	ass.	ass.	ass.
EM	15	M	elev.	val.	discr.	inf.	ass.	mod.	ass.	ass.
GP	15	M	adeg.	val.	discr.	m-sup	mod.	mod.	mod.	ass.
GQ	15	M	scars.	val.	discr.	med.	pres.	ass.	pres.	ass.
SR	15	M	elev.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
AS	15	M	scars.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
MS	15	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
DG	16	M	scars.	val.	discr.	sup.	ass.	mod.	ass.	pres.

CALCIO

AA	14	M	adeg.	elev.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
SB	14	M	elev.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
ADA	14	M	adeg.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
PAF	14	M	adeg.	val.	discr.	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
CF	14	M	scar.	val.	discr.	m-sup.	pres.	ass.	ass.	ass.
GF	14	M	adeg.	elev.	buone	inf.	ass.	ass.	pres.	ass.
AG	14	M	elev.	elev.	ottime	med.	ass.	ass.	mod.	ass.

segue tabella 3

Nome	Età	Sesso	Maturità	Iniziativa e autostima	adattabilità e socievolezza	Intelligenza	Tendenze depress-ansiose	Spunti ossessivi	Trattamenti isterici	Personalità disturbata
FM	14	M	scar.	mod.	discr.	inf.	pres.	ass.	mod.	ass.
MM	14	M	scar.	val.	dis.	inf.	pres.	ass.	pres.	ass.
LP	14	M	adeg.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
AT	14	M	scar.	mod.	dis.	inf.	press.	pres.	ass.	pres.
MA	15	M	adeg.	elev.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
LB	15	M	adeg.	val.	buone	m-inf.	ass.	ass.	pres.	ass.
AC	15	M	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
AI	15	M	scar.	elev.	buone	med.	pres.	ass.	notev	ass.
FL	15	M	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
MM	15	M	adeg.	elev.	ottim	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
TT	15	M	adeg.	val.	buone	m-sup	ass.	ass.	mod.	ass.
UT	15	M	elev.	elev.	ottim	med.	ass.	mod.	mod.	ass.
VC	16	M	adeg.	elev.	ottim	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
CD'A	16	M	adeg.	elev.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
SDD	16	M	scar.	elev.	discr	inf	ass	ass	mod	ass.
GM	16	M	elev.	elev.	buone	med.	pres.	ass.	pres.	ass.
IM	16	M	adeg.	val.	ottim	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
FR	16	M	adeg.	elev.	ottim	m-sup	ass.	ass.	pres.	ass.
FS	16	N	adeg.	elev.	ottim	sup	ass.	ass.	pres.	ass.
ES	16	M	adeg.	val.	buone	m-sup	pres.	pres.	ass.	ass.
RZ	16	M	elev.	val.	ottim	inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
<b>CANOA</b>										
PP	15	F	adeg.	val.	disc.	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
PL	16	M	scar.	elev.	buone	med.	mod.	ass.	pres.	ass.
AM	16	M	adeg.	val.	ottim	m-sup	pres.	pres.	ass.	ass.
<b>CANOTTAGGIO</b>										
CB	16	M	adeg.	val.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
CC	16	M	elev.	val.	discr	med.	ass.	ass.	pres.	ass.
GG	16	M	adeg.	val.	buone	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
FM	16	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	ass.	pres.	ass.
AP	16	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	mod.	ass.	ass.
AAR	16	M	elev.	val.	buone	med.	mod.	ass.	mod.	ass.
FLI	16	M	adeg.	elev.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
<b>CICLISMO</b>										
RC	16	M	scar.	val.	discr	m-sup	ass.	ass.	ass.	ass.
LM	16	M	adeg.	elev	ottim	med.	ass.	ass.	mod.	ass.
<b>GINNASTICA ARTISTICA</b>										
RDA	13	M	adeg.	elev	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
DS	14	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	pres	ass.	ass.
CS	14	M	elev.	val.	ottim	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
AC	14	M	elev.	val.	ottim	m-sup	ass.	ass.	ass.	ass.
SB	14	M	adeg.	elev.	ottim	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
LB	14	M	scar.	val.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.

segue tabella 3

Nome	Età	Sesso	Maturità	Iniziativa e autostima	Adattabilità e socievolezza	Intelligenza	Tendenze depress-ansiose	Spunti ossessivi	Trattamenti isterici	Personalità disturbata
RB	14	M	adeg.	val.	discr.	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
MA	14	M	adeg.	elev.	buone	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
GZ	15	M	elev.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	pres.	ass.
MN	15	M	elev.	val.	discr.	inf.	mod.	ass.	ass.	ass.
CC	15	M	scar.	val.	buone	med.	ass.	pres.	ass.	ass.
VA	15	M	adeg.	val.	discr.	m-inf.	ass.	mod.	ass.	ass.
ET	16	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
PR	16	M	adeg.	elev.	buone	inf.	ass.	ass.	pres.	ass.
FM	16	M	adeg.	val.	ottim.	m-sup.	mod.	ass.	mod.	ass.
SM	16	M	adeg.	val.	ottim.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
DL	16	M	elev.	elev.	ottime	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
LL	16	M	scar.	val.	buone	sup.	pres.	mod.	ass.	ass.
DL	16	M	elev.	elev.	buone	sup.	ass.	ass.	pres.	ass.
LG	16	M	adeg.	elev.	buone	med.	pres.	pres.	ass.	ass.
GF	16	M	elev.	val.	buone	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
RDG	16	M	scar.	elev.	ottime	med.	ass.	pres.	pres.	ass.
AC	16	M	elev.	elev.	buone	sup.	pres.	ass.	ass.	ass.
AB	16	M	adeg.	val.	ottime	m-sup.	ass.	mod.	pres.	ass.
MA	16	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
<u>GINNASTICA ARTISTICA E RITMICA</u>										
GG	10	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
WG	10	F	adeg.	mod.	discr.	m-inf.	mod.	mod.	ass.	ass.
SR	10	F	adeg.	elev.	ottime	mod.	ass.	ass.	ass.	ass.
CB	11	F	adeg.	mod.	discr.	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
CF	11	F	adeg.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
BG	11	F	adeg.	val.	ottime	med.	mod.	mod.	ass.	ass.
GG	11	F	adeg.	elev.	discr.	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
SF	11	F	adeg.	val.	buone	med.	mod.	mod.	ass.	ass.
LS	11	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	mod.	ass.
DB	12	F	adeg.	val.	discr.	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
LC	12	F	adeg.	val.	buone	med.	mod.	mod.	ass.	ass.
GF	12	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	pres.	ass.	ass.	ass.
MF	12	F	elev.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
SG	12	F	adeg.	val.	discr.	med.	pres.	ass.	pres.	ass.
AN	12	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
EP	12	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
CP	12	F	elev.	elev.	ottime	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
PR	12	F	adeg.	elev.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
AS	12	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	pres.	ass.	ass.
PZ	12	F	adeg.	elev.	buone	sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
PB	13	F	scar.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
AB	13	F	elev.	val.	ottime	sup.	mod.	mod.	ass.	ass.
LB	13	F	scar.	val.	buone	med.	pres.	pres.	mod.	ass.
CC	13	F	adeg.	elev.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.



Segue Tabella 3

Nome	Età	Sesso	Maturità	Iniziativa autostima	Adattabilità e socievolezza	Intelligen	Tendenza/ depressans	Spontaneità Sivi	Trattamenti	Personalità disturbata
PF	13	F	scar.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
MG	13	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	mod.	ass.	mod.	ass.
CM	13	F	adeg.	val.	buone	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
PP	13	F	adeg.	val.	ottim.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
DP	13	F	adeg.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
GR	13	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
FS	13	F	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
DT	13	F	elev.	val.	ottim.	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
MV	13	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	mod.	mod.	ass.
CW	13	F	scar.	val.	discr.	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
SB	14	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
EG	14	F	elev.	elev.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
EM	14	F	scar.	val.	discr.	m-inf.	ass.	pres.	ass.	ass.
CM	14	F	adeg.	val.	ottim.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
MGM	14	F	scar.	val.	buone	sup.	mod.	ass.	pres.	ass.
IMN	14	F	adeg.	elev.	buone	med.	mod.	ass.	pres.	ass.
MN	14	F	adeg.	val.	discr.	m-inf.	mod.	pres.	pres.	ass.
CP	14	F	adeg.	elev.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
GR	14	F	elev.	val.	ottim.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
RT	14	F	elev.	val.	discr.	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
PB	14	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	mod.	ass.
SC	15	F	scar.	val.	discr.	med.	pres.	ass.	mod.	ass.
MF	15	F	elev.	val.	discr.	sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
BG	15	F	elev.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
LS	15	F	elev.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
ES	15	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
MGT	15	F	adeg.	val.	ottim.	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
MTD	16	F	adeg.	val.	ottim.	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
SD	16	F	elev.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
CD	16	F	scar.	mod.	discr.	m-sup.	pres.	ass.	pres.	ass.
PF	16	F	adeg.	val.	buone	med.	pres.	ass.	pres.	ass.
FL	16	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	pres.	ass.	ass.	ass.
SL	16	F	scar.	mod.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	pres.
DM	16	F	elev.	elev.	buone	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
GP	16	F	adeg.	elev.	ottim.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
DS	16	F	adeg.	elev.	ottim.	sup.	ass.	mod.	mod.	ass.
MLT	16	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
GV	16	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	mod.	ass.
<b>NUOTO</b>										
MV	13	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
ES	13	F	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
RF	13	F	adeg.	elev.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
CD	13	F	adeg.	val.	buone	m-inf.	mod.	ass.	ass.	ass.
GS	14	F	scar.	val.	buone	med.	ass.	mod.	mod.	ass.
CSS	14	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
CQ	14	F	scar.	val.	discr.	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
PP	14	F	adeg.	val.	discr.	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
MN	14	F	adeg.	val.	ottim.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
CC	14	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.

Segue tabella 3

Nome	Età	Sexso	Maturità	Iniziati e agosto ma	Adattabilità e socievolenza	Intelligenza	Tendenze pres-ans	Spunti e sessivi	Trattivi	Personaf di sturb.
FC	14	F	elev.	elev.	ottime	med.	mod.	ass.	pres.	ass.
PB	14	F	adeg.	val.	buone	med.	pres.	mod.	ass.	ass.
GM	15	F	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
CD	15	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
MD	15	F	adeg.	val.	buone	m-inf.	mod.	ass.	ass.	ass.
CR	16	F	adeg.	val.	ottime	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
CP	16	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
CG	16	F	elev.	val.	buone	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
MC	16	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
RG	16	F	adeg.	val.	ottime	sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
LA	16	F	elev.	val.	ottime	sup.	ass.	mod.	ass.	ass.
SR	16	F	adeg.	val.	discr.	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
FS	14	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
LV	15	M	adeg.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
FS	15	M	adeg.	val.	ottime	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
CR	15	M	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	mod.	ass.	ass.
LM	15	M	elev.	val.	discr.	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
MM	15	M	elev.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
SG	15	M	adeg.	mod.	buone	sup.	pres.	ass.	ass.	ass.
FB	15	M	adeg.	val.	discr.	sup.	ass.	mod.	ass.	ass.
PT	16	M	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
GT	16	M	adeg.	val.	buone	m-sup.	ass.	pres.	ass.	ass.
FS	16	M	adeg.	val.	discr.	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
PP	16	M	adeg.	val.	ottime	m-sup.	mod.	pres.	ass.	ass.
GG	16	M	elev.	val.	discr.	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
SF	16	M	adeg.	val.	buone	sup.	mod.	pres.	ass.	ass.
MD	16	M	elev.	elev.	buone	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
SB	16	M	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
AB	16	M	adeg.	val.	discr.	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
<b>PATTINAGGIO ARTISTICO</b>										
LC	12	F	adeg.	val.	discr.	m-inf.	mod.	ass.	ass.	ass.
FB	13	F	scar.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
PF	13	F	adeg.	elev.	buone	med.	pres.	mod.	pres.	ass.
RT	13	F	scar.	val.	buone	med.	pres.	pres.	mod.	ass.
DD	14	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	mod.	ass.	mod.	ass.
KS	14	F	scar.	elev.	ottime	m-inf.	mod.	ass.	pres.	ass.
PL	15	F	adeg.	val.	buone	med.	pres.	mod.	pres.	ass.
VS	15	F	adeg.	elev.	ottime	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
BL	16	F	elev.	elev.	ottime	m-sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
DJ	16	F	scar.	val.	buone	sup.	pres.	ass.	ass.	pres.
LS	16	F	scar.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
IR	16	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
FT	16	M	adeg.	elev.	buone	sup.	pres.	ass.	pres.	ass.
<b>PENTATHLON</b>										
FB	15	M	adeg.	val.	buone	med.	pres.	mod.	ass.	ass.
RP	16	M	adeg.	val.	discr.	inf.	mod.	ass.	ass.	ass.
GB	16	M	adeg.	val.	ottime	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.

- e -

segue tabella 3

Nome	Età	Sesso	Maturità	Iniziativa e autostima	Adattabilità sociale	Intelligenza	Tendenze dep sive-ansiose	Spunti osses vi	Trattamenti	Personalità sturbata
<b>PUGILATO</b>										
AO	15	M	adeg.	mod.	discr.	inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
MED	15	M	adeg.	val.	discr.	m-inf.	mod.	ass.	ass.	ass.
AC	16	M	adeg.	Val.	buone	inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
MA	16	M	adeg.	val.	discr.	inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
PC	16	M	adeg.	val.	ottime	inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
VL	16	M	adeg.	val.	ottime	inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
AD	16	M	elev.	elev.	ottime	inf.	ass.	ass.	mod.	ass.
LM	16	M	adeg.	val.	buone	m-inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
<b>RUGBY</b>										
RS	14	M	adeg.	elev.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
LT	14	M	scar.	elev.	discr.	med.	pres.	ass.	pres.	ass.
EF	15	M	scar.	mod.	buone	med.	pres.	ass.	pres.	pres.
PN	15	M	scar.	mod.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
SS	15	M	adeg.	elev.	buone	sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
MT	15	M	adeg.	val.	discr.	inf.	mod.	ass.	ass.	ass.
SZ	15	M	scar.	elev.	discr.	m-inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
IC	16	M	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
EF	16	M	elev.	elev.	ottime	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
MGM	16	M	adeg.	val.	buone	sup.	mod.	mod.	ass.	ass.
VG	16	M	adeg.	elev.	buone	sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
GN	16	M	adeg.	val.	buone	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
PR	16	M	adeg.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
LR	16	M	scar.	mod.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
CR	16	M	adeg.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	mod.	ass.
<b>SCHERMA</b>										
DV	13	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	mod.	ass.	ass.
CC	13	F	adeg.	val.	buone	m-sup.	mod.	ass.	mod.	ass.
MN	16	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
AM	16	M	elev.	val.	buone	sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
FC	16	M	elev.	val.	buone	med.	mod.	Mod.	pres.	ass.
AB	16	M	scar.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
<b>SCI ALPINO</b>										
SD	13	F	adeg.	elev.	buone	inf.	ass.	ass.	mod.	ass.
MQ	13	F	elev.	val.	discr.	sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
PT	13	F	adeg.	elev.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
EB	14	F	adeg.	elev.	ottime	med.	ass.	pres.	ass.	ass.
CB	14	F	adeg.	val.	discr.	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
MD	14	F	scar.	mod.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.
CG	14	F	adeg.	elev.	ottime	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
SP	14	F	adeg.	val.	discr.	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
IP	14	F	scar.	mod.	discr.	m-inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
LS	14	F	elev.	elev.	buone	m-inf.	ass.	ass.	pres.	ass.
SS	14	F	scar.	val.	discr.	inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
CV	14	F	scar.	val.	discr.	inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
GC	15	F	scar.	val.	discr.	m-sup.	ass.	ass.	not.	ass.

segue tabella 3

Nome	Età	Sexso	Maturità	Iniziativa e autostima	Adattabilità socioevoluzio	Intelligenza	Tendenze depress-ansiose	Spunti ossessivi	Tratti isterici	Personalità strutturata
WB 15	F	adeg.	val.	buone	med.	pres.	ass.	ass.	ass.	
YA 15	F	scar.	val.	discr.	inf.	ass.	ass.	ass.	ass.	
LG 15	F	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	ass.	ass.	
VG 15	F	adeg.	val.	buone	m-inf.	pres.	ass.	ass.	ass.	
UG 15	F	scar.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.	
AI 15	F	scar.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.	
AL 15	F	adeg.	elev.	ottime	med.	pres.	ass.	ass.	ass.	
PM 15	F	adeg.	val.	discr.	m-inf.	pres.	ass.	ass.	ass.	
RP 15	F	scar.	val.	discr.	m-inf.	pres.	ass.	ass.	ass.	
JP 15	F	adeg.	mod.	discr.	med.	ass.	pres.	mod.	ass.	
SP 15	F	adeg.	val.	ottime	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.	
RQ 15	F	scar.	mod.	discr.	sup.	pres.	ass.	ass.	ass.	
MV 15	F	scar.	mod.	buone	med.	ass.	ass.	pres.	ass.	
DZ 15	F	scar.	mod.	discr.	med.	pres.	ass.	mod.	ass.	
TB 16	F	scar.	mod.	buone	inf.	pres.	pres.	mod.	mod.	
NB 16	F	adeg.	val.	ottime	m-sup.	ass.	mod.	mod.	ass.	
TG 16	F	scar.	mod.	buone	m-sup.	ass.	ass.	mod.	ass.	
MK 16	F	elev.	elev.	ottime	med.	ass.	ass.	ass.	ass.	
LIS 16	F	adeg.	mod.	discr.	m-sup.	pres.	ass.	ass.	ass.	
<b>SCI NORDICO</b>										
MR 15	M	adeg.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.	
PR 15	M	scar.	elev.	buone	inf.	pres.	ass.	mod.	ass.	
GC 16	M	adeg.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.	
EF 16	M	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.	
GM 16	M	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.	
AR 16	M	adeg.	val.	buone	inf.	mod.	ass.	ass.	ass.	
<b>TENNIS</b>										
EP 13	F	scar.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	mod.	ass.	
GS 13	F	adeg.	val.	buone	mod.	ass.	ass.	ass.	ass.	
CS 13	F	adeg.	elev.	ottime	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.	
EMD 13	F	elev.	val.	buone	m-sup.	ass.	Pres.	mod.	ass.	
AMM 13	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	mod.	ass.	
MM 13	F	scar.	val.	buone	m-sup.	pres.	ass.	ass.	ass.	
PM 13	F	scar.	val.	discr.	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.	
RR 13	F	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.	
AC 13	F	elev.	val.	discr.	sup.	mod.	ass.	ass.	ass.	
PS 14	F	adeg.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	mod.	ass.	
CF 14	F	elev.	elev.	ottime	m-inf.	ass.	ass.	mod.	ass.	
AM 14	F	elev.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.	
MM 14	F	elev.	elev.	ottime	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.	
SP 14	F	scar.	val.	buone	med.	pres.	ass.	ass.	ass.	
OP 14	F	adeg.	val.	discr.	med.	pres.	ass.	ass.	ass.	
WN 14	F	adeg.	val.	discr.	inf.	ass.	ass.	ass.	ass.	
AMC 14	F	scar.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.	
CB 15	F	adeg.	elev.	ottime	sup.	mod.	ass.	ass.	ass.	
MC 14	F	adeg.	val.	ottime	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.	

segue tabella 3

Nome	Età	Sesso	Maturità	Iniziativa autostima	Adattabilità e socievole	Intelligenza	Tendenze de- press-ansie	Spunti osses- sivi	Pratti isti- ci	Personalità sturbata
BR	16	F	adeg.	val.	discr.	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
AP	13	M	elev.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	pres.	ass.
MR	13	M	scar.	val.	discr.	inf.	pres.	ass.	ass.	pres.
MS	13	M	scar.	val.	discr.	inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
MSc	13	M	adeg.	elev.	buone	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.
MC	13	M	scar.	mod.	discr.	med.	pres.	ass.	pres.	ass.
MCo	13	M	scar.	val.	discr.	med.	mod.	pres.	ass.	ass.
AG	13	M	scar.	val.	discr.	inf.	pres.	pres.	mod.	ass.
EM	13	M	scar.	mod.	discr.	m-inf.	pres.	mod.	ass.	ass.
LM	13	M	scar.	elev.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
GP	13	M	scar.	mod.	buone	m-inf.	pres.	mod.	ass.	ass.
FC	13	M	scar.	mod.	buone	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
SG	13	M	adeg.	elev.	buone	m-inf.	ass.	ass.	mod.	ass.
GB	13	M	elev.	elev.	ottime	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
PA	13	M	adeg.	elev.	buone	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
PAi	13	M	scar.	val.	discr.	inf.	mod.	ass.	ass.	pres.
PP	13	M	scar.	mod.	discr.	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
GLR	14	M	adeg.	val.	ottime	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
MR	14	M	scar.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
MRo	14	M	elev.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
SAR	14	M	scar.	mod.	discr.	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
GS	14	M	adeg.	val.	buone	med.	mod.	ass.	pres.	ass.
RD	14	M	scar.	elev.	buone	inf.	ass.	ass.	not.	ass.
RM	14	M	adeg.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
MB	14	M	adeg.	mod.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
SM	14	M	scar.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	mod.	ass.
FM	14	M	adeg.	val.	ottime	med.	pres.	ass.	pres.	ass.
MO	14	M	scar.	val.	buone	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
LC	14	M	adeg.	val.	buone	m-sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
RC	14	M	elev.	elev.	buone	m-inf.	mod.	ass.	mod.	ass.
MC	14	M	adeg.	mod.	discr.	med.	pres.	pres.	pres.	ass.
MA	14	M	adeg.	elev.	buone	m-sup.	ass.	ass.	pres.	ass.
RB	14	M	adeg.	elev.	buone	m-sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
WP	14	M	adeg.	val.	discr.	med.	mod.	ass.	pres.	ass.
BG	14	M	elev.	elev.	ottime	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
IA	14	M	adeg.	val.	discr.	med.	ass.	ass.	mod.	ass.
LC	14	M	adeg.	elev.	ottime	inf.	pres.	ass.	pres.	ass.
GR	15	M	adeg.	mod.	discr.	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
TR	15	M	scar.	mod.	buone	med.	pres.	pres.	mod.	ass.
GR	15	M	scar.	val.	discr.	inf.	ass.	ass.	pres.	ass.
CV	15	M	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
GV	15	M	scar.	mod.	discr.	m-inf.	pres.	ass.	ass.	pres.
MF	15	M	adeg.	elev.	discr.	sup.	ass.	ass.	pres.	ass.
SG	15	M	adeg.	elev.	buone	m-sup.	ass.	ass.	mod.	ass.
GM	15	M	adeg.	val.	buone	med.	ass.	ass.	mod.	ass.
RC	15	M	scar.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	pres.
SB	15	M	scar.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.

segue tabella 3

Nome	Età	Sexso	Maturità	Iniziativa e autostima	Adattabilità e socievolezza	Intelligenza	Tendenze depressive-ansiose	Spunti ossessivi	Tratti isterici	Personalità disturbata
FB	15	M	scars.	val.	buone	med.	pres.	ass.	ass.	ass.
OU	15	M	scars.	elev.	buone	med.	pres.	ass.	pres.	ass.
AF	15	M	adeg.	val.	discr.	m-inf.	ass.	ass.	ass.	ass.
MC	16	M	elev.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
FC	16	M	adeg.	elev.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
FCa	16	M	elev.	val.	buone	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
<b>TUFFI</b>										
MA	13	M	scar.	val.	discr.	m-inf.	pres.	ass.	ass.	ass.
RF	15	M	scar.	val.	buone	med.	pres.	ass.	mod.	ass.
PI	15	M	elev.	val.	ottime	sup.	ass.	ass.	ass.	ass.
SB	16	M	elev.	elev.	ottime	med.	ass.	ass.	ass.	ass.
MC	16	M	adeg.	val.	discr.	m-sup.	mod.	ass.	ass.	ass.

## ANALISI DEI RISULTATI

### 1 - Maturità

Il grado di maturità emerso dai tests è stato convenzionalmente diviso in tre categorie: 1) maturità elevata, 2) maturità adeguata, 3) maturità scarsa.

Ecco la sintesi dei dati ottenuti (vedi tab. 4).

**TABELLA 4 : MATURITA'**

	elevata		adeguata		scarsa	
	N	%	N	%	N	%
Ragazzi	43	21,9	103	52,5	50	25,5
Ragazze	29	17,6	98	59,7	37	22,5
Totali e medie	72	20	201	55,9	87	24,1

Su 196 ragazzi si è osservato che il grado di maturità è elevato in 43 (21,9%), adeguato all'età in 103 (52,5%), scarso in 50 (25,5%).

Su 164 ragazze si è osservato che il grado di maturità è elevato in 29 (17,6%), adeguato in 98 (59,7%) scarso in 37 (22,5%).

Sul totale di 360 atleti d'interesse nazionale, di età fra i 10 e i 16 anni, 72 sono risultati più maturi della media (proporzione del 20%), 201 nella media (59,9%) e 87 meno maturi (24,1%).

## 2 - Iniziativa e autostima

Queste due qualità sono state unite perché sostanzialmente interdipendenti e, in genere, parallele.

Abbiamo graduato, per semplicità e convenzione, l'iniziativa e l'autostima in 3 categorie: 1) elevate, 2) valide, 3) modeste.

Ecco la sintesi dei dati ottenuti (vedi tab. 5).

Su 196 ragazzi l'iniziativa e l'autostima sono state definite elevate in 62 (31,6%), valide in 116 (59,1%), modeste in 18 (9,1%).

Su 164 ragazze iniziativa e autostima sono elevate in 34 (20,7%), valide in 114 (69,5%), modeste in 16 (9,7%).

Sul totale di 360 atleti, 96 (26,8%) hanno iniziativa e autostima elevate, 230 (63,8%) valide, 34 (9,4%) modeste.

TABELLA 5 : INIZIATIVA E AUTOSTIMA

	elevate		adeguate		modeste	
	N	%	N	%	N	%
Ragazzi	62	31,6	116	59,1	18	9,1
Ragazze	34	20,7	114	69,5	16	9,7
Totali e medie	96	26,8	230	63,8	34	9,4

## 3 - Adattabilità e socievolezza

La capacità di adattamento non coincide necessariamente con la disponibilità al rapporto interpersonale. Però, in genere, adattabilità e socievolezza vanno di pari passo, considerando che il primo test naturale delle capacità adattative è costituito dal grado di accettazione del prossimo e dalle possibilità di inserimento e di integrazione nella società.

Inoltre, ai fini della presente ricerca, ci è parso che i due termini potessero identificarsi nel senso di una potenziale duttilità.

Il grado di adattabilità e socievolezza è stato convenzionalmente diviso in 3 categorie: ottimo, buono, discreto.

Su 196 ragazzi si è notato che l'adattabilità e la socievolezza sono ottime in 39 (19,8%), buone in 99 (50,5%), discrete in 58 (29,5%). Vedi tabella 6.

Su 164 ragazze l'adattabilità e la socievolezza sono ottime in 33 (20,1%), buone in 75 (45,7%), discrete in 56 (34,1%).

Sul totale di 360 atleti, adattabilità e socievolezza sono ottime in 72 (20%), buone in 174 (48,4%), discrete in 114 (31,6%).

## 4 - Intelligenza

Il livello intellettuale viene misurato, nel nostro laboratorio, somministrando il PM '38 di Raven. I risultati grezzi vengono poi rapportati

in centile. Tale centile è diviso in 5 gradi così definiti: intelligenza superiore, medio-superiore, media, medio-inferiore, inferiore.

Su 196 ragazzi, 21 (10,7%) possono essere definiti di intelligenza superiore, 29 (14,7%) medio-superiore, 102 (52%) media, 18 (9,1%) medio-inferiore, 26 (13,2%) inferiore. (Vedi tab. 7).

**TABELLA 6 : ADATTABILITA' E SOCIEVOLEZZA**

	ottime		buone		discrete	
	N	%	N	%	N	%
Ragazzi	39	19,8	99	50,5	58	29,5
Ragazze	33	20,1	75	45,7	56	34,1
<b>Totali e medie</b>	<b>72</b>	<b>20</b>	<b>174</b>	<b>48,4</b>	<b>114</b>	<b>31,6</b>

**TABELLA 7 : INTELLIGENZA**

	superiore		med.-sup.		media		med.-inf.		inferiore	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ragazzi	21	10,7	29	14,7	102	52	18	9,1	26	13,2
Ragazze	17	10,3	33	20,1	90	54,8	18	10,9	6	3,6
<b>Totali e medie</b>	<b>38</b>	<b>10,6</b>	<b>62</b>	<b>17,3</b>	<b>192</b>	<b>53,3</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>8,8</b>

Su 164 ragazze, 17 (10,3%) sono di intelligenza superiore, 33 (20,1%) medio-superiore, 90 (54,8%) media, 18 (10,9%) medio-inferiore, 6 (3,6%) inferiore.

I 360 atleti esaminati si ripartiscono in questo modo: 38 (10,6%) di intelligenza superiore, 62 (17,3%) medio-superiore, 192 (53,3%) media, 36 (10%) medio inferiore, 32 (8,8%) inferiore.

#### 5 - Tendenze depressivo-ansiose

In linea con i concetti più aggiornati della psicopatologia, ansia e depressione vengono unificate nel termine di « tendenze depressivo-ansiose ». E' infatti noto che è inevitabile che ogni depresso entri in ansia, e che ogni ansioso si deprima. Bini diceva che ansia e depressione sono « sorelle siamesi ».



Ai fini della presente ricerca abbiamo distinto i soggetti dotati di perfetto equilibrio emotivo e timido (tendenze depressivo-ansiose « assenti ») da quelli che presentavano tratti di depressione e/o di ansia. Questi ultimi sono stati a loro volta divisi in due categorie: quelli con tali tendenze « presenti » o solamente « modeste ».

Ecco i risultati (vedi tab. 8).

Su 196 ragazzi, le tendenze depressivo-ansiose sono assenti in 101 (51,5%), modeste in 47 (23,9%), presenti in 48 (24,4%).

Su 164 ragazze, le tendenze depressivo-ansiose sono assenti in 85 (51,8%), presenti in 35 (21,3%), modeste in 44 (26,8%).

Sul totale di 360 atleti, le tendenze depressivo-ansiose sono assenti in 186 (51,7%), modeste in 91 (25,3%), presenti in 83 (23%).

**TABELLA 8 : TENDENZE DEPRESSIVO-ANSIOSE**

	assenti		modeste		presenti	
	N	%	N	%	N	%
Ragazzi	101	51,5	47	23,9	48	24,4
Ragazze	85	51,8	44	26,8	35	21,3
<b>Totali e medie</b>	<b>186</b>	<b>51,7</b>	<b>91</b>	<b>25,3</b>	<b>83</b>	<b>23</b>

#### 6 - Spunti ossessivi

Si evidenziano sia con i test carta-e-matita, sia con il Middlesex Hospital Questionnaire, e comprendono anche gli spunti fobici oltre ai tratti caratteriali di meticolosità e perfezionismo.

Abbiamo diviso l'entità degli spunti ossessivi in tre categorie, parallelamente a quanto fatto con le tendenze depressivo-ansiose: spunti « assenti », « modesti » o « presenti ».

Ecco i risultati (vedi tab. 9).

**TABELLA 9 : SPUNTI OSSESSIVI**

	assenti		modesti		presenti	
	N	%	N	%	N	%
Ragazzi	162	82,6	20	10,2	14	7,1
Ragazze	131	79,8	24	14,6	9	5,4
<b>Totali e medie</b>	<b>293</b>	<b>81,4</b>	<b>44</b>	<b>12,3</b>	<b>23</b>	<b>6,3</b>

Su 196 ragazzi gli spunti ossessivi sono assenti in 162 (82,6%), modesti in 20 (10,2%), presenti in 14 (7,1%).

Su 164 ragazze gli spunti ossessivi sono assenti in 131 (79,8%), modesti in 24 (14,6%), presenti in 9 (5,4%).

Sul totale di 360 atleti, gli spunti ossessivi sono assenti in 193 (81,4%), modesti in 44 (12,3%), presenti in 23 (6,3%).

### 7 - Tratti isterici

Con il termine di « tratti isterici » intendiamo ogni forma di istrionismo, fanatismo, inflazione dell'io, iper-autovalutazione, aspirazioni esagerate.

Nell'ipotesi che tali tratti siano più frequenti nella popolazione di atleti giunti ad una certa notorietà in età ancora molto giovane, abbiamo predisposto quattro categorie di valutazione: assenti, modesti, presenti, notevoli.

Ecco i risultati (vedi tab. 10).

Su 196 ragazzi, i tratti isterici sono assenti in 136 (69,3%), modesti in 26 (13,2%), presenti in 32 (16,3%), notevoli in 2 (1%).

Su 164 ragazze, i tratti isterici sono assenti in 120 (73,1%), modesti in 28 (17%), presenti in 15 (9,1%), notevoli in 1 (0,6%).

Sul totale di 360 atleti, i tratti isterici sono assenti in 256 (71,2%), modesti in 54 (15%), presenti in 47 (13%), notevoli in 3 (0,8%).

TABELLA 10 : TRATTI ISTERICI

	assenti		modesti		presenti		notevoli	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ragazzi	136	69,3	26	13,2	32	16,3	2	1
Ragazze	120	73,1	28	17	15	9,1	1	0,6
Totali e medie	256	71,2	54	15	47	13	3	0,8

### 8 - Tratti psicotici e/o di personalità disturbata

Questo è forse il paragrafo più importante ai fini della presente ricerca.

L'ipotesi di lavoro è infatti il rilevamento di eventuali disturbi della personalità nei giovanissimi atleti di valore.

Abbiamo accomunato i segni psicotici ai generici disturbi gravi della personalità perché intendiamo presentare la fotografia della frangia più giovanile della popolazione sportiva italiana. I disturbi della personalità possono dipendere da pre-esistenti tratti psicotici o possono derivare da troppo precoci impegni ansiogeni. In un caso o nell'altro questa fascia di popolazione costituisce, o no, un problema d'igiene mentale?

Ecco i risultati, naturalmente limitati a due sole categorie: assenti o presenti (vedi tab. 11).

Su 196 ragazzi, 187 (95,4%) non presentano tratti psicotici o di personalità disturbata, 9 (4,5%) li presentano.

Su 164 ragazze, 161 (98,1%) non presentano tratti psicotici o di personalità disturbata, 3 (1,8%) li presentano.

Sul totale di 360 atleti, 348 (96,7%) non presentano tratti psicotici, 12 (3,3%) li presentano.

**TABELLA 11 : TRATTI PSICOTICI E/O DI PERSONALITA' DISTURBATA**

	assenti		presenti	
	N	%	N	%
Ragazzi	187	95,4	9	4,5
Ragazze	161	98,1	3	1,8
Totali e medie	348	96,7	12	3,3

## CONCLUSIONI

Ecco dunque chi sono e come sono i 360 giovanissimi dello sport italiano di élite.

Maturi adeguatamente all'età, o anche di più, in quasi il 76%; dotati di iniziativa e di autostima in oltre il 90%; adattabili e disponibili al rapporto interpersonale in quasi il 70% dei casi.

Lo sport ad alto carico di impegno non sembra frenare lo sviluppo psichico, ma anzi lo favorisce.

La sicurezza in se stessi e l'apertura sociale potrebbero risentire di un impatto precoce con il mondo degli adulti, ma, nel contesto sportivo, tale impatto non esiste: infatti i giovanissimi si trovano inseriti in un gruppo di persone che hanno soltanto qualche anno di più. E ciò li gratifica, li incoraggia, giova alla loro autostima, incentiva la socievolezza.

Il successo sportivo non esige un elevato *potenziale intellettuale* ma in esso trova un pre-requisito di grande utilità: la maggioranza dei « grandi » atleti è intellettualmente ben dotata. Ciò si verifica anche negli atleti giovanissimi. Solo l'8,8% hanno un'intelligenza inferiore alla media. Nell'81% sono intelligenti nella media o sopra la media. Cade così il pregiudizio per cui tenderebbero ad eccellere nello sport i ragazzi meno portati al successo scolastico.

Vediamo ora quali e in quale misura sono i segni nevrotici evidenziati in questa popolazione di sportivi di età più bassa.

*Tratti isterici* sono presenti solo nel 13% dei casi, notevoli in meno dell'1%, assenti in oltre il 70%: altro pregiudizio in frantumi è quello che ipotizzerebbe sentimenti di esaltazione e di inflazione dell'io in chi raggiunge troppo presto la qualifica di « campione ». Il giovane atleta che « si monta la testa » perché, dai banchi delle medie, va all'estero per una gara, è uno stereotipo giornalistico che non corrisponde alla realtà, salvo ovviamente qualche eccezione non significativa.

*Spunti ossessivi* si notano solo in una minima quantità mentre sono assenti in oltre l'81% dei casi. La preparazione atletica intensa, programmata, continua, privilegiata alle altre attività presenta, in teoria, caratteristiche iterative e compulsive che potrebbero ingenerare tendenze ossessive capaci di inquinare il comportamento. L'ipotesi non è affatto confermata. Evidentemente la cadenza degli allenamenti non ossessiona più di quanto possa fare quella dei compiti e delle lezioni. Inoltre lo sport è un'attività ludica e liberamente scelta: sarebbe strano che il gioco — sia esso a livello di « play » o di « game » — tradisse la sua congenialità naturale e producesse effetti psicologici negativi.

*Spunti depressivo-ansiosi* sono presenti nella metà dei casi, anche se, in una metà di questa metà, soltanto in grado modesto. Tale dato sembrerebbe sostenere l'ipotesi ansiogena di un impegno agonistico vissuto con eccessiva risonanza emotiva. Ma ad una più attenta osservazione, ciò non risulta vero. I giovanissimi, più ancora degli adulti, vivono con intensa carica emozionale « tutti » gli eventi che li pongono al centro di un'attenzione o in una situazione d'esame: interrogazioni scolastiche, saggi musicali, esperienze filodrammatiche, interventi ai consigli di istituto ed alle assemblee scolastiche. Si può dire che ogni pur minima azione che esca dai binari della routine suscita una certa ansietà. Lo sport pure, ma in misura minore, grazie alla sua connotazione ludica ed alla sua caratteristica di fornire sempre nuove possibilità di rivincita. Lo sport può provocare gravi reazioni ansiose solo a livelli atletici massimi (come un'olimpiade) o in soggetti al termine della carriera, quando comunque la chance del potersi rifare ha una probabilità minima o nulla. I giovanissimi sono abituati ad incontrare situazioni ricche d'impegno emotivo e perciò sono allenati a sopportare con disinvoltura anche le emozioni sportive. Inoltre godono di un'ampia flessibilità del tono dell'umore per cui ogni stato emotivo si esaurisce in fretta senza lasciare tracce: ciò determina una certa refrattarietà a sentimenti violenti come p. es. la disperazione. L'emotività giovanile è dunque vivace per natura ma quasi mai patogena.

Infine vediamo se esistono, negli atleti più giovani, tratti psicotici e/o segni di personalità disturbata. Solo nel 3,3%. E' noto che, in una qualunque popolazione i segni di psicosi sono presenti nel 3% e che, nella popolazione sportiva, come notò Karolczak in 300 atleti polacchi, le personalità psicopatiche raggiungono l'8%. I dati rilevati nel nostro studio sono quanto mai rassicuranti. Essi depongono in favore di una sostanziale e diffusa salute mentale nella parte più giovane della nostra popolazione sportiva e, soprattutto, testimoniano che un impegno sportivo intenso e responsabilizzato non provoca disturbi psicopatologici di

sorta negli atleti più giovani. Se dunque lo sport non produce danni psichici ai ragazzi che lo praticano come attività prevalente e con notevole impegno di tempo e di emotività, è chiaro che le varie illazioni sulla presunta nocività dello sport in età giovanile sono prive di ogni fondamento.

## BIBLIOGRAFIA

- ANTONELLI F.: Aspetti psicologici del ciclismo giovanile - Quaderni dello Sport, 9:27, 1972.
- ANTONELLI F.: Attività sportiva e salute mentale - in: « Sport per tutti », Ed. Med. Viva, Parma 1975.
- ANTONELLI F.: Psicologia e psicopatologia dello sport - Leonardo, Roma 1964.
- ANTONELLI F., FICHERA C., ROMANO S.: Il valore dello sport scolastico nella prevenzione della nevrosi - Atti 1° Congr. Int. Psic. Sp. (Roma 1965), Ed. FMSI, Roma 1966.
- ANTONELLI F., LIBERATI F.: Educazione psicofarmacologica del giovane calciatore - Atti Conv. Viareggio 1963 - Min. Med., Torino 1964.
- ANTONELLI F., POLLINI L.M.: I benefici dello sport nell'età giovanile - Quad. dello Sport, 4:7, 1968.
- ANTONELLI F., SALVINI A.: Psicologia dello Sport - Lombardo, Roma 1978.
- AA.VV.: Les caracteristiques educatives des principales disciplines sportives - Cine-siologie, 15 (61):5, 1976.
- BURKE E.J., KLEIBER E.: Psychological and physical implications of highly competitive sports for children - Phys. Ed., 33:63, 1976.
- COOPER L.: Athletics, activity and personality - Res. Quart., 40:17, 1969.
- CLARCKE K.C.: Characteristics of athletes - Phys. Fitness Res. Digest, Washington 1973.
- DEVEREUX E.C.: Backyard versus Little League baseball: the impoverishment of children's games - in: D.M. LANDERS « Social problems in athletics », Un. III. Press., Urbana 1976.
- DOWELL L.J.: Environmental factors of childhood competitive athletics - Phys. Educator, 28:17, 1971.
- EIFERMAN R.R.: Social play in childhood - in R.E. HERRON, B. SUTTON SMITH « Child's play », Wiley, N.Y. 1971.
- HALE C.J.: What research says about athletics for pre-high school age children - J. Health, Ph. Ed., 30:19, 1959.
- HANSON D.L.: Cardiac response to participation in Little League baseball competition as determined by telemetry - Res. Quart., 38:384, 1967.
- JOHNSON B.L.: Influence of puberal development on responses to motivated exercise - Res. Quart., 27:182, 1956.
- KAROLCZAK - BIERNACKA B.: Comparative investigations upon some personality values in sportsmen - Whyc. f. Sp., 14:53, 1970.
- KENYON G.S., McPHERSON B.D.: Becoming involved in physical activity and sport - in: G.L. RARICK « Physical Activity », Acad. Press., N.Y. 1973.
- LAREAU: Citato da Seefeldt.
- McCRAW L.W., TOLBERT J.W.: Sociometric status and athletic ability of junior high school boys - Res. Quart., 24:72, 1953.
- McCARTHY J.J.: Little League lunacy - Nat. El. Princ., 43:80, 1963.
- MACKLER B.: Taking the fun out of children's sports - Physicians and Sp. Med., 4:102, 1976.
- OPIE I., OPIE E.: Children's games in street and playground - Clarendon, Oxford 1969.
- ORLICK T.: The cooperative sports and games book - Pantheon, N.Y. 1978.
- ORLICK T.: Winning through cooperation - Acropolis, Washington 1978.
- ORLICK T., BOTTERILL C.: Every kid can win - Nelson, Chicago 1975.
- PARKER T.: Establishing communication, leadership and motivation in youth sports - Athl. Inst., Chicago 1975.
- POLLINI L.M.: Attività fisica ed età evolutiva - Idelson, Napoli 1977.

- RARICK G.L.: Competitive sports in childhood and early adolescent - in: G.L. RARICK « Physical activity », Acad. Press., N.Y. 1973.
- SALZ: citato da Seefeldt.
- SCANLAN T.K.: Social evaluation - in R.A. MAGILL, M.J. ASH, F.L. SMOLL: « Children and youth in sport », Human Kin., Champaigne 1978.
- SCANLAN T.K., PASSER M.W.: Anxiety factors in competitive youth sports - in: F.L. SMOLL e R.E. SMITH « Psychological perspectives in youth sports », Halsted Hemisphere, Washington 1978.
- SCHENDEL J.: Psychological differences between athletes and non-participants in athletics - Res. Quart., 36:52, 1965.
- SEEFELDT V.D., GILLIAM T., BLIEVERNICH D., BRUCE R.: Scope of youth sports programs in Michigan - in: F.L. SMOLL e R.E. SMITH « Psychological perspectives in youth sports », Halsted Hemisphere, Washington 1978.
- SEYMOUR E.W.: Comparative study of certain behavior characteristics of participant and non-participant boys in Little League baseball - Res. Quart., 27:338, 1956.
- SHERIF C.W.: The social context of competition - in D.M. LANDERS « Social problems in athletics », Un. Ill. Press., Urbana 1976.
- SINGER R.N.: Coaching, athletics and psychology - McGraw Hill, N.Y. 1972.
- SKUBIC E.: Emotional responses of boys to competitive baseball - Res. Quart., 26:342, 1955.
- SMITH M.D.: Social learning of violence in minor hockey - in F.L. SMOLL & R.E. SMITH « Psychological perspectives in youth sports », Halsted Hemisphere, Washington 1978.
- SMOLL F.L., SMITH R.E.: Psychological perspectives in youth sports - Halsted Hemisphere, Washington 1978.
- TATAFIORE E.: Danni da sport agonistico nell'età evolutiva - 1977, citato da Pollini.
- THOMAS J.R., TENNANT L.K.: Effects of rewards on change in children's motivation for an athletic task - in F.L. SMOLL & R.E. SMITH « Psychological perspectives in youth sports », Halsted Hemisphere, Washington 1978.
- VEROFF J.: Social comparison and the development of achievement motivation - in C.P. SMITH « Achievement related motives in children », Russel Sage Found, N.Y. 1969.