

QUALE *Psicologia*

38

Dicembre 2011

**Semestrale dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie
e della Società Italiana di Psicoterapia**

QUALE *Psicologia*

Semestrale dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie
Organo della Società Italiana di Psicoterapia
Anno 20 – N. 38 – Dicembre 2011

Direttore scientifico
Antonio Fusco

Comitato scientifico
Guglielmo Gulotta, Fausto Massimini, Luciano Mecacci, Patrizia Patrizi, Filippo Petruccelli, Valeria Schimmenti,
Chiara Simonelli, Rosella Tomassoni, Alfredo Tridenti †, Giulia Villone Batocchi, Matteo Vitetta †

Direttore responsabile
Valeria Verrastro

Redazione
Nadia Marches, Irene Petruccelli

Collaboratori
Floriana Frasca, Cristina Colantuono, Rosa De Marinis

Direzione redazione e amministrazione
00191 Roma – Via Tuscia, 25
Tel. 0644340019 – Fax 0644340017

Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 596 del 13 novembre 1992
Rivista associata all'U.S.P.I. Unione Stampa Periodica Italiana

E' consentita la riproduzione dei testi citando la fonte
Finito di stampare in proprio il 19 dicembre 2011

SOMMARIO

Giovani, emozioni e percezione del rischio. Indagine kap in un campione di studenti della provincia di Caserta <i>Alessandra Zanon, Adele Gentile</i>	Pag. 4
Contesti e relazioni di cura. una ricerca sulle reti sociali nelle diverse residenzialita' psichiatriche <i>Chiara Sillitti</i>	Pag.10
Lo Stalking <i>Arcangela Aiello</i>	Pag. 29
L'attaccamento al padre: rassegna di letterature di ricerca <i>Nicola Boccola</i>	Pag. 38
L'orientamento lavorativo e scolastico attraverso internet <i>Elena Cabras, Giovanni D'Angiò</i>	Pag. 46
Balbuie: fattori psicologici e meccanismi di mantenimento <i>Simona Coscarella</i>	Pag. 49
EMDR: Muovere gli occhi per vincere il disagio <i>Marianna Dipietro, Veronica Bruno, Edvige Liotta</i>	Pag.55
Il disturbo borderline di personalità <i>Marianna Dipietro, Veronica Bruno, Edvige Liotta</i>	Pag. 60
Crisi adolescenziale e diagnostica Rorschach: analisi di protocolli di adolescenti devianti <i>Annunziata Rizzi</i>	Pag. 65
Sicurezza dell'attaccamento e temperamento nell'infanzia <i>Laura D'Amico, Leonardo Gambino, Cinzia Carrubba</i>	Pag.70
Sessualità in gravidanza <i>Valentina Giagulli</i>	Pag.81
Milton Erickson e la pet therapy <i>Maria Grazia Spurio</i>	Pag. 84
La violenza sulle donne <i>Veronica Budai</i>	Pag. 89
Norme Redazionali	Pag. 96

GIOVANI, EMOZIONI E PERCEZIONE DEL RISCHIO. INDAGINE KAP IN UN CAMPIONE DI STUDENTI DELLA PROVINCIA DI CASERTA.

YOUNG, EMOTIONS AND HEALTH RISK PERCEPTION. A SURVEY OF KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE (KAP) IN A SAMPLE OF STUDENTS FROM THE PROVINCE OF CASERTA.

*Alessandra Zanon, Adele Gentile**

Riassunto

Esiste un linguaggio per esprimere le emozioni e più emozioni sono espresse attraverso il silenzio o con comportamenti "a rischio". Le persone che hanno un alto livello di sensation seeking sono ritenute più inclini a comportamenti a rischio, legando così desiderio di provare nuove e forti emozioni a elevati livelli di stimolazione e a comportamenti a rischio. La ricerca rivela una conoscenza che può essere definita parziale circa il fenomeno della percezione al rischio negli adolescenti, considerati come possibili fattori di rischio. L'abuso di alcol, di sostanze stupefacenti, di fumo si sono rivelati indicatori che caratterizzano in modo abbastanza marcato il gruppo di adolescenti, configurandosi come possibili fattori di rischio.

Parole chiave: linguaggio, emozioni, comportamenti a rischio.

Abstract

There is a language to express the emotions and more emotions are expressed through silence or through behavior "risk". People who have a high level of sensation seeking are considered more prone to risky behavior, so tying the desire to try new and strong emotions to high levels of stimulation and risk behaviors. The research shows that awareness can be defined in part about the phenomenon of perception of risk in adolescents. The abuse of alcohol, drugs, smoke, have proven indicators that characterize a fairly marked the group of adolescents, considered as possible risk factors.

Keywords: language, emotions, risky behaviors.

Introduzione

Esiste un linguaggio per esprimere le emozioni o sempre più le emozioni si esprimono attraverso il silenzio o attraverso comportamenti a "rischio"?

Se un linguaggio esiste i giovani sembrano non conoscerlo più, almeno nella misura in cui dovrebbero comunicare all'interno della famiglia.

Spear (2000) ritiene che il cervello dell'adolescente funzioni in modo *più emotivo* di quello del bambino e dell'adulto; i cambiamenti di umore frequenti in questa fase, inoltre, sarebbero da ricondurre a un cambiamento dell'attività neuronale (la perdita della capacità di riconoscere le emozioni, proprio all'inizio del periodo puberale, si verifica in concomitanza con l'aumento di connessioni tra i neuroni della corteccia frontale), che ostacolerebbe la capacità di elaborare informazioni e interpretare le situazioni sociali.

Partire da tale presupposto ci fa interrogare ancora di più sulla necessità di re-imparare il linguaggio delle emozioni, in modo da riallacciare, in uno scambio interattivo e di ascolto reciproco, il dialogo con i nostri adolescenti e con i nostri giovani, che oggi, più che mai sembrano sbandati.

"Perché i giovani, anche se non sempre ne sono consci, stanno male. E non per le solite crisi esistenziali che costellano la giovinezza, ma perché un ospite inquietante, il *nichilismo*, si aggira tra loro, penetra nei loro sentimenti, confonde i loro pensieri, cancella prospettive ed orizzonti, fiacca la loro anima, intristisce le passioni rendendole esangui." (Galimberti, 2007)

Nella assenza di comunicazione emotiva, chiunque venga interrogato, che si tratti della famiglia o dei giovani, sa dare una risposta; neanche nel silenzio (perché attraverso il silenzio c'è una forma di comunicazione) si riesce a parlare. I disagi, i problemi, le paure, ma anche le aspettative di vita non hanno sfogo, non trovano confronto e allora i giovani, ma anche le loro famiglie rimangono avvolte in una sorta di "depressione" emotiva.

Se da una parte i giovani hanno difficoltà, attraverso l'uso delle parole, ad esprimere il loro universo emozionale, dall'altra è sempre più facile scoprire che essi trovano "altri" linguaggi che non sempre è facile codificare.

* *Università degli Studi di Cassino*

Uso e abuso di alcol, di droghe, di tabacco, l'alta velocità (anche in stato di ebbrezza), la commistione di più elementi che caratterizzano gli shock del sabato sera, atti sessuali non protetti e scoperta precoce del sesso hanno forse una stessa origine: una modalità ad alto "rischio" messa in atto dai giovani per dare sfogo alle loro emozioni.

Tali comportamenti sono considerati nella loro specificità, ma allo stesso tempo anche attraverso la funzione che hanno nell'età adolescenziale, non sempre inspiegabili e senza senso; essi, al contrario, vanno letti come modalità per raggiungere scopi che gli adolescenti e i giovani valutano rilevanti, significativi e positivi in determinati momenti della loro vita.

In un processo di crescita il rischio è insito ogni volta che si affronta un'esperienza nuova, ci sono delle decisioni da prendere, il fallimento è in agguato e la posta è alta se si considera che è in gioco l'affermazione di sé stessi. Questa è la sfida: con gli adulti, con i genitori, a scuola, con gli amici, con il partner sessuale.

Il mondo in cui oggi i giovani crescono è sensibilmente diverso rispetto anche a quello in cui sono cresciuti i loro genitori: il mondo dei nostri giovani è un mondo che essi reinventano virtualmente, dove la vita si ricrea attraverso le forme di tecnologia più disparate e dove, quando tutto manca, il telefonino crea costruzioni filmiche di uso illecito solidale (Oliverio Ferraris A., 2008).

Il mondo virtuale arriva a opprimere e a sostituirsi al mondo reale, i giovani non riescono più ad adattarsi e a immergersi in quella che è la vita quotidiana. Ci si stordisce allora, come già detto, attraverso tutte le forme "a rischio" che compromettono l'equilibrio psico-socio-affettivo dei giovani. Si crea, così, il meccanismo spiegato da Guy Debord in *La società dello spettacolo* in cui le persone che non trovano quello che desiderano si accontentano di desiderare quello che trovano (Benasayag M., Schmit G., 2003).

Spesso sono i genitori stessi che si rivolgono a psicologi e psicoterapeuti perché preoccupati per la possibile influenza dei videogiochi (che spesso ricreano situazioni di guerre, di violenza, di morte assurde) sullo sviluppo di un concetto "possibile" di violenza giovanile.

La costruzione di un'esistenza "virtuale", di una "finta vita alternativa" crea "il doppio IO", quello reale e quello virtuale appunto, che procedono su livelli talmente distanti tra di loro da non fondersi quasi mai. Tutto ciò, unitamente ad un nuovo modello culturale che tenta di sostituire il rapporto *simmetrico* a quello *a-simmetrico* esistente tra genitori e figli porta al fallimento di ogni tentativo di creare un rapporto di "vera" corrispondenza tra i due ruoli, quello genitoriale e quello filiale. Il rapporto genitori-figli era prima improntato sul concetto della *a-simmetria* dove il genitore si poneva in una posizione di distacco dal giovani figlio che a sua volta, proprio in funzione di questa *a-simmetria*, accettava i principi educativi, riconoscendo una superiorità di "livello" al ruolo genitoriale. Oggi è sempre più difficile trovare l'*a-simmetria* a vantaggio della *simmetria*. Sembra che i genitori, spaventati e spaventati, nel trovarsi di fronte ai propri figli, ma spesso anche di fronte alle proprie incertezze e paure, affrontano i giovani stabilendo una parità di livello, un livello appunto *simmetrico*, dove sembra che venga stabilito non solo un patto di non belligeranza ma addirittura di collaborazione amicale. Viene a cadere il principio di autoritarismo creando una sofferenza profonda nella quale non si trovano più punti fissi, validi e solidi improntati al concetto di autorità. Un genitore, perché si possa giocare questo ruolo, deve difendere questo principio. Sia in famiglia che a scuola oggi i nostri giovani non trovano più chi "sta sopra di loro" chi impartisce istruzione attraverso il rispetto dell'autorità del ruolo, ma trova più facilmente un docente o più docenti che non rappresentano più tale principio di autorità. Tutto questo crea tre stati di sbandamento: quello dei genitori, quello dei docenti ed, infine, quello dei giovani, che molto spesso vengono triangolati in un rapporto irrisolto di competenze tra famiglie e scuola. Chi deve fare Cosa! L'*asimmetria* stabilisce automaticamente l'autorità nella costruzione di uno spazio e di un contesto validi per la costruzione di un rapporto solido ed efficace.

Di contro, in una relazione *simmetrica* i due elementi stabiliscono tra loro un rapporto di tipo contrattuale: nulla predefinisce la relazione ad di fuori della relazione stessa. In un simile contesto è difficile per i genitori e per gli insegnanti tener fede al proprio ruolo perché in nome del rispetto della *libertà individuale*, si sentono continuamente tenuti a giustificare le loro scelte nei confronti del giovane che accetta o meno ciò che gli viene proposto in un rapporto particolare (Benasayag M., Schmit G., 2003).

Se due pugili entrano in un ring, a prescindere dai principi educativi, non si devono cedere reciprocamente il passo ma devono dimostrare la loro forza legata alla loro supremazia, altrimenti è come se si dica "non ti preoccupare, ti metterò in condizione di vincere, cercando di non farti troppo male".

Questi stessi genitori si meravigliano poi della mancanza di rispetto e nel non riconoscere i limiti che vengono posti. Un rapporto basato sulla *simmetria* (noi due siamo ad un livello di parità) non può richiamare al senso del dovere e del rispetto. Una non assunzione di responsabilità da parte delle figure di riferimento contribuiscono, unitamente a ciò che si è detto prima, a creare una situazione di incertezza non solo per il futuro ma anche del presente e allora i giovani e gli adolescenti si sentiranno sempre più soli ed in preda ad una angoscia "senza nome" difficile da gestire.

Dai primi anni novanta, molte ricerche hanno esaminato le motivazioni affettive dei comportamenti a rischio, focalizzandosi sui meccanismi di regolazione delle emozioni come potenziali fattori che contribuiscono all'adozione di questi comportamenti (Scacchi, Monaci, Trentin 2006). Le persone che presentano un alto livello di *sensation seeking* sono ritenute più inclini a comportamenti a rischio, legando così desiderio di provare nuove e forti emozioni a elevati livelli di stimolazioni e a comportamenti a rischio. La strategia relativa alla regolazione delle emozioni individuali, situazioni familiari particolarmente difficili e disagiate, difficoltà nella costruzione della propria autostima sono spesso stati messi in stretta correlazioni a comportamenti rischiosi per la salute.

La relazione tra comportamenti a rischio, emozioni negative o inesprese, non è sempre possibile da dimostrare. In uno studio del 2000, Tice e Bratslavski hanno esaminato l'uso che le persone fanno di distruttori piacevoli quando vogliono regolare le proprie emozioni spiacevoli. Lasciarsi andare a quei comportamenti che solitamente vengono inibiti o repressi sembra avere effetti positivi sull'umore e sulla modulazioni delle emozioni, anche se l'assunzione di comportamenti a rischio come fumare, mangiare cibi particolarmente calorici, bere, assumere sostanze stupefacenti per individui che solitamente inibiscono tali comportamenti può generare stati di ansia e angoscia.

Materiali e Metodi

Lo studio effettuato ha coinvolto 500 studenti, di cui il 52,80% di sesso femminile ed il 47,20% di sesso maschile, con età media da sedici/diciannove anni. Si è avvalso della somministrazione di un questionario anonimo, strutturato in 38 ITEMS, di cui alcuni a risposta multipla, altri a risposta chiusa.

L'indagine è stata strutturata in modo tale da poter ricavare in base al campione considerato:

- Tipologia.
- Conoscenza in base alle sostanze stupefacenti, al sesso non protetto ed ai disturbi del comportamento alimentare.
- Attitudini.
- Comportamento.

Sono stati calcolati gli indici di frequenza e in particolar modo le *Correlazioni* fra gruppi di risposta considerati per valori statisticamente significativi di $p < 0,05$ ed $\text{Odd Ratio} > 1$.

Per valutare la presenza di una differenza statisticamente significativa tra le frequenze di risposta è stato utilizzato il test del *Chi-quadrato* (χ^2).

Risultati

Come si può osservare su un campione di 236 adolescenti maschi il 67% ritiene che le persone rischiano per farsi notare, il 57% per sentirsi parte del gruppo, il 58% per sentirsi capaci di vincere la paura, il 64% per divertirsi, il 54% per sentirsi vivi, il 65% per andare controcorrente, il 64% portare avanti le proprie idee, mentre una percentuale rilevante, il 76% ritiene che le persone rischiano per dimostrare di avere il controllo della situazione. Inoltre nell'indagine svolta si può osservare che gli adolescenti associano al rischio in prima battuta "l'eccitazione" con l'81%, mentre il 71% al rischio associa l'avventura, il 68% l'incoscienza, il dato rilevante è che solo il 33% dei ragazzi ritiene che il rischio sia un pericolo.

Ci si avvicina al rischio per vari motivi, spicca al primo posto il voler dimostrare di avere il controllo della situazione, all'andare controcorrente, seguiti dal divertimento, in tal caso è soprattutto la fascia degli adolescenti più grandi (dai sedici anni in su) a ritenere che in generale possiamo evitare i rischi con $\chi^2 = 2,646$ $p = 0,1038$, con un $RR = 0,69$. Questo risultato conferma come il significato del rischio risieda nella ricerca del superamento dei propri limiti inteso come compito di sviluppo in rapporto con la problematica dell'identità e della riorganizzazione del concetto di sé. Considerando la variabile genere, i maschi associano maggiormente al rischio le dimensioni "coraggio", "sfida" e "eccitazione" di quanto non lo facciano le femmine.

Alla domanda se i ragazzi ritengono di essere capaci di evitare i rischi per se stessi, hanno risposto con $\chi^2 = 6,344$ $p = 0,0118$, con $OR = 1,91$, $RR = 1,43$, e se sono in grado di valutare i rischi che corrono, hanno risposto con $\chi^2 = 3,588$ $p = 0,0582$, $OR = 2,10$, $IC = 95\%$ mentre $RR = 1,54$. Al concetto di rischio è legato il concetto di sesso a rischio, guida pericolosa, seguiti da droga, alcol e fumo, dato che pochi ritengono il rischio un pericolo.

Allo stesso tempo anche quando si parla di problemi determinati dal rischio il campione opera una distinzione sostanziale fra due gruppi di fattori di rischio:

- droghe che causano problemi di tipo fisico/psicologici a cui prendono parte in ordine Hashish, Cocaina, Ecstasy e Acidi, senza particolari significatività statistiche.

L'ecstasy è conosciuta dalla quasi totalità del campione (97,1%) ed è considerata una sostanza pericolosa. Infatti secondo gli intervistati l'uso regolare genererebbe una dipendenza sia fisica che psichica, ma allo stesso modo è considerata come un facilitatore delle relazioni, a dirlo sono più le ragazze. Inoltre alla domanda se molti di loro fumano spinelli, hanno risposto con $\chi^2 = 35,915$ $p = 0,0000$, per cui l'odds di fumare spinelli per i maschi è 4,27 volte rispetto a quello delle femmine, mentre $RR = 1,77$ con $IC = 95\%$, quindi per entrambi la differenza è significativa per $p < 0,025$.

- droghe che causano problemi di tipo fisico/psicologici solo se si esagera con la loro assunzione, tra cui si ascrivono Alcol, Tabacco affiancate dall'Eroina.

Sempre restando a livello conoscitivo, secondo il campione, i ragazzi bevono alcolici che possono determinare dipendenza psichica più che fisica, la maggioranza, il 67% beve birra, il 28% vino, solo una piccola percentuale, (5%) superalcolici, inoltre alcuni ragazzi affermano di andare in auto con guidatore ubriaco con $\chi^2 = 17,163$ $p = 0,0000$, dunque l'odds di andare in auto con guidatore ubriaco per i maschi è 6,18 volte rispetto a quello delle femmine.

Risposte importanti sono state riscontrate anche per il sesso non protetto o meglio nell'aver rapporti con partner diversi con $\chi^2 = 37,916$ $p = 0,0000$ dunque l'odds di avere questi rapporti con persone diverse per i maschi è 7,55 volte rispetto a quello delle femmine, con $IC = 95\%$, $RR = 1,92$. Di fatto si avverte la necessità di una prevenzione all'alcol e alla droga, al gioco d'azzardo, alla guida pericolosa ai disturbi alimentari e ai rischi tecnologici.

La quasi totalità degli adolescenti del campione considerato ha bevuto almeno una volta nella vita un bicchiere di birra, vino o superalcolici. Di fatto l'alcolico più diffuso è la birra, poiché esiste una forte correlazione tra lo stile di consumo di birra e quello di altre sostanze alcoliche, bevuta dal 67% degli adolescenti, seguita dal vino con un 28% di consumatori e da superalcolici con un 5%. La birra è preferita soprattutto dai maschi, sembra quindi che la birra caratterizzi lo status del giovane adulto e si configura come una bevanda più economica e moderna, in grado di simbolizzare meglio la cultura giovanile e di accomunare giovani di diversi paesi e di svariate provenienze. La minore gradazione alcolica di tale sostanza contribuisce inoltre a rendere il consumo della birra da parte dei giovani. L'alcol è stato definito dalla maggior parte dei giovani sostanza in grado di modificare l'attività psichica ed il comportamento di chi lo utilizza, in tal caso è soprattutto la fascia dei quindicenni/diciannovenni a confermare questo dato.

Se dunque il fattore umano riveste importanza nella dinamica degli incidenti stradali e la ricerca del rischio è parte dell'esperienza giovanile, le politiche di prevenzione e sicurezza stradale devono tenere conto della complessità del fenomeno e coinvolgere tutti i soggetti che operano a contatto con i giovani compreso il personale delle autoscuole, passaggio obbligato per coloro che imparano a condurre un veicolo.

In merito alla guida pericolosa, numerosi adolescenti sottoposti all'indagine riferiscono di aver guidato sotto l'effetto di sostanze alcoliche o dopo aver fumato spinelli. I maschi sono più coinvolti delle femmine solo rispetto alla guida dopo l'assunzione di alcolici, mentre non emergono differenze statisticamente significative relativamente alla guida dopo il fumo di spinelli o all'assunzione passiva di rischi caratterizzata dall'essere passeggeri di guidatore ubriaco, infatti ad affermarlo sono poco più i maschi che le femmine con $\chi^2 = 17,163$ $p = 0,0000$ ed inoltre l'odds di andare in auto con guidatore ubriaco per i maschi è 6,18 volte rispetto a quello delle femmine, con $RR = 1,78$. Come evidenziato, la guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive è in grado di predire il coinvolgimento degli incidenti stradali, ciò nonostante l'assunzione di sostanze psicotrope, stupefacenti o alcoliche, viene solitamente indicata dalle cronache come la causa determinante di molti incidenti mortali del sabato sera, infatti alla domanda di cosa i ragazzi pensano degli incidenti del sabato sera hanno risposto con un odds ratio di 1,02, dunque gli incidenti stradali sono uno dei più gravi problemi di salute pubblica e ad affermarlo sono più i ragazzi, e alla domanda se indossano cinture di sicurezza hanno risposto con $\chi^2 = 23,434$ $p = 0,0000$; $RR = 0,63$ e $p < 0,025$.

Il passo successivo, nello studio condotto è stato quello di verificare le attitudini, o meglio la "vicinanza" alla percezione del rischio e ai relativi fattori presi in considerazione.

Di fatto quando si chiede di indicare quali fattori siano i fattori di rischio più elevati spiccano, ovviamente, alcol, guida pericolosa, seguiti dalla droga e fumo, per esempio alla domanda "sei fumatore?" hanno risposto con $\chi^2 = 0,384$ $p = 0,5354$. Tale quadro trova riscontro anche se si passa dal livello generale ad uno più specifico, poiché ad esempio nel gruppo dei pari i fattori di rischio più diffusi, sono alcol, guida pericolosa, droga, seguiti dal fumo, così anche dai rapporti sessuali a rischio,

Si può dire che nel caso del alcol e della droga c'è una distribuzione abbastanza omogenea per quel che riguarda l'età, di fatto col crescere di questa aumenta la percentuale di coloro che hanno "qualcuno" o "molti" amici, che ne fanno uso.

Sono poi i ragazzi con padri liberi professionisti o commercianti e madri a loro volta libere professioniste o dirigenti ad avere nel loro gruppo più amici che fanno uso di alcol e droga. Tra i fattori meno diffusi si annoverano disturbi alimentari, attività sportiva eccessiva. In famiglia, invece, si può dire che l'alcol è ben diffuso, la bevanda maggiormente consumata è la birra seguita da superalcolici e vino.

Significativa è la correlazione tra fumo e professione padre, a fumare sono soprattutto i figli di artigiani e di commercianti con $p = 0,0386$ così come interessante è il rapporto ancora una volta tra tabacco e status economico, riferito alle madri, di fatto il vizio è più diffuso tra coloro che appartengono alle fasce estreme e cioè sia al ceto basso che a quello alto con $\chi^2 = 6,05$ $p = 0,0485$.

Il momento conclusivo dell'indagine è rappresentato dallo studio del comportamento, poiché una volta analizzate conoscenze e attitudini è fondamentale considerare quali sono le condotte reali e verificarne la corrispondenza.

Partendo dal considerare le abitudini del campione in base all'alcol si può ben dire che birra, superalcolici e vino sono molto diffusi.

In genere sono più i maschi che le femmine a farne uso, mentre per quanto riguarda l'età vi è una distribuzione abbastanza omogenea, infatti la pratica del bere aumenta con l'avanzare dell'età.

Coloro che bevono hanno molti amici che consumano alcol, ciò vale per tutte le bevande e in particolar modo per la birra con $\chi^2 = 39,20$ $p = 0,0000$ per i superalcolici con $\chi^2 = 26,71$ $p = 0,0000$. Si fa uso di queste bevande soprattutto alle feste con gli amici ma anche in famiglia in presenza dei propri genitori, per 75% dei casi lo si fa durante il fine settimana, ma il dato più preoccupante è che il 67% ricorre all'alcol quando si sente triste e depresso.

In questo caso dall'analisi del rapporto tra aver bevuto almeno un bicchiere di alcol e avere nel gruppo dei pari amici che bevono si deduce che l'alcol rappresenti un fenomeno molto esteso se rapportato alle altre sostanze considerate.

Di fatto sia per chi ha provato così come per chi non l'ha mai fatto alta è la percentuale di chi afferma di fumare al di sotto di dieci sigarette al giorno (54%) come alta è la percentuale degli amici che fanno uso di tabacco. Dall'analisi dei dati emerge che in molti casi chi fuma ha anche un genitore fumatore e più specificatamente alla domanda se si è fumatori, è risultato $OR = 1,10$, $IC\ 95\%$, $RR = 1,05$ con $p < 0,025$. È da notare dunque che su 500 soggetti alla domanda "sei fumatore?" il 54% ha risposto di fumare al di sotto di dieci sigarette al giorno, il 38% dichiara di non aver mai fumato, e il 7% di fumare dieci-venti sigarette al giorno.

Secondo il campione considerato i motivi che spingono le persone al rischio sono: “farsi notare” 67%, “dimostrare di avere il controllo della situazione” 76% , “divertirsi e portare avanti le proprie idee” 64%.

Conclusioni

La ricerca rivela una conoscenza che può essere definita parziale circa il fenomeno della percezione al rischio negli adolescenti. Un ruolo importante è svolto dai Mass Media nella trasmissione delle informazioni e tra questi, nello specifico, la televisione e le riviste. Ad ogni modo, se si analizzano le risposte trascritte nel questionario si osserva che i ragazzi conoscono il giusto significato della parola rischio, significato che spesso va a scontrarsi con i modi di pensare o con i comportamenti reali. L'indagine conferma quanto segnalato anche in studi precedenti, sull'elevato livello di conoscenza, tra gli studenti delle scuole superiori, delle varie modalità di percezione del rischio. Le informazioni su questo argomento sono state ottenute principalmente attraverso testi ed articoli ricavati da internet, mentre appare trascurabile il ruolo di educatori “istituzionali”, di insegnanti, scuola e famiglia. Questa carenza si rispecchia nel fatto che molte domande poste agli studenti riguardano esplicitamente il piano comportamentale riguardo ai rischi e alla percezione che gliene deriva. L'abuso di alcol, di sostanze stupefacenti, di fumo si sono rivelati indicatori che caratterizzano in modo abbastanza marcato il gruppo di adolescenti, configurandosi come possibili fattori di rischio.

Rischiare sembra dunque essere una condizione ineludibile, alla quale non si può rinunciare quand'anche gli individui si attrezzassero per controllare le conseguenze delle proprie condotte, degli eventi cui sono esposti, delle sostanze e delle tecnologie con cui entrano in contatto. Poco o tanto, ci si espone sempre a rischi. Gran parte dei rischi che si devono fronteggiare sono prevedibili, infatti se ne può valutare l'entità usando processi di ragionamento basati su determinati dati. Dopotutto si è cognitivamente attrezzati per valutare questi rischi, dato che si sono dovuti affrontare innumerevoli rischi e imparare a valutarne le conseguenze sulla base della frequenza con cui si sono manifestati. In ogni caso le valutazioni dei rischi che facciamo risultano distorte, e queste distorsioni, si riflettono sulle condotte rischiose adottate soprattutto dagli adolescenti e dai giovani adulti.

La sperimentazione e la pratica clinica hanno illustrato le modalità con cui alcuni individui manifestano una propensione morbosa per le sensazioni forti o la ricerca compulsiva della sfida della sorte. Il più delle volte gli adolescenti, sono guidati da un approccio audace al rischio, ritenendo però di essere in grado di calcolarlo, cioè di poterlo controllare grazie ad una meticolosa cura di tutti gli aspetti coinvolti nello svolgimento di quelle attività .

Le scelte operative non vengono quasi più condizionate dalla razionalità ma da un insieme di fattori sociali sia individuali sia collettivi, da pressioni consce ed inconscie.

Se di già nell'adulto diventa difficile operare scelte valutando le situazioni a rischio, nell'adolescente il rischio, o meglio la ricerca del rischio, rientra nei processi psico-fisiologici della crescita. Si tratta di differenziare fra situazione di rischio “buono” positivo e situazioni di rischio negativo.

Il comportamento giovanile nei confronti dell'alcol va correlato con altri comportamenti come quello della guida spericolata, delle sfide fra coetanei, dell'uso ed abuso di sostanze psicoattive. Quelli che un tempo erano dei codici sociali contenitivi oggi sono “attenuati” od accantonati e prevale l'affermazione della libertà individuale.

Bibliografia

Aiello F., Diamantini D. e Savadori L., “*Analisi cognitiva della propensione al rischio nell'uso di sostanze psicoattive*”, «Quaderni LasCoMES» (Laboratorio di Scienze Cognitive, Metodologiche ed Economico-Sociali), vol. 5.

Alberti T., “*La dipendenza da alcol*”, in P. Rigliano (a cura di), *In-dipendenze*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 114-148, 2000.

Amerio P.; “*Fondamenti teorici di psicologia sociale*”, Il Mulino, Bologna, 1995.

Benasayag M., Schmit G. (2004), “*L'epoca delle passioni tristi*” Feltrinelli, Milano (trad. it. Missina E., tit. orig. “*Les passions tristes*” Souffrance psychique et crise sociale, La Découverte, Paris, 2003).

Bonino S., Cattellino E., Ciairano S., “*Adolescenti e rischio*”, Giunti, Firenze, 2003.

Bonino S. (a cura di), “*Relazioni tra i pari e benessere psicosociale in adolescenza*”, *Psicologia contemporanea*, 149, 17-25, 2000.

Bonino S., “*Tra sesso e affetti*”, *Psicologia contemporanea*, 151, 40-48, 2000.

Bonino S., “*Comportamenti a rischio e guida pericolosa nei giovani*”. *Atti del convegno nazionale sulla sicurezza stradale “Psicologia del conducente ed incidentabilità sulla strada: analisi dei fattori di rischio*”, Politecnico di Torino, 11 aprile, 17-29, 2002.

- Caparra G. V. e Fonzi A., *“L’età sospesa”*, Giunti, Firenze, 2000.
- Cattellino E., *“Adolescenti tra rischio e benessere: prospettive temporali ed implicazione nel rischio”*, L’Ecole Valdotaine, 44, 12-15, 1999.
- Di Pietro M. L., *“Adolescenza e comportamenti a rischio”*, La Scuola, Brescia, 1995.
- Galimberti U., *“L’ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani”*, Feltrinelli, 2007.
- Griffiths M. D., Wood R.T.A., *“Risk factors in adolescence: The case of gambling, videogame playing, and the internet, Journal of Gambling Studies”*, 16: 199-225, 2000.
- Guelfi G.P., *“Il problema neurobiologico del gioco d’azzardo patologico”*, in D. Capitanucci, V. Marino (a cura di), *“La vita in gioco”*, Franco Angeli, Milano, pp. 49-58, 2002.
- Grosso L., *“Un cocktail di emozioni. Motivazioni al rischio e fattori protettivi”*, Animazione Sociale, 147, 54-60, 2000.
- ISTAT, Statistica degli incidenti stradali. Anno 2000.
- Lo Coco A., Pace U., Zappulla C., *“Autonomia emotiva in adolescenza e benessere psicologico”*, Età evolutiva, 69, 88-94, 2000.
- Oliverio Ferraris A., *“Fondamenti di psicologia dello sviluppo”*, Zanichelli, Bologna, 2002.
- Oliverio Ferraris A., *“La sindrome Lolita. Perché i nostri figli crescono troppo in fretta”*- Rizzoli, 2008.
- Palmonari A. (a cura di), *“Psicologia dell’adolescenza”*, Il Mulino, Bologna, 1997.
- Polmonari A., *“Gli adolescenti”*, Il Mulino, Bologna, 2001.
- Ravenna M., *“Psicologia delle tossicodipendenze”*, Mulino, Bologna, 1997.
- Savadori L., Rumiati R., *“Nuovi rischi, vecchie paure”*, Il Mulino, Bologna, 2005.
- Tonolo G., *“Adolescenza e identità”*, Il Mulino, Bologna, 1999.
- Verhofstadt Denevel., Kienhorst I., Braet C., *“Conflict and development in adolescence”*, DSWO Press, Leiden, 1996.

CONTESTI E RELAZIONI DI CURA. UNA RICERCA SULLE RETI SOCIALI NELLE DIVERSE RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICHE

CONTEXTS AND REPORTS OF CARE. A RESEARCH ON SOCIAL NETWORKS IN DIFFERENT PSYCHIATRIC

Chiara Sillitti

Riassunto

In questa ricerca ci proponiamo di esplorare le reti sociali dei pazienti con disturbi psichici gravi che vivono nelle diverse strutture residenziali pensate per loro (Comunità Terapeutica, Comunità Alloggio, Gruppo Appartamento). Attraverso il lavoro nelle Comunità si cerca di attuare un progetto individuale che miri ad una terapia multifunzionale, per riuscire a curare e, allo stesso tempo, cercare di estrapolare le parti sane del paziente per potenziarne le risorse a suo favore e accompagnarlo nel vivere una vita che valga la pena di essere vissuta.

L'obiettivo specifico di questo lavoro è la valutazione dell'articolazione delle reti sociali in relazione al percorso riabilitativo degli utenti all'interno dei differenti "contesti".

I risultati ottenuti dall'analisi dei dati di ricerca hanno consentito di raggiungere l'obiettivo della ricerca, ovvero esplorare le reti sociali di alcuni pazienti psichiatrici che vivono nelle diverse residenzialità oggi previste dalla legge (C.T.A., Comunità Alloggio, Gruppo Appartamento), e scoprire inoltre quali tra queste strutture facilita l'inserimento in reti sociali positive o la creazione e il rimodellamento di queste per il benessere del paziente.

Parole chiave: "reti sociali" "comunità terapeutica" "comunità alloggio" "gruppo appartamento" "carta di rete" "cura pazienti psichiatrici" "strutture residenziali"

Abstract

In this research we aim to explore the social networks of patients with serious mental illness living in different social housing designed for them (Therapeutic Community, Community Housing, Apartment Group).

Through the work in communities we try to implement an individual project which aims at a multi functional therapy, to be able to treat and, at the same time, try to extrapolate the healthy parts of the patient to enhance the resources in his favor and take him to live a life worth living.

The specific objective of this work is the evaluation of social networks articulation in relation to the users' rehabilitation path within different "contexts".

The results obtained from the analysis of research data permitted to achieve the objective of the research, that is to explore the social networks of some psychiatric patients living in different social housing now provided by law (CTA, Community Housing, Apartment Group), and find out which of these structures also facilitate the insertion in positive social networks or the creation and the remodeling of these for the welfare of the patient.

Keywords: "social networks" "therapeutic community" "community housing" "apartment group" "network card" "care of psychiatric patients" "residential structures"

Introduzione

Il campo della psichiatria ha subito notevoli cambiamenti nel corso della storia, diversi sono stati i movimenti che hanno portato una nuova idea di salute e di malattia e ciò ha avuto notevoli ricadute sia sulle istituzioni che se ne occupavano facendosene carico, sia sul più ampio contesto sociale e culturale.

Prima del movimento che portò alla chiusura degli ospedali psichiatrici e all'apertura di servizi psichiatrici territoriali, l'assistenza psichiatrica si fondava, quasi esclusivamente, sull'idea di malattia intesa come un'emergenza strettamente medica, da fronteggiare attraverso cure farmacologiche ed attraverso interventi basati più sulla protezione della società dal paziente. Di fatto prevaleva l'emarginazione materiale del paziente dal suo gruppo, e la delimitazione rigida nel paziente della sofferenza. L'innovazione profonda conseguente al movimento di rinnovamento della psichiatria implicò l'affermarsi di un'ottica diversa, fondata prevalentemente sul modello antropologico-relazionale della malattia, rispetto a quello esclusivamente biologico.

In quest'ottica la malattia veniva sempre più considerata come il risultato di una serie di relazioni interiorizzate, e quindi connessa al gruppo di appartenenza dell'individuo sofferente (Lo Verso, 1994).

Da qui, la necessità di nuovi modi di curare la malattia mentale; in Italia fondamentale a riguardo fu la Riforma "Basaglia" che portò la chiusura dei cosiddetti "manicomio" e l'impegno a pensare a luoghi di cura differenti, meno

istituzionalizzati e istituzionalizzanti. Fu qui che nacquero le Comunità Terapeutiche, nuove residenzialità in cui si cerca di curare il malato mentale evitando di precludergli una vita sociale e nuove possibilità, reintegrandolo nel tessuto sociale.

Proprio per questo motivo, uno degli obiettivi fondamentali delle Comunità è che l'utente possa riuscire a tessere una rete sociale più ricca, che lotti contro il superamento dello stigma, che sia allo stesso tempo solida e flessibile, che lo possa sostenere nel suo cammino di guarigione, verso una vita "normale", diversa da quella a volte soffocante di "paziente".

La centralità della relazione nella vita psichica e nella psicopatologia rimanda alla centralità della relazione nel lavoro psicologico, psicoterapeutico e nella cura e ciò implica un andare incontro alla realtà della salute e della sofferenza della persona come a un problema relativo alle reti relazionali più prossime all'individuo (famiglia, gruppi di riferimento), ma anche al contesto più allargato della socio-cultura di appartenenza della persona stessa.

In questo senso, nella promozione della salute mentale e nel trattamento della malattia mentale, acquistano un rilievo centrale l'approccio alla comunità (Di Maria, Lavanco, 1996; Barone, Bellia, 2000) e l'attenzione alla costruzione e alla valorizzazione della relazione sociale: non si può separare l'utente di una residenzialità psichiatrica dalla rete entro la quale egli costituisce un punto nodale. Non si può curare senza il coinvolgimento della realtà locale, non è possibile pensare ad una residenzialità psichiatrica indipendente dalle reti sociali e dall'organizzazione dei servizi, priva di un ancoraggio sul territorio (Giordano, Giannone.). Comunità Terapeutica, Comunità Alloggio e Gruppo Appartamento sono i differenti contesti di residenzialità che hanno differenti modi nel lavorare per l'autonomizzazione, l'adattamento e l'inclusione nella società, il cui comune denominatore è la continua osmosi con il territorio, per cercare di combattere qualsiasi stigma e cercare di evitare l'esclusione sociale.

Partendo da questa premessa, questo lavoro porta avanti una ricerca che si propone di esplorare le reti sociali dei pazienti con disturbi psichici gravi che vivono nelle diverse strutture residenziali pensate per loro (Comunità Terapeutica, Comunità Alloggio, Gruppo Appartamento) e scoprire inoltre quali tra queste strutture facilita l'inserimento in reti sociali positive o la creazione e il rimodellamento di queste per il benessere del paziente. E' ormai da molti anni che i "malati di mente" all'interno delle strutture di cura, ed in parte anche nella società odierna, non vengono più considerati "pazzi" irrecuperabili, da tener lontano e da emarginare dal resto della società; non vengono più etichettati definitivamente ed irrimediabilmente, ed esclusi dalle comunità locali; attraverso il lavoro nelle Comunità si cerca quindi di attuare un progetto individuale che miri ad una terapia multifunzionale, per riuscire a curare e, allo stesso tempo, cercare di estrapolare le parti sane del paziente per potenziarne le risorse a suo favore e accompagnarlo nel vivere una vita che valga la pena di essere vissuta.

Lo strumento utilizzato per la ricerca è la Carta di Rete, uno strumento di mind-imaging che permette di visualizzare (attraverso un foglio in cui la persona scriverà) le reti sociali degli individui, allo scopo di capire quanto queste siano ricche o povere, ma anche per differenziare le diverse tipologie di legame (normale, forte, debole, ecc.).

L'obiettivo specifico di questo lavoro è la valutazione dell'articolazione delle reti sociali in relazione al percorso riabilitativo degli utenti all'interno dei differenti "contesti".

Le nuove residenzialità nascono proprio grazie al lavoro di pionieri come Franco Basaglia, che come detto ampiamente nel capitolo precedente ha totalmente rivoluzionato il modo di vedere i pazienti psichiatrici e di conseguenza il modo di trattarli, curarli, di considerarli. Diviene quindi fondamentale pensare a nuovi luoghi di cura, strettamente collegati ai bisogni dei pazienti, alle cure più adatte e al territorio di riferimento; l'accento viene posto soprattutto sulla riabilitazione; è importante dire che gli assi su cui si fonda l'aumento della capacità contrattuale dei pazienti psichiatrici e quindi sui quali dovrebbe agire il processo di riabilitazione sembrano essere tre: socializzare, abitare, lavorare. Socializzare sta ad indicare la possibilità di ricucire la trama di relazioni del soggetto, laddove esse si siano lacerate, sfibrate a causa della malattia. La riabilitazione deve occuparsi della casa come conquista concreta. Il concetto di casa (secondo asse) diventa essenziale per rispondere alle esigenze di residenzialità degli utenti psichiatrici; ci si riferisce a strutture residenziali a diversa intensità sia terapeutica sia di assistenza, costruite per i bisogni differenziati e per soggetti differenziati, ma comunque tutte fortemente connotate come case, luogo in cui ci si può appropriare della propria identità, abilità, senso e potere contrattuale.

Terzo asse del processo riabilitativo è il lavoro. La riabilitazione è intesa come un intervento multidisciplinare attraverso il quale ogni utente può riappropriarsi della sua storia ed essere protagonista della propria progettualità; essa si configura quindi come prassi di ripersonalizzazione. Per una fascia di utenza che ha già raggiunto un buon livello di adattamento bisogna che si arrivi ad avere anche una qualità della vita soddisfacente. Il lavoro è considerato un'attività privilegiata per raggiungere il traguardo dell'integrazione, della realizzazione personale e dell'accesso ai diritti di cittadinanza.

Il lavoro permette inoltre di recuperare tutte le abitudini ed il sistema di vita di ogni soggetto normale: alzarsi presto, vestirsi, rispettare gli orari, avere un obiettivo, avere rapporti coi colleghi. Inoltre, il lavoro e la retribuzione sono collegati al riconoscimento di una dignità individuale. L'abitare è un asse fondamentale del processo riabilitativo, perché soddisfa i bisogni fondamentali dell'individuo: diritto alla cittadinanza, ricevere sostegno e cura, stabilire nuove relazioni, incentivare le proprie risorse.

La Comunità Terapeutica, che sia essa C.T.A., Comunità Alloggio o Gruppo Appartamento, deve ancorarsi al territorio, in osmosi continua con questo, e connettersi alle reti sociali e all'organizzazione dei servizi al fine di evitare il rischio di un qualsiasi processo di esclusione sociale insito nell'invio stesso al trattamento residenziale. I cittadini della comunità locale diventano una risorsa preziosa nella cura del paziente, attraverso la loro accoglienza,

istruzione, valorizzazione; il paziente, a sua volta, può diventare una risorsa unica per la cultura della comunità locale, portando i valori della solidarietà, dell'affettività, dell'inclusività.

Per le persone affette da grave patologia mentale a nostro avviso risulta decisiva la coniugazione tra la fase della cura e quella inclusione sociale.

La cura dalla etimologia della lingua italiana viene intesa come: un "pensiero attento e costante, ad una sollecitazione affettuosa"; ma anche come "l'insieme dei rimedi usati per guarire da una malattia, ad una terapia" (Dizionario Garzanti).

L'inclusione sociale è intesa come includere, nel senso di "chiudere dentro" (Barone, 2005). In insiemistica si dice che un elemento è incluso quando è contenuto in un altro (inserire significa mettere una cosa dentro l'altra). La differenza è notevole il malato non è una forma aliena alle dinamiche sociali che tutti viviamo, ma ne è parte. La questione non è quindi quella di qualcuno che è fuori e va messo dentro, ma di qualcuno che è dentro in un modo non accettabile dal dentro. Includere è una operazione che tutti i contesti hanno come competenza, ciò che è dentro va incluso e non vi è mediazione possibile pena la crisi della stessa organizzazione (nel senso di un patto fra due entità autonome). Se si parte dalla premessa che i processi di inclusione già esistono in un certo contesto, il punto nodale diventa: Come mai non hanno funzionato e cosa dobbiamo fare perché funzionino?

Innanzitutto è importante specificare che oggi con il termine "guarigione" non si intende un "ritornare alla vita precedente" le prime manifestazioni sintomatologiche, luogo temporale astratto e spesso chimerico, ma neanche semplicemente imparare a "stare nel sociale" senza alcuna speranza di alleviare la propria sofferenza psichica, quanto piuttosto "abbracciare possibilità nuove di esistere", portando a compimento un processo terapeutico evolutivo e co-evolutivo (Barone, Bellia, 2003).

In realtà studi scientifici di letteratura hanno già dimostrato che il 25% delle persone con schizofrenia guariscono del tutto (in questo caso si parla di *guarigione clinica*), circa il 50% raggiunge un risultato positivo che viene definito *guarigione sociale* (nel senso che presentano alcuni sintomi ed è quindi necessario mantenere un sostegno terapeutico, anche se la persona recupera le proprie capacità relazionali ed affettive e mantiene un soddisfacente ruolo familiare e sociale), mentre il restante 25% ha difficoltà a migliorare, necessitando conseguentemente di interventi clinico-sociali e psicoterapeutici continuativi e duraturi (Sternai, 1995; Bedoni, 1995).

Anche nei casi di guarigione sociale, quindi, malgrado la persistenza di una sintomatologia disabilitante, la valutazione sull'efficacia terapeutica della cura psichiatrica si fonda sulle effettive possibilità che dimostra il paziente di poter e saper partecipare a sempre nuovi e più complessi contesti di vita e di lavoro: aprendosi così alla possibilità di co-evolvere assieme alle reti sociali che lo attraversano.

Curare la psicosi significa co-costruire un contesto nei quali operatori e pazienti abbiano la possibilità di vivere relazioni significative, affettivamente investite che possano favorire una evoluzione psichica fino ad allora paralizzata da processi di difesa psicotica.

E' essenziale che nei vari contesti di cura (ambulatorio, domicilio, comunità spdc, ecc.) possa essere riconosciuta l'importanza delle relazioni umane che si determinano tra i pazienti e gli operatori. Attraverso un lavoro di gruppo è possibile per gli operatori riconoscere il senso ed il valore della relazione. Relazione che solo così può acquisire una valenza terapeutica. Una relazione che sia orientata allo sviluppo della terapeuticità dei contesti di vita dei pazienti. Contesti che diventano setting in quanto abitati da gruppi di persone che condividono la responsabilità del progetto terapeutico.

La cura del disagio mentale grave trova nella Comunità Terapeutica (CT) lo sforzo più rappresentativo di realizzare una presa in carico globale e di concretizzare progetti "riabilitativi" e di inclusione sociale.

Tom Main, uno dei padri fondatori del "modello inglese" della CT, la descrive come "un tentativo di utilizzare l'ospedale come una comunità il cui scopo immediato è la piena partecipazione alla vita quotidiana di tutti i suoi appartenenti, mentre l'obiettivo finale è la reintegrazione dell'individuo nella vita sociale". Una struttura per la cura e la riabilitazione del malato mentale come la Comunità Terapeutica dovrà tenere conto delle seguenti indicazioni:

1. La struttura non dovrà essere isolata dall'ambiente sociale da cui il malato proviene, così da evitare la rottura dei legami familiari e sociali;
2. Dovrà essere un mondo aperto in continua osmosi con l'esterno che avrà anzi la funzione di dinamizzarlo e di mantenerlo, il più possibile, ad un livello di realtà;
3. Dovrà basarsi su rapporti democratici in cui l'autorità del medico o dell'infermiere e degli operatori nei confronti del malato sia mantenuta nei limiti del proprio ruolo tecnico;
4. Dovrà essere un luogo la cui finalità prima, sarà sempre presente: la cura del malato mentale che - proprio in quanto tale - ha bisogno di uno spazio in cui espandersi ed imparare a riconquistare un esatto rapporto con il reale, il senso della propria forza e libertà personale e la propria misura nel rapporto con gli altri;
5. Dovrà tendere ad essere una struttura democratica elastica, che contenga in sé la possibilità di autodistruggersi per mutare, prima di iniziare ad agire sul malato come uno spazio che gli si impone e non più come il luogo in cui egli trovi la sua dimensione;
6. Dovrà essere una comunità più che un ospedale dove il malato trovi la possibilità di soddisfare le proprie esigenze personali, anche nel dialettizzare con gli altri: malati, infermieri, operatori e medici.

Una comunità che, dinamizzata dal suo continuo rapporto con l'esterno - e quindi problematizzata dalle contraddizioni della realtà sempre presente - non si cristallizzi nel costruirsi come una microsocietà ideale dove il desiderio di perfezione finisce per compiacersi di sé.

Una comunità le cui strutture stesse tendano a facilitare i rapporti interpersonali fra coloro che la compongono.

Una comunità libera -senza recinti ne barriere- dove l'azione protettiva viene esercitata dalla reciproca responsabilizzazione, nata non da un senso di umanitarismo che si rivelerebbe antiterapeutico ma da necessità tecniche, dato che non si può fare a meno.

Una comunità della cui organizzazione tutti i componenti sono responsabili alla stesso titolo; dove non vi può essere fra malati e staff un divario qualitativo che tenderebbe a distruggere e negare ogni spontaneità nell'andamento generale, che deve risultare il frutto di un'attività di gruppo .

Una comunità dove sono le persone che determinano le regole sulla base delle loro esigenze.

L'ipotesi di fondo delle C.T. è che la riabilitazione dell'individuo non deve essere solo la restituzione dei suoi diritti formali, ma anche la restituzione dei suoi diritti esistenziali, (diritto all'incontro con l'altro, diritto a partecipare alla comunità locale, diritto di aderire a percorsi alternativi di cura che gli permettano di ricevere sostegno sociale, diritto al lavoro...), è solo attraverso tale costruzione relazionale, affettiva, e produttiva che si realizza la "riabilitazione": l'utente di una C.T. non può essere slegato dalla rete di cui egli è punto nodale. La C.T. deve ancorarsi al territorio, in continua osmosi con questo ed evitare ogni possibile processo di esclusione sociale insito nell'invio stesso al trattamento residenziale.

Riguardo l'organizzazione del quotidiano e le attività riabilitative, nel contesto comunitario diventa difficile poter distinguere i processi trasformativi legati ad interventi terapeutici formalmente definiti da quelli legati a processi aspecifici connessi alla matrice terapeutica della convivenza. In ogni giornata della comunità operatori e pazienti svolgono insieme molte attività, ed è proprio questo fare con, dotato di senso, che qualifica lo specifico terapeutico della Comunità. Nel corso della giornata si alternano fasi strutturate e non, ed è anche possibile che proprio a tali momenti non strutturati si possano circoscrivere molti dei progressi del paziente.

Fondamentali inoltre sono i gruppi in una comunità, momenti in cui ci si confronta, si parla, ci si organizza; sono spazi e tempi in cui poter pensare e dare significato alle cose, in cui poter comunicare ed elaborare le emozioni ed i vissuti. È importante sottolineare che gli elementi specifici del gruppo sono quattro: la relazione (il gruppo è un network di condivisione di significati e di donazione di senso agli accadimenti e alle emozioni); la circolarità (qualunque fenomeno gruppale si svolge in un campo di condivisione emotivo-cognitiva che coinvolge tutti, compreso il conduttore); la trasformazione (gli eventi gruppali sono dinamici: non vi si osserva il fatto, bensì il cambiamento); la molteplicità (dei soggetti, dei fenomeni, delle rappresentazioni, delle culture..).

Un'altra struttura residenziale per i pazienti psichiatrici è la comunità alloggio. Essa è una struttura prevista in appartamento condominiale e ben inserita nel contesto cittadino. Ha la caratteristica di essere di piccole dimensioni e ospita da 5 a 10 persone, disabili psichici, con lo scopo di favorire in reinserimento nel tessuto sociale. La riabilitazione è inserita all'interno della quotidianità, usufruendo degli spazi sociali (cinema, pizzeria, giardini). E' proprio la quotidianità che manca al paziente psicotico, intesa come scegliere i vestiti, fare la spesa, cucinare, prendersi cura della propria persona. Ciò che per noi rientra nella normalità. La comunità alloggio si propone come un luogo familiare, dove si offre la possibilità di recuperare le abilità di una vita "normale". Gli operatori sociali sono coinvolti costantemente nelle particolari attività socio-riabilitative della casa. Il gruppo svolge una funzione che si può definire di "io ausiliario collettivo". Nel gruppo, l'operatore deve rinunciare alla possibilità di "fare al posto di" per "fare insieme" collaborando per la gestione della casa. La comunità alloggio, attraverso un lavoro individuale e di gruppo, si propone di sostenere il recupero della soggettività perduta, e come in una famiglia sana deve aiutare e accettare che i figli, quando sono pronti, vadano via da casa.

Progressivamente, la funzione della comunità deve essere volta a favorire in maniera graduale l'emancipazione, e la promozione della autosostenibilità del paziente favorendo lo sviluppo di relazioni di interdipendenza caratterizzate da coinvolgimento, partecipazione, reciprocità. Bisogna, cioè, riconoscere accanto ai bisogni integrativi, anche quelli evolutivi, favorire, una volta che il soggetto ha raggiunto un buon grado di coesione, anche la coerenza. Questo implica la non semplice operazione di concepire e organizzare il quotidiano, articolandolo in azioni, momenti, gesti, che abbiano questo senso. In comunità, allora, a tempo debito, viene favorita l'autonomia rispetto alle faccende domestiche e viene attuato un progressivo passaggio dal fare insieme al fare da soli.

Piccoli incarichi, come ad esempio preparare il caffè, andare a fare la spesa da soli, scambiare i soldi, contattare l'amico idraulico per far riparare un rubinetto, hanno un grande valore. Implicano il riconoscimento di una abilità, favoriscono il senso di partecipazione alla vita di comunità e la sperimentazione di una graduale autonomia. Inoltre, sono espressione del fatto che l'operatore si fida e affida al soggetto delle responsabilità; la relazione in quei momenti si pone su un piano di reciprocità.

Come insegna Racamier, bisogna aver in mente e cercare di mettere in opera idee e azioni, all'interno della comunità, che possano configurarsi come delle "azioni parlanti", azioni cioè che assumano un valore transizionale tra l'ordine psichico e l'ordine pragmatico, tra il sé e l'altro, tra la dimensione soggettiva e quella del gruppo, tra l'io e il noi.

La casa, con la sua funzione protettiva e di demarcazione fra il dentro e il fuori, consente per eccellenza la risposta ai bisogni primari di qualsiasi persona. Rappresenta l'elemento necessario per garantire il benessere dell'individuo. Costituisce il contesto più intimo nel quale si trova rifugio quando ci si sente fragili.

E' pertanto anche uno degli strumenti fondanti che compongono il contesto terapeutico, principale presupposto per un intervento adeguato con persone che non hanno sviluppato una adeguata sicurezza di base ovvero persone con disagio psichico grave.

Negli anni si è andato sempre di più a mettere l'accento sull'importanza e il grande contributo offerto dalla casa: chi manca delle esperienze di calore e di intimità, vissute primariamente nella casa, subisce una grave negazione della

possibilità di sognare e del senso del proprio essere-nel-mondo, che allora sarà vissuto in maniera alienata e alienante.

Se privati di una tale esperienza piena e nutriente che non consente la costruzione di una adeguata sicurezza di base, può venir compromesso lo sviluppo sano di parti del Sé relative alla propria chiarezza di confini e di integrità del corpo.

L'attenzione al contesto garantisce il contenimento necessario per lo sviluppo di un adeguato senso di appartenenza e di orientamento spazio-temporale.

La comunità alloggio, a tal riguardo, possiede un presupposto di base che consente un valore aggiunto nel prendersi cura, specificatamente quello di essere una casa a tutti gli effetti, una casa che possiede quei presupposti di base per lavorare a favore della cura della persona, verso la quale i residenti possono aver sviluppato in passato delle esperienze non sufficientemente nutrienti.

Infine, come residenzialità più innovativa, visto che è nata negli ultimi anni, parliamo del Gruppo Appartamento.

Prima della riforma psichiatrica, l'innovazione che si voleva apportare era quella di passare dal manicomio alle strutture residenziali intese come spazi che restituiscono importanza al vivere in comunità, oggi la nuova sfida è invece passare dalle strutture residenziali al reale sostegno all'abitare ed alla convivenza civile.

Con il sostegno all'abitare intendiamo fare infatti un passo avanti rispetto alle quotidiane pratiche di presa in carico dei pazienti gravi. Con tutto ciò si vuole proporre una pratica clinica tesa allo sviluppo dell'autonomia del soggetto/paziente, affinché sia lui stesso "il padrone di casa" e non più "l'ospite delle strutture residenziali".

A sottolineare tre fattori di processo fondamentale cui ricondurre la terapeuticità di questo strumento:

1. i pazienti che vi abitano acquisiscono maggiore potere personale e sociale, che mettono in atto attraverso una maggiore capacità negoziale con tutti gli operatori *psy* che fanno parte dei loro gruppi curanti;
2. gli operatori che vi lavorano vengono vissuti dai pazienti, da un lato come punto di riferimento clinico e sociale fondamentale, ma dall'altro come persone da cui doversi pian piano emancipare. Ciò viene agito quotidianamente attraverso una modalità relazione ambivalente caratterizzata da incontro-scontro e da dipendenza-controdipendenza, cui il clinico deve sempre prestare molta attenzione per le potenzialità iatrogene insite in essa. Una mancata supervisione di tale dinamica gruppale avrebbe infatti come esito l'impossibilità per i pazienti di fare quella fondamentale esperienza terapeutica dell'avere ancora bisogno di una guida, e nello stesso tempo sperimentare quell'autonomia che fa nascere il desiderio di "potercela fare da solo";
3. la relazione fra i pazienti è paritaria e, come in qualsiasi gruppo di pari, si sperimentano emozioni, comportamenti, sentimenti di sana competizione, ma anche di collaborazione, nella convivenza e nella gestione della casa, senza bloccare in ognuno la nascita del bisogno di sperimentare all'esterno nuove relazioni con propri amici e conoscenti.

Gli operatori sono quindi messi a dura prova da queste dinamiche relazionali che portano i pazienti a "metterli costantemente in discussione". Questi devono farsi carico del conflitto con e tra i pazienti, senza dimenticare il conflitto sociale ed istituzionale nel quale prende quotidianamente forma il processo di cura attraverso il gruppo-appartamento.

Il sostegno all'abitare è garantito, quotidianamente, da operatori di supporto (educatore, assistente sociale). Questi garantiscono la loro presenza per un'ora al giorno ed il loro compito è di sostegno riguardo alla gestione della casa (lista della spesa, pulizie, acquisto farmaci, preparazione pasti); gli operatori, quindi, non si alternano per ricoprire l'intera giornata, e la notte i pazienti rimangono da soli, avendo a disposizione, in caso di necessità, dei numeri telefonici utili.

Un'altra innovazione è data dallo svolgimento delle riunioni in forma meno strutturata: gli incontri avvengono in cucina, quando si prende il caffè, scambiando opinioni, discutendo di problemi, come in una comune casa la mattina prima di andare al lavoro.

Il gruppo, in questo caso, funziona come un gruppo di auto-aiuto, cercando di rinforzare il senso di identità e di appartenenza di chi abita in questo appartamento.

Il gruppo appartamento ha segnato definitivamente il passaggio dal concetto di "residenzialità + attività riabilitativa" a quello di "lavoro + sostegno all'abitare", infatti il gruppo appartamento ha come preconditione indispensabile l'inserimento lavorativo; il lavoro costituisce il passaggio importante per l'autonomia e lo svincolo della "famiglia" e/o della struttura residenziale.

La rete sociale in questi contesti è un concetto fondamentale, in quanto espone un punto di vista nuovo sulle relazioni, che vengono viste come terapeutiche e che possono essere costruite nei contesti di cura innanzi tutto, e successivamente anche di vita e di lavoro.

Le reti di cura, hanno la proprietà estetica di ri-costruirsi mentre si adagiano sul territorio e la proprietà etica di donare quindi sempre nuovi significati e nuove identità ai territori sulle quali vengono stese.

Le reti sociali e le reti di cura sono quindi delle operazioni o meglio prassi terapeutiche. La rete si rende visibile sul territorio proprio nell'azione di costruzione dei nuovi nodi e di tessitura dei nuovi legami tra i nodi.

Non esiste quindi una rete salda ed imperitura, costruita e data una volta per tutte. La rete abita la dimensione della provvisorietà e non riuscirà mai ad imbrigliare completamente il territorio e quindi ad imbrogliare il clinico attento. La rete potrà anche smagliarsi e rendersi maggiormente visibile proprio laddove manca (ciò è particolarmente evidente nel caso in cui le reti di cura non funzionano come dovrebbero), ma è anche necessario rendersi consapevoli che c'è sempre qualcun'altro che sta avviando, da qualche altra parte del territorio, un nuovo lavoro di

tessitura e di imbastimento che lo porterà ad incrociare la sua rete con la nostra e che, conseguentemente, ci porterà a modificare la trama dei nostri legami (Fasolo, 2005).

Fare rete significa, dunque, vivere operosamente la provvisorietà, testimoniando quella fiducia nell'essere umano inteso come soggetto che ha costantemente un'ulteriorità da realizzare.

Sulla via di questo ragionamento, riproponiamo con Esposito (2002), quella sorta di bisticcio di parole che è l'espressione heideggeriana: legami che sciolgono.

Mettere in piedi una organizzazione di rete, non deve quindi significare intrappolare o imprigionare, ma invece realizzare legami che, intanto che legano, hanno il potere di sciogliere, e quindi il potere di mettere la persona nella condizione di non vivere più in una visione angusta della propria realtà, ma di sapere riconoscere le proprie potenzialità trasformative.

Intendiamo quindi con Vezzani (2005) i nodi della rete come quei punti che oltre a tendere i legami permettono contemporaneamente di sciogliere la rete stessa, ricordando che una rete per crescere deve prima sciogliere alcuni nodi per poi intrecciare nuovi legami.

La rete può essere strumento di lettura e di analisi della realtà sociale ed in particolare delle relazioni umane, ed al tempo stesso modello d'intervento per la soluzione di problemi.

Il concetto, infatti, si presta facilmente a passare da un contesto teorico ad una applicazione di tipo pratico, e proprio da tale trasposizione nasce il lavoro sociale di rete. Sul piano operativo lavorare in rete significa promuovere, facilitare, organizzare l'instaurarsi di legami tra differenti soggetti allo scopo di attivare risposte a bisogni. Questo modo di ragionare, e quindi poi, di operare comporta elementi di vantaggio abbastanza importanti.

Innanzitutto l'ottica della rete va oltre l'ormai superato modello lineare di risposta e permette di affrontare in maniera integrata le differenti sfaccettature di problemi complessi come quelli umani. Si agisce in tal senso su più fronti, cercando di favorire l'incontro dei bisogni con le risposte reperibili nell'ambiente, minimizzando gli effetti dispersivi.

In una visione ecologica, il benessere dell'individuo non può derivare da un singolo intervento di aiuto, una singola relazione, dall'erogazione di una singola prestazione specialistica, ma può essere senz'altro favorito da un insieme armonioso di tutti questi elementi. Perché ciò possa avvenire è possibile mettere in atto differenti tipi di strategie: alcune mirate allo stimolo ed al consolidamento di relazioni già esistenti; altre destinate invece alla creazione, a lungo termine, di nuovi legami e di nuove sinergie.

I soggetti che possono essere coinvolti sono molti: individui, famiglie, volontari, operatori dei servizi pubblici e non, leader comunitari e così via. Nella prospettiva di rete il lavoro con il singolo, il gruppo, l'organizzazione, la comunità trova una sua naturale ricomposizione; per la presenza di legami di interdipendenza, ogni azione ha simultaneamente effetti su più soggetti.

La questione del Setting ci porta direttamente alla riflessione sulla costruzione concreta del campo mentale terapeutico, al di là degli specifici assetti operativi utilizzati. La fondazione del lavoro terapeutico dipende infatti da un lavoro sul campo co-transferale istituzionale, attraverso un'opera costante dell'operatore della salute mentale di negoziazione e rinegoziazione del suo ruolo rispetto al bisogno del paziente. Partendo dal posto che il paziente gli assegna nel suo mondo, il clinico deve cioè riuscire, a sua volta, a collocare il paziente nel proprio mondo professionale (rete istituzionale e comunitaria di riferimento) oltre che nel proprio mondo personale (matrice delle identificazioni familiari e sociali).

Tutto questo riporta inevitabilmente il concetto di rete sociale. Solo una solida e flessibile rete di gruppi e di servizi attorno ai pazienti, potrà essere capace non solo di curarli, sostenerli e contenerli quando è necessario, ma anche di lasciarli andare quando è arrivato il momento. (Fasolo, 2002). Nuove reti sociali vuol dire nuovi mondi da abitare e quindi maggior possibilità di contrattazione sul "posto" da occupare in essi.

Il processo psicoterapeutico viene così inteso come pratica di sostegno alla creatività dei soggetti, di crescita personale e professionale, di trasformazione e consapevolezza psicologica che apra alla possibilità di confrontarsi con le pulsioni distruttive e con il senso di colpa che queste accompagna.

Solo così la cura della dei disturbi psicotici ed affettivi o la presa in carico del grave disagio psico-sociale, può permettere a tutti quei professionisti della salute mentale che con essa si cimentano di non rassegnarsi né alla incurabilità, né tanto meno alla inguaribilità della sofferenza mentale. Ma di guardare a questa come fatto psicologico e sociale basilare per il lavoro clinico nei contesti urbani contemporanei. La relazione terapeutica può così essere declinata in tutti gli atti concreti della vita quotidiana, che gli operatori, i pazienti ed i familiari compiono nell'abitare i luoghi delle proprie comunità di appartenenza. Accettare di entrare nel mondo del soggetto sofferente vuole quindi dire, con parole etnopsichiatriche, accettare quest'ultimo nella sua "lingua-madre", riconoscendolo come l'informatore principale sulla propria sofferenza e quindi invitandolo a "discutere le nostre osservazioni, ad argomentare le nostre ipotesi, a condividere la responsabilità del trattamento da quel momento elaborato in comune" (Nathan, 1998). In termini psicosociali possiamo dire che consiste nell'esplorazione del "territorio di vita" della persona sofferente. Tale territorio è co-determinato principalmente dalla persona stessa, dalla sua famiglia e dall'ambiente sociale più ampio che li contiene, e che di conseguenza contiene anche il clinico.

Materiali e metodi

La presente ricerca intende esplorare le reti sociali dei pazienti che vivono nelle diverse residenzialità psichiatriche di cui si è ampiamente parlato precedentemente (C.T.A., Comunità Alloggio, Gruppo Appartamento). In particolare,

L'obiettivo specifico di questo lavoro è la valutazione dell'articolazione delle reti sociali in relazione al percorso riabilitativo degli utenti all'interno dei differenti contesti residenziali.

L'ipotesi alla base di questa ricerca è che si possa trovare un'estensione più ampia delle reti sociali in quelle residenze, quale il Gruppo Appartamento, che prevedono per coloro che vi abitano un livello di autonomizzazione più alto. La ricerca ha come soggetti gli ospiti di tre comunità residenziali del territorio palermitano e si iscrive all'interno di una ricerca più ampia coordinata dalla Prof.ssa Giordano in collaborazione con il Co.Re.Ca.F. (Coordinamento Regionale Case Famiglia) dal titolo "Contesti relazionali e campi terapeutici: i percorsi riabilitativi nella residenzialità psichiatrica". La scelta delle Comunità in cui realizzare la ricerca è stata, infatti, concordata con la presidente del Co.Re.Ca.F. sulla base della disponibilità alla valutazione da parte degli operatori delle comunità e sulla base del lavoro di reinserimento sociale svolto nelle stesse.

La ricerca ha previsto la somministrazione dello strumento Carta di Rete a n. 19 pazienti che vivono nelle tre residenzialità psichiatriche scelte. In particolare, n. 10 soggetti abitano in C.T.A, n. 6 in Comunità Alloggio e n. 3 in Gruppo Appartamento. La loro età varia, dai 25 ai 60 anni, come d'altronde vari sono i disturbi del loro profilo diagnostico: la maggior parte sono schizofrenici, alcuni ben adattati alla realtà, altri ancora completamente disorganizzati. Inoltre, per la maggior parte di loro la storia riguardo la residenza all'interno dei luoghi della Salute Mentale è molto lunga; solo i più giovani, per ovvie ragioni, si trovano in Comunità da pochi anni; anche coloro che adesso abitano nel Gruppo Appartamento si sono trovati a vivere un periodo molto lungo in C.T.A, prima di diventare quasi completamente autonomi.

Per i fini della ricerca e per operare un confronto tra i soggetti-ospiti delle diverse residenzialità, i soggetti della ricerca sono stati divisi in tre gruppi in base al luogo di residenza.

Lo strumento utilizzato è la Carta di Rete Personale; questa è una tecnica di *mind-imaging* derivata dalla ricerca sociologica moderna sulle reti sociali, che rappresenta graficamente, con specifici simboli, le reti relazionali del soggetto e la ricostruzione soggettiva del suo modo di abitare il mondo, attraverso la costruzione di una sorta di mappa pluritematica, che permette di visualizzare, in maniera riflessiva con il mondo sociale esterno, il mondo psichico interno (Fasolo F., Tirelli M., Batocchio B., e coll., 2003; Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A., 2005)

Essa nasce come strumento di indagine psico-sociale, a partire dalle teorie delle reti, sociali sviluppate dall'epidemiologia sociale per studiare la correlazione dei fattori sociali di rischio nelle malattie psico-somatiche e cronico-degenerative (Berkman, Kawachi, 2000; Sanicola, 1995). Si evolve successivamente come strumento descrittivo-diagnostico, nell'ambito della psicopatologia, in accordo con le più recenti teorizzazioni sulla salute mentale di comunità e la psicoterapia analitica di gruppo (Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A., 2005).

Attraverso simboli appositamente predisposti e seguendo una disposizione ego-centrata, diventa così possibile rappresentare graficamente e visualizzare le reti sociali ed i legami interpersonali del soggetto. La disposizione ego-centrata prevede cioè la posizione del soggetto al centro delle sue reti e la tessitura di legami diretti tra se stesso e gli altri soggetti della rete.

La Carta di Rete Personale, in base al tipo di dati che si intende raccogliere, cioè se a scopo di ricerca, di valutazione o di intervento, può essere utilizzata sia per analizzare che per visualizzare ed esplorare le reti sociali del soggetto ed attraverso di esse il suo funzionamento mentale. (Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A., 2005).

In particolare la Carta di Rete Personale può essere utilizzata per:

- *visualizzare* il mondo socio-relazionale del soggetto e con esso quindi il suo funzionamento mentale, secondo l'assunto gruppo analitico della correlazione tra mondo esterno e mondo interno dell'essere umano (Lo Verso, 1994);
- *valutare* l'efficacia degli interventi di cura ed il processo di guarigione nella patologia mentale; al punto che può essere considerata a tutti gli effetti una prassi psicodiagnostica di "mind imaging" (Fasolo F., Tirelli M. e col., 2003).

Questo strumento viene utilizzato all'interno di un colloquio clinico-sociale semistrutturale, denominato *Colloquio Carta di Rete* che permette al soggetto di pensare e guardare le proprie relazioni sociali all'interno di un setting teorico-procedurale che si prenda cura della patologia mentale.

Il Colloquio Carta di Rete svolge quindi, anche, una funzione *mentalizzante* sul soggetto, in quanto permette di riflettere sul proprio modo di stare in relazione con gli altri, sulle proprie risorse socio-affettive e sul significato attribuito ai propri legami, ai propri gruppi di appartenenza ed agli eventi che in essi prendono forma, allargando così la consapevolezza sullo stesso processo di significazione (Fasolo, 1990).

Il colloquio carta di rete, si struttura nella nostra esperienza, in due sedute di lavoro con il paziente ed in un processo articolato di costruzione del protocollo di valutazione, organizzandosi concretamente in tre fasi di lavoro:

- la seduta di somministrazione, durante la quale avviene sia la costruzione della rete/mappa (esplorazione, disposizione e tessitura), sia l'inchiesta sulla rappresentazione ottenuta con una prima restituzione empatica;
- il lavoro di valutazione, durante il quale avviene l'analisi dei dati emersi, la ricerca dei dati clinico-sociali del soggetto per incrociarli con quelli ottenuti, la redazione del protocollo di valutazione;
- la seduta di restituzione, nella quale si fornisce al paziente una descrizione articolata dei risultati emersi dalla valutazione della sua carta di rete, integrandoli con la sua storia clinico-sociale, co-costruendo assieme a lui nuovi significati e riflessioni tanto sui risultati, quanto sul processo del colloquio stesso.

La somministrazione prevede la richiesta al soggetto di un elenco delle proprie relazioni attuali attraverso l'indicazione di persone, gruppi, istituzioni ed ambienti sociali per lui significativi, dal punto di vista della *pregnanza affettiva* sia positiva che negativa, in quello specifico momento della sua vita, nel *qui ed ora*. Quando l'elenco è abbastanza completo (in quanto è possibile aggiungere relazioni significative durante tutto il periodo del colloquio, anche dopo la costruzione della carta di rete) si chiede al soggetto di posizionare il simbolo che corrisponde alla propria persona su un foglio bianco disponendo intorno ad esso, secondo un criterio di *vicinanza affettiva*, tutti gli altri nomi dell'elenco. Infine si procede alla *tracciatura dei legami* tra il soggetto e gli altri nomi segnati sul foglio, seguendo una legenda che distingue 8 diversi segni grafici che simbolizzano altrettante tipologie di legame: *normale, forte, debole, interrotto, rotto, discontinuo, ambivalente e conflittuale*.

La Carta di Rete Personale, che viene costruita durante la prima seduta di lavoro potrà così essere analizzata secondo i suoi aspetti quantitativi come la numerosità dei nodi, la tipologia delle reti sociali che rappresentano o dei legami che li uniscono, ma anche l'ampiezza, la struttura e le caratteristiche dei simboli tracciati. Oppure potrà essere esplorata, come una vera e propria mappa, alla ricerca di dati qualitativi sui legami descritti e sulle soggettività in essa tracciate, interrogando anche, in senso proiettivo, la forma ha assunto e le immagini che ne vengono fuori.

Il colloquio conclusivo serve infine a *mentalizzare* e *socializzare* tutto questo processo e soprattutto i dati ottenuti dall'inchiesta, dalla valutazione della carta di rete e dalle informazioni sulla storia clinico-sociale acquisite durante la redazione del protocollo, co-costruendo assieme al soggetto nuovi significati e nuove rappresentazioni sulle sue reti relazionali e sulle loro trasformazioni passate, presenti e future.

Le persone e gli eventuali luoghi, che via via il paziente colloca nel foglio, vengono incorniciati dal clinico utilizzando una classificazione che divide le reti in *primarie e secondarie* e queste ultime in *Formali, Informali, Terzo Settore, di Mercato, Miste*.

Rete primaria: la famiglia, i parenti, gli amici, i vicini, compresi altri pazienti che il paziente frequenta anche al di fuori dei servizi psichiatrici. Si basa su relazioni affettive (positive e negative) e di reciprocità (immediata o differita);

Rete secondaria formale: l'insieme delle istituzioni sociali, strutture in modo specifico, che svolgono funzioni specifiche e erogano servizi particolari; legami di condivisione del contesto clinico. Gli scambi sono fondati sul diritto o sul denaro, i rapporti sono asimmetrici e di tipo professionale. Ne fanno parte anche i curanti e i pazienti frequentati solo in un contesto formale;

Reti secondarie informali: sono quelle che si realizzano su iniziativa di alcuni membri della rete primaria per far fronte ad esigenze particolari. Realizzano scambi di servizi con minima organizzazione e massima efficienza (scambi di solidarietà);

Reti di terzo settore: sono fondate su un'adesione valoriale e sono dotate di una dimensione formale, di un sistema operativo misto di volontarietà e professionalità, si basano sul diritto e sulla solidarietà (Cooperative sociali, Fondazioni, Chiese...);

Reti di mercato: sono legate allo scambio di denaro e al profitto, si basano sulla professionalità (aziende, imprese, negozi, bar, luogo di lavoro, colleghi);

Reti miste: sono caratterizzate da scambi di diritto e di denaro, operano nella sfera delle prestazioni di diritto sulla base di un corrispettivo in denaro (istituti di cura, cassa integrazione).

Risultati

I dati della ricerca sono stati ottenuti attraverso la classificazione in appositi database delle reti sociali dei soggetti della ricerca e dei rispettivi legami assegnati a ciascun nodo della rete da parte dei tre gruppi di utenti a cui è stato somministrato lo strumento. In particolare si è proceduto nella classificazione delle reti previste dallo strumento (primarie, secondarie formali, secondarie informali, reti di terzo settore, reti di mercato, reti miste) e dei legami per ciascuna rete (normale, forte, debole, interrotto, rotto, discontinuo, ambivalente, conflittuale).

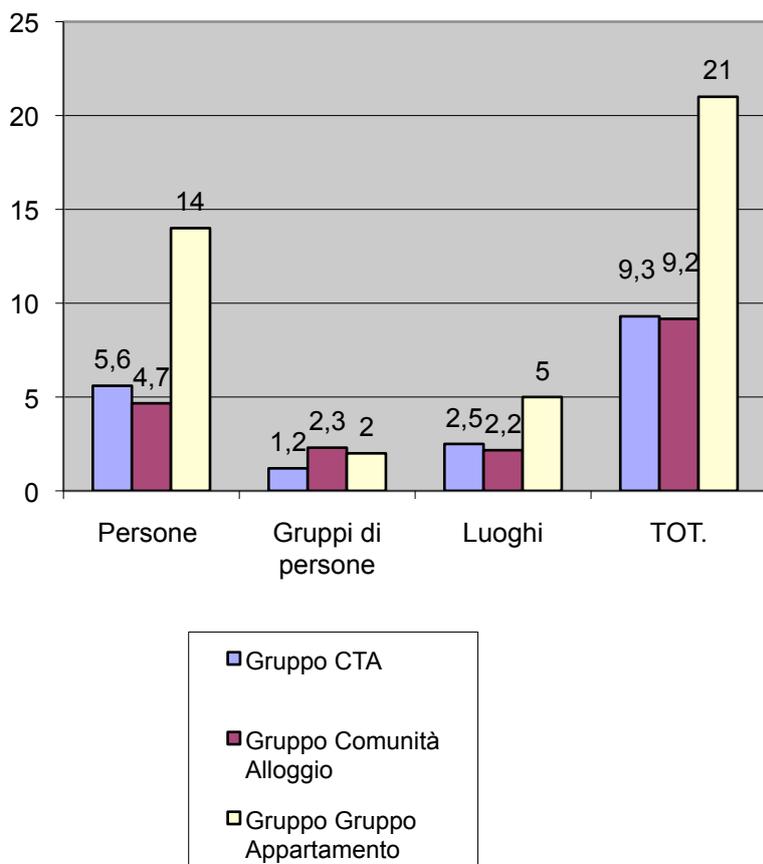
La ricerca è di tipo esplorativo-descrittivo. Sui dati è stata realizzata una lettura qualitativa a partire dal valore medio ottenuto per ciascun gruppo di soggetti previsto dalla ricerca: Gruppo C.T.A., Gruppo Comunità Alloggio, Gruppo Appartamento.

Nei paragrafi che seguono verranno evidenziati alcuni dati della ricerca effettuata e in seguito si proverà a discutere i risultati più significativi emersi. Si proverà, inoltre, ad effettuare un confronto qualitativo-descrittivo tra le tre diverse tipologie di residenzialità evidenziandone le principali differenze.

Estensione delle reti

Un primo elemento che è stato valutato è l'estensione della rete dei soggetti della ricerca ossia il numero di persone e luoghi presenti nelle Carte di rete dei tre gruppi di soggetti.

Grafico 1 - Estensione Reti per nei tre gruppi



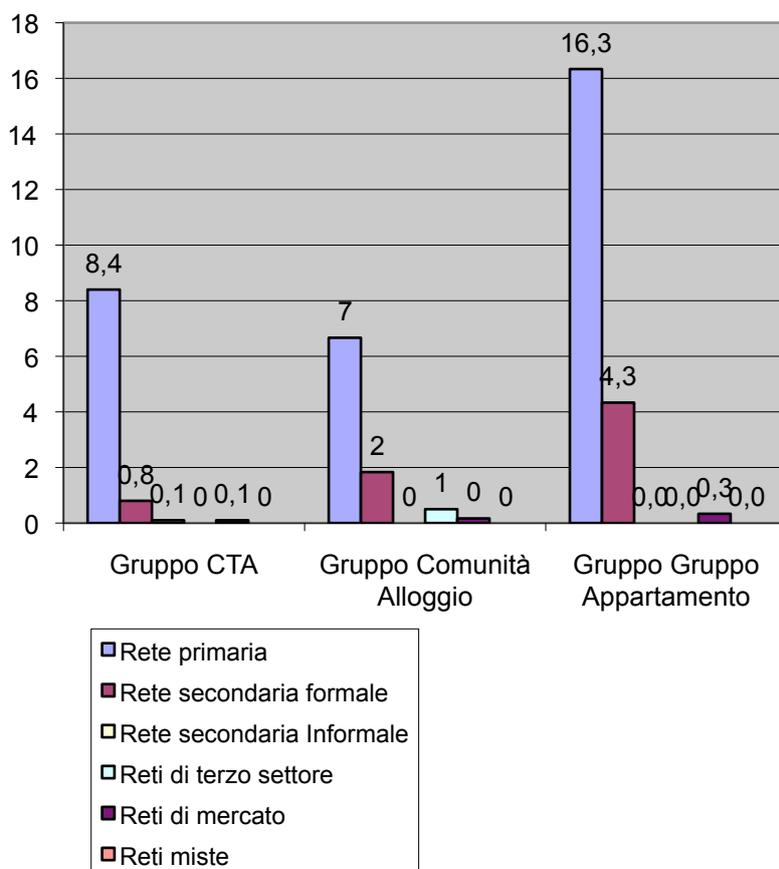
Da quello che possiamo notare nel *Grafico 1*, i soggetti del gruppo ‘Gruppo Appartamento’ presentano una rete sociale molto più ampia rispetto agli altri due gruppi. Il valore totale medio delle presenze è infatti di 21, notevolmente maggiore rispetto al gruppo ‘Comunità Terapeutica’ (valore medio di 9,3) e al gruppo ‘Comunità Alloggio’ (valore medio di 9,2). È importante, inoltre, sottolineare che le presenze significative nella vita dei soggetti sono distinte in persone, gruppi di persone e luoghi; anche in questo caso si può notare che il valore medio ottenuto dal gruppo ‘Gruppo Appartamento’ è maggiore sia alla voce “persone” (valore medio 14, contro 5,6 del gruppo ‘Comunità Terapeutica’ e 4,7 del gruppo ‘Comunità Alloggio’), sia alla voce “luoghi” (valore medio 5, contro 2,5 del gruppo ‘Comunità Terapeutica’ e 2,2 del gruppo ‘Comunità Alloggio’); nella voce “gruppi di persone, invece, non vi sono differenze significative (valore medio 2 del gruppo ‘Gruppo Appartamento, 1,2 del gruppo ‘Comunità Terapeutica’ e 2,3 del gruppo ‘Comunità Alloggio’).

Da questa prima analisi dei dati emerge quindi che le Carte di Rete del gruppo ‘Gruppo Appartamento’ rispecchiano una rete sociale più ampia negli utenti che vivono questo tipo di residenzialità, che permette un livello di autonomizzazione e indipendenza maggiori rispetto agli altri due tipi di abitazione.

Tipologia delle reti

Una seconda valutazione prende in considerazione le caratteristiche delle reti nei tre gruppi, e cioè va a rilevare la presenza di una rete primaria (famiglia, amici, vicini, colleghi-amici, pazienti-amici), secondaria formale (Istituzioni Pubbliche di Servizi Sociali e Sanitari, Scuole e università), informale (Gruppi di Mutuo-Aiuto, parrocchiali), di terzo settore (volontariato organizzato, Cooperative sociali, Associazioni, Fondazioni, gruppi no-profit, Chiesa), di mercato (aziende, fabbriche, imprese, negozi, palestre) e mista (Casa di cura, cassa integrazione, servizi sanitari privati) nei tre gruppi.

Grafico 2 - Tipologia delle reti



Osservando il *Grafico 2* è possibile notare innanzi tutto che la rete sociale prevalente è quella primaria, che è la rete che corrisponde alla famiglia, i parenti, gli amici, i vicini, compresi altri pazienti che il paziente frequenta anche al di fuori dei servizi psichiatrici. Si basa su relazioni affettive (positive e negative) e di reciprocità (immediata o differita); possiamo inoltre evidenziare nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’ la rete sociale dei soggetti è caratterizzata principalmente dalle rete primaria, con un valore medio di 8,4; seguono la rete secondaria formale, con un valore medio di 0,8, la rete secondaria informale e la rete di mercato, entrambe con un valore medio di 0,1; non sono presenti i restanti tipi di rete: rete del terzo settore e reti miste.

Nel gruppo ‘Comunità Alloggio’, come nel precedente, la rete sociale è principalmente rappresentata dalla rete primaria, con un valore medio di 7, seguita dalla rete secondaria formale con un valore di 2 e dalla rete del terzo settore con un valore di 1; sono assenti tutte le altre tipologie di reti: secondaria informale, di mercato e mista.

Anche nelle Carte di Rete dei soggetti del gruppo ‘Gruppo Appartamento’ la rete più rappresentata è la rete primaria con un valore medio di 16,3; segue la rete secondaria formale con un valore medio di 4,3 e la rete di mercato con un valore di 0,3; non sono presenti la rete secondaria informale, la rete del terzo settore e la rete mista.

Dall’analisi di questi dati emerge che nei tre gruppi è maggiormente rappresentata la rete primaria, in maniera prevalente nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’, poi nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’ e infine nel gruppo ‘Comunità Alloggio’; ciò potrebbe indurre a pensare che gli utenti del Gruppo Appartamento, sicuramente più autonomi ed indipendenti, malgrado abbiano pochi “coinquilini”, siano riusciti col tempo a mantenere o a intrecciare reti di relazioni più ampie rispetto a quelle degli utenti delle altre due abitazioni psichiatriche.

La rete secondaria formale è rappresentata con un valore medio di 4,3 nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’, 2 del gruppo ‘Comunità Alloggio’ e 0,8 nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’; da ciò si evince che gli utenti del Gruppo Appartamento, nuovamente, hanno più relazioni significative con la rete formale (medici, infermieri, operatori), nonostante siano coloro che sono meno dipendenti dal loro appoggio giornaliero.

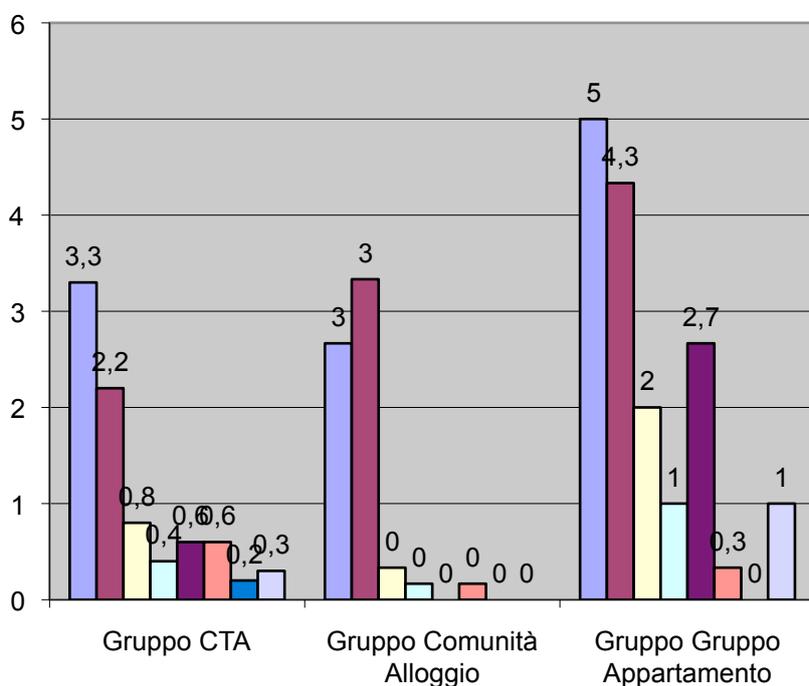
La rete secondaria informale è stata rappresentata solo da una utente del gruppo ‘Comunità Terapeutica’, quindi i valori medi saranno 0,1 per questo gruppo, 0 per i gruppi ‘Gruppo Appartamento’ e ‘Comunità Alloggio’.

La rete del terzo settore è assente nei gruppi ‘Comunità Terapeutica’ e ‘Gruppo Appartamento’, mentre nel gruppo ‘Comunità Alloggio’ è presente per un valore medio di 1. Le reti di mercato sono state rappresentate con un valore medio di 0,1 nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’ e 0,3 nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’, mentre è invece assente nel gruppo ‘Comunità Alloggio’. Le reti di mercato si basano sulla professionalità e su uno scambio di denaro, e coloro che hanno fatto riferimento ad essa sono tra i pochi che hanno avuto le capacità e la fortuna di poter trovare un lavoro, che possa essere fonte di guadagno, se pur minimo, ma anche un modo per potersi integrare nella società. Assente in tutti e tre i gruppi è la rete mista.

Tipologia dei legami: rete primaria

Un altro elemento da approfondire è rappresentato dalla natura dei legami prevalenti nei vari tipi di rete (Grafico 3).

Grafico 3 - Tipologia di legami - Rete primaria



- Rete primaria legame Normale
- Rete primaria legame Forte
- Rete primaria legame Debole
- Rete primaria legame Interrotto
- Rete primaria legame Rotto
- Rete primaria legame Discontinuo
- Rete primaria legame Ambivalente
- Rete primaria legame Conflittuale

Nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’ la tipologia di legame prevalente è il legame normale con un valore medio di 3,2; vi è inoltre la presenza di legami forti (valore medio di 2,2), deboli (0,8), interrotto (0,4), rotto (0,6), discontinuo (0,6), conflittuale (0,3) e ambivalente (0,2).

Nel gruppo ‘Comunità Alloggio’ vi è il medesimo valore medio sia per i legami normali che per i legami forti (3); vi è una bassa presenza di legami deboli (0,3), interrotti (0,2) e discontinui (0,2) mentre sono assenti i legami rotti, ambivalenti e conflittuali.

Nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’ maggiore è la presenza di legami normali (valore medio di 5); inoltre vi è la presenza di legami forti (4,3), deboli (2), interrotti (1), rotti (2,7), discontinui (0,3) e conflittuali (1), mentre assenti sono i legami ambivalenti.

Da ciò emerge che i legami presenti nei tre gruppi sono perlopiù di tipo normale e forte, nonostante siano presenti soprattutto nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’ rispetto agli altri due gruppi. Questo potrebbe stare ad indicare un maggiore inserimento sociale per quegli utenti che abitano un questo tipo di residenza psichiatrica, che, come abbiamo precedentemente affermato, ha il fine ultimo di rendere autonomo ed indipendente l’individuo, il quale deve perciò essere capace di prendersi cura di sé stesso, della sua vita sociale e, per quanto possibile, anche lavorativa; ma questa abbondante presenza di legami forti nella rete primaria (come anche nella rete secondaria, come vedremo tra poco), potrebbe anche, al contrario, significare un’impossibilità di fare a meno di determinate persone, e quindi di conseguenza anche un’impossibilità ad essere totalmente autonomi.

Gli operatori che lavorano nel Gruppo Appartamento sono vissuti dai pazienti, da un lato come punto di riferimento clinico e sociale fondamentale, ma dall’altro come persone da cui doversi pian piano emancipare. Ciò viene agito quotidianamente attraverso una modalità relazione ambivalente caratterizzata da incontro-scontro e da dipendenza-controdipendenza, cui si deve sempre prestare molta attenzione, pena l’impossibilità per i pazienti di fare quella fondamentale esperienza terapeutica dell’aver ancora bisogno di una guida, e nello stesso tempo sperimentare quell’autonomia che fa nascere il desiderio di “potercela fare da solo”.

Tipologia dei legami: rete secondaria (formale e informale)

La rete secondaria formale comprende le Istituzioni pubbliche di Servizi Sociali e Sanitari, scuole e università, con scambi di denaro o di diritto e funzioni di sostegno e coinvolgimento; ne fanno parte anche i curanti ed i pazienti frequentati solo in un contesto normale.

Per quanto riguarda questa tipologia di rete, possiamo notare (*Grafico 4*) che nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’ si presentano legami di tipo normale (con un valore di 0,4), forte (con un valore di 0,2), debole (con un valore di 0,1) e rotto (con un valore di 0,1), mentre invece sono assenti i legami di tipo interrotto, discontinuo, ambivalente e conflittuale. I pazienti si sono riferiti soprattutto agli psichiatri, ai medici e ai terapeuti che si sono presi cura di loro durante la malattia, nonché alla Comunità come la loro casa in cui vivono.

Grafico 4 - Tipo di legame - Rete secondaria formale

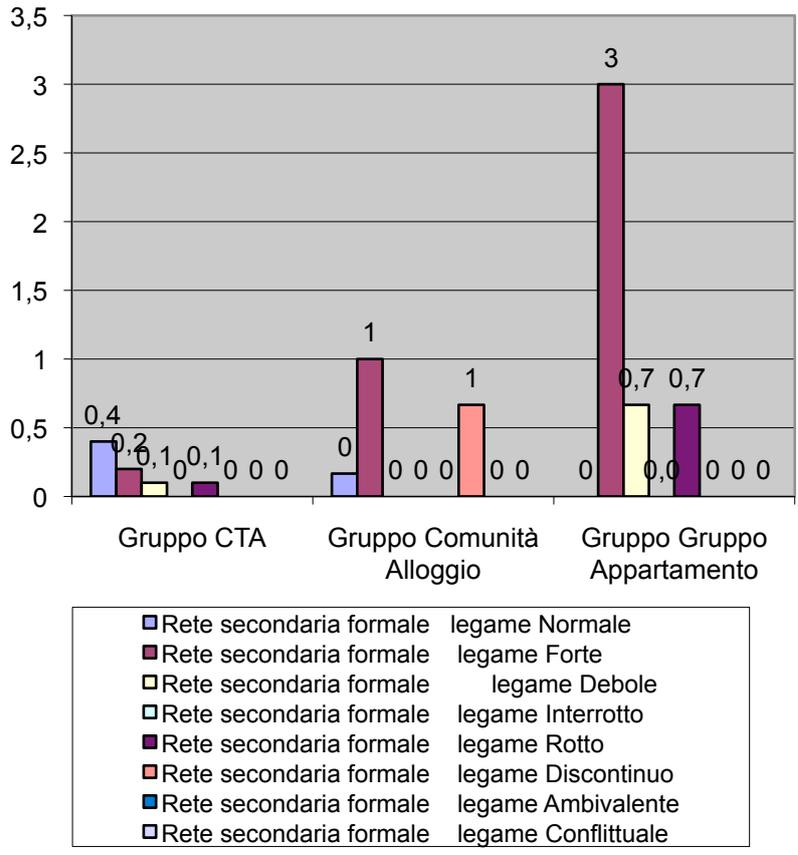
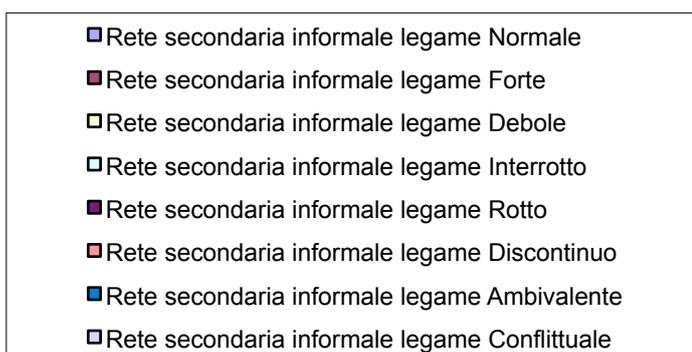
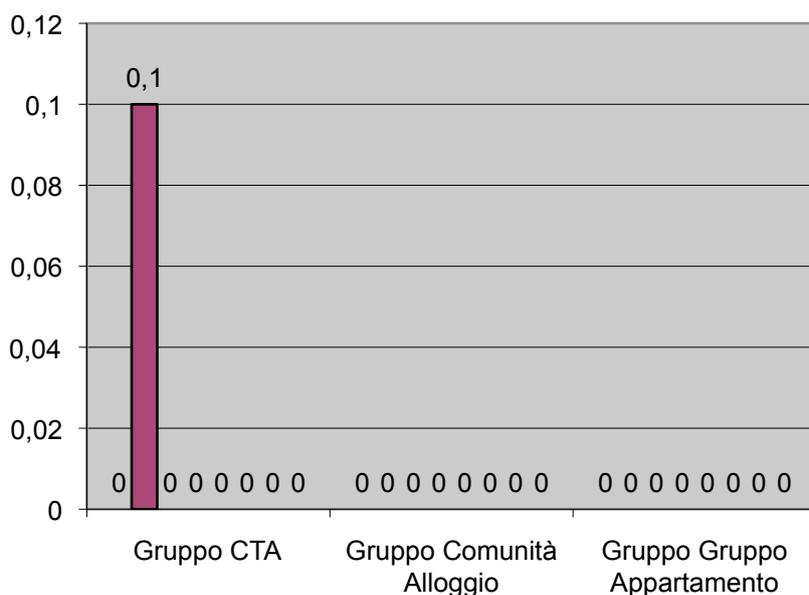


Grafico 5 - Tipologia di legami - Rete secondaria informale



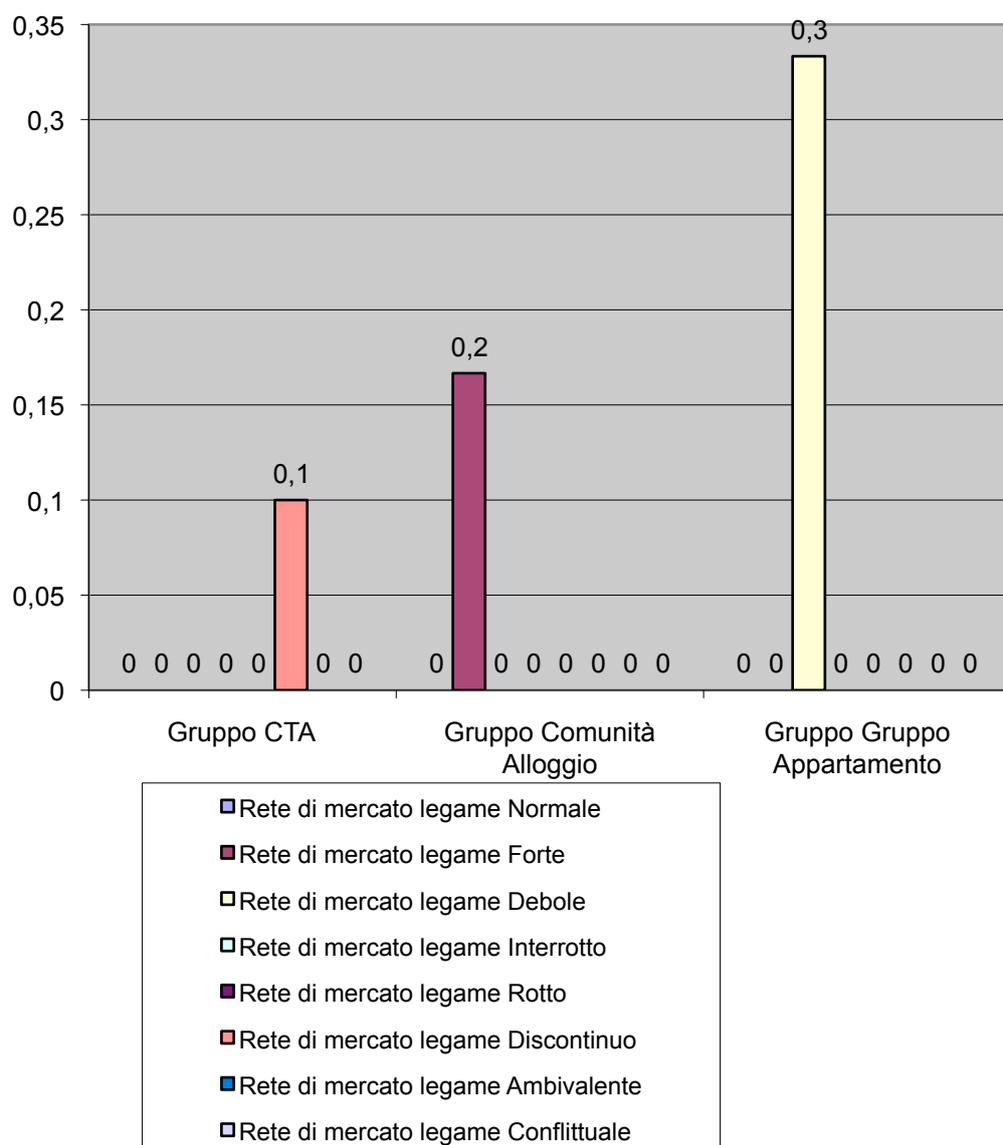
Nel gruppo ‘Comunità Alloggio’ sono stati rappresentati legami di tipo forte (valore di 1) e discontinuo (valore medio di 0,7), mentre non sono presenti i seguenti legami: normale, debole, interrotto, rotto, ambivalente e conflittuale. In questo gruppo, come nel gruppo precedente, ci si riferisce soprattutto a dottori ed infermieri che hanno curato gli utenti nel momento del bisogno, ed in più alcuni di loro si sono riferiti ad altri ospiti, con cui si trovano a convivere e con cui, dal loro punto di vista, hanno stretto un rapporto di amicizia e di fiducia.

Nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’ si presentano con maggiore frequenza legami di tipo forte, con un valore medio di 3; possiamo inoltre trovare legami di tipo debole e rotto, entrambi con un valore medio di 0,7.

I valori più alti sono presenti nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’, malgrado proprio in questo tipo di residenzialità siano poco presenti gli operatori e gli psichiatri, almeno fisicamente: infatti, anche se questi tre utenti vivono la casa in maniera indipendente ed autonoma, sanno comunque di poter contare, 24 su 24, sul sostegno di un gruppo di operatori che a turno sono disponibili per qualsiasi esigenza o evenienza. Il legame con questi è, prevalentemente, un legame di tipo forte, e questo può effettivamente essere comprensibile perché sono le uniche persone su cui possono contare e, spesso, di cui non si riesce a farne a meno. I legami di tipo rotto, invece, si riferisce soprattutto a strutture in cui loro hanno abitato e di cui non hanno un buon ricordo, soprattutto perché ricordano il passato e l’insorgenza ed il decorso della loro lunga malattia.

La rete secondaria informale è quella che si realizza su iniziativa di alcuni membri della rete primaria per far fronte ad esigenze particolari. Realizza scambi di servizi con minima organizzazione e massima efficienza: reti con scambi di diritto e solidarietà. Essa è assente nei gruppi ‘Comunità Alloggio’ e ‘Gruppo Appartamento’, mentre invece è presente nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’ con un valore medio di 0,1 e con una tipologia di legame forte: uno solo utente ha rappresentato un gruppo di mutuo-aiuto.

Grafico 7 - Tipologia di legami - Rete di mercato



Va detto che tutti e tre i tipi di residenzialità psichiatrica hanno come obiettivo il cercare di rendere autonomo l'individuo, se possibile anche dal punto di vista lavorativo; solo che le persone con diagnosi psichiatrica soffrono ancora del pregiudizio sociale. È molto difficile lavorare per l'inclusione sociale e soprattutto lavorativa, ed è ancora difficile lottare contro il superamento dello stigma di cui sono colpiti coloro che hanno una malattia mentale, vista l'ignoranza e la cattiva informazione della società al riguardo.

La rete mista è caratterizzata da scambi di diritto e di denaro, opera nella sfera delle prestazioni di diritto sulla base di un corrispettivo in denaro (istituti di cura, cassa integrazione). Non è possibile osservare i legami con questa tipologia di rete, dal momento che essa non è rappresentata in nessuna delle Carte di rete dei tre gruppi.

Discussione

Dopo un'analisi dei dati, è possibile affermare che l'ipotesi della ricerca è stata confermata. Infatti essa prevedeva una maggiore estensione delle reti sociali nel gruppo 'Gruppo Appartamento', residenza per utenti che hanno fatto un percorso di inserimento sociale, e a volte anche lavorativo, più ampio e che sono arrivati ad un buon livello di autonomizzazione e indipendenza.

I risultati, infatti ci dicono che il valore totale medio di presenze nella Carta di Rete dei soggetti del gruppo 'Gruppo Appartamento' è di 21, mentre il valore totale medio del gruppo 'Comunità Terapeutica' è di 9,3 e del gruppo

‘Comunità Alloggio’ è di 9,2; il valore medio di presenze di persone e gruppi di persone (ricordando che le presenze significative della Carta di Rete sono distinte in persone, gruppi di persone e luoghi) sono nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’ rispettivamente di 14 e 2, mentre nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’ hanno un valore medio di 5,6 e 1,2, e nel gruppo ‘Comunità Alloggio’ hanno un valore rispettivamente di 4,7 e 2,3; il valore medio di presenze di luoghi è di 5 per il ‘Gruppo Appartamento, 2,5 per il gruppo ‘Comunità Terapeutica’ e 2,2 per il gruppo ‘Comunità Alloggio’.

Per quanto riguarda la tipologia delle reti, vi sono valori molto più ampi della rete primaria e della rete secondaria formale nel gruppo ‘Gruppo Appartamento’ rispetto agli altri due, infatti i valori medi sono in questo gruppo rispettivamente di 16,3 e 4,3, mentre invece nel gruppo ‘Comunità Terapeutica’ sono di 0,4 e 0,8 e nel gruppo ‘Comunità Alloggio’ sono di 7 e 2; riguardo a tutte le altre tipologie di rete, non vi sono presenze significative in tutti e tre i gruppi.

Conclusioni

I risultati ottenuti dall’analisi dei dati di ricerca hanno consentito di raggiungere l’obiettivo della ricerca, ovvero esplorare le reti sociali di alcuni pazienti psichiatrici che vivono nelle diverse residenzialità oggi previste dalla legge (C.T.A., Comunità Alloggio, Gruppo Appartamento). In particolare, l’obiettivo specifico di questo lavoro è stato la valutazione dell’articolazione delle reti sociali in relazione al percorso riabilitativo degli utenti all’interno dei differenti contesti residenziali.

Abbiamo potuto notare come effettivamente si possa trovare un’estensione più ampia delle reti sociali in quelle residenze, come il Gruppo Appartamento, che prevedono per coloro che vi abitano un livello di autonomizzazione più alto. Gli utenti-ospiti del Gruppo Appartamento hanno avuto la possibilità di elaborare e vivere la separazione dalle residenze socio-sanitarie (C.T.A. e Comunità Alloggio), in cui avevano vissuto negli anni precedenti, per passare ad una forma di esperienza clinico-sociale in cui si dà più spazio alle capacità, che nel frattempo sono state riacquisite e alle risorse “liberate” di ciascuno. Vi è quindi capacità di autogestione e autodeterminazione, oltre che di assunzione della responsabilità rispetto al percorso di cura e “guarigione” (soprattutto sul piano dell’autonomizzazione e dell’autogestione relazionale del quotidiano). Il sostegno all’abitare, in tali strutture residenziali, è pensato come forma di inclusione sociale e di accompagnamento dinanzi alle difficoltà che via via gli abitanti della casa incontrano. Anche i gruppi settimanali, istituiti dagli operatori in collaborazione con gli utenti, svolgono questa essenziale funzione di comunicazione e circolazione delle informazioni oltre che di elaborazione dell’esperienza relazionale quotidiana.

Bibliografia

- Albanesi C., Migani C. (2004), *Il Lavoro di Rete nella promozione della Salute Mentale*, Carocci Editore, Roma.
- Barone R., Bruschetta S., Giunta S. (2009), *Gruppoanalisi e Comunità Terapeutiche*, Milano, Raffaello Cortina Ed., impress.
- Barone R. (2004), *Salute mentale e sviluppo di comunità*. Catania: CUECM.
- Barone R., Bellia V. (2000), *Il Volo dell’Airone*, FrancoAngeli, Milano.
- Barone R., Cappella L., Orma A. (2004), *Salute Mentale e Sviluppo di Comunità*. Cuecm (dispense).
- Barone R., Licari G., Barrano S., Samperi M., (2006), *Sviluppo locale partecipato e sostenibile. Territorio, interazioni e reti sociali*, Cleup, Padova.
- Barone R., Bellia V. (2000), *Il volo dell’Airone*. Milano: Franco Angeli.
- Basaglia F. (a cura di), (1968), *L’istituzione negata*. Torino: Einaudi.
- Calvi G., *Luoghi e ritmi del processo terapeutico comunitario*, in: A.Ferruta, G.Foresti, E.Pedriani, M.Vigorelli (a cura di) *La Comunità Terapeutica.Tra mito e realtà*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Cardamone G., Zorzetto S. (2000), *Salute Mentale di Comunità*, FrancoAngeli, Milano.
- Di Maria F., Lavanco G.(2002), *Culture di gruppo. Un percorso conoscitivo*. Milano: Masson.
- Di Maria F., Lo Verso G.(1995), *Psicodinamica dei Gruppi. Teorie e tecniche*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Di Maria F., Lo Verso G.(2002), *Gruppi. Metodi e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina Ed.

- Fasolo F. (2002), *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. Padova: La Garandola.
- Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A. (2005), *Sviluppi della Soggettualità nelle Reti Sociali*, Cleup, Padova.
- Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (1998) *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Foresti G., Pedriali E.(1998), *La comunità terapeutica per psicotici cronici*. Introduzione, in: Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M., *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Foulkes S. H. (1948). *Introduction to Group Analytic Psychotherapy*. Heinemann MedicalBooks Ltd. [tr.it. *Introduzione alla psicoterapia gruppooanalitica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane, 1991].
- Foulkes S.H.(1976), *La psicoterapia gruppooanalitica. Metodo e principi*. Roma: Astrolabio.
- Giannone F., Di Blasi M., Di Nuovo S., Lo Verso G., (a cura di), (1998), *Valutare le psicoterapie*. Milano: Franco Angeli.
- Giannone F., Lo Verso G.(1996), *Il self e la polis il sociale e il mondo interno*. Milano: Franco Angeli.
- Giannone F., Lo Verso G.(2000), *Gruppoanalisi e servizi*, in Lo Verso G., Federico T., (a cura di), *Il lavoro clinico con i gruppi nel sociale*. Roma: Borla.
- Giordano C., Giannone F. (2005), “*Contesti relazionali e campi terapeutici: la valutazione delle reti di cura dentro e fuori una comunità terapeutica per pazienti gravi*”. In Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A., *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali*. CLEUP, Padova.
- Guerrini A., Stuflessen M. (1998), *La rete dei servizi e delle relazioni familiari e sociali*, in: Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M., *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Hinshelwood D.(1998), *Cosa accade nei gruppi*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Kaneclin C., Orsenigo A.(1992), *Il lavoro di comunità*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- La Barbera D., Varia S. (2003), *Percorsi Clinici della Psichiatria*, Medical Books, Palermo.
- Lavanco G., Novara C.(2002), *Elementi di Psicologia di Comunità*. Milano: McGraw-Hill.
- Lo Verso G. (1989). *Clinica della gruppooanalisi e psicologia*, Torino: Bollati Boringhieri
- Lo Verso G.(1994), *Le relazioni soggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lo Verso G., Federico T.(a cura di),(2000), *Il lavoro clinico con i gruppi nel sociale*. Roma: Borla.
- Lo Verso G., Giannone F. (1996), *Gruppo analisi e servizi: a che punto siamo, in che direzione possiamo andare*, Palermo: Università, Dipartimento di Psicologia e cattedra di Psicologia Dinamica.
- Lo Verso G., Raia T.(1998), *Il gruppo psicodinamico come strumento di lavoro*. Milano: Franco Angeli.
- Morosini P., Casacchia M., Roncone R.(2000), *La qualità dei servizi di Salute Mentale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Napolitani D. (1987). *Individualità e gruppalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Pedriali E. (1998), *Da una analisi storica alla prospettiva di cambiamento*, in: A.Ferruta, G.Foresti, E.Pedriali, M.Vigorelli (a cura di) *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Pontalti C., Menarini R. (1986). *La matrice familiare in gruppooanalisi*, in Croce E. B., *Funzione analitica e formazione alla psicoterapia di gruppo*. Roma: Borla.
- Profita G., Ruvolo G.(1997), *Variazioni sul setting*. Milano: Raffaele Cortina Ed.

- Racamier P.C. (1982), *Lo psicanalista senza divano. La psicoanalisi e le strutture psichiatriche*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Rinaldi L.(1998), *Il lavoro d'equipe con il paziente schizofrenico*, in *La Comunità Terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano: Raffaello Cortina Ed.
- Roberts J. P. (1982). Foulkes' Concepts of the Matrix, *Group Analysis*, 15, 2.
- Ruvolo G.(2000), *Psicodinamica delle organizzazioni/istituzioni*, in: Lo Verso G., Federico T.(a cura di), *Il lavoro clinico con i gruppi nel sociale*. Roma: Borla.
- Sassolas M., (2001), *La Terapia delle psicosi*, Roma, Borla Ed.
- Seed P., (1990), *Analisi delle Reti Sociali*, Erikson, Trento, 1997.
- Stern D. N. (1995). *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. Basic Books: New York. [tr. it. *La Costellazione Materna*. Torino: Bollati Boringhieri, 1995].
- Vigorelli M.(1994), *Istituzione tra inerzia e cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Vigorelli M.(2005), *Il lavoro nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico*. Milano: Franco Angeli.
- Whiteley J. S., Collis M. (1997), “ I fattori terapeutici nella psicoterapia di gruppo, applicati alla comunità terapeutica”, in: CORULLI, M., *Terapeutico e Antiterapeutico*, Bollati Boringhieri ed., Torino, 1997, pp. 29-40.
- Zapparoli G.(1999), *La psicosi e il segreto*. Torino: Bollati Boringhieri.

Sitografia

- <http://www.psychomedia.it/reverie/abbamondi.htm>
www.pensiero.it/pensiero/htm/editore/letti/accredit.htm
<http://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcnh/carta1.htm>
<http://www.psychomedia.it/reverie/riv-98-giugno/tesi-2.htm>
<http://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/mannu.htm>
<http://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/windsor00.htm>
<http://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/ped99.htm>
<http://www.pol-it.org/ital/toniolo2005.htm>
<http://www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/vigorelli1.htm>

LO STALKING

STALKING

Arcangela Aiello

Riassunto

Lo stalking è un fenomeno psicologico e sociale conosciuto anche come “sindrome del molestatore assillante”. Un’espressione che ben rende l’idea di persecuzioni e appostamenti quotidiani, finalizzati a controllare e minacciare la vita quotidiana delle vittime.

Parole chiave: Stalking, molestatore, vittima, stalker, persecuzione, ossessione, violenza.

Abstract

Stalking is a psychological and social phenomenon known also as “obsessive molester syndrome”. An expression that renders the idea of persecution and daily intimidation, with the end scope to control and threaten daily the life of the victim.

Keywords: Stalking, molester, victim, stalker, persecution, obsession, violence.

Introduzione

Lo stalking è un fenomeno psicologico e sociale conosciuto anche come “sindrome del molestatore assillante”. Un’espressione che ben rende l’idea di persecuzioni e appostamenti quotidiani, finalizzati a controllare e minacciare la vita quotidiana delle vittime. Principalmente donne. Da un punto di vista etimologico, il termine stalking è variamente traducibile nella nostra lingua come “caccia in appostamento”, “pedinamento furtivo”, “avvicinarsi furtivamente”. Nel linguaggio accademico sono usate differenti definizioni scientifiche. I termini recentemente impiegati in varie lingue, per coprire l’area semantica dell’intrusione relazionale ripetuta ed assillante, sono numerosi ed appartengono a vari contesti come quello criminologico, psichiatrico, psicologico e legislativo.

Lo Stalking

Non esiste una definizione generalmente accettata di stalking: il termine “inseguimento” è quello più largamente usato e tradotto che comprende l’aspettare, l’inseguire, il raccogliere informazioni sulla “vittima” e sui suoi movimenti, comportamenti che sono quasi sempre “tipici” di tutti gli stalkers, al di là delle differenze rilevate di situazione in situazione. Il “molestatore assillante” nella manifestazione dei suoi comportamenti è spinto da diverse motivazioni: quali il desiderio di avvicinare qualcuno dal quale è attratto in maniera ossessiva, la voglia di riallacciare una relazione con un ex partner, il desiderio di vendetta per un abbandono o un torto subito, la conquista ad ogni costo o il tentativo assillante di iniziare una relazione d’amore.

In ogni caso, per il molestatore, l’altro, cioè la vittima, non è più un soggetto ma diviene l’oggetto di desiderio e di attenzioni non per ciò che realmente è, ma per ciò che rappresenta, vale a dire il “mezzo” attraverso cui placare le proprie pulsioni, i bisogni di riconoscimento e di attenzione. Appare quindi evidente che, a seconda delle storie personali, familiari ed affettive di ognuno, ed a prescindere dalle motivazioni poste alla base della nascita dell’ossessione, lo stalker in generale manifesta una evidente problematica nell’area affettivo-emotiva, relazionale e comunicativa. Esistono due tipologie di stalking: lo stalking delirante, di cui sono state vittime personaggi noti del mondo dello spettacolo- caso emblematico quello di Micelle Hunziker- e lo stalking da abbandono, esercitato non da sconosciuti, ma da ex partner, colleghi, presunti amici. A conferma di una violenza contro le donne che cova all’interno delle mura domestiche e fatica ad emergere e ad essere denunciata per quello che è. Infatti lo stalking può nascere come complicazione di una qualsiasi relazione interpersonale.

Lo stalking diventa reato per la prima volta nel 1990 in California, dopo che un’anchorwoman fu uccisa da un suo ammiratore. L’attenzione nei confronti del suddetto fenomeno aumenterà a seguito dell’emergere degli atteggiamenti mitomani nei confronti di personaggi pubblici, dello spettacolo, politici, perseguitati da persone spesso sconosciute che si invaghiscono di loro, volendo instaurare delle relazioni impossibili. Fra il 1990 e il 1993 tutti gli Stati degli Usa hanno approvato una propria legge antimolestatori. In Europa, attualmente, vi sono Paesi che hanno una normativa specifica contro lo stalking: Austria, Belgio, Danimarca, Germania, Irlanda, Malta, Paesi

Bassi, Gran Bretagna, Italia. La pena prevista cambia da nazione a nazione (le pene massime vanno dai 6 mesi di reclusione previsti a Malta ai 10 anni contemplati dalla normativa tedesca).

Nella legislazione italiana il D.L. 23 febbraio 2009, numero 11, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 24 febbraio 2009 (e convertito nella legge 23 aprile 2009, n. 38, pubblicata in G.U. n. 95 del 24 aprile 2009) http://it.wikipedia.org/wiki/-cite_note-20. Esso introduce nel codice penale l'articolo 612-bis, con il nome di "Atti persecutori", che al comma 1 recita: «Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita».

Dunque nel nostro Paese vengono introdotte pene più severe per i molestatori: chiunque minacci o compia atti persecutori nei confronti di qualcuno rischia il carcere fino a quattro anni. Se poi a molestare è il coniuge (anche separato o divorziato), il convivente o il fidanzato e se la molestia ad oggetto una donna incinta o un disabile, la detenzione può durare fino a sei anni (aggravante chiesta ed ottenuta da Alessandra Mussolini, mentre il disegno di legge è a firma dei Ministri per le Pari Opportunità Carfagna e della Giustizia Alfano).

Per fornire una risposta concreta nella lotta contro la violenza perpetrata soprattutto a danno delle donne viene introdotto - con l'inserimento nel codice penale dell'art. 612-bis (dopo il 612 che definisce la minaccia) tra i delitti contro la libertà morale, questo reato penale nuovo per il sistema giuridico italiano, ma che all'estero invece trova già applicazione nelle diverse nazioni su indicate.

Nei fatti è una misura atta a sanzionare il ripetersi di quel **comportamento molesto, persecutorio, ossessivo, che si manifesta con telefonate a tutte le ore, attenzioni ripetute, appostamenti, regali non graditi, biglietti e sms.**

Una varietà di atti apparentemente innocui ma che spesso degenerano in minacce, pedinamenti, presenza inopportuna fuori dalla palestra, al ristorante e che genera nella vittima uno stato di ansia, paura, timore per la propria incolumità e la costringe, soprattutto, ad alterare le proprie abitudini e scelte di vita.

Due sono i progetti della Polizia di Stato con l'obiettivo di approfondire ed affrontare al meglio il fenomeno Stalking: "*Silvia e Sara*". Non sono i nomi di due amiche, ma gli acronimi di Stalking Inventory List per Vittime e Autori & Spousal Assault Risk Assessment".

Nel progetto "*Silvia*", di cui fa anche parte l'Università di Napoli, si servono di un formulario per monitorare i casi di Stalking e far sì che gli operatori studino e conoscano meglio le caratteristiche del fenomeno. L'obiettivo è anche quello di sensibilizzare i poliziotti per fare in modo che il primo contatto con le forze dell'ordine sia rassicurante e permetta di instaurare un rapporto di fiducia con la vittima.

Il progetto "*Sara*", invece, di cui si occupa la Direzione centrale anticrimine, serve a valutare la situazione di rischio e la possibilità che la violenza possa degenerare perché, nella maggior parte dei casi, gli omicidi o i fatti gravi, accadono dopo essere stati preceduti da precisi segnali di allarme che la vittima, per mancanza di conoscenza, minimizza e non dà il giusto peso.

Questo metodo, inoltre, permette alla Polizia di capire se la situazione è da codice bianco, verde o rosso, ossia a rischio basso, medio o elevato.

Si pone, dunque, la necessità di una adeguata formazione dei pubblici ufficiali che dovranno trovarsi a contatto con le vittime che ad essi si rivolgono aspettandosi di trovare dei referenti professionalmente preparati.

Nella rivista ufficiale della Polizia di Stato, inoltre, sono indicati i segnali pericolosi che la Polizia indica come caratteristici del fenomeno:

1. Invasione della privacy della vittima: Prendere informazioni sul suo conto e sui suoi spostamenti attraverso amici, conoscenti, negozianti, vicini. Sparlare sulla sua reputazione. Diffondere sue immagini o il suo numero telefonico.
2. Contatto indiretto: Continue telefonate (anche senza parlare). Messaggi in segreteria (anche di tipo intimidatorio). Continuo invio di sms, mms ed e-mail, lettere, biglietti nella cassetta della posta, sul parabrezza della macchina. Consegna a domicilio non volute (pizza, fiori, regali, caffè).
3. Tentativi di avvicinarsi alla vittima: Pedinarla. Spiarla. Sostare in prossimità del luogo di lavoro/dell'abitazione. Fare fotografie di nascosto. Intercettare le comunicazioni. Violazione di domicilio. Furto di oggetti. Presentarsi sul luogo del lavoro.
4. Contatto diretto con la vittima: Parlarle. Inseguirla. Afferrarla.
5. Comportamenti atti a intimorire la vittima: Abuso verbale (insulti, maledizioni). Vandalismo/distruzione dei suoi beni (macchina, cassetta delle lettere). Intimidazione fisica. Far del male ai suoi animali.
6. Minacce esplicite: Con espressione del volto. Brandire un'arma.
7. Violenza fisica contro la vittima: Uso di armi. Lesioni, percosse. Violenza sessuale.

Inoltre, per poter parlare di "stalking", gli atti persecutori devono essere ripetuti nel tempo ed essere indesiderati per la vittima.

Lo stalking è una realtà trasversale, secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale per lo Stalking a essere oggetto di molestie sono, nell'86 per cento dei casi, donne.

La durata media del comportamento molesto è superiore ad un anno e mezzo. Quanto a colui che perseguita, gli stessi dati ci dicono che, nel 55 % dei casi è probabile che si tratti di un ex, coniuge o innamorato, nel 25 % un

condomino e nel 15 % un collega di lavoro, di scuola o di università, il 5% circa in famiglia tra figli, fratelli e genitori.

Chiunque può essere la vittima, così come chiunque può essere il persecutore.

Le dinamiche psico comportamentali dello Stalking, sono una “produzione” delle relazioni interpersonali, il protocollo dell’ONS approfondisce in modo particolare la natura degli stili di attaccamento. L’attaccamento è la tendenza della persona a strutturare dei legami affettivi con persone significative, la cui perdita può produrre disagi emotivi e disturbi di personalità.

Gli stili di attaccamento che è stato possibile evidenziare sul campione delle persone presunti autori e presunte vittime anche con il test denominato S. A. T., valuta nello specifico l’ansia da separazione ed abbandono.

Il fenomeno dello stalking è molto diffuso, ma anche difficile da denunciare; e numerose sono le donne che ne rimangono vittime e che, almeno inizialmente, cercano di risolvere il problema da sole, ma in realtà l’unico modo per cercare di venirne fuori è trovare il coraggio di denunciare senza vergogna e senza imbarazzo.

“Il trauma da abbandono sembrerebbe inibire o ridurre la capacità, fra le vittime, di riconoscere l’atteggiamento dello stalker o di porre in essere comportamenti difensivi adeguati”, conclude Lattanzi.

Il tema è oggi diventato, in molti paesi, oggetto dell’attenzione dei media e della letteratura scientifica.

“A San Sepolcro (Arezzo), un caso di omicidio /suicidio: Ragazza strangolata, il compagno trovato impiccato a un albero, è l’ennesimo tragico epilogo di una relazione di coppia. Due ragazzi di 25 anni circa, che convivevano e che avrebbero voluto convolare a nozze. Il probabile ripensamento riattiva un vissuto di abbandono, distacco ... e conseguente senso di vuoto difficile da accettare che forse ha armato le mani di Luca. Un movente non sempre manifesto che sottende a molti crimini e moltissimi psicocrimini, come la violenza psicologica, la manipolazione interpersonale e lo stalking. Si è impiccato! Ha finito di soffrire anche se probabilmente l’amava veramente! Se vivi del tuo amore non muori per lei, perché vivi di lei!”

L’interesse clinico per l’argomento è cresciuto di pari passo con la campagna di prevenzione della violenza: da atti disdicevoli e inadeguati le condotte si trasformano spesso in reato. È proprio per questo motivo che diventa essenziale non solo conoscere l’argomento ma anche educare e sensibilizzare al fenomeno soprattutto coloro che lavorano nel campo della salute mentale.

Viene sottolineato come questo avvenga attraverso la fusione di due aree di comportamenti distinti: una serie di attività socialmente disapprovate (atteggiamenti minacciosi, intrusioni e infrazioni che non di rado sfociano nella violenza) e una serie di comportamenti volti al mantenimento di un legame che, mentre in passato sarebbero stati approvati, ora diventano sempre più anacronistici a causa del cambiamento delle consuetudini sociali e del progressivo declino della nozione di indissolubilità delle relazioni.

Sono i requisiti necessari per poter parlare di sindrome delle molestie assillanti: la triade necessaria per poter parlare di stalking è costituita da un attore, il molestatore assillante, una serie ripetuta di gesti intrusivi di vario tipo e infine una vittima che risulta infastidita o allarmata.

Lo Stalker

Lo stalker è una persona molto sensibile alla separazione, al timore dell’abbandono o dell’allontanamento di una persona amata, al rifiuto, alla sottrazione ingiustificabile di una persona cara. Questa particolare sensibilità può manifestarsi in ogni relazione interpersonale, quindi in famiglia, in coppia, sul posto di lavoro o a scuola e si accentua quando vive il c.d. C.A.I. ossia il colpo abbandono improvviso.

Il C. A. I. sembra essere la matrice delle condotte dello stalking insieme a spiccate caratteristiche di possessività immatura, è quell’istante, che lo descrivono come uno “tsunami emotivo affettivo”, che modificherà, trasformandola, la loro precedente vita, che cambierà per sempre la loro esistenza, come se all’improvviso prendessero coscienza con una parola, una frase, un gesto o una semplice sensazione che stanno per essere lasciati o abbandonati, comunque che qualcosa sta cambiando nella loro relazione.

Di solito partono dal bisogno di verificare l’ipotesi della separazione e dell’abbandono, per poi passare a dimostrare il loro infinito amore cercando di persuadere l’altro, l’oggetto d’interesse a desistere dal suo erroneo intento, sperando nella condivisione delle emozioni.

Lo stalker può essere un estraneo, ma il più delle volte è un conoscente, un collega, o un ex-partner, che agisce spinto dal desiderio di recuperare il precedente rapporto o per vendicarsi di qualche torto subito. Solitamente questi comportamenti si protraggono per mesi o anni, il che mette in luce l’anormalità di questo genere di condotte.

Raramente ha una psicopatologia grave (perdita del contatto con la realtà), sette volte su dieci ha un’organizzazione di personalità borderline.

Oltre il 50% del campione delle persone che agiscono lo stalking ha vissuto almeno una volta nella vita un abbandono, una separazione o un lutto da una persona cara, che non ha elaborato.

L’organizzazione di personalità borderline potrebbe spiegare la poliedricità comportamentale ed emotiva che contraddistingue gli stalker; infatti in un arco temporale anche molto breve, con il loro essere “camaleontico” possono passare da momenti di ritiro completo dalle relazioni ad una presenza persistente, da tratti persecutori molto spiccati, a grandi gentilezze, a drammatizzazioni teatrali, al raccontare menzogne, ad alternare odio ed amore e molte altre manifestazioni che corrispondono ai loro vissuti ed appagano i loro bisogni emergenti.

La coazione che connota il comportamento di stalking, e che permette di delinearne anche giuridicamente, ha fatto ipotizzare che tale problema fosse una forma di “disturbo ossessivo”.

È molto importante sottolineare altresì che lo stalking non è un fenomeno omogeneo; pertanto, risulta difficile fare rientrare i molestatori assillanti in una categoria diagnostica precisa o identificare sempre la presenza di una vera e propria patologia mentale di riferimento. Ciò che è importante comprendere è che dietro a comportamenti di molestia simili possono celarsi motivazioni anche molto differenti tra loro.

Tuttavia in seguito a studi approfonditi che hanno esaminato il profilo psicologico di numerosi stalkers, si è giunti ad individuare cinque tipologie di stalkers, distinti in base ai bisogni e desideri che fanno da motore motivazionale (Mullen et al., 1999).

- Una prima tipologia di molestatore insistente è stata definita “il risentito o rancoroso”. Il suo comportamento è sospinto dal desiderio di vendicarsi di un danno o di un torto che ritiene di aver subito ed è quindi alimentato dalla ricerca di vendetta. L’obiettivo è spaventare la vittima e danneggiarla in vari modi. Considera giustificati i propri comportamenti, da cui trae confortanti sensazioni di potere che hanno poi l’effetto di rinforzarlo inducendolo a continuare. Non sono rarissimi i casi di omicidio perpetrati da questa tipologia di stalker.
- La seconda tipologia di stalker è stata denominata “il bisognoso d’affetto o *cercatore d’intimità*”, una tipologia che è motivata dalla ricerca di una relazione e di attenzioni che possono riguardare l’amicizia o l’amore; vorrebbe un rapporto intimo con un totale sconosciuto o con un semplice conoscente. La vittima in genere viene considerata, per via di una generalizzazione a partire da una o più caratteristiche osservate anche superficialmente, vicina al “partner o amico/a ideale”, una persona che si ritiene possa aiutare, attraverso la relazione desiderata, a risolvere la propria mancanza di amore o affetto. La relazione idealizzata dovrebbe riempire il senso di solitudine, la mancanza di una relazione fisica o emotiva stabile con un’altra persona. Spesso il rifiuto dell’altro viene negato e reinterpretato sviluppando la convinzione che egli abbia bisogno di sbloccarsi e superare qualche difficoltà psicologica o concreta. Questa categoria include anche la forma definita “delirio erotomane”, in cui il bisogno di affetto viene erotizzato e lo/la stalker tende a leggere nelle risposte della vittima un desiderio a cui lei/lui resiste. Non sono soggetti particolarmente pericolosi anche se il loro comportamento procura un forte fastidio in chi lo subisce.
- Una terza tipologia di persecutore è quella definita “il corteggiatore incompetente”, è un corteggiatore fallito. Non riesce a entrare in sintonia con il partner desiderato. Tiene un comportamento alimentato dalla sua scarsa o inesistente competenza relazionale che si traduce in comportamenti opprimenti, espliciti e, quando non riesce a raggiungere i risultati sperati, diventa maleducato, aggressivo, manesco e villano, ingenerando a volte paura nell’altro. Il forte bisogno di possesso e di conquista lo porta a considerare l’altro come un semplice oggetto. Questo tipo di molestatore è generalmente meno resistente nel tempo nel perseguire la persecuzione della stessa vittima, ma tende a riproporre i propri schemi comportamentali cambiando persona da molestare.

Esiste poi “il respinto o *rifiutato*”, un persecutore che diventa tale in reazione ad un rifiuto, non accettando la fine della relazione fa di tutto per ripristinarla. È in genere un ex che mira a ristabilire la relazione oppure a vendicarsi per l’abbandono. La persecuzione inizia dopo che il partner lo ha lasciato. L’obiettivo apparente è tornare insieme ma alterna questi comportamenti ai tentativi di vendetta e del ripristino di un controllo sull’altro. Spesso oscilla tra i due desideri, manifestando comportamenti estremamente duraturi nel tempo che non si lasciano intimorire dalle reazioni negative manifestate dalla vittima: la persecuzione infatti rappresenta comunque una forma di relazione che rassicura rispetto alla perdita totale, percepita come intollerabile. Inizialmente si pone come una persona distrutta che non riesce a stare senza la sua ex e per questo la tempesta di messaggi, di telefonate, tentando di avvicinarla, poi però si mostra anche aggressivo sia verbalmente sia fisicamente e può in escalation arrivare a scegliere l’omicidio come il modo estremo per sancire il controllo sulla vita altrui togliendola. Se già durante la relazione vi era violenza, gelosia, senso di possesso, il rischio mortale aumenta. Nella psicologia di questo tipo di “inseguitore assillante” gioca un ruolo cruciale il modello di attaccamento sviluppato che è una delle forme di tipo insicuro, in grado di scatenare angosce legate all’abbandono che creano una tendenza interiore, più o meno consapevole, a considerare l’assenza dell’altro come una minaccia di annientamento e di annullamento del Sé.

Infine, è stata descritta una categoria di stalker definita “il predatore” e costituita da un molestatore, un vero e proprio inseguitore, che ambisce ad avere rapporti sessuali con una vittima che può essere pedinata, inseguita e spaventata. La paura, infatti, eccita questo tipo di stalker che prova un senso di potere nell’organizzare l’assalto. Per raggiungere questo obiettivo può dedicare molto tempo alla pianificazione delle proprie azioni. Prova soddisfazione e senso di potere nell’osservare la vittima di nascosto, nel progettare l’agguato senza minacciare o lasciar trapelare in anticipo le proprie intenzioni. All’interno di questa tipologia possono ricadere gli stupratori seriali. Sono persone potenzialmente pericolose anche se non sempre trasformano le loro intenzioni in atti. Questo genere di stalking può colpire anche bambini e può essere agito anche da persone con disturbi nella sfera sessuale, quali pedofili o feticisti. Non è una tipologia di stalker diffusa.

Il “gaslighting” o manipolazione affettiva non deve essere confuso con lo stalking. È un insieme di comportamenti subdoli agiti dal manipolatore (gaslighter) nei confronti di una persona, per confonderla, farle perdere la fiducia in se stessa, farla sentire sbagliata, renderla dipendente, fino a farla dubitare della sua sanità mentale. Il contesto può essere quello di coppia, familiare, amicale e lavorativo.

“Maria Antonietta Multari è stata uccisa a Sanremo nello scorso agosto dall’ex fidanzato, Luciano Delfino, dopo che questi l’aveva pedinata, molestata e minacciata. Da tempo la perseguitava non accettando la fine della loro relazione. Gelosia, possesso, desiderio di controllo da parte di un uomo che sembra avesse già riservato questo

trattamento ad altre sue precedenti fidanzate. La sua storia ricorda quella di Silvia Mantovani ammazzata a 28 anni nel settembre del 2006 a Parma dal suo ex, Aldo Cagna, e di molte altre vittime uccise per “troppo amore”. Sono solo alcuni dei casi passati sotto i riflettori dei media a fronte delle circa cento donne che ogni anno in Italia vengono perseguitate fino ad essere uccise dall'ex partner o dal fidanzato, marito, amante, amico: una mattanza che colpisce la popolazione femminile in maniera indiscriminata, al Nord come al Sud, benestanti o indigenti. L'omicidio è solo la punta dell'iceberg di un problema subdolo ma estremamente lesivo, lo stalking, la molestia che troppo spesso si trasforma in omicidio.

Il meccanismo è quasi sempre lo stesso. Già durante la relazione scattano le prime avvisaglie: gelosie ingiustificate e morbose, pedinamenti, controllo esasperato di tutti gli spostamenti, di chi manda sms o telefona alla vittima. Poi la relazione finisce, spesso perché la donna non sopporta più questo modo di fare opprimente. Ma chi viene lasciato non sempre accetta l'idea che il rapporto sia davvero terminato e che l'ex partner possa avere un'altra storia: “Se non ti posso avere io, non ti può avere nessun altro”. Inizia il calvario. Sms, e-mail, continue telefonate, lettere, appostamenti, inseguimenti, ma anche minacce, insulti, aggressioni: vere e proprie persecuzioni. Lo stalking vede nella maggior parte delle volte donne vittime e uomini persecutori anche se non mancano casi inversi (il rapporto è di circa 3:1), che in oltre l'80% dei casi si conoscevano o perché ex partner (il 50% di tutti i casi di stalking) o perché amici, o colleghi di lavoro. L'età delle vittime varia dai 14-16 anni fino all'età adulta; mentre il fenomeno sembra diminuire dopo i 50 anni.

I singoli comportamenti possono non costituire persecuzione né tanto meno reato; è la modalità con cui vengono portati avanti, con insistenza, reiterazione, contro la volontà della vittima che non gradisce certe attenzioni o addirittura ne è intimidita. Mandare una dozzina di rose non è stalking, ma mandare tre dozzine di rose a una ex che più volte ha detto che non vuole riprendere la relazione o chiamarla 20 volte in un giorno lo può essere. Il confine fra corteggiamento e stalking all'inizio può non essere percettibile. Si tratta di capire se il comportamento è adeguato al contesto e alla finalità, e soprattutto se crea uno stato d'ansia e di timore in chi lo subisce.

Dapprima la vittima cerca di far ragionare il molestatore: risponde ai suoi messaggi, accetta di incontrarlo, anche perché le dispiace essere rude nei confronti di qualcuno a cui ha comunque voluto bene o con il quale c'era una simpatia. Così facendo la vittima sottovaluta il rischio, perché pensa erroneamente di avere a che fare con una persona che rispetta le scelte altrui. Lo stalker invece gioca sull'ambivalenza: alterna momenti di apparente sottomissione e disperazione, “Senza di te non posso vivere”, a momenti aggressivi, “Tu senza di me non puoi vivere”. I comportamenti di persecuzione possono durare sia un paio di mesi che addirittura anni, a meno che non intervengano a deterrente i provvedimenti restrittivi adottati dall'autorità giudiziaria a seguito di una denuncia querela o di un esposto. La vita di una persona perseguitata cambia radicalmente fino a impregnarsi di paura per l'imprevedibilità di quello che potrebbe accadere. Per sottrarsi alla persecuzione la vittima cambia scheda del cellulare, si guarda sempre alle spalle quando cammina per strada o quando guida; subisce umiliazioni per le scritte oscene lasciatele sotto casa, nelle cabine telefoniche, sulla macchina, o subisce il danneggiamento delle proprie cose. Tutto questo produce ansia, insonnia o un vero e proprio disturbo post traumatico da stress, compromettendone l'attività lavorativa e le relazioni sociali. Pian piano la vittima si isola anche da parenti o amici per tutelarli perché nel tentativo di aiutarla potrebbero anche loro diventare oggetto delle persecuzioni.

Sebbene solo una piccolissima percentuale dei casi di stalking sfocia in un agguato mortale, è però vero il contrario: nel 70% degli omicidi fra ex vi erano già stati episodi di persecuzione. I dati sono quelli emersi dalla recente ricerca realizzata dal Dipartimento di psicologia della Seconda università degli studi di Napoli su una casistica di 300 omicidi fra partner ed ex partner avvenuti in Italia negli anni 2000-2004. Negli ultimi 4 anni sono aumentati i delitti commessi dagli ex partner che costituiscono il 39,5% del totale.

Secondo l'indagine realizzata dall'Istat (2007) su “La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia – anno 2006” con un campione rappresentativo di 25 mila donne fra i 16 e i 70 anni, il 18,8% ha subito violenza fisica o sessuale o atti persecutori da parte di un ex partner. Sono quasi il 50% delle donne vittime di violenza fisica o sessuale ad aver subito anche comportamenti persecutori. Il 68,5% dei partner ha cercato insistentemente di parlare con la donna contro la sua volontà, il 61,8% ha richiesto ripetutamente appuntamenti per incontrarla, il 57% l'ha aspettata fuori di casa o a scuola o al lavoro, il 55,45% ha inviato messaggi, telefonate, e-mail, lettere o regali indesiderati, il 40,8% l'ha seguita o spiata e l'11% ha adottato altre strategie.

Gli interventi psicologici che si rendono necessari nei confronti delle vittime sono di tipo supportivo e cognitivo. Lo stalking procura un senso di estrema vulnerabilità nella vittima, accompagnato al senso di attesa angosciata della successiva mossa dello *stalker*. L'intervento di sostegno, mirato a far sì che la vittima possa riappropriarsi ragionevolmente della propria esistenza, non deve mai cadere però nell'errore di far abbassare la guardia nei confronti dei rischi reali per la sicurezza della vittima.

Risulta chiaro come lo psicologo assuma quindi un ruolo cruciale, pur entrando troppo spesso in contatto solamente con le vittime e non con i molestatori, i quali vanno più spesso incontro a procedimenti legali per le loro azioni. La funzione terapeutica è legata alla capacità di valutare i segnali d'allarme, tenendo conto dell'equilibrio psicofisico precedente; è importante mettere sempre a fuoco le caratteristiche di questa patologia: ciò sarà di sicuro giovamento per il paziente.

Alcune categorie professionali, come affermano Mullen e Pathé (dato, questo, dimostrato più recentemente anche da studi italiani), sono maggiormente esposte al rischio di diventare vittime di stalking. Se un tempo le categorie più a rischio erano quelle appartenenti al mondo dello spettacolo, e questo ha favorito l'interesse mediatico verso il fenomeno, adesso l'interesse è rivolto al mondo sanitario, a tutti gli appartenenti alle cosiddette “professioni

d'aiuto", vale a dire i medici, gli psicologi, gli infermieri e ogni altra sorta di "helper". Ciò sembra trovare due spiegazioni: da un lato questi professionisti entrano in contatto con bisogni profondi di aiuto delle persone e possono facilmente divenire vittime di proiezioni di affetti e relazioni interiorizzate; dall'altro le eccessive speranze di alcuni "pazienti" possono essere tradite dalla quotidianità professionale e lo stalking diventa una domanda di attenzione o una ricerca di vendetta per l'attribuzione di responsabilità sulla salute.

L'obbiettivo per il futuro dovrà quindi essere quello di tutelare gli operatori del campo della salute mentale, tramite l'educazione sullo stalking e la sensibilizzazione riguardo alle basilari misure di privacy; promuovendo d'altro canto un tempestivo riconoscimento del fenomeno e un intervento precoce. La collaborazione fra colleghi e la valutazione d'équipe si confermano di primaria importanza.

Cesare Secchi, ritiene che il comportamento del molestatore assillante nei confronti del terapeuta sia da intendersi come tentativo di scardinare la struttura comunicativa che sta alla base dell'interazione medico-paziente. Questo "sabotaggio organizzato" del setting, spesso continuo e sistematico nel tempo, si pone l'obbiettivo di sostituire e di rendere sempre più inefficace la seduta terapeutica.

Il comportamento stalkizzante è stato delineato nei suoi dettagli più specifici che permettono di distinguerlo da comportamenti simili (Galeazzi G.M., Curci P., 2001). A tal proposito, sono particolarmente importanti tre caratteristiche di una molestia perché si possa parlare di "stalking":

1. l'attore della molestia, lo stalker, agisce nei confronti di una persona che è designata come vittima in virtù di un investimento ideo-affettivo, basato su una situazione relazionale reale oppure parzialmente o totalmente immaginata (in base alla personalità di partenza e al livello di contatto con la realtà mantenuto);
2. lo stalking si manifesta attraverso una serie di comportamenti basati sulla comunicazione e/o sul contatto, ma in ogni caso connotati dalla ripetizione, insistenza e intrusività;
3. la pressione psicologica legata alla "coazione" comportamentale dello stalker e al terrorismo psicologico effettuato, pongono la vittima stalkizzata, definita anche stalking victim, in uno stato di allerta, di emergenza e di stress psicologico. Questi vissuti psicologici possono essere legati sia alla percezione dei comportamenti persecutori come sgraditi, intrusivi e fastidiosi, che alla preoccupazione e all'angoscia derivanti dalla paura per la propria incolumità.

L'importante è che la vittima non si vergogni e denunci la situazione anche inizialmente ad un centro antiviolenza oltre che rivolgersi alle forze dell'ordine. Chi tenta di risolvere la questione privatamente o con familiari e amici si sentirà impotente e impaurita perché lo stalker non desiste alle sue richieste di smetterla. Anzi, si nutre della debolezza e paura che induce nella vittima per mantenere un contatto. Contatto che troppo spesso si trasforma in un soffocante abbraccio che finisce per togliere il respiro e la libertà. A volte anche la vita.

Cosa fare se si è vittime di Stalking

Naturalmente rivolgersi alle autorità per denunciare anche il più piccolo episodio; è il passo più difficile ma senz'altro quello più opportuno. Il reato è perseguibile a querela della vittima (*art. 7*) ed il termine per la presentazione della querela è di sei mesi. Si procede d'ufficio, invece, nel caso il fatto colpisca un minore o una persona disabile, quando il fatto comporti un altro delitto per il quale si proceda d'ufficio oppure se l'autore delle molestie è già stato ammonito dal questore.

La legge prevede, infatti, che **prima della querela la vittima di stalking possa rivolgersi alle autorità di polizia e chiedere al questore di ammonire l'autore delle molestie**. Una volta raccolte le informazioni necessarie, il questore – se ritiene fondata la richiesta- ammonisce oralmente il molestatore e redige un processo verbale, rilasciandone copia all'ammonito ed alla vittima delle molestie.

A sostegno delle vittime di stalking la legge stabilisce (*art. 11*) che le forze dell'ordine, i presidi sanitari e le istituzioni pubbliche che ricevono dalla vittima notizia del reato di atti persecutori debbano fornirle tutte le informazioni relative ai centri antiviolenza presenti sul territorio e, in particolare, nella sua zona di residenza e metterla in contatto con i centri antiviolenza, qualora ne faccia espressamente richiesta.

Viene, inoltre, estesa a un anno (*art. 10*) l'efficacia del decreto del giudice che ordina la cessazione della condotta pregiudizievole, l'allontanamento dalla casa familiare e il divieto di avvicinamento ai luoghi abitualmente frequentati dalla vittima.

Inoltre è **possibile contattare centri anti-stalking che possono aiutare ad affrontare la psicologia del reato**. La nuova legge istituisce presso il Dipartimento per le pari opportunità (*art. 12*) un **numero verde nazionale** per le vittime di stalking, per assistenza psicologica e giuridica, nonché per segnalare –su richiesta della vittima- le molestie alle forze dell'ordine.

Durante il processo penale contro il molestatore, a questi **può essere vietato di avvicinarsi alla vittima ed ai luoghi che questa frequenta** (*art. 9: inserimento dell'art. 282-ter nel codice di procedura penale*). L'art. 282-bis era stato introdotto dalla legge n. 154 del 2001 sulla violenza familiare per impedire a chi era oggetto di allontanamento dalla casa familiare di avvicinarsi alla persona offesa. Ora con il 282-ter **il divieto di avvicinamento può essere esteso anche ai luoghi frequentati da congiunti o da persone che abbiano un legame affettivo con la vittima. Il giudice può, inoltre, vietare all'imputato di comunicare con la vittima o suoi congiunti attraverso qualsiasi mezzo.**

Quando, per motivi di lavoro o esigenze abitative, l'allontanamento sia impossibile, il giudice stabilisce le modalità ed, eventualmente, impone limiti.

È contemplata anche la massima pena, vale a dire **l'ergastolo, nel caso limite in cui il persecutore arrivi ad uccidere la vittima** (art. 1).

Tecniche di comportamento Antistalking

Dal momento che non tutte le situazioni di stalking sono uguali, non è possibile generalizzare facilmente delle modalità comportamentali di difesa che devono essere adattate alle circostanze e alle diverse tipologie di persecutori.

Esistono tuttavia alcune regole utili. Innanzitutto, inutile negare il problema. Spesso, dal momento che nessuno vuole considerarsi una "vittima", si tende a evitare di riconoscersi in pericolo, finendo per sottovalutare il rischio e aiutando così lo stalker. Il primo passo è allora sempre quello di riconoscere il problema e di adottare delle precauzioni maggiori rispetto a quelle adottate dalle persone che non hanno questo problema. Occorre informarsi sull'argomento e comprendere i rischi reali, seguendo dei comportamenti volti a scoraggiare, quando è possibile, gli atti di molestia assillante.

Se la molestia consiste nella richiesta di iniziare o ristabilire una relazione indesiderata, è necessario essere fermi nel "dire di no" una sola volta e in modo chiaro. Altri sforzi di convincere il proprio persecutore insistente, comprese improvvisate interpretazioni psicologiche che lo/la additano come bisognoso di aiuto e di cure, saranno lette come reazioni ai suoi comportamenti e quindi rappresenteranno dei rinforzi, in quanto attenzioni. Anche la restituzione di un regalo non gradito, una telefonata di rabbia o una risposta negativa ad una lettera sono segnali di attenzione che rinforzano lo stalking.

Comportamenti molto efficaci per difendersi dal rischio di aggressioni sono quelli prudenti in cui si esce senza seguire abitudini routinarie e prevedibili, in orari maggiormente affollati e in luoghi non isolati. Se le molestie sono telefoniche, non cambiare numero. Anche in questo caso, le frustrazioni aumenterebbero la motivazione allo stalking. È meglio cercare di ottenere una seconda linea, lasciando che la vecchia linea diventi quella su cui il molestatore può continuare a telefonare, magari mentre azzerate la soneria e rispondete gradualmente sempre meno. Per produrre prove della molestia alla polizia, non lasciarsi prendere dalla rabbia o dalla paura e raccogliere più dati possibili sui fastidi subiti.

È utile mantenere sempre a portata di mano un cellulare in più per chiamare in caso di emergenza.

Se si pensa di essere in pericolo o seguiti, non andare mai di corsa a casa o da un amico, ma recarsi dalle forze dell'ordine.

Conclusioni

"Una compagnia di porcospini, in una fredda giornata d'inverno, si strinsero vicini, per proteggersi, col calore reciproco, dal rimanere assiderati. Ben presto, però, sentirono le spine reciproche; il dolore li costrinse ad allontanarsi di nuovo l'uno dall'altro. Quando poi il bisogno di scaldarsi li portò di nuovo a stare insieme, si ripeté quell'altro malanno; di modo che venivano sballottati avanti e indietro tra due mali, finché non ebbero trovato una moderata distanza reciproca, che rappresentava per loro la migliore posizione. "

Il dilemma del porcospino afferma, dunque, che tanto più due esseri si avvicinano tra loro, molto più probabilmente si feriranno uno con l'altro.

Arthur Schopenhauer assimila la condizione umana a quella di due porcospini in inverno, in cui si evidenzia come ogni stretto rapporto emotivo possa portare sia conforto che dolore. Assai difficile è trovare quella giusta distanza che permetta di rimanere vicini, scaldandosi, senza interferire l'uno con l'altro.

Quando questa "giusta distanza" viene a mancare, quando inevitabilmente si arriva a una separazione, lo stalker, sensibile all'abbandono, tende a volersi riappropriare del proprio oggetto del desiderio, cioè l'altro non più soggetto; con tutte le conseguenze dello Stalking. Purtroppo spesso, soprattutto per via di norme giuridiche che limitano gli interventi di prevenzione delle situazioni di emergenza, i comportamenti di stalking possono essere protratti a lungo con conseguenze psicologiche negative principalmente per la vittima, ma anche per chi lo agisce e, talvolta, per chi lo osserva.

La vittima, per quanto possa essere breve il periodo in cui viene perseguitata, rischia di conservare a lungo delle vere e proprie ferite. Le conseguenze dello stalking infatti, per chi lo subisce, sono spesso diverse e si trascinano per molto tempo cronicizzandosi. In base al tipo di atti subiti e alle emozioni sperimentate possono determinarsi stati d'ansia e problemi di insonnia o incubi, ma anche flashback e veri e propri quadri di Disturbo Post Traumatico da Stress.

Appendice

"Arrestato per stalking, è giallo su sparizione rivale. La squadra mobile di Milano sta indagando su un grave episodio subito da una segretaria, perseguitata per 14 anni dal suo ex, arrestato nelle scorse ore."

www.tg24.sky.it

“Catania: arresto per stalking. E’ stato arrestato a Catania con l’accusa di stalking nei confronti di una ex ragazza, un uomo di 46 anni. La donna sarebbe stata oggetto di continue minacce, anche di morte. La richiesta era sempre la stessa: ritornare insieme. L’uomo è stato bloccato tra giovedì e venerdì scorsi mentre minacciava l’ex di morte e tentava di entrare nel portone del condominio dove abita la donna. Ai carabinieri la vittima ha detto che giorni prima aveva denunciato l’uomo per le continue minacce, anche di morte, nei suoi confronti e nei confronti della sua famiglia, per molestie e percosse. Circa sei anni fa, secondo il racconto della donna l’uomo durante una lite le aveva rotto il setto nasale, ma la vittima al tempo non aveva denunciato l’accaduto per il timore di ritorsioni. La donna è stata accompagnata dalla polizia in ospedale.”

www.ecodisicilia.com

“STALKING: Perseguitavano ex mogli, tre arresti (AGI) - Roma, 19 apr. - Tre uomini arrestati dai Carabinieri a Roma per aver perseguitato le ex mogli fino a rendere la loro vita impossibile. Una donna di 42 anni è stata aggredita a calci e pugni dall’ex coniuge nella sua abitazione di via Francesco Castel. L’uomo, 46enne, da tempo la perseguitava con continue minacce, pedinamenti ed sms dai toni intimidatori. Una telefonata al 112 ha permesso ai militari del Nucleo Radiomobile di arrestare lo stalker. In Via Pomezia, poi, arrestato un agente immobiliare di 48 anni, responsabile di aver tormentato per lungo tempo la ex consorte fino a procurarle un persistente stato di ansia. Infine a San Cesareo, alle porte di Roma, arrestato un 42enne, già ai domiciliari per atti persecutori nei confronti della ex moglie di 36 anni ma ciononostante continuava a molestarla al telefono nonostante l’assoluto divieto di contattarla. I Carabinieri hanno notificato all’ex marito recidivo per 'stalking', un ordine di custodia cautelare in carcere emesso dal Tribunale di Roma conducendolo questa volta in carcere a 'Regina Coeli'. Per i primi due uomini arrestati si attende il processo per direttissima.”

www.agi.it

“STALKING: Donna arrestata a Napoli (Ansa) – Napoli, 16 Mag. 2009 – Una donna è stata arrestata a Napoli per stalking nei confronti del suo ex che ha perseguitato con minacce ed inseguimenti. La relazione sentimentale era finita già da 4 mesi, ma lei, con precedenti penali, non si era affatto rassegnata e aveva dato il via alle persecuzioni arrivando perfino a minacciare i parenti dell’uomo. Tanto che quest’ultimo era andato anche via, per 2 mesi, in Spagna. Ieri l’ultima scenata, a Napoli, che ha fatto scattare l’arresto della donna.”

www.ansa.it

Bibliografia

Meloy J. R., “The psychology of stalking”, Academic Press, 1998.

Mullen P.E., Pathè M., Purcell R., Stuart G., “A study of stalkers. In American Journal of Psychiatry”, 156, 1244-1249, 1999.

Oliviero Ferraris A., “Stalker il persecutore. In Psicologia Contemporanea”, 164, 18-25, 2001.

Paolo Curci, Gian Maria Galeazzi, Cesare Secchi, “La sindrome delle molestie assillanti (stalking)”, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

Massimo Lattanzi, “Stalking. Il lato oscuro delle relazioni interpersonali”, Ediservice, Roma, 2003.

AIPC Editore, “Stalking. Aspetti psicologici, sociologici e giuridici”, a cura dell’Osservatorio Nazionale sullo Stalking, Roma, 2009. Franco Angeli, “Donne vittime di stalking. Riconoscimento e modelli di intervento in ambito europeo”, a cura di Modena Group on Stalking, Milano, 2005.

Francesca Maria Zanasi, “Violenza in famiglia e stalking. Dalle indagini difensive agli ordini di protezione”, Giuffrè, Milano, 2006.

Mario Filippo Calì, “Stalking & Stalkers” (da una ricerca criminologica internazionale e un partner operative per la identificazione di anonimi molestatori a mezzo di telefonate e lettere anonime), Casa Editrice LSA - liberistampatori, Novara.

Ian McEwan, “L’amore fatale”, Einaudi, 1999.

Amanda Filipacchi, “Il club degli innamorati”, Newton & Compton (collana Anagramma), 2006.

Sitografia

www.criminalmente.it

QUALE *Psicologia*, 2011, 38

www.lastampa.it
www.panorama.it
www.poliziadistato.it
www.puntosicuro.it
www.psicologialegale.it
www.stalking.it
www.wikipedia.it

L'ATTACCAMENTO AL PADRE: RASSEGNA DELLA LETTERATURA DI RICERCA

THE ATTACHMENT TO FATHER: REVIEW OF RESEARCH LITERATURE

Nicola Boccola

Riassunto

In un'epoca in cui si registra un maggiore coinvolgimento dei padri nelle funzioni di cura della prole, ci si è chiesti come la letteratura di ricerca sull'attaccamento abbia trattato le specificità di una relazione, tra padre e figlio, da sempre considerata secondaria nella crescita psicologica. A questo scopo sono presentati in rassegna i maggiori lavori sperimentali e meta-analitici, che mostrano come la qualità dell'attaccamento di un bambino al padre, fortemente legato alla qualità dell'attaccamento tra la coppia genitoriale e tra madre e bambino, è in correlazione significativa con poche caratteristiche del loro sviluppo futuro. Il ruolo paterno sembra essere quello di cadenzare i processi relazionali tra madre e bambino, come le teorie psicoanalitiche hanno spesso affermato.

Parole chiave: attaccamento, padre, van Ijzendoorn, Belsky

Abstract

In our age it is easily detectable a greater involvement of fathers in caring their children: I wondered what the attachment theory research recently found about a relationship that was often seen as less important, in the development of a child. With this purpose I have introduced the most important experimental and meta-analytical researches, showing that the quality of attachment of the child to the father is significantly correlated with few future traits of the child, and is strongly subjected to the quality of attachment between the parental couple and between mother and child. The consistency of the paternal role seems to be related in pacing the relationship between mother and child, as the psychoanalysis often stated.

Keywords: attachment, father, Van Ijzendoorn, Belsky

Introduzione

La teoria dell'attaccamento, tra quelle di derivazione psicoanalitica, si è dimostrata particolarmente efficace nel fornire strumenti innovativi nell'ambito della psicologia dello sviluppo. Uno dei suoi maggiori pregi è quello di essere fortemente basata sui dati empirici nel campo dello sviluppo emotivo e sociale, posti in una fruttuosa dialettica con l'attività concettuale che ha permesso alla teoria di acquisire una notevole consistenza e specificità.

Non sfugge tuttavia la forte centratura che riveste la madre come figura di attaccamento, la cui influenza sullo sviluppo del bambino è stata definita come "*soverchiante*" da Steele, Steele e Fonagy (1996, p. 551), e che ha spinto alcuni autori ad affermare che "*la scarsità degli studi sul ruolo del padre nello sviluppo infantile dell'attaccamento deve essere sfortunatamente considerato come un dato di fatto piuttosto che un pregiudizio sessista*" (van Ijzendoorn, De Wolff, 1997, p. 604).

In realtà il padre può rappresentare una figura d'attaccamento, dato che le sue caratteristiche influiscono sulla qualità dell'attaccamento del bambino e che la sua presenza continua e responsiva rappresenta un fattore protettivo rispetto allo sviluppo di eventuali patologie psichiche, il cui rischio è stato ben evidenziato in conseguenza a legami di attaccamento non ottimali (Crittenden, 1992).

In questo lavoro saranno esaminati prima e interpretati poi lavori sperimentali e meta-analitici degli studiosi dell'attaccamento che si sono occupati della figura paterna; a chi non ha dimestichezza con la statistica consiglio francamente di saltare il prossimo paragrafo, o andare direttamente alle conclusioni.

Risultati lavori sperimentali e meta-analisi

Allo stato attuale si hanno a disposizione alcuni studi che hanno indagato eventuali somiglianze nella qualità dell'attaccamento che il bambino agisce nei confronti di madre e padre, dal punto di vista quantitativo e qualitativo.

Innanzitutto si devono considerare i dati dell'importante meta-analisi condotta da Fox, Kimmerly e Schafer (1991). Gli Autori hanno preso in esame 11 studi che dal 1978 al 1990 hanno indagato mediante la Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978) la qualità dell'attaccamento di un totale di 672 bambini; la meta-analisi è stata possibile in quanto gli studi presentavano caratteristiche molto simili, sia per età, sesso e ordine di nascita dei bambini valutati tramite la griglia di osservazione, sia per le caratteristiche formali dei diversi studi: il bilanciamento delle sessioni sperimentali, l'intervallo di tempo tra prima e seconda sessione sperimentale, l'assenza di conoscenza

per gli sperimentatori della qualità d'attaccamento dell'altro genitore esaminato. I risultati mostrano una associazione significativa tra attaccamento alla madre ed al padre ($p < .001$). Padri sicuri tendono ad avere mogli sicure, ma non solo: anche il tipo di insicurezza, ambivalente o evitante, risulta correlata tra i due genitori ($p = .0002$), e addirittura la categoria secondaria dell'attaccamento sicuro (B1, B2, B3, B4) di un genitore concorda significativamente con quella dell'altro genitore ($p < .0001$).

Questo risultato è parzialmente confermato da un altro studio, condotto da van Ijzendoorn e De Wolff (1997), i quali hanno effettuato tre meta analisi utilizzando i dati dei più importanti studi a cui fa riferimento la ricerca contemporanea. Gli Autori hanno analizzato innanzitutto l'associazione tra qualità dell'attaccamento al padre ed alla madre nella Strange Situation in 14 studi, per un totale di 950 bambini. I dati presentano una correlazione tra sicurezza dell'attaccamento al padre ed alla madre modesta ($r = .17$), ma statisticamente significativa ($p < .05$). È stata poi indagata la correlazione tra rappresentazione dell'attaccamento di padri e madri, misurata con la Adult Attachment Interview, attraverso una meta-analisi di 4 ricerche (tra cui Steele, Steele, Fonagy, 1996), in cui tale strumento era stato utilizzato. I dati mostrano, su un campione di 226 bambini, una buona correlazione ($r = .28$; non è indicato il livello di significatività), tra sicurezza nella rappresentazione dell'attaccamento nei due genitori. Inoltre, è stata evidenziata una correlazione più alta tra rappresentazione dell'attaccamento nella madre e qualità dell'attaccamento con il figlio misurata con la Strange Situation ($r = .50$, $N = 656$), rispetto alla correlazione tra rappresentazione dell'attaccamento nel padre e Strange Situation tra padre e figlio ($r = .37$, $N = 198$). Infine, gli Autori hanno esaminato l'associazione tra sensibilità paterna e attaccamento al padre, attraverso una meta-analisi di otto studi con un totale di 546 bambini. Quest'ultima meta-analisi ha mostrato un'associazione significativa tra sensibilità paterna e qualità dell'attaccamento tra padre e figlio/a, pari a $r = .13$; questa misura è tuttavia considerata dagli Autori come "*limite inferiore*" (van Ijzendoorn, De Wolff, 1997, p. 605) dell'associazione tra le due variabili, dal momento che non era stato possibile inserire alcuni risultati, andati perduti; inoltre gli Autori affermano che non ci sarebbero fattori intervenienti tra le due variabili tali da invalidare l'associazione, come invece afferma Belsky (1996) riguardo la necessità di distinguere tra gli studi effettuati in casa dei soggetti ed in laboratorio.

Un'altra meta-analisi, condotta da van Ijzendoorn e Bakermas-Kranenburg (1996) con lo scopo principale di trovare dei dati normativi riguardo la rappresentazione dell'attaccamento in gruppi clinici e non, ha evidenziato dei risultati molto interessanti per quanto riguarda l'attaccamento al padre e la somiglianza della rappresentazione dell'attaccamento tra i due genitori. Innanzitutto, la distribuzione della rappresentazione dell'attaccamento nei padri del campione non clinico risulta simile a quello delle madri. Un dato ancora più interessante di questa ricerca riguarda poi la somiglianza della rappresentazione dell'attaccamento nelle coppie. Secondo le analisi (a tre vie e a quattro vie, tenendo conto anche della categoria *non risolto*) degli Autori (ibidem, 1996), l'omogeneità delle frequenze della rappresentazione dell'attaccamento nelle coppie è complessivamente statisticamente significativa ($p = .004$); in particolare tendono a sposarsi e ad avere bambini le coppie formate da due soggetti *sicuri*, da due soggetti *non risolti*, mentre si sposano significativamente meno di quanto suggerito dal caso uomini *sicuri* con donne *preoccupate*. Si sottolinea come risultino molto vicini alla significatività, secondo l'analisi a tre vie, gli accoppiamenti in positivo (tendono a sposarsi di più) tra coppie di soggetti preoccupati e tra uomini preoccupati e donne evitanti, e in negativo (tendono a sposarsi di meno) tra donne sicure e uomini preoccupati.

Lo studio di Steele, Steele e Fonagy (1996), compreso nella meta-analisi già citata di van Ijzendoorn e De Wolff (1997), presenta invece un'elaborazione secondaria molto interessante, oltre ai dati sulla significatività della correlazione tra risultati alle Adult Attachment Interview genitoriali e qualità dell'attaccamento dei figli al genitore corrispondente nella Strange Situation (associazione tra punteggio all'AAI del padre e attaccamento al padre: $\gamma^2 = 18.94$, $p < .005$; per la madre è $\gamma^2 = 41.87$, $p < .0001$) e correlazione significativa tra qualità dell'attaccamento al padre ed alla madre nella Strange Situation (l'associazione è: $\gamma^2 = 3.78$, $p < .05$; si fa riferimento alle sole categorie sicuro ed insicuro).

Prima di presentare i risultati dell'analisi log-lineare degli Autori, volta ad indagare l'influenza della rappresentazione dell'attaccamento di un genitore sulla qualità dell'attaccamento dell'altro genitore nella Strange Situation, occorre accennare all'ipotesi, poi confermata, sottesa a questa elaborazione. Gli Autori intendevano dimostrare quanto l'influenza della rappresentazione dell'attaccamento della madre concorra a spiegare, unitamente alla rappresentazione dell'attaccamento del padre, la qualità dell'attaccamento nella Strange Situation tra padre e figlio, mostrando come nella cross-tabulazione l'inserimento di questo dato aumentasse il potere esplicativo dei risultati e dell'ipotesi teorica. L'assenza di un γ^2 significativo ($\gamma^2(8) = 11.42$, $p < .18$), indica proprio che, come affermano gli Autori, "*the model fits the data*" (Steele, Steele, Fonagy, 1996, p. 548). L'associazione di modelli di sicurezza materna e paterna è così maggiormente predittiva del modello di attaccamento sicuro del bambino; i risultati ottenuti sottolineano, inoltre, che i bambini, intorno ai 18 mesi di età, sono in grado di rappresentare differenze nello stato della mente di ognuno dei due genitori rispetto alla relazione d'attaccamento.

Un risultato simile è stato ottenuto in uno studio italiano condotto da Attili e Vermigli (cit. in Attili, 2001). Gli Autori hanno misurato la rappresentazione mentale dell'attaccamento dei genitori di 34 bambini di 8 anni con l'Adult Attachment Interview, mettendola in relazione con quattro stili genitoriali, basati su comportamenti positivi, negativi, controllanti o disconfermanti, osservabili durante l'interazione di gioco; di seguito hanno misurato il successo sociale dei bambini a scuola attraverso la "*peer nomination*". I risultati sembrano indicare un rapporto non lineare tra stile interattivo materno, associato alla rappresentazione dell'attaccamento, e successo sociale dei bambini: i risultati si adatterebbero meglio ad un modello che tenga conto anche della rappresentazione dell'attaccamento e degli stili genitoriali paterni.

La ricerca di Main, Kaplan e Cassidy (1985), prima a sottolineare l'importanza del concetto di rappresentazione dell'attaccamento negli adulti e nell'utilizzo dell'Adult Attachment Interview, si rivela importante nell'identificare e quantificare gli ambiti dello sviluppo del bambino che risentono della qualità precoce dell'attaccamento al padre, oltre che alla madre. La ricerca consiste in uno studio longitudinale, nel quale la sicurezza dell'attaccamento del bambino al padre ed alla madre era valutata mediante la Strange Situation all'età, rispettivamente, di 18 e 12 mesi; in seguito, all'età di circa 6 anni, le 40 famiglie ancora disponibili sono state sottoposte a diverse situazioni sperimentali. Una correlazione statisticamente significativa ($r = .30, p < .05$) è stata trovata tra qualità dell'attaccamento al padre a 18 mesi e comportamento d'attaccamento del bambino alla riunione dopo le diverse sessioni sperimentali, valutato ad insaputa dei genitori in modo simile alla Strange Situation; questo dato sull'attaccamento complessivo del bambino a 6 anni correlava in modo significativo solo con la valutazione del funzionamento complessivo del bambino ($r = .47$), quantificato in relazione al suo comportamento sociale ed emotivo ed alla capacità di orientarsi nelle attività da svolgersi. La correlazione tra attaccamento alla madre a 12 mesi e 6 anni è invece molto più elevata ($r = .76, p < .001$); inoltre il dato dell'attaccamento alla madre a 6 anni correlava significativamente con molte delle caratteristiche infantili indagate nella ricerca, come apertura emotiva ($r = .68$), funzionamento complessivo ($r = .56$) e qualità dell'attaccamento della madre nell'Adult Attachment Interview ($r = .45$). L'unica caratteristica del bambino a 6 anni risultata maggiormente correlata all'attaccamento precoce al padre ($r = .64, p < .001$) piuttosto che a quello alla madre ($r = .63, p < .001$) è la fluidità verbale, quantificata attraverso il grado di facilità nel dare ed ottenere informazioni, l'equilibrio della comunicazione nella coppia e il numero di oggetti di conversazione, osservati durante la riunione alla fine delle sessioni sperimentali. L'altra caratteristica risultata significativamente correlata con l'attaccamento precoce del bambino al padre, seppur in misura modesta, è la rappresentazione dell'attaccamento del padre valutata mediante l'Adult Attachment Interview ($r = .37, p < .05$); il dato risulta inferiore rispetto alla correlazione ($r = .62, p < .001$) fra attaccamento precoce e rappresentazione dell'attaccamento nella madre. Inoltre, la sicurezza dell'attaccamento precoce alla madre spiega molte altre caratteristiche che non sono in correlazione significativa con l'attaccamento precoce al padre, come il funzionamento complessivo, l'apertura emotiva, le risposte a domande sulla separazione, le reazioni alla fotografia della famiglia.

Un altro studio longitudinale che ha valutato l'associazione tra qualità precoce dell'attaccamento ai genitori e caratteristiche di personalità successive (nello specifico, l'interazione tra pari a 6 anni) è quello di Volling e Belsky (1992). Lo studio prevedeva la valutazione dell'attaccamento con la madre e con il padre mediante la Strange Situation di 30 bambini, i quali avevano almeno un fratello o una sorella, maggiori o minori, all'età rispettivamente di 12 e 13 mesi; in seguito la relazione con i genitori e con i fratelli era valutata all'età di 3 e 6 anni attraverso l'osservazione del comportamento interattivo e l'utilizzo di un Questionario, il "Sibling Inventory of Differential Experience" (Daniels, Plomin, 1985). I risultati mostrano che la relazione d'attaccamento precoce ai padri non spiega il comportamento con i pari a 6 anni; tuttavia, i bambini a 6 anni mostravano più numerosi comportamenti prosociali se i padri a 3 anni si erano dimostrati più condiscendenti e caldi, piuttosto che intrusivi o non coinvolti (Volling, Belsky, 1992). Al contrario, comportamenti aggressivi dei bambini con i pari a 6 anni risultavano associati ad attaccamento insicuro alla madre a 12 mesi (erano state valutate le sole categorie sicuro ed insicuro), comportamento materno intrusivo e controllante a 3 anni, alto livello di conflitto con la madre a 6 anni.

Due importanti studi hanno esaminato i fattori predittivi di un attaccamento sicuro tra padre e figlio, risultati in parte diversi rispetto a quelli predittivi un attaccamento sicuro con la madre. Il primo di questi è stato condotto da Cox, Henderson, Owen e Margand (1992), i quali hanno seguito longitudinalmente 38 triadi genitori-figlio, valutandone i comportamenti genitoriali all'età del bambino di 3 mesi, e la qualità d'attaccamento con la Strange Situation a 12 e 13 mesi (bilanciando l'ordine di valutazione dei genitori). I comportamenti e le attitudini genitoriali sono stati indagati mediante due interviste, somministrate l'una individualmente e l'altra in coppia, che misuravano il piacere nell'interazione ("*delight*"), l'accettazione del bambino, la sensibilità e l'investimento nella genitorialità; inoltre i genitori furono filmati in interazioni semistrutturate, e da queste osservazioni sono state misurate la sensibilità, la presenza di emozioni positive, la vivacità ("*animation*") dell'interazione, il tempo dedicato all'interazione, l'attitudine positiva o meno dei genitori verso il gioco e l'incoraggiamento all'esplorazione e all'autonomia del figlio. I risultati mostrano chiaramente che un attaccamento sicuro al padre è predetto significativamente a 3 mesi dalla qualità della relazione con il padre ($r = .43, p < .01$), dall'attitudine del padre verso il bambino e il proprio ruolo paterno ($r = .54, p < .001$), dal tempo trascorso dal padre con il bambino ($r = .47, p < .01$). Per la madre erano significative le correlazioni con la qualità della relazione e il tempo trascorso con il bambino a 3 mesi.

L'altro studio, ancora più interessante, è quello di Belsky (1996). L'Autore ha esaminato 126 padri, all'età di circa 10 mesi dei loro primogeniti, riguardo alcuni fattori che considerava predittivi della qualità dell'attaccamento successiva (in particolare: personalità del padre, temperamento del figlio, qualità del rapporto coniugale, supporto sociale, connessione tra famiglia e lavoro; vedi anche Belsky, 1984). Tre mesi dopo, padri e figli sono stati sottoposti alla Strange Situation. L'analisi della varianza mostra, innanzitutto, un'associazione significativa tra attaccamento sicuro al padre e due delle tre dimensioni di personalità misurate dal NEO Personality Inventory (Costa, McCrae, 1985), cioè Estroversione (Extraversion: $F(1,123) = 7.21, p < .01$) e Amabilità (Agreeableness: $F(1,123) = 5.97, p < .05$). I padri sicuri tendono poi a percepire il loro matrimonio come positivo, dato misurato con il questionario delle relazioni intime di Braiker e Kelly (1979) ($F(1,123) = 3.19, p < .10$), e tendono a non scindere la propria vita familiare da quella lavorativa, ma a riversare ("*spillover*") emozioni ed esperienze di una sfera nell'altra, dato misurato con un questionario creato dallo stesso Autore, il Work-Family Questionnaire (Belsky, Perry-Jenkins,

Crouter, 1985) ($F(1,123) = 6.49, p < .05$). Molto interessante inoltre, come sarà esaminato più avanti, anche il dato per cui i bambini classificati poi come evitanti hanno ricevuto un punteggio significativamente maggiore rispetto agli ambivalenti nell'Infant Behaviour Questionnaire (Rothbart, 1981), un questionario che misura la qualità del temperamento dei bambini come percepito dai genitori. Per una maggiore chiarezza, di seguito sono esposti i dati completi della MANOVA.

Infine, è necessario tener conto dei dati del dettagliato studio di Lamb (1977), divenuto ormai un classico della ricerca. L'Autore ha osservato 20 bambini con i loro genitori nella loro abitazione all'età di 7, 8, 12 e 13 mesi, misurandone i comportamenti d'attaccamento, affiliativi e di gioco rivolti al padre, alla madre e ad un estraneo, nonché gli stili genitoriali di interazione con il bambino, e le variazioni di queste variabili nel corso dello sviluppo del bambino preso in considerazione. L'analisi della varianza ha evidenziato innanzitutto che i bambini non mostravano differenze sostanziali nei comportamenti d'attaccamento (prossimità, contatto, avvicinamento, richieste di essere preso in braccio, proteste ["fusses"], accessibilità ["reach"]) rivolti ai due genitori, mentre differenziavano l'estraneo rivolgendogli tali comportamenti in misura significativamente minore; questa tendenza andava poi aumentando con lo sviluppo del bambino. Il livello di significatività per la somma di tutti i comportamenti d'attaccamento e quelli affiliativi (sorrisi, vocalizzazioni, sguardi e gesto di indicare) è di $p < .001$ nella differenza tra madre ed estraneo e di $r < .01$ nella differenza tra padre ed estraneo; per i singoli comportamenti d'attaccamento citati la significatività nella differenza tra madre e padre ed estraneo varia da $p < .05$ e $p < .001$. Un altro aspetto interessante, forse trascurato dall'Autore nella discussione ma evidente nei dati forniti, è quello riguardante la preferenza significativa per il padre nel rivolgere tutti i comportamenti affiliativi citati (fino a $p < .001$ per vocalizzi e sguardi), presente sia nelle osservazioni a 7-8 mesi, sia, in misura maggiore, in quelle a 12-13 mesi; l'Autore sottolinea anche che, in condizioni di stress, i bambini di 1 anno mostrano una netta preferenza per la madre. Differenze significative tra padre e madre ci sono anche per l'interazione nel gioco: i padri propongono significativamente più giochi rispetto alle madri ($p < .05$) e giocano con i bambini più a lungo ($p < .10$); le madri invece propongono significativamente di più solo giochi convenzionali ($p < .05$). Complessivamente si può anche inferire dai dati, sebbene non sia riportata la specifica analisi della varianza, che *"le madri prendono di più il bambino in braccio per dispensare cure [madri, $m = 37.8$, d.s. = 20.6 Vs. padri, $m = 24.1$, d.s. = 21.0], mentre i padri lo prendono di più per giocare con lui [padri, $m = 30.1$, d.s. = 19.9 Vs. madri, $m = 9.6$ e d.s. = 13.1]. Questi pattern rimangono simili nella prima e nella seconda serie di osservazioni"* (Lamb, 1977, p. 178).

Interpretazione dei risultati delle ricerche sull'attaccamento al padre

Le ricerche citate nel precedente paragrafo consentono di fissare alcuni importanti punti fermi per proseguire lo studio dell'attaccamento al padre.

Innanzitutto, possiamo considerare assodata la lieve correlazione tra attaccamento al padre ed alla madre emergente dalla procedura della Strange Situation (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978), nonché nella rappresentazione mentale dell'attaccamento nei due genitori misurata dall'Adult Attachment Interview (George, Kaplan, Main, 1984), come appare evidente nelle meta-analisi analizzate. Le spiegazioni che sono state fornite a questi dati non sono però univoche. Fox, Kimmerly e Schafer (1991), ad esempio, citano l'influenza del temperamento del bambino come variabile principale (ma non esaustiva) nel concorrere a rendere simili i comportamenti d'accudimento genitoriali, e quindi la qualità dell'attaccamento dei loro figli. Scrivono gli Autori: *"Date le differenze individuali nelle reazioni alle novità ed agli stress nonché nel comportamento precoce di gioco, non è sorprendente che i bambini risponderanno in modo simile alla madre ed al padre in una situazione identica"* (ibidem, 1991, p. 223). In realtà, come messo in luce nella ricerca di van der Boom (1990) citata nel primo capitolo, i teorici dell'attaccamento non attribuiscono un grande peso a questo fattore nel condizionare il modello di attaccamento ed il comportamento del bambino nella Strange Situation; tuttavia non bisogna dimenticare il dato significativo per cui i bambini poi classificati come evitanti hanno, nelle risposte paterne all'Infant Behaviour Questionnaire (Rothbart, 1981), un punteggio più alto (ovvero hanno un temperamento più facile) rispetto agli ambivalenti (vedi tabella 4.6 a p. 128). L'Autore della ricerca, Belsky (1996), scrive che questo dato mostra che *"il temperamento influisce maggiormente sul modo in cui si manifesta l'insicurezza (o la sicurezza), piuttosto che nello sviluppo di un attaccamento sicuro o insicuro"* (p. 911).

Un'altra spiegazione offerta per la concordanza tra attaccamento alla madre ed al padre riguarda la constatazione che individui che hanno una rappresentazione mentale dell'attaccamento simile tendono a sposarsi e avere bambini in misura significativamente maggiore (van Ijzendoorn, Bakermas-Kranenburg, 1996). Dato che la rappresentazione mentale dell'attaccamento è una delle variabili più consistenti nel determinare il comportamento di attaccamento nella Strange Situation (ad esempio, Main, Kaplan, Cassidy, 1985), rappresentazioni simili espresse nell'Adult Attachment Interview porteranno entrambi i genitori ad avere risultati simili nella Strange Situation con i propri figli. Anche nel caso di non coincidenza della rappresentazione mentale dell'attaccamento nei due genitori, la concordanza può essere spiegata con le dinamiche comunicative della coppia: i genitori, infatti, spesso discutono e prendono decisioni comuni sui comportamenti da adottare con il proprio bambino; un'ulteriore, indiretta conferma a questo dato arriva dalla ricerca di Howes e Hamilton (1992) citata nel secondo capitolo, secondo la quale la qualità dell'attaccamento verso la madre e la maestra d'asilo tende ad assomigliarsi solo quando le due figure condividono le stesse idee riguardo il modo di relazionarsi al bambino.

Risulta quindi di particolare importanza il dato evidenziato dalla ricerca di Steele, Steele e Fonagy (1996) e confermato da quella citata in Attili (2001), riguardo l'influenza reciproca dei Modelli Operativi Interni genitoriali. Scrivono Steele e collaboratori (ibidem, 1996, p. 551), nella discussione dei dati della loro ricerca: *"Questa analisi ha prodotto un'evidenza che può essere vista come un effetto primario delle cure materne. Specificamente, l'associazione tra rappresentazione dell'attaccamento della madre e Strange Situation tra padre e figlio è significativa e appare sovrapporsi all'associazione significativa tra le Strange Situation dei due genitori (...). Quando abbiamo introdotto la misura dell'associazione tra queste due variabili, l'idoneità del modello statistico aumentava (...). [Questo dato] appare attribuibile alla soverchiante influenza della rappresentazione dell'attaccamento materno presso il bambino che influenza i suoi comportamenti nelle interazioni con altre persone"*. Come è evidente, i ricercatori inglesi ritengono che sia la madre a dar forma al legame d'attaccamento tra padre e figlio.

Scrivono Solomon e George (1999), a proposito di questi dati: *"la relazione padre-bambino nell'infanzia dipende sotto molti aspetti dalla relazione madre-padre, la quale condiziona il fatto che il padre scelga e/o ottenga il permesso di entrare nel "cerchio" del legame madre-bambino"* (p. 332). A conferma di questa interpretazione ci sono i dati di Belsky (1996), il quale evidenzia che padri sicuri tendono a percepire come significativamente più soddisfacente il proprio matrimonio, mentre Goldberg e Easterbrooks (1984) riferiscono lo stesso dato ma solo per la relazione con le figlie.

Ma anche il padre può condizionare la relazione d'attaccamento madre-bambino, come sostiene Attili (2001). In base ai propri dati, l'Autrice afferma che: *"l'importanza vera del padre nello sviluppo del bambino va rintracciata (...) nel suo potersi porre come fattore di trasformazione dei modelli operativi interni della moglie e quindi in grado sia di influenzare la coppia, che trasformare la stessa relazione madre-bambino. In maniera speculare il padre (...) può essere influenzato dalle caratteristiche della moglie o della partner, e dalla qualità della relazione che ha con essa"* (Attili, 2001, p. 49). Padre come eventuale fattore protettivo anche secondo Main e Weston (1981), le quali mostrano come la qualità dell'interazione con un clown di bambini di 12 mesi risentisse soprattutto della qualità dell'attaccamento alla madre, e in subordine, soprattutto nel caso di madri insicure, anche della qualità dell'attaccamento al padre.

Sull'argomento, George e Solomon (1999) precisano che: *"mariti sicuri appaiono proteggere una madre, rispetto al proprio stato d'attaccamento, da stress personale, insoddisfazioni coniugali, e da una povera interazione col proprio bambino. (...) un partner sicuro fornisce una base sicura per la madre. E' come se il marito partecipasse ad un accudimento di coppia evitando di sottoporre la madre ad altre richieste conflittuali o distogliendo la sua attenzione dal figlio. (...) è come se il partner sicuro fosse per la madre un'ancora di salvezza alla quale può rivolgersi quando il proprio sistema di attaccamento è stimolato"* (p. 750).

Emerge così la necessità di leggere la relazione tra padre e figlio/a in un contesto sistemico, tenendo conto delle varie relazioni all'interno della famiglia, ed anche al di fuori: si ricordi, ad esempio, il dato di Belsky (1996), secondo cui padri sicuri avevano significativamente una maggiore integrazione dei propri ruoli paterno e lavorativo. Scrive il ricercatore americano (ibidem, 1996, p. 912): *"Quindi, per capire se possa svilupparsi una relazione sicura è meno importante sapere se i soggetti hanno un temperamento facile o difficile, o il grado di supporto sociale, rispetto al bilancio dei fattori protettivi o di rischio risultanti in una famiglia dalle numerose o scarse risorse"*.

Sotto questa luce è possibile comprendere meglio le scarse correlazioni dell'attaccamento al padre con i suoi fattori teoricamente antecedenti e conseguenti, nonché la sua stabilità. Ad esempio, è stato mostrato come la sensibilità genitoriale, fattore antecedente per eccellenza nello sviluppo di una relazione d'attaccamento sicuro secondo la teoria (Ainsworth, Bell, Stayton, 1974), nei padri ha solo uno scarso peso nel determinare un risultato di sicurezza nella Strange Situation ($r = .13$, considerato limite inferiore; van Ijzendoorn, De Wolff, 1997). Come fattori predittivi sembrano contare più altri aspetti della personalità del padre, come l'attitudine del padre verso il proprio ruolo paterno (Cox, Henderson, Owen, Margand, 1992), l'estroversione e l'amabilità (Belsky, 1996), e soprattutto la sua rappresentazione mentale dell'attaccamento misurata nell'Adult Attachment Interview (van Ijzendoorn, De Wolff, 1997).

Inoltre, come visto nelle ricerche precedentemente citate, l'attaccamento precoce al padre spiega poche caratteristiche future, come la fluidità verbale (Main, Kaplan, Cassidy, 1985). Risultati più apprezzabili si ottengono invece valutando alcuni fattori e il contemporaneo attaccamento al padre, come per i comportamenti prosociali (Volling, Belsky, 1992) e la qualità dei pattern comportamentali in compiti di problem solving (Easterbrooks, Goldberg, 1987), su cui influiscono la qualità del legame al padre a 3 anni; ed anche il funzionamento globale del bambino, in forte correlazione ($r = .47$) con l'attaccamento del bambino al padre a 6 anni (Main, Kaplan, Cassidy, 1985).

Riguardo la stabilità longitudinale della qualità dell'attaccamento al padre, le ricerche mostrano statistiche molto scarse. Main e Weston (1981) riferiscono una stabilità di circa 80 % della categoria dell'attaccamento al padre dopo 8 mesi, prendendo però in considerazione solo 15 bambini; Main, Kaplan e Cassidy (1985) nella loro ricerca con 40 famiglie riferiscono una correlazione di $r = .30$ tra Strange Situation a 18 mesi e comportamento d'attaccamento alla riunione dopo le sessioni sperimentali a 6 anni; in seguito tuttavia Belsky, Campbell, Cohn, Moore (1996), analizzando le Strange Situation a 13 e 20 mesi di un campione di 120 diadi padre-figlio, hanno trovato una stabilità solo del 46 %; gli Autori imputano il loro dato deludente rispetto agli studi precedenti al cambiamento del ruolo paterno all'interno della famiglia negli ultimi anni, mettendo in dubbio anche che esista una stabilità temporale dell'attaccamento ed invocando anche possibili errori di misurazione o normali processi di maturazione del bambino.

Questi dati, unitamente ai precedenti, concorrono all'ipotesi citata da George e Solomon (1999) per cui i padri, pur essendo perfettamente in grado di somministrare cure amorevoli ed efficaci, promuovono la sicurezza in modo diverso dalle madri, e soprattutto sarebbero in maggior connessione con lo sviluppo dei sistemi comportamentali di affiliazione ed esplorazione.

Conclusioni

Il padre è una figura d'attaccamento. E' però necessario che, richiamando i criteri di Howes (1999), partecipi alle cure del bambino, sia presente continuativamente nella sua vita e investa emotivamente sul proprio bambino; comportamenti che i padri possono agire in modo competente (Cassidy, 1999).

Lamb (1977) ha sottolineato che il padre è una figura d'attaccamento fin dai sette mesi, ovvero dall'epoca in cui le conquiste cognitive infantili permettono la discriminazione delle figure, mostrando come i bambini non agiscano differenze significative nei comportamenti d'attaccamento rivolti ai due genitori, mentre discriminano negativamente gli estranei.

Riguardo invece gli apporti specifici allo sviluppo del bambino della qualità della relazione d'attaccamento con il padre, il quadro si presenta ancora indefinito. Singole caratteristiche paterne, come la rappresentazione dell'attaccamento (Main, Kaplan, Cassidy, 1985), la qualità della relazione coniugale, la percezione del proprio ruolo paterno e tratti di personalità come l'estroversione e l'amabilità (Belsky, 1996), sono in connessione con la qualità dell'attaccamento con il proprio figlio/a; d'altro canto la qualità dell'attaccamento del bambino al padre è in rapporto con poche caratteristiche future dello sviluppo, tra le quali i comportamenti prosociali (Volling, Belsky, 1992) e la fluidità verbale (Main, Kaplan, Cassidy, 1985).

Focalizzandoci in quest'ottica si corre però un rischio: usando le parole di Horn (2000, p. 280), *"il padre come foresta" si perde dando un'eccessiva enfasi agli "alberi", ovvero ai comportamenti paterni osservabili*". Nell'ambito dello studio della paternità appare infatti evidente quanto i processi di reciproca influenza tra i vari individui immersi nel sistema familiare condizionino le singole relazioni e lo sviluppo del bambino. Bisogna anche considerare che, secondo l'attuale psicopatologia dello sviluppo, la focalizzazione sul bambino come individuo non rappresenta un adeguato livello d'analisi, in quanto la sua organizzazione comportamentale in qualunque momento temporale, nonché i suoi cambiamenti, sono considerati come appartenenti al livello del sistema, ovvero in interazione con l'ambiente di accudimento (Sameroff, Emde, 1989).

In questo articolo sono stati analizzati gli esempi di Main e Weston (1981), Steele, Steele e Fonagy (1996) e Attili (2001), che hanno portato alcuni Autori ad affermare che *"la relazione padre-bambino nell'infanzia dipende sotto molti aspetti dalla relazione madre-padre, la quale condiziona il fatto che il padre scelga e/o ottenga il permesso di entrare nel "cerchio" del legame madre-bambino"* (Solomon, George, 1999, p. 332), mentre l'importanza paterna consisterebbe nell'accudire la diade madre-bambino e non esporla alle pressioni della realtà esterna (George, Solomon, 1999).

Queste affermazioni sono coerenti sia con quelle concettualizzazioni psicoanalitiche che evidenziano come il padre abbia l'importante ruolo di contenere le fantasie aggressive legate alla separazione conseguenti alla nascita ed alle rinunce necessarie all'azione del ruolo materno, e inoltre con l'attuale ricerca sulle famiglie ricostruite, che mostra come i figli biologici di coppie non separate hanno un migliore adattamento con i pari rispetto ai bambini allevati da un solo genitore (Dunn, Deater-Deckard, Pickering, O'Connor, Golding, 1998). Risultati analoghi sembrano giungere da altri settori di ricerca in via di sviluppo, come quello centrato sul costrutto di *co-parenting* (definito come la coordinazione tra i membri della coppia nel loro ruolo genitoriale, che mostrano come la motivazione paterna all'accudimento filiale sia una variabile molto instabile, dipendente non solo da caratteristiche paterne come lo stato occupazionale e l'autonomia, ma anche dal grado di investimento genitoriale materno: madri molto motivate possono negare l'accesso paterno al figlio generando anche conflittualità nella coppia parentale (van Egeren, 2003).

Nel dominio specifico della teoria dell'attaccamento, resta da stabilire perché l'attaccamento alla madre sia più influente di quello al padre, anche nel caso in cui sia qualitativamente compromesso; e la mancanza di accordo tra Autori sui processi cognitivi implicati nella formazione dei Modelli Operativi Interni – costrutto centrale nella teoria dell'attaccamento - non facilita i tentativi di spiegazione. Più recentemente Main (1999) ha ripreso i risultati di un esperimento svedese guidato da Lamb, che mirava, senza andare a buon fine, a trovare una preferenza per il padre in famiglie in cui le madri lavoravano e passavano meno tempo con il figlio rispetto ai padri. L'autrice ha suggerito che le precoci esperienze dei bambini con la madre, che comprendono l'ascoltare la sua voce per i molti mesi del periodo prenatale e una preferenza per l'odore del suo latte, rendano la madre la principale figura d'attaccamento fin da prima della nascita; a nulla varrebbe il maggior tempo poi trascorso con il padre. Per confermare o disconfermare l'ipotesi servirebbe, sempre secondo l'autrice, un nuovo studio che coinvolga famiglie adottive in cui le madri lavorano e i padri sono a casa con il bambino per più tempo.

Una possibile spiegazione può arrivare dal modello della rete di rappresentazioni proposto da Bretherton (1992; Bretherton, Munholland, 1999): con la crescita del numero e della complessità dei copioni legati alla molteplicità delle esperienze nei svariati contesti interattivi di cui il bambino fa sempre più esperienza nel corso dello sviluppo, si possono considerare i quattro modelli esplicativi dell'interazione tra legami d'attaccamento diversi, proposti da van Ijzendoorn, Sagi e Lambermon (1992), non più come spiegazioni che si escludono a vicenda, ma come forme diverse di organizzazione dello stesso sistema a seconda del periodo evolutivo considerato. Il modello monotropico potrebbe essere così il più adatto a spiegare l'esperienza di un bambino molto piccolo, che non ha ancora

sperimentato legami affettivi significativi con figure diverse da quella materna; il modello gerarchico e quello indipendente potrebbero invece spiegare le diverse funzioni svolte da specifici caregivers nella vita dell'individuo; il modello integrato infine potrebbe spiegare meglio l'incidenza della qualità dell'attaccamento di rete su quegli aspetti del funzionamento più generale dell'individuo, essendo questi ultimi il frutto di una molteplicità di esperienze che hanno avuto luogo in una varietà di contesti interattivi (Bretherton, Munholland, 1999).

Alla luce di quanto esposto non ci si può che auspicare la continuazione del processo dialettico tra teoria e ricerca, per far apparire ancora attuale quanto affermato da John Bowlby alla conclusione della sua carriera: "*La teoria dell'attaccamento è ancora in fase di crescita. Non ne conosciamo ancora le potenzialità e i limiti*".

Bibliografia

Ainsworth, M.S., Bell, S.M., Stayton, D.J. (1974). *Infant-mother attachment and social development: "socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals*. In: Richards, M.P.M. (a cura di). *The integration of a child into a social world*. Cambridge University Press, Cambridge.

Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale.

Attili, G. (2001). *Il padre come contesto di attaccamento nello sviluppo del bambino*. In: Andolfi, M. (a cura di). *Il padre ritrovato. Alla ricerca di nuove dimensioni paterne in una prospettiva sistemico-relazionale*. Franco Angeli, Milano, pp. 41-57.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, pp. 83-96.

Belsky, J. (1996). Parent, infant, and social-contextual antecedents of father-son attachment security. *Developmental psychology*, 32, pp. 905-913.

Belsky, J., Campbell, S.B., Cohn, J.F., Moore, G. (1996). Instability of infant-parent attachment security. *Developmental psychology*, 32 (5), pp. 921-924.

Belsky, J., Perry-Jenkins, M., Crouter, A. (1985). The work-family interface and marital change across the transition to parenthood. *Journal of family issues*, 6, pp. 205-220.

Bretherton, I., Munholland, K.A. (1999). *Modelli operativi interni nelle relazioni d'attaccamento: una revisione teorica*. Tr. it. in: Cassidy, J., Shaver, P.H. (a cura di) (2002). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, pp. 101-130.

Cassidy, J. (1999). *La natura dei legami del bambino*. Tr. it. in: Cassidy, J., Shaver, P.H. (a cura di) (2002). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, pp. 5-24.

Costa, P., McCrae, R. (1985). *The NEO personality inventory*. Psychological Assessment Resources, Odessa.

Cox, M.J., Henderson, V.K., Margand, N.A., Owen, M.T. (1992). Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental psychology*, 28 (3), pp. 474-483.

Crittenden, P.M. (1992). *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Tr. it. Guerini, Milano, 1994.

Daniels, D., Plomin, R. (1985). Differential experience of siblings in the same family. *Developmental psychology*, 21, pp. 747-760.

Dunn, J., Deater-Deckard, K., Pickering, K., O'Connor, T.G., Golding, J. (1998). Children adjustment and prosocial behaviour in step-, single parent and non-stepfamily settings: findings for a community study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 39, pp. 1083-1095.

Fox, N.A., Kimmerly, N.L., Schafer, W.D. (1991). Attachment to mother/ attachment to father: a meta-analysis. *Child Development*, 62, pp. 210-225.

George, C., Kaplan, N., Main, M. (1984). *Adult Attachment Interview*. Manoscritto inedito, University of California, Berkeley.

- George, C., Solomon, J. (1999). *Attaccamento e accudimento: il sistema comportamentale di accudimento*. Tr. it. in: Cassidy, J., Shaver, P.H. (a cura di) (2002). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, pp. 737-760.
- Goldberg, W.A., Easterbrooks, M.A. (1984). Role of marital quality in toddler development. *Developmental psychology*, 20, pp. 504-514
- Horn, W.F. (2000). *Fathering infants*. In: Osofsky, J.D., Fitzgerald, H.E. (a cura di). *Parenting and child care, vol. 3. WAIMH handbook*. Wiley & Sons, New York.
- Howes, C. (1999). *La relazione di attaccamento nel contesto di caregiver multipli*. Tr. it. in: Cassidy, J., Shaver, P.H. (a cura di) (2002). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, pp. 761-779.
- Howes, C., Hamilton, C.E. (1992). Children's relationships with child care teachers: stability and concordance with parental attachment. *Child Development*, 63, pp. 879-892
- Lamb, M.E. (1977). Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. *Child Development*, 48, pp. 167-181.
- Main, M. (1999). *La teoria dell'attaccamento: diciotto punti con suggerimenti per studi futuri*. Tr. it. in: Cassidy, J., Shaver, P.H. (a cura di) (2002). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, pp. 955-1004.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985). *La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale*. Tr. it. in: Riva Crugnola, C. (a cura di). *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1993.
- Main, M., Weston, D.R. (1981). The quality of toddler's relationship to mother and to father: related to conflict behaviour and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, pp. 932-940.
- Rothbart, M. (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Development*, 52, pp. 569-578.
- Sameroff, A.J., Emde, R.N. (1989). *Il contesto dei disturbi relazionali*. Tr. it. in: Sameroff, A.J., Emde, R.N. (1989) (a cura di). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Boringhieri, Torino, 1991.
- Solomon, J., George, C. (1999). *La misurazione della sicurezza dell'attaccamento nell'infanzia*. Tr. it. in: Cassidy, J., Shaver, P.H. (a cura di) (2002). *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, pp. 323-362.
- Steele, H., Steele, M., Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67, pp. 541-555.
- Van der Boom, D. (1990). *Preventive intervention and the quality of mother-infant interaction and infant exploration in irritable infants*. In: Koops, W. (a cura di). *Developmental psychology behind the dikes*. Eburon, Amsterdam.
- Van Egeren, L.A. (2003). Pre-birth predictors of coparenting experiences in early infancy. *Infant mental health journal*, 24 (3), pp. 278-295.
- Van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64 (1), pp. 8-21.
- Van Ijzendoorn, M.H., De Wolff, M.S. (1997). In search of the absent father. Meta-analyses of infant-father attachment: a rejoinder to our discussants. *Child Development*, 68 (4), pp. 604-609.
- Van Ijzendoorn, M.H., Sagi, A., Lambermon, M.W.E. (1992). *Il paradosso del caretaker multiplo*. Tr. it. in: Carli, L. (1999) (a cura di). *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nella rete familiare*. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 217-238.
- Volling, B., Belsky, J. (1992). The contribution of child-mother and father-child relationships to the quality of sibling interaction: a longitudinal study. *Child Development*, 53, pp. 1209-1222.

L'ORIENTAMENTO LAVORATIVO E SCOLASTICO ATTRAVERSO INTERNET

ORIENTATION AND BUSINESS SCHOOL THROUGH THE INTERNET

Elena Cabras, Giovanni D'Angiò

Riassunto

L'orientamento scolastico e lavorativo attraverso internet permette agli operatori di offrire agli utenti informazioni e consulenza di orientamento a distanza su scuola, formazione, lavoro, ma allo stesso tempo rende più impersonale la relazione tra operatore e utente rispetto al colloquio faccia a faccia.

Parole chiave: orientamento scolastico, orientamento lavorativo, internet, formazione.

Abstract

Scholastic and occupational orientation through the internet allows operators offer users information and guidance counseling at a distance of school, training, work, but at the same time makes it more impersonal relationship between the operator and user environment than face to face interview.

Keywords: job orientation, educational guidance, internet, training.

Introduzione

L'orientamento lavorativo e scolastico è uno strumento molto utile per accompagnare ed aiutare una persona ad operare una scelta importante che influenzerà poi tutto il corso della sua vita.

L'orientamento fornisce alla persona un sostegno concreto nella costruzione di percorsi formativi e professionali, nel modo più informato e consapevole possibile, che rispondono alle sue esigenze, ponendo in relazione le sue capacità e inclinazioni con le caratteristiche del mercato del lavoro o della scuola da scegliere.

L'orientamento si rivolge a tutte le persone che si trovano a vivere particolari momenti di passaggio da una condizione di vita ad un'altra, come ad esempio il passaggio da un ciclo scolastico ad un altro, da un lavoro ad un altro, la situazione da disoccupato a quella di lavoratore o viceversa. Momenti che comunque richiedono processi di cambiamento e comportano l'assunzione di decisioni che provocano vissuti emotivi difficili da gestire. Di conseguenza il soggetto si rivolge ad un esperto che lo aiuta a prendere maggiore consapevolezza del problema e lo sostiene nella scelta stimolando lo sviluppo e l'utilizzazione delle potenzialità del soggetto stesso.

L'esperto gli fornisce gli strumenti per una giusta lettura di sé, delle proprie caratteristiche e della realtà di riferimento e per l'acquisizione di informazioni sul mercato del lavoro o sulle scuole.

L'obiettivo ultimo dell'orientamento è lo sviluppo, da parte del soggetto, di strategie decisionali per elaborare il proprio progetto di vita personale attraverso la presa di consapevolezza dei propri interessi, attitudini, motivazioni per giungere alla capacità di governare autonomamente le proprie risorse, vocazioni ed esperienze, fino ad arrivare all'acquisizione della propria identità personale e professionale.

Da quanto detto, ne consegue che l'azione orientativa deve comprendere vari aspetti, quali: l'aspetto psicofisiologico della personalità del soggetto, quello caratteriologico, i bisogni profondi del soggetto ed infine la componente ambientale e socio-culturale.

I modi in cui fare orientamento sono vari. Nelle scuole, per esempio, esistono degli sportelli con questa finalità ai quali i ragazzi possono rivolgersi. Inoltre, oggi si sta molto diffondendo l'orientamento attraverso internet.

Internet è diventato ormai uno dei mezzi di comunicazione e di informazione più utilizzati. Il fenomeno è senz'altro globale e interessa varie fasce di età. Parlare di orientamento in ambito multimediale è tanto facile quanto dispersivo. I punti salienti da affrontare in questo ambito sono essenzialmente:

- La reperibilità delle informazioni.
- La qualità dell'orientamento

I pro e i contro di questo tipo di orientamento.

Reperibilità delle informazioni

Come è noto, internet è una rete che collega un gran numero di computer in tutto il pianeta, e permette di visualizzare le informazioni in essi contenute, organizzate in siti. Ogni sito è, al pari di un libro stampato, un insieme di pagine di informazioni organizzate secondo uno schema logico, realizzate o raccolte da uno stesso soggetto. La rete può essere utilizzata anche per lo scambio di messaggi (posta elettronica) a costo zero e in tempo reale.

Purtroppo un sito internet, viene consultato in maniera generica e quindi con poca facilità di reperire le notizie bersaglio, o meglio, colui che usufruisce di questo tipo di orientamento dovrà comunque fare una selezione ed una cernita delle informazioni per cercare di rispondere meglio alle proprie richieste. I siti internet di ricerca sono comunque pieni di informazioni generali, e specifiche per quanto riguarda alcuni tipi di argomenti, ma ovviamente sono relativi a determinate fonti e quindi sono articolate in base alle esigenze della fonte stessa, autore/autrice dell'articolo o della ricerca.

La cernita potrebbe sembrare una cosa semplice, in realtà il soggetto dovrà essere capace di discernere tra un numero enorme di informazioni, nonché di riformulare le proprie idee in base alle conoscenze pregresse e a quelle più recentemente ottenute.

Un aspetto fondamentale è quello della ricerca, all'interno di siti specifici. Come per esempio quelli medici, per quanto riguarda il settore della salute, farmaceutico e quant'altro. Oppure i siti che riguardano le informazioni scolastiche o di orientamento universitario.

Non sempre l'utente è a conoscenza di tali informazioni e quindi fa riferimento ai cosiddetti motori di ricerca che sono siti generali su cui sono memorizzate infinite informazioni di ogni genere e necessità.

Qualità dell'orientamento

Un altro aspetto fondamentale, da trattare è la qualità dell'orientamento in internet.

Per qualità non si intende solo il numero di informazioni reperibili ma anche la qualità soggettiva percepita dalla persona che usufruisce di questo tipo di informazioni. Internet permette di accedere ad un mondo virtuale ampio e facilmente condiviso. Purtroppo le fonti rimangono aimè solo un nome a cui prestiamo scarsa attenzione. Non c'è possibilità di feedback e quindi di replica, non c'è possibilità di arricchimento delle informazioni, e manca il contatto umano con la fonte. Lo scambio verbale faccia a faccia permette di fare chiarezza rispetto alle nuove idee e alle nuove conoscenze, permette di rielaborare i propri pensieri e le proprie sensazioni in base a qualsiasi tipo di tematica.

Non dobbiamo dimenticare che i nostri schemi mentali si formano soprattutto in base a delle esperienze concrete, vissute ovvero esperite dal soggetto stesso. Fare orientamento con una persona significa interiorizzare meglio le informazioni e farle proprie più facilmente. Padroneggiare un argomento è una delle cose fondamentali per orientarsi in qualsiasi campo, non dimentichiamo che orientamento vuol dire soprattutto chiarirsi le idee, riuscire a seguire un determinato percorso rispetto ad un altro, concettuale o concreto che sia. Internet ci permette di usufruire di materiale in maniera gratuita ed immediata e questo non è poco. Pensiamo ad un orientamento *vis à vis*, per raggiungere l'interlocutore, esperto e quant'altro dobbiamo comunque mettere in conto di più tempo, spendere più risorse necessariamente uscire di casa, oppure spendere denaro per consulenze personalizzate.

Pro e contro di questo tipo di orientamento

Allora attraverso internet è possibile erogare un determinato tipo di servizio. L'utilizzo di internet, perché avvenga utilizzando siti con adeguata strutturazione (in particolari contenenti informazioni elaborate con riferimento agli utilizzatori, o con taglio consulenziale), permette allora di erogare un servizio pienamente soddisfacente ad una parte consistente di persone, pari circa alla metà delle richieste degli utenti.

Internet ha invece solo un ruolo di supporto per coloro i quali hanno bisogno di una consulenza individuale. C'è da dire che queste persone avrebbero comunque il vantaggio di una raccolta iniziale di informazioni per poi decidere di avvalersi o meno della consulenza individuale.

In sintesi internet associata ad altri tipi di servizi come possono essere la mail, il fax o il telefono, copre la maggior parte delle esigenze della popolazione. Con questi servizi aggiuntivi infatti c'è la possibilità di una sorta di colloquio virtuale tra utente e fonte, che va oltre la mera lettura delle informazioni consulenziali senza contare l'aspetto gratuito di questo feedback.

Inoltre il fatto che internet sia diventato uno dei maggiori canali di consulenza ha fatto sì che le consulenze individuali si adeguassero anche al livello di costi, avendo questo potente strumento di concorrenza! Internet ha fatto sì che la persona potesse improvvisarsi autodidatta per quanto riguarda la maggior parte dei bisogni quotidiani, le informazioni arrivano nelle nostre case con facile reperibilità. Il fatto di rifarsi ad una consulenza classica è un qualcosa che può essere tranquillamente rimandata dall'utente, vagliata con scrupolosità ed attenzione.

Tuttavia le consulenze individuali restano le più complete e specifiche per la persona, le vengono cucite addosso e permettono di ricevere feedback accurati e soprattutto esperienziali, generatori di idee e di pensieri evoluti e spendibili nel presente come nel futuro.

Se tra gli svantaggi di internet c'è la limitata interattività e la maggiore impersonalità rispetto al colloquio faccia a faccia fra utente e operatore, dall'altra parte, questo strumento offre la possibilità di fornire agli utenti un servizio di orientamento indipendente da alcuni vincoli che condizionano invece gli sportelli di orientamento.

Infatti, i siti che si trovano su internet, sono facilmente consultabili in maniera autonoma da tutti coloro che hanno la possibilità di collegarsi ad internet e la loro consultazione non è condizionata da orari, disponibilità di strutture fisiche, dalla possibilità o meno di potersi recare presso tali strutture.

Inoltre, l'utilizzo di internet in maniera esclusiva o con il supporto di operatori a distanza, riesce a soddisfare molti degli utenti dei servizi di orientamento. Questo dipende anche dalle richieste di ogni utente.

Conclusioni

Ogni sito sull'orientamento scolastico o lavorativo presente su internet offre all'utente un sostegno diretto e si propone di aiutarlo a migliorare la conoscenza delle sue capacità e aspirazioni, scegliere un obiettivo professionale e mettere a punto un progetto personale per la ricerca di un lavoro o di una scuola a lui più indicati. Gli operatori aiutano l'utente anche a conoscere meglio quali sono le reali possibilità di studio e formazione professionale.

Oggi tra i mezzi utilizzati per l'orientamento *on line* ci sono anche e-mail e chat-line opportunamente strutturate. Questa modalità di contatto, permette all'operatore di lavorare comunque con l'utente, in maniera non invasiva e a valorizzare le risorse del soggetto, la sua consapevolezza e stimolarlo a compiere una scelta.

In questo modo, si può quindi iniziare un percorso di sedute *on line* che permette all'utente di incontrare l'operatore in maniera discreta e che lo guiderà verso una crescita significativa e nuove prospettive di vita.

Tra l'altro, non è detto che i percorsi di orientamento *on line* poi rimangano tali. Spesso infatti gli incontri virtuali possono trasformarsi in incontri reali.

Inoltre, internet come strumento per l'orientamento può anche essere integrato ad altro strumenti come per esempio il telefono.

In conclusione, possiamo dire che internet è uno strumento buono per avviare le attività di orientamento poiché le sue caratteristiche lo rendono un punto di accesso ottimale per usufruire di informazioni dedicate a scuola, formazione, lavoro. Esso può essere considerato un valido strumento per l'erogazione a distanza di informazioni e consulenza di orientamento, sia per coloro che si collegano da casa sia a integrazione e sostegno delle strutture pubbliche di orientamento esistenti sul territorio.

Bibliografia

Evangelista L., 2006, Orientamento, counseling, relazione di aiuto. Reperibile sul sito www.orientamento.it

Petruccelli, F., 2004, Psicologia dell'orientamento. Roma, Franco Angeli.

Petruccelli F., 2006, L'orientamento scolastico e professionale. Modelli teorici e strategie di intervento, Roma, Franco Angeli.

BALBUZIE: FATTORI PSICOLOGICI E MECCANISMI DI MANTENIMENTO

STUTTERING: PSYCHOLOGICAL FACTORS AND MECHANISMS OF MAINTENANCE

Simona Coscarella

Riassunto

Nel presente articolo si desidera esplorare il fenomeno della balbuzie, partendo da alcuni cenni storici, di definizione e descrizione del disturbo per soffermarsi, successivamente, sui fattori psicologici che sembrano avere una notevole responsabilità sul suo sviluppo e sul suo mantenimento. Partendo dal presupposto che la balbuzie sembra avere la connotazione di disturbo di relazione, si andrà ad analizzare lo sviluppo della balbuzie, attraverso le Teorie sulla Comunicazione e le Teorie Sistemico - Relazionali. Si esploreranno, quindi, i meccanismi che favoriscono il mantenimento del disturbo, provocando nel soggetto una scarsa qualità di vita sia a livello personale che di relazione affettiva e sociale.

Parole chiave: Balbuzie, Psicologia, Comunicazione, Relazione.

Abstract

In this article we want to explore the phenomenon of stuttering, starting with a brief history, definition and description of the disorder to pause, then, on the psychological factors that seem to have a significant responsibility on its development and its maintenance. Assuming that stuttering seems to have the connotation of a fault report, we will analyze the development of stuttering through the Communication Theories and Systemic - Relational Theories. We explore, therefore, the mechanisms that favor the maintenance of the disorder, resulting in the subject a poor quality of life both in personal and emotional and social relationship.

Keywords: Stuttering, Psychology, Communication, Relationship.

Introduzione

La Balbuzie è un fenomeno antichissimo, di cui tutt'ora, nonostante la grande attenzione che ha generato nel corso del tempo, non si è riusciti a trovare un'eziologia certa. Molteplici sono gli studi di stampo genetico e neurologico, pur tuttavia si è arrivati a dedurre che la balbuzie sia un disturbo di natura multiproblematica in cui sembra avere un ruolo notevole l'ambiente familiare. È stata, infatti, riscontrata la presenza di una percentuale molto alta di familiarità del disturbo: in un nucleo familiare se a balbettare è il padre, il figlio maschio avrà 25% circa di possibilità di balbettare a sua volta, mentre la femmina il 14% circa; se a balbettare è la madre, i valori saranno del 37% per il maschio, e del 15% per la femmina. Se dovessero balbettare entrambi i genitori la percentuale arriverebbe al 70-80%, chiaramente favorita da un apprendimento disfunzionale del linguaggio. Inoltre anni di osservazione delle dinamiche familiari da parte di psicoterapeuti e studiosi della balbuzie hanno evidenziato una presenza abbastanza costante di meccanismi ridondanti, all'interno di certe modalità di relazione e comunicazione familiare, che farebbero pensare alla balbuzie come disturbo di relazione, come espressione vera e propria di una relazione familiare disfunzionale. Partendo da un'ottica descrittiva ed esplicativa del fenomeno, attraverso l'utilizzo di fonti storiche e scientifiche si andrà ad approfondire, l'aspetto relazionale in termini di meccanismi comunicativi ed emozioni sottostanti.

Cenni Storici

La presenza del fenomeno "Balbuzie" trova riscontro in documenti antichissimi, alcuni risalirebbero addirittura agli Egizi.

Tra quelli più recenti e di più certa origine abbiamo l'Antico Testamento della Bibbia, in cui si narra che Mosè, sottoposto ad una prova di resistenza nei confronti della tentazione di accettare dei gioielli (simbolo della corrottezza dell'animo umano), dominò le sue tentazioni inserendo dei tizzoni ardenti nella propria bocca. Questo gesto, a quanto pare, creando delle lesioni alla lingua e alla bocca, determinò l'origine della sua balbuzie.

Anche Demostene viene annoverato tra i balbuzienti; di lui, politico e oratore ateniese, si racconta che utilizzasse metodi particolari per combatterla: pare che si caricasse di enormi pesi il petto e inserendo dei sassolini in bocca, si accingesse ad affrontare ripide scalate, citando dei brani a voce talmente alta da riuscire quasi a sovrastare il rumore delle onde che si rifrangevano sulle scogliere.

Molti filosofi come Platone e Aristotele, e dotti come lo stesso Omero, colpiti da questo disturbo, si cimentarono nel cercare di dare una spiegazione al fenomeno, riconducendone le cause a difetti della bocca, dell'apparato vocale, e persino a caratteristiche della personalità, espresse attraverso concetti di "anima" o di "esitazione".

Ippocrate, addirittura, si spinse un po' oltre, sostenendo l'idea che i blocchi che impedivano alla parola di essere fluida potessero derivare da una volontà da parte del balbuziente di anticipare pensieri nuovi prima ancora che quelli presenti fossero stati espressi. Ancora si può citare Cicerone, famoso per le sue capacità oratorie, di lui si racconta che prendesse a balbettare di fronte a personaggi di forte presenza e austerità come Cesare e Pompeo Magno, che pare affrontasse con timore.

Definizione e descrizione del disturbo

Ad oggi, per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, "la balbuzie è un disordine in cui il paziente sa ciò che vorrebbe dire ma non riesce a farlo a causa di continui arresti, involontari prolungamenti di suono e ripetizioni" (OMS, 1977).

Si trova nota della balbuzie nel Manuale Psicodiagnostico DSM IV, che colloca la patologia nell'area dei disturbi dell'infanzia, fanciullezza o adolescenza definendola in particolare come una sindrome, in quanto insieme di sintomi che coinvolge il soggetto da vari punti di vista: livello psicosomatico, livello affettivo, livello sociale lavorativo o scolastico, livello comportamentale.

Secondo Coriat (1963) cause psicologiche, organiche ed ereditarietà sembrano rappresentare un intreccio di fattori determinanti per lo sviluppo della balbuzie. Essi si manifestano attraverso aspetti del ritmo, della fluidità e attraverso aggiunte di caratteri alfabetici che rendono l'eloquio irregolare.

Bassi e Cannella nel loro manuale del 1968, offrono una descrizione dettagliata circa i cinque diversi tipi di balbuzie riscontrati: tonica, clonica, mista, labio-coreica e gutturo-tetanica.

La prima appare caratterizzata da difficoltà fonetica e dal prolungamento della sillaba ad inizio frase. I blocchi iniziali variano secondo il livello di ansia. Questa forma sembra essere la più comune e di solito chi ne è colpito viene descritto caratterialmente timido, schivo verso i rapporti umani, introverso e riflessivo.

La seconda forma risulta caratterizzata dalla ripetizione del fonema nella frase, ed è tipica dei bambini tra i 5 e i 7 anni.

Il terzo tipo comprende le prime due con aggravamento del problema.

La quarta forma è contraddistinta da movimenti convulsi dei muscoli labiali e linguali, con difficoltà nella pronuncia di suoni labiali e dentali.

La quinta ed ultima forma è caratterizzata dalla rigidità dei muscoli laringei e faringei, i quali causano difficoltà nella pronuncia di suoni vocali e gutturali.

Le due ultime forme sono quasi sempre accompagnate da segni di momentaneo soffocamento, riscontrabili nel colore paonazzo del volto, accompagnato da movimenti involontari sia dei muscoli facciali che di altre aree del corpo. I soggetti che presentano questi due tipi di balbuzie appaiono impacciati nei movimenti, chiusi ed eccessivamente introversi. Inoltre, è stata riscontrata una difficoltà relazionale che si esprime con opposizione e generalmente molta diffidenza. Pare, inoltre, che tendano a mascherare le emozioni, nascondendo alti livelli di aggressività.

Già Bloodstein nel 1960 suppone che la balbuzie sia connotata da un graduale processo di crescita, articolato in quattro fasi.

La prima viene descritta come una fase iniziale, in cui, accanto ad un linguaggio normalmente fluido, rispetto alla relativa fase di sviluppo, compaiono blocchi e interruzioni della parola. Il sintomo si presenta con caratteristiche toniche ed è solitamente accompagnato da stati di ansia collegati all'azione del parlare.

La seconda fase sembra fare la sua comparsa dopo i 6 o 7 anni. L'impatto con la scuola e con i coetanei sembra promuovere un peggioramento dei sintomi, in quanto il bambino diventa abbastanza consapevole della propria diversità e questo sarebbe promotore di un aumento di ansia durante i momenti di dialogo.

La terza fase è legata al periodo pre-puberale, nel quale il ragazzino, ormai consapevole delle proprie difficoltà, si trova in estremo imbarazzo, connotato da forte ansia, ogniqualvolta sia necessario doversi esprimere verbalmente.

La quarta fase è quella della cronicizzazione della balbuzie in cui ansia e paura di parlare, in contesti sociali, guidano le azioni e le emozioni nella vita quotidiana del soggetto balbuziente.

Appare comunque difficile tracciare un percorso evolutivo standard, in quanto la consapevolezza e l'accrescimento dell'ansia e della paura variano da persona a persona in base ad un proprio sviluppo emotivo, cognitivo e sociale.

Risulta necessario approfondire la distinzione tra balbuzie primaria e secondaria.

Mazzotta e Ruta (2006) sostengono che il primo tipo si manifesta tra i 2 e i 5 anni, nei quali sono presenti ampi intervalli di normale fluenza, una maggiore regolarità del ritmo e una velocità di eloquio più uniforme, inoltre sono assenti segni di tensione sia fisica che emotiva, soprattutto rispetto alle difficoltà di tipo relazionale come ad esempio mantenere il continuo e costante contatto oculare durante un dialogo con l'interlocutore.

Questo tipo di balbuzie secondo gli autori si presenterebbe in circa 1/3 dei bambini che si trovano tra il 3° e il 5°- 6° anno di età e sembra presentare una prognosi favorevole nel 65-70% dei casi, senza neanche la necessità di ricorrere ad ausili terapeutici, forse anche per il fatto che la tenera età non permette ai bambini di essere consapevoli del proprio disturbo e questo favorirebbe il recupero.

Differente sembra, invece, essere l'impatto sociale ed emotivo della balbuzie secondaria, la quale si presenterebbe tra i 6 e i 14 anni, caratterizzata da segnali evidenti di tensione emotiva e conflitti interiori che potrebbero essere la causa di blocchi anticipatori rispetto al momento dell'eloquio, che creano esitazione o addirittura rinuncia rispetto all'atto del parlare.

Inoltre, a tutto ciò si aggiunge una evidente difficoltà nel mantenere il contatto oculare con il proprio interlocutore.

In questo secondo tipo di balbuzie, il soggetto, essendo più maturo è in grado di riconoscere la difficoltà nel parlare come un vero e proprio disturbo al quale associa un vissuto emotivo forte e negativo che condiziona anche la capacità di relazionarsi con sé stesso e con gli altri.

Nel DSM IV si ha nota dei dati relativi alle percentuali di remissione. Pare che si parta da un 5% di casi riscontrati nella fase infantile, per arrivare ad un 1% nella pubertà e in alcuni casi si è arrivati al raggiungimento dello 0,8 % di permanenza in adolescenza. La percentuale di remissione del sintomo sembra essere molto alta, compresa tra il 39% e l'89%, dati questi riscontrati da Yairi e collaboratori in uno dei loro studi, tuttavia, ancora oggi, le ragioni di tale recupero restano ignote.

Ipotesi eziologiche di tipo psicologico

Sino ad oggi per quanto sia stata cercata una causa rispetto al fenomeno della balbuzie la risposta è stata di tipo probabilistico rispetto ad una varietà di fattori che vanno dalla genetica alla maturazione cognitiva, ad un deficit nello sviluppo neurologico e a fattori individuali e ambientali. Si è arrivati a parlare di balbuzie come di sindrome multiproblematica, ipotizzando proprio una multi causalità, una somma di variabili che interferendo tra loro generano il disturbo a vari livelli di gravità. L'aspetto che tuttavia si desidera approfondire in questa sede è il ruolo dei fattori psicologici, sia in termini di causalità che di consequenzialità.

Robert West (1939), ritenuto tra i maggiori studiosi americani del linguaggio, avanzò l'ipotesi che gli spasmi, sarebbero causati da ansietà sociali correlate al tipo di comunicazione strutturata nell'ambiente familiare in cui il bambino trascorre i suoi primi anni di vita. Tali ansietà sarebbero il risultato di una rigida educazione morale che influenzerebbe la balbuzie al punto da farla peggiorare notevolmente, quando tali regole morali farebbero aumentare il senso di colpa del balbuziente verso le cose che dice o del modo in cui le dice.

Nel 1958 John Eisenson presenterà un simposio sulla balbuzie, nel quale sosterrà che essa si deve considerare un fenomeno di perseverazione che si manifesta attraverso il linguaggio e il comportamento in genere. Tale perseverazione va intesa come la tendenza di una azione mentale o motoria a perdurare per un certo tempo dopo la scomparsa dello stimolo che lo ha suscitato. Tale tendenza, influenzando tutta la condotta, produrrebbe un comportamento patologicamente guidato dalla perseveranza.

La balbuzie viene inoltre definita da Eisenson come un "disturbo transitorio nell'uso del linguaggio preposizionale". Il linguaggio preposizionale viene inteso come un insieme di parole, espresse da una persona nell'atto di parlare, indicanti significato e relazione, rispetto ad un ipotetico ascoltatore.

Nel 1960 Bloodstein, sostiene che la balbuzie possa essere espressione di anticipazione dello sforzo e espressione di evitamento dovuta, probabilmente, a una notevole difficoltà di fluenza causata da fattori indeterminati, e da un entourage affettivo e familiare notevolmente intollerante rispetto alla non fluenza. A questo punto è come se il bambino percepisca l'atto di parlare come un'impresa ardua e di difficile realizzazione, al quale segue uno sforzo cosciente per riuscire a parlare adeguatamente, nonostante la convinzione di non riuscirci.

Le osservazioni cliniche fatte da Bloodstein in quegli anni hanno evidenziato infatti contesti familiari costellati da genitori esigenti, super-ansiosi, perfezionisti e troppo predisposti alla punizione nei confronti di una esposizione verbale scorretta da parte dei bambini; in altri casi si è riscontrata, in opposizione, la presenza di figure genitoriali troppo dedite alla protezione e alla preoccupazione di fronte al ritardo nello sviluppo linguistico dei figli.

Wendell Johnson intorno al 1960 si fa promotore di una serie di interpretazioni delle teorie dell'apprendimento che sostengono che la balbuzie sia un comportamento appreso in conseguenza di determinati stimoli.

Egli sostenne che la balbuzie fosse da considerare un disturbo della parola reso tale dal timore di esprimere sé stessi, una sorta di reazione anticipatoria di paura finalizzata ad evitare situazioni legate alla verbalizzazione. Il balbuziente è per l'autore un soggetto normale che attende di balbettare; temendo tale evento, diventa teso, e nel tentare di non balbettare, inizia a farlo. Secondo Johnson una interpretazione distorta della difficoltà di articolazione nel bambino piccolo da parte del genitore promuoverebbe la nascita della balbuzie; questa, enfatizzata da genitori ansiosi ed esigenti si proietta a livello di consapevolezza sul bambino che inizia a provare stati di ansia sia nell'anticipazione che nell'atto vero e proprio del parlare.

L'ansia connessa a tutti questi meccanismi fa ritenere che la balbuzie sia un sintomo del disturbo di relazione. Secondo Schachter e Singer (1962), la balbuzie influenza l'interazione comunicativa e i messaggi scambiati, vengono sottoposti a distorsione sia per l'emittente che per il ricevente, il quale spesso per sopperire a condizioni di imbarazzo tenderà ad utilizzare strategie per ridurlo.

La comunicazione è contraddistinta da due funzioni, una affiliativa e una di controllo: la prima riguarda modalità di vicinanza emotiva tra componenti di una relazione, la seconda riguarda il contenuto della comunicazione. Durante la

comunicazione, ogni componente, tende a ridurre il controllo per creare con l'altro una relazione di fiducia. La persona affetta da balbuzie in questi frangenti appare come legata a questa funzione di controllo che non gli consente di passare ad una modalità affiliativa.

Le radici del disturbo sembrano quindi collocate nelle relazioni interpersonali e specificamente legate alla difficoltà di stabilire i primi rapporti di socializzazione con adulti importanti. Il comportamento disturbato, dei balbuzienti, quindi, rappresenterebbe suddette difficoltà e in particolare il timore di fallire anche nelle cose più semplici, come parlare.

La balbuzie rappresenterebbe, secondo gli autori la materializzazione di questa fuga da circostanze minacciose, percepite sia all'interno che all'esterno, e nel contempo sarebbe espressione del maldestro risultato di resistere a questo forte impulso.

La cronicizzazione del disturbo è determinata dal fatto che esso e le sue manifestazioni sono percepite dal soggetto come eventi spiacevoli e di conseguenza uno stato di ansia viene associato per condizionamento all'eloquio. Eccezionalmente, nella fase della prima infanzia, il disturbo viene considerato quasi un premio poiché dispensa da quei compiti come leggere in classe o recitare la poesia, ma con la graduale crescita, questi vantaggi apparenti svaniscono, e anzi il premio si trasforma in punizione. L'atto di balbettare può essere rafforzato dal fatto che l'ansia si riduce quando si evita di pronunciare un termine temuto e quando questo, dopo un notevole sforzo viene finalmente evocato, l'ansia decresce ulteriormente provocando un senso di benessere e di liberazione; proprio questo momento di piacevole sollievo diventa un fortissimo rinforzo per l'intero atto.

Secondo Wingate(1976) la famiglia stessa spesso, spingendo il bambino ad una anticipazione innaturale della verbalizzazione, produce il sintomo come proiezione delle proprie aspettative. Il sintomo viene descritto come una manifestazione di desideri e sensi di colpa che provocano angoscia e che si nascondono in profondità, rivelando spinte affettive oscure e inestricabili persino per il soggetto disturbato.

La conflittualità sembra essere alla base delle pulsioni e dei conseguenti comportamenti dei soggetti balbuzienti. Questa conflittualità si evidenzia ed esprime attraverso la lotta tra la parola e il silenzio e la lotta tra il desiderio di essere attivo e propositivo verso il mondo e la paura che blocca ogni azione. Egli si pone in modo ambiguo nelle relazioni interpersonali, e soprattutto, nei confronti degli adulti, fluttuando tra il bisogno e il desiderio di esporsi e il timore di essere respinto o punito.

Wingate sostiene che siano due le condizioni psico- affettive predisponenti, presenti nella maggioranza dei casi di balbuzie secondaria, e che siano determinanti nello stratificare la balbuzie all'interno della personalità:

la carenza affettiva e l'iper protezione parentale.

Se il bambino viene accudito in un clima di carenza affettiva subisce una condizione psichica di disagio che riverbera sullo sviluppo affettivo minando la formazione di un senso di sicurezza solida; dove invece si verificano meccanismi di iper protezione si viene a determinare una spersonalizzazione che evita al bambino la possibilità di affrontare le frustrazioni positive rendendolo incapace di adattarsi alle difficoltà che incontra nella socializzazione e nel relazionarsi con l'ambiente circostante.

Danziger nel 1971 svolgendo una analisi delle situazioni verbali che risultano maggiormente complesse per i bambini affetti da balbuzie, rileva che il 90% dei ragazzi balbuzienti ha maggiori difficoltà a scuola, nel contatto con i professori e con le figure preposte all'educazione in genere. In particolare la relazione con i coetanei ne risulta compromessa poiché il balbuziente manifesta in modo evidente la propria diversità, non ben accetta, soprattutto nel contesto scolastico, in cui la parola è un mezzo necessario sia per l'integrazione che per l'espressione delle competenze apprese.

Altro motivo di tensione e di ansia è rappresentato dallo stile competitivo che viene messo in atto negli ambienti scolastici, sia per il raggiungimento di un ruolo sociale all'interno del gruppo, sia per il raggiungimento di obiettivi legati all'apprendimento, che creano stima e simpatia da parte dei docenti.

Abbastanza interessante, è stata l'idea su cosa sia la balbuzie suggerita da Milton H. Erickson, "la balbuzie è una forma di aggressione"(1980). Milton Erickson afferma che la balbuzie è principalmente un'afflizione associata alle aggressioni nei singoli diretta verso gli altri. Questa aggressione in genere deriverebbe da uno o più episodi occorsi durante l'infanzia, in cui il bambino avrebbe voluto dire qualcosa ma la paura di parlare e o qualche impedimento non gli ha consentito di farlo, generando a sua volta lo sviluppo della balbuzie.

Meccanismi di mantenimento della disfluenza

Negli anni 50 a Palo Alto si sviluppa il modello relazionale-sistemico, a partire dai "tipi logici" di Russel, dalla Teoria dei Sistemi di Bertalanffy, dalla cibernetica di Wiener e dalla teoria del doppio legame di Bateson. Per sistema si intende un insieme complesso di elementi, organico e funzionalmente unitario. Ogni elemento del sistema è, quindi in stretta correlazione con gli altri. Il prototipo del sistema umano risulta essere la famiglia, poiché si comporta come una struttura che non può essere definita unicamente dalla somma dei suoi membri con le loro caratteristiche di personalità, ma dalla relazione che tra essi intercorre attraverso la comunicazione. L'individuo, dunque è influenzato e a sua volta influenza per mezzo della comunicazione. Comunicare vuol dire partecipare ad un sistema di relazioni strutturate secondo regole consapevolmente o inconsapevolmente agite dai soggetti presenti attraverso uno scambio di codici verbali e non-verbali.

Le disfunzioni della comunicazioni e le prospettive personali sono causa di problemi tra le persone che poi influenzano il mondo interno esacerbando ulteriormente l'interazione attraverso la costruzione di circoli viziosi.

Caruso (2001), prendendo spunto dal modello relazionale-sistemico di Palo Alto, trovandone riscontro continuo negli studi che conduce da anni sulla balbuzie, dichiara che questa tende a peggiorare quando all'interno della relazione familiare siano presenti o nascano modelli di comunicazione paradossale che implicano l'utilizzo di forme educative o di comunicazione verbale e non verbale che lanciano di continuo messaggi contraddittori. Questi ultimi creano forme di paralisi psichica, immobilizzando i componenti della famiglia che iniziano a dubitare delle proprie capacità, maturando una sorta di idea che qualunque cosa si faccia si incorra nell'errore.

La relazione diventa stagnante, soffocando ogni iniziativa personale di tipo creativo e si risolve in una relazione dicotomica tra chi detiene una posizione di comando e chi si percepisce come sottomesso. In questo tipo di relazione ogni componente perde la consapevolezza su sé stesso e sugli altri, perde la capacità di apprendere dall'esperienza e di elaborare le proprie emozioni, si inaridisce la capacità di intimità e di spontaneità e ci si relaziona attraverso una serie di copioni agiti da un falso Sé.

All'interno di questo tipo di relazioni familiari vengono esercitate le regole rigide di un sistema chiuso al cambiamento, e in tali circostanze il fenomeno della balbuzie non fa altro che aggravarsi. La presenza della balbuzie simboleggia il mantenimento dell'omeostasi con il fine di evitare qualsiasi conflitto o crisi evolutiva.

In alcuni casi la madre metterà in atto tutta una serie di comportamenti iperprotettivi per difendere il bambino da qualunque difficoltà e sofferenza e nel bambino di rimando scatterà una sorta di meccanismo manipolativo per asservire il genitore, diventando egli stesso un tiranno nei suoi confronti. In questo caso verrà meno il processo di trasmissione, sia a livello educativo che affettivo, si arriverà ad una confusione di ruoli con conseguente danno allo sviluppo psicologico. Ansia, senso di colpa, sintomi depressivi, paura per la sorte futura del proprio figlio e mille altri dubbi prendono il sopravvento e provocano azioni e comportamenti sia diretti come: lasciare il lavoro per dedicarsi totalmente al figlio e correggere di continuo la sua espressione verbale o i suoi gesti; sia indiretti come: mostrare angoscia e irrequietezza quando il bambino balbetta.

Questi comportamenti agiti da parte della madre verso il figlio causano nel bambino, a sua volta, ansia, senso di colpa, senso di inadeguatezza. Quando la balbuzie diventa sempre più evidente, il bambino perde **la fiducia in sé stesso e le paure aumentano determinando l'idea di essere diverso**, soprattutto rispetto ai coetanei. Tale idea crea la percezione di sé come figura ridicola e farfugliante per cui l'interazione sociale diventa un evento penoso e stressante. Tutto ciò determina un distacco per il balbuziente dal vero sé e quindi la mancanza di comprensione del legame tra il sintomo e il suo atteggiamento e comportamento. Egli colpevolizza il sintomo di tutti gli aspetti negativi della sua esistenza e di tutti i suoi fallimenti e proprio questo atteggiamento di staticità e passività non permette un atteggiamento aperto al cambiamento e di conseguenza al trattamento. Vengono messi in atto veri e propri stratagemmi per evitare di balbettare, che molte volte consistono nell'evitare proprio di parlare, inoltre, ogni fallimento amplia il numero di parole e situazioni da evitare. Chiaramente se il circolo vizioso non viene interrotto la vita del balbuziente adulto sarà costellata da isolamento, disturbi d'ansia e depressione, comportamenti aggressivi e nei casi migliori la qualità della vita sarà bassa, costellata da azioni di evitamento. Le scelte lavorative, saranno orientate verso professioni di livello inferiore rispetto alle proprie capacità o che implicino poche responsabilità. Nelle relazioni sentimentali, se a balbettare è l'uomo, solitamente, il disturbo sarà percepito come un tabù, un argomento da evitare; a tal proposito è eloquente un aforisma di Murray che dice che "tra chi balbetta e il suo interlocutore è come se ci fosse un rinoceronte che entrambi fanno finta di non vedere"; mentre se a balbettare è la donna, il disturbo sarà vissuto come giustificativo di un eccessivo appoggio e dipendenza nei confronti degli altri componenti della famiglia e da una richiesta eccessiva, a volte soffocante, di affetto e attenzioni.

Conclusioni

Per quanto si continui a dibattere in campo scientifico sulla natura dei fattori psicologici, ritenuti da alcuni causa e da altri conseguenza della balbuzie, risulta evidente, nei soggetti colpiti, la compromissione della capacità relazionale, di espressione emotiva e di espressione della personalità. Si potrebbe dedurre da quanto sopra argomentato che la balbuzie compare ad un livello superficiale, motivata da cause di maturazione fisiologica o da meccanismi di ansia da parte dei genitori verso le naturali fasi di sviluppo del proprio bambino, accompagnati da comportamenti di iper-stimolazione, o al contrario da una stimolazione carente dovuta ad un ambiente familiare poco attento sia a livello affettivo che educativo. Successivamente, in base ai comportamenti agiti dagli adulti che affrontano il disturbo, dalla relazione e dallo stile comunicativo che sono in grado di mettere in atto nei confronti del proprio bambino, si determina la fissazione o meno della balbuzie come problema, all'interno della personalità, con le conseguenti risposte emotive che creeranno un circolo vizioso sia a livello sintomatico che di stile di relazione sociale. In questa ottica le modalità comunicative e i meccanismi disfunzionali a livello relazionale sembrano avere una notevole responsabilità rispetto ai meccanismi di mantenimento del disturbo per il soggetto disfluente, e questo in modo abbastanza certo compromette la costruzione del senso di auto-efficacia personale, che genera a sua volta l'auto-determinazione di una scarsa qualità di vita affettiva sociale e lavorativa.

Bibliografia

Bloodstein, O., 1960 "Stuttering as an anticipatory struggle reaction", In Eisenson J., A SYMPOSIUM CITY.

- Brosh, S, Pirsig , W (2001) "Stuttering in History and Culture", in *Journal of Pediatrics Othorinolaring* , n° 2,vol. 59.
- Caruso, E. (2001), *Baluzie: Aiutiamoci con 100 risposte*, Franco Angeli.
- Coriat, I. H. (1963) "The dynamics of stammering", *Psychanalitic Quarterly*, vol. 11
- Danzinger, K., (1971), "La socializzazione", Il Mulino, Bologna.
- Eisenson, J. (1958)" *Stuttering A Simposium*", Harper and Brothers, New York.
- Mazzotta, L., Ruta, M. (2006), "Baluzie" in *Neurologia Pediatrica*, pp. 755, ed Masson, Milano.
- Erickson, M. (1980), "Raccolta documenti", Vol IV, pp. 92.
- Schachter S., Singer E. (1962), Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, vol.69.
- Wendell, J. (1960), "The onset of stuttering", in *Brain*, n° 3, vol. 83
- West R., Nelson S., Berry M.F.(1939), "The Eredity of Stuttering", *Journal of Speechand Haring disorder*.
- Wingate, M. E. (1976), "Stuttering: theory and treatment", Oxford England: Irvington, vol. xx, pp. 364.
- Yairi, E., Ambrose, N.G., Paden, E. P., Throneburg, R. N. (1996), "Predictive factors of persistence and recovery: pathways of childhood stuttering", *Journal of Communication Disorders*, vol. 29, pp. 51-77

EMDR: MUOVERE GLI OCCHI PER VINCERE IL DISAGIO

EMDR: EYES MOVE TO WIN THE DISCOMFORT

Marianna Dipietro, Veronica Bruno, Edvige Liotta

Riassunto

Scopo del presente articolo è evidenziare sommariamente in cosa consiste il metodo EMDR e valutarne l'importanza di supporto alle altre psicoterapie convenzionali nella cura dei disturbi post traumatici. L'EMDR è una metodologia psicologica per il trattamento dei problemi emotivi causati da esperienze di vita disturbanti, che variano dagli eventi traumatici, come stress da combattimento, aggressioni e calamità naturali, ed eventi disturbanti nell'infanzia. Questa tecnica è stata messa a punto dalla psicologa americana F. Shapiro alla fine degli anni 80, la quale scoprì, attraverso la sua indagine, l'efficacia di tale metodo nel trattamento dei reduci del Vietnam traumatizzati e delle vittime di aggressioni sessuali, scoprendo che i gesti che caratterizzano la tecnica dell'EMDR, riducevano notevolmente i sintomi dei loro disturbi da stress post traumatico (PTSD). L'EMDR è un approccio incentrato sul paziente che permette al terapeuta di facilitare la mobilitazione del suo meccanismo di auto guarigione stimolando un sistema innato di elaborazione delle informazioni nel suo cervello. In pratica, ogni evento "traumatico" disturba l'equilibrio eccitatorio/inibitorio del cervello necessario per l'elaborazione dell'informazione; da qui, avrebbero origine i vari comportamenti difensivi alla base dei disagi emotivi. I movimenti oculari "scongela" l'informazione e la rielaborano, fino alla completa risoluzione.

Parole chiave: EMDR, Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD), Risoluzione.

Abstract

The purpose of this article is to highlight briefly what is the EMDR method and evaluate the importance of support to other conventional psychotherapy in the treatment of post traumatic stress disorder. EMDR is a psychological method for treating emotional problems caused by disturbing life experiences, ranging from traumatic events, such as combat stress, assaults and natural disasters, and disturbing events in childhood.

This technique has been developed by American psychologist F. Shapiro in the late 80's, which he discovered through his investigation, the effectiveness of this method in the treatment of traumatized Vietnam veterans and victims of sexual assault and found that the gestures that characterize the EMDR technique, greatly reduced their symptoms of post traumatic stress disorder (PTSD). EMDR is a patient-centered environment that allows the therapist to facilitate the mobilization of its mechanism of self-healing by stimulation an innate system of information processing in his brain. In practice, every event "traumatic" disturbs the equilibrium of excitatory/inhibitory brain's need for information processing, hence, various defensive, behaviours would originate at the base of emotional distress. Eye movements "thaw" the information and re-work, until complete resolution.

Keywords: EMDR, Post traumatic stress disorder (PTSD), resolution

Introduzione

Il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), all'interno del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), definisce il trauma come «un fattore traumatico estremo

che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione (Criterio A1).

La risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme, o il provare orrore (oppure, nei bambini, la risposta deve comprendere comportamento disorganizzato o agitazione) (Criterio A2).

I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione ad un trauma estremo includono il continuo rivivere l'evento traumatico (Criterio B), l'evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma, l'ottundimento della reattività generale (Criterio C), e sintomi costanti di aumento dell'arousal (Criterio D).

Il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di 1 mese (Criterio E), e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti (Criterio F)». (American Psychiatric Association, 1994).

Rimette il cervello in equilibrio

EMDR è l'acronimo di "Eye movement desensitization and reprocessing", ovvero desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. L'EMDR è una metodologia psicologica per il trattamento dei problemi emotivi causati da esperienze di vita disturbanti, che variano dagli eventi traumatici, come stress da combattimento, aggressioni e calamità naturali, ed eventi disturbanti nell'infanzia. L'EMDR viene inoltre utilizzato per alleviare l'ansia da prestazioni e per rafforzare la funzionalità delle persone sul lavoro, nello sport e nello spettacolo.

Questa tecnica è stata messa a punto dalla psicologa americana F. Shapiro alla fine degli anni 80, la quale scoprì che i movimenti oculari volontari riuscivano a ridurre l'intensità dei pensieri negativi nei malati. Essa cominciò la sua indagine studiando l'efficacia dell'EMDR nel trattamento dei reduci del Vietnam traumatizzati e delle vittime di aggressioni sessuali, scoprendo che tali gesti riducevano notevolmente i sintomi dei loro disturbi da stress post traumatico (PTSD).

L'EMDR è un metodo complesso che unisce elementi originari di orientamenti teorici clinici consolidati, tra cui quelli propri della scuola psicodinamica, cognitivo-comportamentale, ed incentrata sul cliente. L'elemento che lo caratterizza è il ricorso ai movimenti oculari, ma anche al coinvolgimento uditivo o tattile, per ottenere la stimolazione bilaterale cerebrale. È un approccio incentrato sul paziente che permette al terapeuta di facilitare la mobilitazione del suo meccanismo di auto guarigione, stimolando un sistema innato di elaborazione delle informazioni nel suo cervello. Infatti, l'EMDR sembra avere un effetto diretto sulla modalità di funzionamento del cervello, sembra essere simile a quanto avviene, naturalmente, durante i sogni o il sonno REM (Rapid Eye Movement). Il modello dell'EMDR riconosce la componente fisiologica delle difficoltà emotive ed affronta direttamente queste sensazioni fisiche, insieme alle convinzioni negative, agli stati emotivi e ad altri sintomi disturbanti. Pertanto, si può considerare l'EMDR come un metodo terapeutico a base fisiologica che aiuta le persone a sentire il ricordo di esperienze traumatiche in modo nuovo e meno disturbante. Durante la seduta tale metodo viene integrato da altre tecniche di psicoterapia, con l'obiettivo di ristabilire l'equilibrio, favorendo così una migliore comunicazione nel cervello.

Tenendo conto delle ultime ricerche bioneurofisiologiche sulla memoria, il disagio psicologico è la conseguenza di informazioni immagazzinate in modo non funzionale. In pratica, ogni evento "traumatico" disturba l'equilibrio eccitatorio/inibitorio del cervello necessario per l'elaborazione dell'informazione. Questo "congela" l'informazione nella sua forma "ansigena" originale. La persona quindi, non è in grado di rielaborare quella informazione e continua a viverla come la prima volta. Da qui, avrebbero origine i vari comportamenti difensivi alla base dei disagi emotivi.

I movimenti oculari "scongela" l'informazione e la rielaborano, fino alla completa risoluzione. In questo modo, l'esperienza negativa, viene integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo. In presenza di un trauma (anche di natura emotivo), il cervello perde la sua capacità fisiologico-funzionale; praticamente il ricordo dell'evento viene mantenuto sempre in superficie, costringendo così il soggetto a mettere in atto un comportamento difensivo per poter ridurre gli effetti ansiogeni.

Volendo utilizzare una metafora, elaborare i traumi attraverso l'EMDR è come la corsa di un treno, ad ogni fermata scende un po' del materiale negativo e salgono nuove associazioni positive.

Questo metodo, quindi, sollecita un percorso che va dal disfunzionale al funzionale, riabilitando la capacità fisiologica propria del cervello di digerire e successivamente accantonare, gli eventi traumatici. Ne risulta quindi una riabilitazione somatica-comportamentale precedentemente compromessa.

Sebbene le modalità del funzionamento dell'EMDR non siano ancora chiare, sono in corso continue indagini sui possibili meccanismi grazie ai quali questa metodologia può facilitare una rielaborazione dell'esperienza traumatica. Ciò che sembra chiaro ai ricercatori è che gli eventi attuali possono ristimolare pensieri, emozioni e sensazioni fisiche negative derivanti da esperienze precedenti che continuano ad essere causa di disagio per il paziente. L'EMDR sembra cambiare le associazioni di quegli eventi, riducendo notevolmente il disturbo presente relativo sia agli eventi passati sia a quelli attuali.

Sono state avanzate varie ipotesi per spiegare come l'EMDR agisce nella mobilitazione dell'elaborazione rapida del materiale cognitivo ed emotivo e, tra queste:

1. Inibizione reciproca, unendo il disturbo emotivo ad una "risposta indotta di rilassamento" (Wilson, D., et al., 1996)
2. Riduzione delle anomalie neurologiche nelle persone traumatizzate, come dimostrato con studi SPECT scan del cervello dei soggetti (Levin, P., Lazrove, S., e van der Kolk, B. A. in stampa).
3. Soppressione dell'evitamento per mezzo di una serie ottimale di stimoli di distrazione, che permettono l'elaborazione dei ricordi traumatici fino alla loro risoluzione.

Vari studi scientifici hanno dimostrato l'efficacia dell'EMDR, per esempio il prestigioso *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ha pubblicato, nel dicembre del 1995, una ricerca di Wilson, Becker e Tinker. Questo studio, su 80 soggetti affetti da stress post-traumatico, ha dimostrato che i pazienti sono notevolmente migliorati con l'EMDR, ed ulteriori studi hanno dimostrato che tali risultati terapeutici si erano mantenuti dopo il follow-up a 15 mesi.

In realtà, fin dal 1989 sono stati condotti vari studi controllati (Kleinknecht, 1992; Carlson et al., 1998; Marcus Marquis e Sakai, 1997; Rothbaum, 1997; Scheck, Schaeffer e Gillette, 1998; Wilson, Becker e Tinker, 1995; Wilson, Becker e Tinker, 1997) ed i risultati dimostrano che l'EMDR è uno dei trattamenti più efficaci per i disturbi

da stress post-traumatico (PTSD). Gli studi indicano inoltre che l'EMDR può rivelarsi efficace nel trattamento delle fobie (Kleinknecht, 1993), degli attacchi di panico (Goldstein e Feske, 1994; Nadler, 1996), dell'ansia da prestazioni sul lavoro (Foster e Lendl, 1996), dei disturbi da dismorfismo corporeo (Brown, McGoldrick e Buchanan, 1997), dei traumi nei bambini (Greenwald, 1994), e nella riduzione dei dolori cronici (Hekmat, Groth e Rogers, 1994).

Permette di superare l'ansia e le fobie

L'EMDR offre a molte persone un sollievo più rapido ai disagi rispetto alle psicoterapie convenzionali. Il dover pensare all'evento traumatico e contemporaneamente eseguire specifici movimenti oculari aiuta il soggetto a riprendere o accelerare l'elaborazione delle informazioni che il cervello contiene riguardo all'evento stesso.

Oltre al trattamento di specifici disturbi emotivi causati da esperienze di vita traumatiche, l'EMDR viene utilizzato per alleviare l'ansia da prestazione e per rinforzare la funzionalità e le prestazioni delle persone in ambito lavorativo, sportivo e dello spettacolo.

E' utile anche contro le fobie, gli attacchi di panico, i dolori cronici, i disturbi dissociativi, ansia, lutto, abusi sessuali/fisici, disturbi del comportamento alimentare, disturbi compulsivi e depressione.

Durante l'EMDR, il terapeuta lavora con la persona per l'identificazione del problema specifico, oggetto della terapia. Utilizzando un protocollo strutturato, il terapeuta guida il paziente nella descrizione dell'evento o dell'aspetto disfunzionale, aiutandolo a scegliere gli elementi disturbanti importanti. Viene chiesto al paziente quali pensieri e convinzioni ha mentre richiama l'aspetto peggiore o più disturbante dell'evento. Si tratta di un approccio standard, con il quale si iniziano molte sedute, poiché consente di capire qual è il problema oggettivo che mette in difficoltà il soggetto.

Una volta chiarita la situazione, il terapeuta aiuta la persona nella rielaborazione del problema mediante movimenti guidati degli occhi, in pratica muove le sue dita eseguendo particolari traiettorie, in modo da obbligare la persona a seguirle con gli occhi.

Durante i set di movimenti oculari, la persona rivive vari elementi del ricordo iniziale o di altri ricordi rielaborandoli adeguatamente da solo.

Il terapeuta interrompe i movimenti oculari ad intervalli regolari, per accertarsi che il paziente elabori adeguatamente da solo e facilita il processo prendendo decisioni cliniche relative alla direzione dell'intervento.

Obiettivo della seduta terapeutica, mediante l'ausilio di tale tecnica, è quello di rielaborare rapidamente le informazioni relative all'esperienza negativa vissuta da parte del paziente, fino ad una sua "risoluzione adattiva".

Si cerca cioè il riadattamento della situazione traumatica, permettendo con nuovi pensieri e diverse prospettive di riorganizzare la memoria dell'evento sul quale si è lavorato.

Durante l'EMDR, il paziente può provare emozioni intense, ma al termine della seduta, la maggior parte delle persone riferisce una notevole riduzione nel livello di disturbo associato all'esperienza traumatica.

Nelle parole della dottoressa Shapiro, questo è legato ad una riduzione della sintomatologia, ad un cambiamento nelle convinzioni negative del cliente verso quelle positive nuove, ed alla prospettiva di una funzionalità ottimale.

Il "triplice approccio" globale utilizzato nell'EMDR si rivolge

1. alle esperienze passate;
2. alle attuali cause di stress ;
3. ai pensieri ed alle azioni desiderate per il futuro.

Il trattamento con l'EMDR può durare da un minimo di 1-3 sedute, ad un anno e più per i problemi più complessi. Il tipo di problema, le circostanze di vita e l'entità dei traumi passati determineranno il numero di sedute necessarie. L'EMDR può essere utilizzato nell'ambito di una psicoterapia tradizionale come supporto.

Molto rilevante è l'assessment notevolmente diversificato e preciso ricercato dal metodo EMDR, che comprende valutazioni fini sulle emozioni, sensazioni, cognizioni, comportamenti ed aspetti immaginativi della persona, elementi tutti che entreranno a fare parte del *target* sul quale si interviene. In linea con la specificità dei disturbi post-traumatici, una posizione particolare viene riservata alla componente somatica del processo del ricordare, sulla quale viene sempre posta l'accento per verificare l'effettiva efficacia dell'intervento.

Conclusioni

Il metodo EMDR, come abbiamo avuto modo di vedere dagli ultimi studi, è agevolmente utilizzabile come supporto in diversi tipi di psicoterapie; in particolare si presta ad essere un valido supporto alla psicoterapia ipnotica.

Negli ultimi anni si sta producendo una sempre più vasta letteratura tesa alla verifica empirica degli effetti di differenti interventi psicoterapeutici sui disturbi post-traumatici e, più specificatamente, sul PTSD secondo la concettualizzazione del DSM-IV. Come purtroppo avviene abitualmente, la globalità delle ricerche non è concorde, ma emerge una sostanziale direzione di dati che conferma la notevole efficacia sia dell'EMDR che della psicoterapia ipnotica, in diversi casi riconoscendo la superiorità di tali metodiche rispetto ai più comuni e sperimentati approcci psicoterapici (Parnell, 1999; Sherman, 1998; Van Etten, Taylor, 1998; Wilson, Becker, Tinker, 1995).

In alcuni casi in cui viene riconosciuta una sostanziale omogeneità dei risultati degli approcci più efficaci, viene però sottolineata una maggiore brevità di applicazione, per esempio dell'EMDR rispetto agli approcci comportamentali di esposizione o flooding (Shapiro, 1999).

Nella valutazione di tali ricerche, bisogna però tenere presenti alcuni elementi importanti: 1) il PTSD è solo una modalità di manifestazione degli esiti post-traumatici; 2) rispetto all'EMDR, con la psicoterapia ipnotica è molto più difficile approntare protocolli standard di intervento e ricerca; 3) attraverso il dispositivo ipnotico vengono spesso implementati interventi terapeutici di stretta derivazione comportamentale. Tali variabili rendono i dati delle ricerche tutt'altro che esaustivi.

La psicoterapia ipnotica e l'EMDR, inoltre, possono essere valutati come eccellenti candidati per l'applicazione di una psicoterapia integrativa meta-teoretica ed orientata al risultato, potendo implementare una vastissima quantità di strategie di intervento provenienti da molteplici tradizioni di ricerca psicoterapeutiche (Pennati, 1995a; Phillips, Frederick, 1995; Shapiro, 1995).

Il termine psicoterapia ipnotica, come noto, è piuttosto vago, racchiudendo al suo interno una notevole varietà di approcci e metodologie (Mosconi, 1998). La psicoterapia ipnotica alla quale mi riferisco non è quella che impiega la suggestione come elemento terapeutico fondamentale, ma che piuttosto, consapevole dell'etiologia post-traumatica *reale* di molti disturbi, ha negli anni prodotto metodi di intervento efficaci tendenti all'integrazione del materiale mnestico escluso dell'unitarietà della persona (Giannantonio, 2000; Phillips, Frederick, 1995; Pennati, 1995a; Maldonado, Spiegel, 1994).

Alcune modalità tipiche d'intervento prevedono il riaccesso ai ricordi traumatici in una condizione di sicurezza psicofisiologica (Giannantonio, Boldorini, 1998) che consente, modulando opportunamente lo stato di coscienza, l'implementazione di risorse immaginative, somatiche e cognitive della persona. Ciò consente di intervenire sui ricordi

traumatici facilitando enormemente l'abreazione, il distacco, la rielaborazione ed il superamento di barriere dissociative e connesse alla memorizzazione stato-dipendente

(Giannantonio, Boldorini, 1997; Giannantonio, 2000).

Ritengo che tali approcci alla psicoterapia abbiano molti elementi in comune che li rendono efficaci per questo tipo di patologie: 1) consentono di lavorare direttamente sulla memoria procedurale, emotiva, viscerale delle persone traumatizzate, anche in assenza di memorie episodiche; 2) consentono l'integrazione fra i differenti tipi di memoria; 3) possono essere impiegate in modo estremamente ecologico e rispettoso della spontaneità del paziente, come indica emblematicamente l'approccio di utilizzazione di Milton Erickson (Erickson, Rossi, 1979), ma anche l'approccio generale dell'EMDR, che tende a non intervenire mai nell'elaborazione mnestica del paziente a meno che tale processo non sia ostacolato nella sua progressione; 4) sono più rapide di molte altre metodiche (Shapiro, 1999); 5) sono particolarmente efficaci nel trattamento di materiale dissociato e codificato in modo stato-dipendente; 6) le osservazioni cliniche di alcuni terapeuti esperti in entrambi gli approcci lasciano pensare, ma ciò è completamente da verificare, che entrambi i dispositivi implementino quella che la Shapiro denomina "elaborazione accelerata dell'informazione"; 7) molti modelli di intervento provenienti dalla tradizione ipnotica sono esplicitamente trasferibili tout court nell'operatività dell'EMDR; 8) sono molto efficaci nel ridurre l'iperassociazione e la dissociazione, spesso presenti congiuntamente in molti traumi (Van der Kolk et al., 1997), disponendo di strategie che producono un forte senso di controllo su eventuali esperienze abreattive; 9) sono strumenti estremamente flessibili nella integrazione di risorse poco fruibili o francamente dissociate; 10) consentono una vivida produzione di esperienze interpersonali profondamente mutative, atte ad integrare le precedenti esperienze di attaccamento deficitarie o patologiche (Giannantonio, 2000; Manfield, 1998; Parnell, 1999), approccio magistralmente esemplificato da Milton Erickson (Erickson, Rossi, 1989).

Bibliografia

Brown, K.W., McGoldrick, T. & Buchanan, R. (1997). *Body dysmorphic disorder: Seven case of eye movement desensitization and reprocessing. Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 25, 20*

Erickson M., Rossi E.L. (1989), *L'uomo di febbraio. Lo sviluppo della coscienza e dell'identità nell'ipnoterapia*, Astrolabio, Roma, 1992

Erickson M.H., Rossi E.L. (1979), *Ipnoterapia. Una ricerca clinica*, Astrolabio, Roma, 1982

Giannantonio M., Boldorini A.L. (1997), *La tecnica del cambiamento di storia in psicoterapia ipnotica. Alcune considerazioni operative*, "Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnotica", 2, 35-39

Greenwald, R. (2000). *L'EMDR con bambini e adolescenti*, Astrolabio Ubaldini

Goldstein, A.e Feske, U.(1994)*Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorders. Journal of anxiety Disorders,8, 351-362*

Masson, (2001) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentale (DSM IV-R)*

Shapiro, F. (2000). *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*, McGraw-Hill Italia, Milano.

Shapiro F., Silk Forrest M., (1998), *Emdr una terapia innovativa per il superamento dell' ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica*, Astrolabio Ubaldini

Wilson, S.A., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1997). *Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.

Sitografia

<http://www.psicotraumatologia.com>

<http://www.emdritalia.it>

IL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITA'

THE BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Marianna Dipietro, Veronica Bruno, Edvige Liotta

Riassunto

Il Disturbo Borderline è un disturbo della personalità caratterizzato da instabilità nelle relazioni interpersonali, nell'immagine di sé e nelle relazioni affettive, e da impulsività elevata. Una percentuale dal 30% al 60% dei pazienti con Disturbo della Personalità è affetta da Disturbo Borderline: ciò lo rende il Disturbo di Personalità maggiormente diffuso. Questo lavoro affronta il tema della personalità borderline partendo dalla definizione del disturbo, integrandone gli aspetti diagnostici, eziologici e delineando alcune ipotesi di trattamenti terapeutici specifici per il paziente affetto da questo disturbo di personalità. L'articolo contiene inoltre un'esperienza di vita reale, che evidenzia la dinamica comportamentale e relazionale di un soggetto affetto da tale disturbo.

Parole chiave: Borderline, Disturbo di personalità, Relazioni interpersonali.

Abstract

The borderline personality disorder (BPD) is a personality disorder characterized by instability in interpersonal and emotional relationships, in the perception of self-image and high impulsivity. A percentage ranging from 30% to 60% of patients with personality disorders suffers from BPD; this makes this disorder the most widespread of Personality Disorder.

This paper addresses such issue starting from the definition of borderline personality disorder, integrating the diagnostic aspects, etiology and explaining some perspectives on specific treatments for patients suffering from this personality disorder. The article also includes a real life experience, which highlights the behavioral and relational dynamics in a patient affected by the disorder.

Keywords: Borderline personality disorder, interpersonal relations

Nell'opera "Parerga e Paralipomena" di A. Schopenhauer si trova scritto:

"Una compagnia di porcospini, in una fredda giornata d'inverno, si strinsero vicini per proteggersi, col calore reciproco, dal rimanere assiderati. Ben presto, però, sentirono le spine reciproche; il dolore li costrinse ad allontanarsi di nuovo l'uno dall'altro. Quando poi il bisogno di scaldarsi li portò di nuovo a stare insieme, si ripeté quell'altro malanno; di modo che venivano sbalottati avanti e indietro tra due mali..."

Questa breve storiella in psicoanalisi spiega in modo sintetico ed immediato molte delle reazioni patologiche, tipiche di quelle persone che vengono diagnosticate come affette da patologia borderline. Si tratta di persone, infatti, che provano angoscia di distruzione e invasione quando l'altro si avvicina "troppo" e angoscia di vuoto e di abbandono quando l'altro si allontana "troppo".

Introduzione

Il disturbo borderline di personalità è una entità diagnostica complessa e controversa: esso è innanzitutto un disturbo della relazione, che impedisce al soggetto di stabilire rapporti di amicizia, affetto o amore stabili nel tempo. Le persone affette da questo disturbo trascinano partner, amici e parenti in una spirale carica di emotività, dal quale spesso è difficile uscire; essi infatti sperimentano emozioni devastanti e le manifestano in modo eclatante, drammatizzando ed esasperando molti aspetti della loro vita o i loro sentimenti, proiettando le loro "mancanze sugli altri", atteggiandosi a vittime degli altri quando in realtà ne sono spesso i carnefici per poi "cambiare" nel giro di poco tempo, destabilizzando così quanti hanno a che fare con loro. Possono essere dipendenti dalle persone cui sono legati e, nello stesso tempo esprimere un'enorme rabbia nei loro confronti quando vengono frustrati. Tuttavia, non riescono a tollerare la solitudine e preferiscono una frenetica ricerca di compagnia, indipendentemente da quanto possa essere soddisfacente o meno. Le relazioni vissute da questi soggetti sembrano essere caotiche e di breve durata

ma estremamente intense; esse presentano periodi di idealizzazione e supervalutazione dell'altro, che spesso virano nella direzione opposta, trasformandosi anche in atteggiamenti denigratori e collerici di notevole intensità. L'elemento scatenante può essere la più piccola critica o un accenno ad un rifiuto. Frequenti sono gli atteggiamenti minacciosi, così come i tentativi di suicidio o di automutilazione, dovuti al senso di vuoto e depressione che affliggono cronicamente queste persone e *“anche quando non ricorrono alla violenza, a volte distruggono la persona che dicono di amare”*.

In generale il comportamento autolesivo può comprendere anche gioco d'azzardo, spese folli, uso e abuso di sostanze, guida spericolata, sessualità promiscua, condotte antisociali e si associa a scoppi improvvisi di rabbia intensa. Come li definiscono Belloni, Battaglia e Migone questi pazienti sono *“ persone di cristallo ,delicate da toccare, facili da rompersi e pericolose quando sono in frantumi”*(Belloni ,Battaglia e Migone,1992).

“Bordeline tutto e niente, solo guai tra corpo e mente, dipendente da un pensiero diffidente. Confusioni tra le azioni e propositi buoni, chi cresce tra due fuochi e chi per dolori ha due cuori ”. (P.Argento)

Criteri

Il Disturbo Borderline di Personalità comincia di solito a manifestarsi nella prima età adulta ed è più frequente tra le donne rispetto agli uomini;

Per la diagnosi di BDP è necessario che il soggetto soddisfi almeno 5 dei seguenti criteri:

1. Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono.
2. Un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione.
3. Alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili.
4. Impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto come ad esempio spendere eccessivamente, promiscuità sessuale, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate, ecc.
5. Ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamento automutilante.
6. Instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore (per es., episodica intensa disforia, irritabilità o ansia, che di solito durano poche ore, e soltanto raramente più di pochi giorni).
7. Sentimenti cronici di vuoto.
8. Rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia (per es., frequenti accessi di ira o rabbia costante, ricorrenti scontri fisici).
9. Ideazione paranoide, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress.

“Troppo difficile andare avanti.. impossibile tornare indietro”
(A. Passmore)

Collegamento tra la storia interpersonale, disorganizzazione dell'attaccamento e rappresentazione di sé

Le cause del disturbo restano sostanzialmente sconosciute, non esistono dati certi anche se sono state sviluppate numerose teorie, alcune delle quali vengono considerate piuttosto attendibili. Vi sono evidenze che in alcuni soggetti possa essere coinvolta una componente genetica o altri fattori biologici. Per la maggior parte dei pazienti entrano in gioco fattori psicologici, come per es. aver subito un trauma infantile (maltrattamento, violenza sessuale, abbandono). Secondo gli psicologi evoluzionisti alla base del disturbo vi sarebbe un tipo particolare di relazione che si instaura nella prima fase della vita tra il bambino e la figura che lo accudisce, in particolare essi parlano di *“attaccamento disorganizzato”*, intendendo con questo termine l'impossibilità da parte del bambino di farsi un'idea stabile di come *“funziona”* la figura accudente e in particolare della modalità di risposta ai segnali di richiesta di *“cure”* che il bambino istintivamente emette nel momento del bisogno (fame, bisogno di essere pulito, dolore, ecc.). Quello che manca nella relazione madre- figlio non è tanto la coerenza della risposta, quanto una sintonia tra il gesto e l'emozione ad esso associata, che il bambino percepisce soprattutto attraverso l'espressione del viso materno. Si tratta spesso di madri che pur accudendo normalmente il bambino sul piano materiale, sono turbate a livello emotivo per i motivi più disparati non riuscendo così a fornire quella *“base sicura”* di cui il bambino ha inevitabilmente bisogno.

Nell'analisi di questi pazienti risulta di fondamentale importanza la loro elaborazione concernente il trauma di base. Questa elaborazione avviene mediante tre dinamiche basilari:

- a) la scissione: è una dinamica intrapsichica che serve a sopportare il trauma; la rabbia non è rimossa ma viene coperta e gestita: questo spiega come essa può esplodere per situazioni contestuali diverse ed improvvise.
- b) la maschera: rappresenta la modalità comportamentale che copre la parte scissa del Sé, quella parte contenente gli aspetti ostili e distruttivi; essa genera poi la più immediata delle sensazioni nei confronti del borderline: quella della *inautenticità*. La maschera è il risultato della *“indecifrabilità”* del caregiver, cioè di quella incongruenza tra gli stati interni e le espressioni esternate dalla figura di accudimento. In questo dilemma il bambino può pensare all'altro come portatore di una maschera usata per nascondere il mondo interno. Di fronte a questa situazione, soprattutto se

ripetuta nel tempo, il bambino tende a difendersi con una modalità *imitativa* (“anche io posso avere una maschera”), oppure può attuare una formazione difensiva primaria ed autonoma (“non posso far capire cosa sento. Quindi debbo assumere una maschera”).

Comunque con due meccanismi diversi arriva a strutturare una *sua maschera* per nascondere i suoi stati affettivi che spesso, proprio a causa di questa dinamica, sono intrisi di ostilità.

c) la tendenza a far impazzire l'altro: questa dinamica assolve due funzioni: da una parte vendicarsi per i torti subiti precedentemente, dall'altra liberarsi di proprie dimensioni negative.

Fin quando riesce a gestire la scissione, la maschera e l'attacco all'altro, il borderline si comporta come un “normotico”, ovvero come una persona che, da chi la conosce superficialmente, viene definita persona normale ed a volte anche simpatica; di parere diverso sono invece le persone che intrattengono con lei, rapporti significativi ed emotivamente importanti.

Solo quando non riesce più a gestire queste dinamiche, il borderline tende a chiedere aiuto: richiesta di aiuto che può avere i caratteri dell'urgenza e della drammaticità, perché egli intuisce il rischio di una rottura molto grave.

“Amor est mihi causa sequendi, è per amore che ti inseguo”

Ovidio

Ipotesi di trattamento

Anche se molte persone sono ancora scettiche circa la terapia del disturbo, si nutre una fiducia sempre maggiore in alcune forme di psicoterapie. Attualmente risultano maggiormente efficaci i trattamenti che includono terapie diverse e intensive. Negli ultimi anni è stata sperimentata con un discreto successo una tecnica di derivazione cognitivo-comportamentale, chiamata “terapia dialettico-comportamentale”, la quale nasce dal presupposto che la principale difficoltà dei soggetti con disturbo borderline è quella di gestire le proprie intense emozioni (disregolazione emotiva). Obiettivo fondamentale di questo tipo di terapia è quello di ridurre i comportamenti che interferiscono sia con la terapia, che con la qualità della vita del paziente (come i comportamenti autolesivi). Il trattamento si struttura in sedute di gruppo, che si tengono 1 o 2 volte la settimana per almeno un anno, associate a sedute individuali con cadenza settimanale. Il nucleo centrale del trattamento consiste nell'apprendere modalità adeguate di regolazione emotiva. Si cerca in questo modo di contrastare gli effetti negativi provocati, durante l'infanzia, da un ambiente familiare fortemente invalidante.

Il lavoro in gruppo è arricchito da tecniche psicoeducative e si articola nei seguenti moduli:

- 1) abilità di mindfulness (versioni psicologiche e comportamentali delle tecniche di meditazione derivate da pratiche spirituali orientali, in particolare dalla filosofia Zen),
- 2) abilità di efficacia interpersonale,
- 3) abilità di regolazione emozionale,
- 4) abilità di tolleranza della sofferenza mentale.

Altre tecniche psicoterapeutiche utilizzate sono la psicoterapia di stampo analitico modificata da Kernberg; la psicoterapia cognitivo-comportamentale adattata al DBP.

La terapia farmacologica attualmente viene utilizzata come supporto alla psicoterapia, per il trattamento dei sintomi del paziente quali ad esempio l'impulsività, i disturbi affettivi e il discontrollo comportamentale; l'attenuazione di tale sintomatologia consente al soggetto borderline di accedere ad un trattamento psicoterapeutico con maggiore efficacia.

“Perché salvarsi da coloro che non possono essere salvati si può”

“Ci siamo conosciuti quando io andavo all'Università, in un periodo per me di totale spensieratezza, in cui “non avevo la testa ma soprattutto la voglia” di una relazione. Pian piano però lui ha iniziato a “stregarmi” con il suo fascino misterioso e il suo modo “dannatamente romantico” di corteggiarmi e farmi sentire unica. Senza nemmeno accorgermene ha fatto breccia nel mio cuore e mi ha “insegnato” ad amarlo..ad amare come mai avevo fatto prima, ignara del fatto che quello stesso amore sarebbe un giorno diventato il mio peggiore incubo..

Ancora oggi mi domando se si possa provare amore e nello stesso tempo odiare con tutta te stessa chi in qualche modo ti ha cambiato la vita. Purtroppo l'unica risposta che riesco a darmi è affermativa: prima ancora che il cervello possa riflettere ti senti inglobata in un vortice di emozioni contrastanti e, nonostante tu sia ancora in tempo per uscirne senti che lasciarti andare e trasportare in questo vortice sia l'unica cosa da fare.

I primi tempi della nostra storia mi ritenevo la persona più fortunata del mondo, per lui ero la donna più bella e più dolce che avesse mai incontrato. Si fermava a fissarmi in situazioni e contesti del tutto diversi con uno sguardo adorante che trasmetteva tutta la sua passione e con parole che giorno dopo giorno mi facevano sempre di più sentire sua, sua e solamente sua. Infatti, questo era il suo scopo: nel giro di poco tempo mi sono allontanata dai conoscenti, dai vecchi amici, e cosa peggiore, dalla mia famiglia che è da sempre la parte più importante della mia vita.

Iniziosi ad essere furiosamente geloso di ogni mio passo poiché “le persone sono cattive... “io mi fido di te ma non degli altri” e quindi il cassiere del supermercato, il collega, il professore dell'Università e perfino il medico avevano

uno scopo secondario con me..tutti erano nemici e lui il mio salvatore, invece era tutto il contrario: lui era il lupo travestito da cacciatore..ed io cappuccetto rosso..

Nel frattempo lui continuava a cambiare lavoro e spendere i suoi soldi comprando gli oggetti più disparati per poi rivenderli dopo neanche una settimana ed inutili erano i miei tentativi di distoglierlo da tale "attività". Con i lavori diversi arrivavano anche gli "amici" diversi che un giorno erano simpaticissimi fidatissimi e il giorno seguente cadevano nel più totale dimenticatoio.

Io, intanto, più mi allontanavo dalle persone per me significative e più mi avvicinavo a lui, il quale invece di esserne contento si distaccava ogni giorno di più; non mi guardava con la stessa passione, con lo stesso amore anzi, il suo sguardo ora esprimeva noia, qualche volta anche disprezzo. La persona che mi aveva insegnato ad amare mi stava togliendo quella stessa fonte da cui attingevo; mi inventavo le situazioni più romantiche per "riportarlo a me" ma risultavano solo totali fallimenti, finché una sera, dopo il mio ennesimo sfogo lui mi disse che non mi meritava e che forse sarebbe stato meglio lasciarci.

Dopo una settimana di disperazione estrema cominciai a farmene una ragione e , soprattutto, ripresi a "vivere"o almeno quello era il mio obiettivo perché lui tornò, dicendomi che ero tutta la sua vita e che senza di me si sarebbe ucciso; iniziò così a compiere gesti di autolesionismo ed io, sentendomi in colpa (mi sembrava di cogliere in quei gesti un grande segno d'amore nei miei confronti), tornai ad avvicinarmi a lui.

Iniziò una sorta di balletto fatto di avvicinamenti ed allontanamenti, io mi aspettavo che lui mi dimostrasse un reale "interesse" prima di attuare un reale "ritorno", ma lui, avendo raggiunto il suo scopo continuava ad essere altalenante al punto da "farsi scoprire" sotto casa mia in atteggiamenti affettuosi con un'altra.

A quel punto "decisi" di cancellarlo dalla mia vita e lui per un po' sembrava aver accettato e condiviso questa mia scelta ma, come al solito dopo un po' "ricompare" più determinato che mai a *riprendersi ciò che è suo!!!*

Iniziò a telefonarmi a tutte le ore del giorno e della notte, e più non rispondevo più lui insisteva..mi mandava un'infinità di sms al giorno che passavano dalle frasi più dolci alle minacce più spaventose ("*se scopro che ti vedi con qualcuno ammazzo prima te e poi me*"...oppure..*mettitele in testa che sarai mia per sempre anche contro la tua volontà*").

Cambiai numero di telefono e smisi di frequentare le lezioni all'Università ma era tutto inutile, anzi, più cercavo di allontanarmi da lui più mi allontanavo da me stessa : non riuscivo a studiare, non mangiavo quasi più e la notte non riuscivo a dormire (quelle poche volte che il citofono non suonava fino a che io stremata e con mille sensi di colpa per le mie coinquiline vittime indirette della follia di quell'uomo non mi infilavo la giacca e con ancora sotto il pigiama scendevo a "placare" la sua ira che tramutava in un pianto diretto con mille scuse e mille promesse che mi avrebbe lasciata stare perché piuttosto che fare del male al *suo più grande amore si sarebbe tolto la vita*).

Parole, parole, parole. Ho capito troppo tardi che l'unico amore che quell'uomo provava era per se stesso e non sarebbe mai arrivato a fare quell'estremo gesto; nonostante questo, io, animata da uno "spirito salvifico" cercavo di aiutarlo tirandolo fuori da quel suo stato e invece..è stato lui a trascinare me dentro quella confusione e quel dolore che si portava appresso.

Morale della favola: questa "altalena" è durò per altri due anni durante i quali ho veramente vissuto cose che non augurerei al mio peggior nemico, ma finalmente sono riuscita a porre fine a questa terribile esperienza; mi sono laureata e sono tornata a casa mia, con la paura che forse mi avrebbe inseguita, che mi avrebbe cercata, pedinata. Ma l'ho fatto, con l'aiuto della mia famiglia e dei miei amici che mi sono stati vicino, lasciandomi alle spalle quell'incubo che mi ha tolto anni di vita e di serenità.

Oggi mi sento finalmente libera, più "lucida"e sicuramente più forte ma nonostante questo, in qualche modo ogni tanto, anche se so di essermi salvata, ripenso a lui. I lividi passano, le ferite guariscono, ma purtroppo per il cuore non c'è rimedio. Lui ha lasciato dentro di me un dolore, che, nonostante tutti i miei sforzi, non passerà mai.

Adoravo una canzone che proprio lui mi aveva fatto conoscere. La ascoltavo di continuo, ma era in inglese per cui non ne capivo il significato; tempo dopo per caso ho trovato la traduzione del testo. Ne riporto giusto due righe:

Guarda i miei occhi sono solo ologrammi

Guarda il tuo amore mi ha fatto sanguinare le mani

Dalle mie mani sai che non sarai mai

Più di uno sbandamento nella mia lucidità.

Conclusioni

In questo lavoro si intende offrire una breve panoramica sui diversi aspetti che aiutano a definire il concetto di disturbo Borderline di personalità; sono state riassunte le linee principali che hanno visto e trattato tale disturbo anche mettendo a confronto i metodi e le terapie dello stesso. Infatti, nonostante l'ambiente familiare sia certamente un elemento importante per favorire il cambiamento, da solo non può determinarlo; spesso i familiari di questo tipo di pazienti compiono enormi sforzi per tentare di individuare la modalità di interazione più corretta con il proprio caro, per trovare le parole più appropriate per interagire con loro. Il paziente borderline è un paziente che ha bisogno di un trattamento mirato effettuato secondo protocolli specifici che, in molti casi, prevedono l'abbinamento di una psicoterapia individuale ad una psicoterapia di gruppo ad un costante monitoraggio farmacologico effettuato da professionisti che abbiano ricevuto un training specifico. Ad arricchire il tutto è stata aggiunta una testimonianza di vita che, drammaticamente, evidenzia la realtà di chi si trova a vivere accanto ad una persona affetta da tale disturbo.

Bibliografia

Benedetto A.M., Cotugno A., 2000 *Il Paziente Borderline*, Milano Franco Angeli;

Bergeret, J., 2002 *La personalità normale e patologica. Le strutture mentali, il carattere, i sintomi*, Collezione: psicologia clinica, Raffaello Cortina editore.

Clarkin, J., Yeomans, Frank E., Kernberg Otto F., 2000 *Psicoterapia delle personalità borderline*, Raffaello Cortina editore.

Dimaggio G.; Semerari A.; 2007, *I disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali.*; Laterza.

Gunderson, J., 2003, *La personalità borderline. Una guida clinica*, Raffaello Cortina editore.

Kernberg Otto F., 1987, *Disturbi gravi della personalità*, Bollati Boringhieri.

Maffei, C., 1993 *Il disturbo borderline di personalità. Prospettive sulla diagnosi*, Torino, Bollati Boringhieri;

Maffei, C., 2008, *Borderline. Struttura, categoria, dimensione.* Cortina Raffaello

Sitografia

http://www.ipsico.org/disturbo_borderline_di_personalit%C3%A0.htm

<http://www.terzocentro.it>

http://www.salus.it/psichiatria/disturbo_personalita.html

Citazioni:

Posi Argento (2004); Testo “ *Borderline*”

Alessandra Passmore, (2009); “ *Quel mio amore borderline*” Ovidio;

Le Metamorfosi “*Apollo e Dafne*”

CRISI ADOLESCENZIALE E DIAGNOSTICA RORSCHACH: ANALISI DI PROTOCOLLI DI ADOLESCENTI DEVIANTI

RORSCHACH DIAGNOSTIC AND ADOLESCENT CRISIS: ANALYSIS OF PROTOCOLS DEVIANT ADOLESCENTS

Annunziata Rizzi

Riassunto

Durante l'adolescenza le basi più profonde della personalità e le prime tappe della costituzione del Sé sono sollecitate e messe alla prova, attraverso il rimaneggiamento dell'unità somato-psichica.

La fase adolescenziale si presenta, anche negli indici Rorschach, come un periodo di crisi pieno di contraddizioni, di turbamenti e di tentativi di difesa.

L'utilizzo dei proiettivi, e del Rorschach in particolare, consente l'analisi delle aree problematiche significative in adolescenza come punto di riferimento per distinguere crisi di I, II, III, IV o V livello secondo la classificazione di Wilson.

Di seguito vengono presentati e discussi i risultati di un'indagine svolta in una comunità di adolescenti devianti di sesso maschile utilizzando il Rorschach come supporto ai dati emergenti dal colloquio clinico.

Parole chiave: adolescenza, crisi, Rorschach, devianza.

Abstract

During adolescence, the deepest bases of personality and the first stages of the self constitution are called upon and tested through the reshuffling somato-psychic unity. The adolescent phase is also present in the indexes Rorschach as a time of crisis full of contradictions, anxieties and attempted defense. The use of projective techniques, and the Rorschach in particular, allows the analysis of the meaningful problematic areas in adolescence as a reference point to distinguish I, II, III or IV crisis level according to the classification of Wilson. Below are presented and discussed the results of a survey into a community of deviant male teenagers using the Rorschach as a support to emerging data from clinical interview.

Keywords: adolescence, crisis, Rorschach, deviance.

Introduzione

Accostare la fase evolutiva adolescenziale ad un periodo di crisi trae significato, come l'etimologia indica, dalla necessità di compiere delle scelte inerenti l'identità personale e sessuale, la rappresentazione di sé, le relazioni oggettuali.

In tal senso i compiti evolutivi adolescenziali ruotano attorno a:

1. l'abbandono dei legami con gli oggetti parentali infantili e il trasferimento dell'energia di tali legami su nuovi oggetti extrafamiliari;
2. l'abbandono dell'identificazione massiva con gli oggetti parentali attraverso meccanismi di accettazione e rifiuto selettivo;
3. l'integrazione del corpo sessuato nella rappresentazione di sé;
4. l'acquisizione di un relativo e dinamico equilibrio nella bilancia narcisistico- oggettuale;
5. l'acquisizione della capacità, un tempo demandata all'ambiente, di tollerare e gestire in proprio le pulsioni, l'ansietà e la depressione;
6. l'interiorizzazione selettiva del sistema normativo e la sua integrazione con l'IDEALE dell'IO;
7. l'integrazione del principio del piacere con il principio di realtà.

L'adolescenza appare dunque un "tempus minoris resistentiae" dove più facilmente si manifestano i segni delle precedenti lacunosità e fragilità di sviluppo.

Dal punto di vista fenomenologico, l'adolescente in crisi evolutiva mantiene un buon contatto con la realtà, non ha rilevanti lacune del funzionamento del pensiero, esprime comportamenti aventi significati e scopi comprensibili, mantiene un adattamento in ampi settori della vita.

La diagnosi in adolescenza e l'apporto del Rorschach

La valutazione diagnostica in adolescenza è un problema complesso poiché può essere difficile differenziare le situazioni patologiche dagli aspetti evolutivi di una crisi adolescenziale; inoltre, dal punto di vista clinico, i quadri psicopatologici risultano molto sfumati.

Quindi, ai fini di una corretta diagnosi è utile valutare la flessibilità della condotta e di un sintomo contrapposta alla sua rigidità, nonché il grado di interferenza rispetto al funzionamento globale della personalità e all'andamento del processo evolutivo ulteriore.

Come sottolinea la Chabert, ciò che in questo periodo evolutivo è indicativo di patologia non è la gestione problematica dei processi ma la loro sospensione: <<tra gli straripamenti tumultuosi, le tensioni violente e le barriere tenaci, apparentemente stagnanti, la misura, risultato del compromesso, difficilmente trova il posto che occuperà più tardi>> (Chabert, 1994).

I test proiettivi, interpretati facendo riferimento alla psicologia e alla psicopatologia adolescenziale offrono <<un notevole contributo alla comprensione del funzionamento mentale dell'adolescente, che tenga conto dell'alternarsi dei movimenti progressivi e regressivi, dell'alterazione dell'assetto narcisistico, dei processi identificatori e dei conflitti intrapsichici caratteristici di questo periodo di sviluppo così complesso, così ricco di contraddizioni ma anche di potenzialità>> (Chabert, ibidem).

L'utilizzo dei proiettivi consente, dunque, l'analisi delle aree problematiche significative in adolescenza come punto di riferimento per distinguere il funzionamento "normale" da quello patologico:

1. capacità di interiorizzazione che presuppone l'esistenza di uno spazio psichico come scena mentale all'interno della quale possono dispiegarsi i conflitti con la mediazione di rappresentazioni ed affetti sufficientemente legati;
2. riattivazione dei processi di individuazione e sua risonanza sul sentimento di identità;
3. riattivazione della problematica edipica e sua risonanza sul costituirsi delle identificazioni. Attraverso il Rorschach, in modo particolare, possono essere valutati i prerequisiti che consentono l'evolversi del processo adolescenziale (Aliprandi, Bassetti, Riva)
4. una sufficiente capacità e tenuta dell'esame di realtà come preconditione per la definizione dei confini del sé;
5. la capacità di usare l'originario spazio potenziale tra soggetto e oggetto in cui giocare con i fantasmi e accedere a un'esperienza creativa e simbolica vitale per la scoperta di sé.

Il modo in cui sono costruite le tavole Rorschach, simmetriche rispetto ad un asse centrale, impone un richiamo al corpo mettendo alla prova la solidità dei confini e la differenziazione dentro-fuori. Il Rorschach appare, dunque, una prova dei confini che può sollecitare un crollo narcisistico più o meno rilevante.

Inoltre il Rorschach, come strumento privilegiato di approccio all'immagine del corpo, consente di studiare l'evoluzione della costruzione identitaria: i cambiamenti corporei legati alla pubertà consentono di mantenere il senso di identità malgrado le trasformazioni, oppure le modificazioni corporee sconvolgono la continuità introducendo una frattura nella rappresentazione di sé?

L'ulteriore elemento di analisi riguarda i processi di identificazione; a tal proposito lo studio dei protocolli consente di porsi alcuni interrogativi: quali sono i riferimenti identificatori del soggetto? C'è una differenziazione dei modelli sessuali? Le modalità di identificazione con questi modelli sono gestibili, tenuto conto dei movimenti pulsionali che esse mobilitano? In che misura c'è un'apertura verso prese di posizione sessuali accettabili prese dal soggetto oppure c'è blocco, stallo in una neutralità invalidante?

Secondo Tommaso Senise, è possibile individuare cinque differenti tipologie di adolescenti che giungono in consultazione:

1. adolescenti che giungono alla consultazione per crisi evolutive, partecipano ai colloqui manifestando una buona possibilità di investire sul pensiero; la produzione ai test proiettivi evidenzia un'organizzazione interna sufficientemente mobile che si esprime nell'utilizzazione del proprio mondo fantasmatico per costruire risposte personali e convenzionali mantenendo un livello formale soddisfacente.
2. adolescenti che giungono alla consultazione su richiesta connessa a difficoltà scolastiche o acting-out, manifestano durante i colloqui scarsa possibilità di usare il pensiero per riflettere su di sé; rimangono aderenti alla realtà concreta utilizzando difese contro il contatto con un sé profondo imbrigliato in problematiche antiche e spesso vissuto come inadeguato rispetto alle aspettative egoideali. Di fronte ai test proiettivi forniscono risposte banali indicative della capacità di accomodarsi agli aspetti fisici della macchia, tuttavia, quando per dare significato allo stimolo è necessario attingere al proprio mondo fantasmatico, producono risposte vaghe o di qualità formale scadente o rifiuti.
3. adolescenti che utilizzano il pensiero in modo difensivo al fine di evitare il contatto con le emozioni e mantenere un'onnipotenza illusoria.
4. adolescenti che presentano una sintomatologia decisamente grave, connessa al fallimento del positivo svolgimento della fase simbiotica, ai test proiettivi evidenziano la mancanza di uno spazio mentale nel quale elaborare i fantasmi interni, il ricorso a meccanismi difensivi primitivi e a temi di spezzamento e distruzione dove i confini tra sé e l'altro sono persi.

5. adolescenti che non posseggono i requisiti necessari per giungere al pensiero formale essendosi fermati al pensiero preoperatorio.

Caratteristiche del campione

Il Rorschach è stato somministrato ad un campione di 20 adolescenti maschi di età compresa tra i tredici e i diciannove anni collocati presso una comunità per minori con provvedimenti penali (14 casi) o civili (6 casi). Le problematiche manifestate si collocano nell'area dei disturbi del comportamento o del disturbo della condotta.

Dal punto di vista psicopatologico, c'è accordo tra i vari autori nel riconoscere agli adolescenti con disturbo della condotta una condizione di debolezza dell'Io caratterizzata da un insieme di tratti: mediocre capacità di tolleranza all'angoscia, inadeguata capacità di controllo delle pulsioni, inadeguata capacità di sublimazione, meccanismi legati alla scissione. Inoltre dal punto di vista strutturale si riscontra debolezza dell'ideale dell'Io e un'organizzazione arcaica del Superio.

La povertà delle funzioni dell'Io e il carattere primitivo dei processi identificatori (Superio e Ideale dell'Io) sono fattori responsabili delle difficoltà a sviluppare un pensiero astratto e dell'acting-out per la compromissione del pensiero simbolico cui si sostituisce il passaggio all'atto con i suoi mezzi espressivi protosimbolici.

L'adolescente in crisi evolutiva è in grado di recuperare, al di là della spinta difensiva a "non pensare", la capacità di riflettere su di sé e sul proprio pensiero perché riesce a tenere sufficientemente separate realtà esterna e realtà interna, immagini parentali infantili e immagini di sé. Questo non avviene nell'adolescente con disturbo del comportamento: nella sua storia emotiva esperienze di deprivazione affettiva precoce e ripetuti fallimenti nella comunicazione familiare hanno ostacolato la possibilità di sperimentare l'area degli oggetti e dei fenomeni transizionali entro cui imparare a vivere creativamente.

Seguendo Maggiolini (1998) e Novelletto (1991) si può considerare sia il reato minorile, sia il comportamento trasgressivo in adolescenza, espressioni dell'agito: attraverso tendenze antisociali, non organizzate in una personalità delinquenziale, l'adolescente esprime con il linguaggio del comportamento un'istanza evolutiva non altrimenti esprimibile, una "fantasia di recupero maturativo". Nella personalità antisociale strutturata nella direzione delinquenziale è presente un'anomalia più grave del rapporto individuo-società che, lungi dal contenere la speranza di una risposta ambientale, indica il fallimento della speranza stessa esprimendo una violenta protesta distruttiva.

Risultati

In 15 dei 20 casi analizzati l'F+% si assesta su valori inferiori alla norma prevista per l'età, con un valore medio di 45.

In 11 casi compare il C puro e in 5 di questi C>1 (fino all'estremo di C=5 in un protocollo) associato anche a contenuti sangue ed anatomici.

La cinestesia umana è assente in 7 casi mentre in 8 casi si ha M=1; è associata a movimenti flessivi o, più spesso, a rappresentazioni fortemente angoscienti e aggressive.

Il contenuto umano è assente in 6 casi mentre si ha U=1 in altri 6 casi (dei quali 5 evidenziano nell'unico contenuto "persona" l'assenza di scelte identificatorie sessuali).

Il contenuto animale risulta massimamente presente come contenuto "vitale" mentre predominano contenuti oggettuali, anatomici e devitalizzati.

In 18 casi si riscontra l'interpretazione di dettaglio bianco e/o la fusione figura-sfondo.

In tutti i casi in cui F+% < 70 è possibile rintracciare crisi di terza o quarta classe (secondo il modello diagnostico di Wilson), associate a vulnerabilità preadolescenziali o disturbi franchi già durante l'infanzia o la preadolescenza. Ciò è riconducibile all'esistenza di gravi fattori di disadattamento (carenze affettive e/o comunicative, condizioni familiari, condizioni socio-economiche e culturali, condotte parentali gravemente diseducative e abuso) che hanno interferito con la positiva risoluzione dei compiti di sviluppo propri dell'età generando una debolezza dell'Io.

Discussione

L'attenzione ai fattori che rinviano alla qualità del rapporto col reale, rivela la generalizzata debolezza dell'Io nelle funzioni adattive (gestione delle pulsioni, organizzazione, pianificazione, coscienza dei valori).

Risposte patologiche che rinviano all'interno del corpo umano, in associazione al colore, mostrano la fragilità delle frontiere Io-non Io di fronte all'intensità delle stimolazioni esterne. Gli adolescenti con problematiche comportamentali dimostrano difficoltà nell'utilizzo del colore come mediazione poiché la realtà esterna infrange l'involucro di contenimento della realtà interna. In questi casi i processi di individuazione, riattivati in adolescenza, falliscono e non permettono di mantenere un sentimento di identità continuo e stabile.

I disturbi delle funzioni dell'Io si esprimono nella confusione tra l'area soggettiva e quella oggettiva, nell'arresto o nell'alterazione delle capacità simboliche, nell'indebolimento delle funzioni di critica e giudizio che impediscono lo sviluppo del pensiero astratto e favoriscono il passaggio all'atto.

Le problematiche egoiche si accompagnano a disturbi delle funzioni dell'Ideale dell'Io e del Superio, poiché vengono meno gli strumenti cognitivi ed affettivi per identificare i valori.

La carenza o la difettosità degli oggetti identificatori, altera la qualità della dipendenza ideatoria, affettiva e morale dell'adolescente dai genitori: l'evitamento o l'ansia nel confronto con rappresentazioni umane, la presenza di personaggi non sessualmente identificati, l'oscillazione tra posizioni attive e passive, testimonia la problematicità del processo di identificazione.

Le vulnerabilità preadolescenziali sembrano riconducibili a carenza e distorsioni del legame genitoriale.

L'immagine materna rinvia all'immagine arcaica della madre onnipotente e fusionale, divoratrice, angosciante e minacciosa che non ha consentito la creazione di uno spazio psichico proprio, essendo carente nella sua funzione di homeoresis (tav.VII: tornado; nuvole; tronchesina; rappresenta il male; due bambini malformati e una bocca che li vuole mangiare; due persone che sono unite in basso e non possono essere libere; leone che ruggisce; isole e intorno il mare; statue; due persone che portano una statua della Madonna con il manto nero; corpo; parte esterna del corpo; cane che si guarda allo specchio).

Nella maggioranza dei casi esaminati le madri reali, per motivazioni diverse (depressione, instabilità psichica o relazionale, separazioni, conflittualità familiari gravi e invischiamento, ritardo cognitivo, grave marginalità) hanno fallito nell'apportare il giusto grado di nutrimento narcisistico ai figli.

In questo contesto, le risposte al Rorschach localizzate sul bianco sono riferibili non solo all'oppositivismo all'ambiente ma al vuoto oggettuale precoce: tali risposte testimoniano di precoci difese dirette alla distruzione dell'oggetto tramite l'inversione del rapporto figura-sfondo.

L'immagine paterna è spesso forclusa (4 rifiuti) o associata a immagini fortemente angosciose, o privata di positive valenze identificatorie (risposte F-).

In 15 dei casi esaminati i padri reali risultavano incapaci di introdurre i figli in una cultura, in una società dalla quale spesso erano loro stessi esclusi (delinquenti, alcolisti o con problemi psichiatrici, deceduti o assenti).

Il rapporto con il padre dovrebbe servire al bambino per mediare con l'esterno, con le immagini della propria psiche e dell'inconscio in relazione al vivere con gli altri, quindi in ultimo a capire di essere vincolato a regole che deve rispettare, per liberarsi dall'ansia di un ruolo senza confini e senza regole (P.Capri, 2004).

L'assenza della figura paterna, o del suo ruolo, può creare quindi problemi significativi in riferimento alla crescita dei figli, con conseguente innalzamento delle quote di ansia e di aggressività e possibili problemi futuri nei rapporti con l'autorità.

Come atteso in base alle conoscenze derivanti dalla psicologia evolutiva e in particolare dalla teoria dell'attaccamento, gli adolescenti con entrambi i genitori fallimentari, hanno avuto un decorso peggiore e, in parallelo, i loro protocolli testimoniano un funzionamento mentale più problematico connesso a deficit precoci. In questi casi la difficoltà del processo identificatorio e l'assenza di barriere in rapporto alla madre e ai desideri incestuosi, generano un'incapacità di vivere l'edipo, ostacolano l'integrazione pulsionale e la costituzione di una solida identità; conseguentemente, l'integrazione edipica della legge è impossibile.

La problematicità a livello della rappresentazione delle immagini parentali rende caotico il rapporto con le pulsioni mentre l'immagine di sé, non essendosi costruita all'interno di esperienze gratificanti, oscilla tra l'illusione di onnipotenza infantile e il vuoto.

Conclusioni

La tendenza ad esprimere con il comportamento significati non pensabili, non elaborabili mediante rappresentazioni mentali, è caratteristica dell'adolescenza. Tali difficoltà possono essere più o meno gravi e collocarsi nell'ambito di una turbolenta crisi adolescenziale o, piuttosto, strutturarsi in una dimensione che rimanda a deficit strutturali delle fasi precoci di sviluppo.

Secondo il DSM la diagnosi di personalità antisociale non può essere formulata prima dell'età di 18 anni ma i suoi segni precursori possono essere messi in evidenza anche prima dei 15 anni sulla base di almeno tre dei seguenti elementi: marinare la scuola; allontanamento dalla scuola per cattiva condotta; delinquenza (arresto o deferimento ad un Tribunale); fughe da casa; frequenti menzogne; rapporti sessuali frequenti nel corso di relazioni episodiche; stati di ebbrezza o abuso di droghe; furti; vandalismo; rendimento scolastico scarso in rapporto al Q.I.; croniche violazioni delle regole; risse.

Tuttavia, assumere il comportamento deviante come criterio per stabilire la maggiore o minore gravità dello stato psicologico di un adolescente può essere estremamente fuorviante.

L'agito deviante, espressione del non pensabile, va esplorato in relazione alle modalità del funzionamento mentale in due aree: quella del lavoro psichico di ridefinizione dei confini tra le rappresentazioni del Sè e le rappresentazioni degli oggetti interni ed esterni, da cui dipende la costruzione dell'identità; quella egoica deputata alla gestione del pensiero e del giudizio di realtà.

Il modello diagnostico proposto da Wilson individua nella presenza di distorsioni strutturali e vulnerabilità preadolescenziali il criterio discriminante crisi di I e II livello, determinate rispettivamente da reazioni sane e da reazioni patologiche a compiti di sviluppo propri dell'età, da crisi di III, IV e V livello di maggiore gravità.

La psicodiagnosi effettuata con l'ausilio del Rorschach consente una valutazione dinamico-strutturale che definisce il livello raggiunto dalle istanze psichiche e, conseguentemente, una valutazione evolutiva.

L'analisi dei protocolli Rorschach di adolescenti con disturbo della condotta evidenzia deficit strutturali per ciò che attiene alla generalizzata debolezza dell'Io, dell'Ideale dell'Io e del Superio nelle funzioni di gestione delle pulsioni, organizzazione, pianificazione, coscienza dei valori.

Queste problematiche, evidenziate nei protocolli esaminati, sono correlate a crisi di III e IV classe secondo il modello di Wilson.

La crisi adolescenziale di terza classe si applica nei casi in cui siano individuabili vulnerabilità adolescenziali e preadolescenziali e distorsioni strutturali senza palesi dimostrazioni di disturbi prima dell'adolescenza. La crisi adolescenziale di quarta classe si applica nei casi in cui sia accertata l'esistenza di vulnerabilità adolescenziali e preadolescenziali, distorsioni strutturali e disturbi conclamati precedenti all'adolescenza.

Pertanto, l'inquadramento dei risultati emergenti dal Rorschach secondo la prospettiva di Wilson, distinguendo tra condotte devianti adolescenziali basate su deficit strutturali e non, accresce la possibilità di effettuare interventi efficaci nei contesti di trattamento di adolescenti con problematiche della condotta.

Bibliografia

Aliprandi M.T., *Aspetti patologici nei test proiettivi dell'adolescente*, su www.psyclin.it

Aliprandi, Bassetti, Riva, *L'adolescente tra realtà e fantasma*, Franco Angeli, 2001

Aliprandi, Pelanda, *Adolescenza e funzionamento al limite: una diagnosi complessa*. Relazione al XVI Congresso internazionale Rorschach e tecniche proiettive.

Aliprandi, Pelanda, Senise, *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli, 2004

Ammaniti M., *Manuale di psicopatologia dell'adolescente*, Raffaello Cortina, 2002

Baldassarre, Petrini, *Diagnosi e terapia psicoanalitica*, Seu Roma, 2006

Chabert C., *I test proiettivi in adolescenza*, Raffaello Cortina, 1994

Capri P., *Disturbi psicopatologici e devianze del minore. Ruoli e responsabilità*. AIPG newsletter n°16, 2004

Wilson M.R. *Proposta di una classificazione diagnostica nei casi psichiatrici degli adolescenti*, in Feinstein, Giovacchini, *Psichiatria dell'adolescente*, Armando, 1989

Jacobson E. *Il Sè e il mondo oggettuale*, Martinelli, 1974.

Laplanche, Pontalis, *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, 2005.

Novelletto, *Adolescenza e trauma*, Borla, 1995

Marcelli, Braconier, *Adolescenza e psicopatologia*, Masson, 2006.

Passi Tognazzo D., *Il metodo Rorschach*, Giunti, 1994

Pelanda E., *Adolescenza e problematiche narcisistiche: l'apporto del test di Rorschach*, Relazione al XVI Congresso Rorschach e tecniche proiettive.

Rorschach H., *Psicodiagnostica*, ed. it. Kappa, 1981

Senise T., *L'adolescente come paziente*, Franco Angeli, 2002

Settineri S., *Elementi di psicologia dello sviluppo per la comprensione psicopatologica*, Aracne, 2005

Sola T., *L'apporto dei metodi proiettivi nella psicodiagnosi clinica*, Aracne, 2006

SICUREZZA DELL'ATTACCAMENTO E TEMPERAMENTO NELL'INFANZIA

Temperament and attachment security childhood

Laura D'Amico, Leonardo Gambino, Cinzia Carrubba

Riassunto

Le recenti ricerche finalizzate allo studio dei fattori precoci che contribuiscono al funzionamento del bambino nella relazione significativa hanno indirizzato il mio interesse sul ruolo predittivo della variabili temperamentali e degli stili di attaccamento nello sviluppo infantile.

La natura della relazione tra il temperamento e la sicurezza dell'attaccamento rimane controversa: alcuni studiosi enfatizzano le qualità delle esperienze del bambino nella prima relazione con il caregiver, altri le differenze individuali nel temperamento.

Tuttavia, pur essendo i due costrutti fondamentalmente diversi, credo sia necessario ampliare la prospettiva che entrambi contribuiscano allo sviluppo della relazione.

A fronte di questa divisione concettuale la ricerca si propone di fornire un contributo empirico all'attuale dibattito sulla relazione esistente tra il temperamento e l'attaccamento attraverso i contributi teorici proposti dalla letteratura.

Parole chiave: attaccamento, temperamento, personalità, modelli comportamentali

Abstract

Recent research aimed at studying early factors contributing to the functioning of the child in meaningful relationship have addressed my interest on the role of predictive variables temperamental and attachment styles infantile development.

The nature of the relationship between the temperament and the security of attachment remains controversial: some scholars emphasize the qualities of the experiences of the child in its first report with the caregiving, other individual differences in temperament.

However, although the two fundamentally different constructs, I believe it is necessary to widen the perspective that both contribute to the development of the report.

Faced with this conceptual research division is to provide an empirical contribution to the current debate on the relationship between the temperament and attachment through theoretical contributions proposed by literature.

Keywords: attachment, temperament, personality, behavioural models

Introduzione

La letteratura relativa all'attaccamento nell'infanzia rivolge particolare attenzione al ruolo che il temperamento potrebbe giocare nell'influenzare i pattern di attaccamento del bambino. Alcuni studiosi enfatizzano le qualità delle esperienze del bambino nella prima relazione con il caregiver, altri le differenze individuali nel temperamento o nell'emotività. Tuttavia, c'è un crescente consenso sul fatto che entrambi contribuiscano presto al funzionamento del bambino nella relazione significativa (Vaughn, Sroufe, 1979).

Seifer e Sameroff (1996), ad esempio, ritengono che nonostante la relazione caregiver-bambino moderi primariamente la sicurezza di attaccamento, il temperamento infantile possa essere considerato come importante contributo alla relazione.

Sroufe (1985), invece, sostiene che le dimensioni temperamento e attaccamento sono costrutti fondamentalmente diversi, si riferiscono a domini diversi e operano a livelli diversi di analisi.

A dispetto di questa divisione concettuale di domini psicologici, la natura della relazione tra il temperamento e la sicurezza di attaccamento rimane controversa.

In una revisione della letteratura teorica ed empirica sul rapporto tra il temperamento e l'attaccamento, alcuni ricercatori non riescono a trovare ripetute e significative associazioni tra le misure del temperamento infantile comunemente usate e la distinzione sicuro-insicuro dedotte dalle classificazioni della Strange Situation. Come dimostra Vaughn (1992) certi comportamenti di attaccamento osservati nella Strange Situation (ad es. piangere per la separazione) possono essere correlati al temperamento, ma non riflettono necessariamente la sicurezza

dell'attaccamento tra bambino e caregiver. L'autore conclude che i due domini non dovrebbero essere considerati ridondanti ma, piuttosto, fattori indipendenti e interattivi per lo sviluppo interpersonale e della personalità. Tuttavia, già Kagan (1971), osservando il comportamento neonatale e infantile, afferma che il temperamento innato dei bambini è il responsabile delle differenti risposte nella Strange Situation. Ma se il temperamento biologico ha una priorità assoluta nello stabilire il tipo di attaccamento, ci si aspetta che un particolare bambino si leghi nello stesso modo ad ogni adulto che si prende cura di lui; sembra invece che i bambini sviluppino legami distinti e differenti con ciascuno dei due genitori o altri adulti fornitori di cure (Goossens e Van Ijzendoorn, 1990).

Pattern di attaccamento e temperamento

Bowlby (1973) considera lo sviluppo della personalità essenzialmente in termini di influenza ambientale: le relazioni sono primarie, piuttosto che l'istinto o il patrimonio genetico. Differenti pattern di attaccamento sono il risultato di differenti pattern di interazione, piuttosto che essere il riflesso del temperamento del bambino o dell'istinto. Sroufe (1979) fa un'importante distinzione fra "pattern dell'organizzazione della personalità emergente", così come si rivelano nella Strange Situation, e il temperamento; quest'ultimo rappresenta stili di comportamento quasi fisiologici, mentre i primi riflettono i pattern molto più complessi delle relazioni abituali. In tal modo i bambini possono essere indolenti o attivi, "coccoloni" o non coccoloni, lenti o rapidi, e tuttavia essere tutti classificati come sicuri. I pattern di attaccamento sono caratteristiche della "relazione" genitore – bambino e non sono ancora internalizzati a un anno, sebbene all'età di diciotto mesi diventino più stabili.

Studi prospettici (Grossman, Schwan, 1986; Main, Weston, 1981) dimostrano che le madri di bambini di un anno con un attaccamento sicuro sono "sensibili e comprensive" verso i loro bambini, che le madri di bambini con un attaccamento insicuro-evitante "non sono sensibili e comprensive" e che le madri di bambini insicuri-ambivalenti sono "sensibili e comprensive", ma in modo "non costante".

La chiave dell'attaccamento sicuro sembra quindi un'interazione attiva e reciproca (Rutter, 1981). Inoltre la qualità dell'interazione, più che la quantità, sembra rivestire maggiore importanza. Il solo contatto passivo non promuove necessariamente l'attaccamento.

Nei primi tre mesi di vita le madri di bambini sicuri rispondono prontamente quando essi piangono; esse guardano, sorridono e parlano di più ai loro bambini, offrono loro un sostegno affettuoso e gioioso. Le madri dei bambini evitanti tendono a interagire di meno e in modo più funzionale nei primi tre mesi, mentre le madri degli ambivalenti tendono a ignorare i segnali dei loro bambini che richiedono attenzione e tendono ad essere generalmente imprevedibili nella loro risposta. Nella seconda parte del primo anno si possono osservare differenze evidenti tra i bambini, e quelli che saranno classificati sicuri a un anno piangono di meno degli insicuri, si godono maggiormente il contatto corporeo e sembrano chiederlo di meno (Bretherton, 1995).

Ciò che le madri dei bambini con un attaccamento insicuro sembrano avere in comune può essere compreso nei termini del concetto di Stern (1985) della capacità di "sintonia" della madre. Egli mostra come le madri sensibili quando interagiscono con i loro bambini modulino i ritmi dei loro piccoli in modo che quando il livello di attività cade e il bambino sembra annoiato, la madre lo stimola; quando il bambino diviene sovraeccitato la madre si ritrae un poco in modo da ristabilire l'equilibrio. Nella "sintonizzazione intermodale" la madre segue il parlotto, lo scalciare e il saltellare del bambino con propri suoni e movimenti che si accordano e si armonizzano con quelli del bambino. Ciò aiuta il bambino, secondo Stern (1974), a sviluppare il senso di integrazione del sé. Questi processi di sintonizzazione sono ostacolati nelle madri di bambini attaccati in modo insicuro, e conducono al "deraggiamento" o alla non sincronizzazione della risposta materna (Beebe, Lachmann, 1988): in tal modo le madri di bambini con un attaccamento ambivalente possono essere osservate mentre si sforzano di giocare con il bambino che già sta giocando felicemente, oppure ignorarlo quando ha dei problemi.

La sicurezza dell'attaccamento deriva da una buona assistenza fornita (Thompson, 1990). Così, non è tanto importante quanto il bambino pianga e si agiti, ma in quale contesto e in che modo lo faccia (Sroufe, 1979).

La ricerca supporta la distinzione tra qualità delle relazioni d'attaccamento basate sulla storia dell'accudimento e le variazioni temperamentali.

Nell'esaminare il comportamento di separazione – ricongiungimento, Thompson (1990) sostiene che le differenze temperamentali possono influenzare primariamente ciò che il bambino richiede al ricongiungimento. Quelli che, ad esempio, rispondono alla separazione con un disagio imperativo e di alta intensità richiedono una risposta immediata e completa dal caregiver. Altri hanno solo bisogno di un'interazione a distanza, e questo può essere anche realizzato efficacemente nei casi sicuri.

Gli studi mostrano che le valutazioni del temperamento nel primo anno, sia attraverso le osservazioni comportamentali che attraverso quanto riferito dai genitori, falliscono sistematicamente nel predire la sicurezza dell'attaccamento (Ainsworth, 1978; Bates, 1985; Vaughn, 1989); sono predittive della quantità di pianto negli episodi di separazione della procedura della Ainsworth (inclinazione generale al disagio), ma non predicono la quantità di pianto nella riunione, né sono predittive del livello dell'evitamento o della resistenza. Sono questi ultimi ad essere fondamentali per determinare la sicurezza dell'attaccamento e per riflettere il grado di fiducia nel caregiver e le aspettative circa le proprie azioni sulla base della storia di accudimento.

Invece non è dimostrato che il temperamento del bambino influenza l'attaccamento, ma c'è un'interazione tra il temperamento, lo stato neurologico neonatale ed altri fattori. Crockenberg (1959), ad esempio, trova che solo quando associato a bassi livelli di supporto sociale ed emozionale dei caregiver uno stato neonatale non ottimale è

predittivo dell'attaccamento ansioso. In un lavoro più recente, Mangelsdorf (1991) trova che l'inclinazione del bambino al disagio interagisce con il tratto materno nell'esercitare il controllo nel predire l'attaccamento ansioso. L'inclinazione al disagio non è predittiva ma lo diventa solo in combinazione con una forte tendenza al controllo delle madri. Questi dati suggeriscono che in alcuni casi i fattori temperamentali possono contribuire alla sensibilità o insensibilità del caregiver.

Temperamento inibito e attaccamento

Di recente vi sono alcuni tentativi per avvicinare le due prospettive.

In una ricerca sulla psicoendocrinologia del temperamento nella prima infanzia basata sulla misurazione dei livelli di cortisolo salivare prodotti dal sistema HPA nelle situazioni di stress, Gunnar (1994) dimostra non solo che l'inibizione comportamentale può funzionare per ridurre la probabilità di una risposta di stress in situazioni nuove e insolite attraverso una riduzione del coinvolgimento comportamentale con eventi che porterebbero ad attivazioni eccessive (infatti i livelli di cortisolo-salivare nei bambini inibiti sono minori nelle situazioni nuove, rispetto a quelli disinibiti che vi si buttano dentro con curiosità ed eccitazione), ma anche che i livelli di cortisolo del bambino inibito dipendono dalle capacità di affrontare le difficoltà apprese da un caregiver sensibile che ha fornito un attaccamento sicuro.

Nella sua ricerca Nachmias (1996) esamina un gruppo di 77 bambini di 18 mesi, confrontando il comportamento di attaccamento, l'inibizione del comportamento di fronte a stimoli ambientali nuovi e le modificazioni del cortisolo nella saliva in risposta a tali stimoli. Un'elevazione del cortisolo è individuata solo in quei bambini considerati "inibiti" tra quelli che manifestano un comportamento di attaccamento di tipo "ansioso".

Nachmias (1996) conclude che un temperamento di tipo inibito in bambini con un pattern di attaccamento di tipo ansioso costituisce un fattore di rischio nel favorire la predisposizione a produrre cortisolo in situazioni che elicitano il comportamento di inibizione.

In ultima analisi nel caso di un temperamento inibito, un concomitante pattern di attaccamento di tipo sicuro costituisce un fattore di protezione, mentre i pattern di attaccamento di tipo ansioso possono esacerbare la propensione a produrre cortisolo, perlomeno nel pattern C.

Il lavoro di Nachmias (1996) si inserisce nel dibattito ancora in corso sulla questione se i comportamenti dei differenti pattern di attaccamento siano spiegabili o meno in termini di differenze nel temperamento. L'ipotesi biologica di Kagan (1989) sostiene che le differenze nel comportamento di attaccamento alla Strange Situation riflettono differenze nel temperamento. Per Kagan il pattern C segnala un'alta inibizione ed il pattern A una bassa inibizione.

Alcuni lavori, quali quelli di Calkins e Fox (1994) sostengono l'ipotesi di Kagan, altri (Sroufe, 1985; Isabella e Belsky, 1991) la negano, considerando i concetti di attaccamento e di temperamento non sovrapponibili.

La ricerca: relazione tra temperamento e attaccamento

Gli studiosi del temperamento dibattono che le qualità individuali iniziali possono dar conto di variazioni significative nel comportamento del bambino nella Strange Situation. In particolare la propensione alla paura, quando si affronta un ambiente nuovo o una persona poco familiare o la separazione dalla madre, può contribuire all'espressione dell'insicurezza. È probabile che i bambini con un temperamento timoroso mostrino uno stress intenso, un'esplorazione esitante, un comportamento "appiccicoso", rabbia, tensione e difficoltà di accomodamento e sviluppino un pattern di attaccamento resistente. Di contro, i bambini non timorosi possono essere impegnati facilmente con i giocattoli e l'estraneo, possono esplorare l'ambiente impazientemente e mostrarsi relativamente calmi di fronte allo stress della separazione, sviluppando un pattern di attaccamento evitante.

Kochanska (1998), nel suo studio longitudinale a breve termine, esaminando la relazione madre-bambino e il timore dei bambini (tra gli 8 e i 10 mesi e tra i 13 e i 15 mesi) in relazione all'attaccamento emergente, trova che il pattern di attaccamento insicuro è associato ad un temperamento timoroso. L'autrice sostiene che le differenze dei bambini timorosi non sono correlate alla sicurezza della relazione con la madre ma risultano, invece, predittive dell'insicurezza e del grado di eccitazione emotiva costante nella Strange Situation. In particolare, la tendenza del bambino a piangere ed agitarsi durante la separazione dalla madre, la difficoltà a distrarsi dal disagio e a lasciarsi tranquillizzare dall'estraneo e/o dalla madre risultano associate ad uno scarso livello di attività, ad una tendenza a mantenere la vicinanza della madre e a mostrare difficoltà nell'approcciare l'estraneo ed i giocattoli proposti, comportamenti questi che nella Strange Situation sono associati ad un pattern di attaccamento resistente. Secondo l'autrice è importante, dunque considerare le possibili differenze esistenti tra i differenti aspetti del timore temperamentale e la loro relazione con i comportamenti di disagio manifestati alla Strange Situation.

Obiettivi e ipotesi

Il primo obiettivo della ricerca è di tipo descrittivo e si propone di esaminare, da una parte, le caratteristiche temperamentali del bambino, dall'altra, i pattern d'attaccamento insicuro e le eventuali differenze di genere.

Il secondo obiettivo si propone di indagare la relazione tra il temperamento e i pattern di attaccamento.

Sulla base della letteratura si ipotizza che il temperamento non sia legato all'attaccamento poiché i due fattori sono costruiti fondamentalmente diversi e operano a livelli diversi.

Soggetti

Hanno partecipato alla ricerca 100 bambini (49 maschi, 51 femmine) dell'età di 2 anni (età $M = 2.11$, $ds = .53$) con le loro madri (età $M = 31.70$, $ds = 3.68$). Le diadi sono state individuate tramite consultazione anagrafica nella città di Palermo e contattate telefonicamente. Le famiglie appartengono alla classe socio-economica media.

Procedura

La ricerca ha previsto la valutazione dei pattern d'attaccamento insicuro attraverso l'osservazione – in situazione di laboratorio – del bambino in presenza della madre e la compilazione da parte della madre di un questionario sul temperamento infantile.

Strumenti

Valutazione dei pattern d'attaccamento insicuro

La coppia madre – bambino viene osservata in una stanza attrezzata per il gioco. Alla madre viene richiesto di sedere, di compilare il questionario e di non prendere iniziative nei confronti del figlio, ma solo di rispondere ai suoi eventuali tentativi di interazione. L'osservazione, interamente registrata, ha la durata di circa un'ora ed è suddivisa in diverse fasi. Le prime fasi prevedono: alcuni minuti di gioco libero (*Gioco libero*) più o meno strutturato; l'entrata nella stanza di un operatore noto al bambino (*Riordino*); l'introduzione da parte di un estraneo di giochi di diverso tipo (*Costruzioni, Robot, Tunnel*). Le fasi successive prevedono: la *Separazione* (1 minuto): la madre viene allontanata dalla stanza lasciando solo il bambino allo scopo di valutare il livello di disagio infantile nel separarsi dalla madre e nel restare da solo; l'*Estraneo* (2 minuti): l'operatore, estraneo al bambino, entra nella stanza e cerca di coinvolgerlo nel gioco allo scopo di esaminare il suo livello di disagio in presenza di un estraneo e in assenza della madre; la *Riunione* con la madre (1 minuto): al rientro della madre nella stanza viene valutato il comportamento del bambino nei suoi confronti al momento della riunione (per es. le corre incontro, le sorride, ecc.). L'ultima fase (*Gioco libero* dai 2 ai 6 minuti) prevede che i giocattoli vengano riportati nella stanza e il bambino sia lasciato libero di giocare nella stanza come preferisce.

Lo schema di codifica prevede la valutazione della presenza di pattern di attaccamento insicuro: è stata codificata l'intensità delle reazioni del bambino nelle fasi di separazione/ estraneo/ riunione, prendendo in considerazione la presenza o l'assenza di alcuni comportamenti: durante la separazione, il bambino piange (no/ si), continua a giocare (poco/ molto), mostra livelli di tensione (basso/ moderato/ alto); una volta entrato l'estraneo, il bambino lo avvicina (si/ no) o lo rifiuta (si/ no); alla riunione, il bambino avvicina la madre (si / no), cerca il conforto (si/ no), rifiuta la madre (si/ no); piange anche dopo l'avvicinamento(no/ si), si mostra ansioso (no/ si) e piagnucolone (no/ si).

Sulla base di tali indici è stato ottenuto un unico indice di disagio ricavato dalla somma dei singoli punteggi.

Valutazione del temperamento

Per valutare il temperamento è stato somministrato alle madri il Toddler Behavior Assessment Questionnaire (TBAQ; Goldsmith, 1998), che fornisce informazioni relative alla frequenza con cui il bambino ha presentato un certo comportamento durante l'ultimo mese. Alle madri viene richiesto di rispondere secondo una scala Likert a 7 punti (da 1 = mai a 7 = sempre). Lo strumento consente di valutare cinque dimensioni temperamentali: il Livello di attività, l'Inclinazione alla rabbia, la Paura sociale, l'Infelicità e la Non Persistenza dell'Interesse.

Risultati

Analisi descrittiva

Allo scopo di esaminare l'andamento delle misure considerate e di verificare eventuali differenze di genere, è stata effettuata una serie di analisi "t" di Student. I dati (Tabella 1) mostrano come, per quanto riguarda il temperamento, emerga una differenza significativa tra maschi ($M = 4.25$, $ds = .81$) e femmine ($M = 3.92$, $ds = .50$) solo nel Livello di attività: i maschi mostrano livelli più alti di attività motoria. Non ci sono, invece, differenze significative nei pattern di attaccamento insicuro.

Tabella 1

Medie (e deviazioni standard) di maschi e femmine nelle misure considerate

	Maschi	Femmine	Range	t
Attività	4.25 (.81)	3.92 (.50)	da 2.59 a 8.23	2.49*
Rabbia	3.47 (.79)	3.39 (.80)	da 1.52 a 5.34	.50
Paura	3.24 (.79)	3.05 (.74)	da 1.16 a 4.95	1.25
Non Interesse	-1.63 (.69)	-1.66 (.71)	da 1.42 a 4.71	.23
Infelicità	-2.26 (.97)	-2.41 (.95)	da 2.15 a 6.90	.76
Pattern di attaccamento insicuro	2.71 (1.55)	2.72 (1.60)	da .00 a 7.00	-.03

• $p < .03$

Relazioni tra pattern di attaccamento insicuro e temperamento

Allo scopo di esaminare le relazioni concorrenti tra le variabili considerate, è stata effettuata una serie di intercorrelazioni (r di Pearson) tra le misure ottenute, separatamente per maschi e femmine, e per l'intero gruppo di soggetti. I dati (Tabella 2) mostrano come, solo nel caso dei maschi, emergano correlazioni significative tra attaccamento e temperamento. In particolare, il pattern di attaccamento insicuro risulta positivamente correlato sia con la dimensione Paura sociale ($r = .28$; $p \leq .05$) sia con la dimensione Infelicità ($r = .35$; $p \leq .05$): ad un alto livello di timore sociale e di infelicità corrisponde un'elevata presenza di pattern di attaccamento insicuro.

Non emergono, invece, correlazioni significative per l'intero gruppo di soggetti.

Tabella 2

Correlazioni tra le dimensioni del temperamento e i pattern di attaccamento insicuro, per l'intero gruppo e separatamente per maschi e femmine.

Pattern di attaccamento insicuro			
	Tutti	Maschi	Femmine
Attività	.08	.16	-.00
Rabbia	.04	.17	-.08
Paura sociale	.16	.28*	.04
Non Interesse	.12	.22	.03
Infelicità	.14	.35*	-.05

* $p \leq .05$

Conclusioni

La ricerca si proponeva di esaminare da una parte le caratteristiche temperamentali del bambino, i pattern d'attaccamento insicuro, le eventuali differenze di genere, dall'altra di indagare la relazione tra il temperamento e l'attaccamento.

I risultati ottenuti dall'analisi descrittiva mostrano una differenza significativa di genere nel Livello di attività temperamentale: i maschi, rispetto alle femmine, mettono in evidenza una maggiore attività motoria e tendono ad essere più irrequieti e agitati se costretti a lunghi periodi di silenzio e immobilità.

Rispetto al pattern di attaccamento insicuro, invece, i dati non mostrano significative differenze di genere.

Le analisi correlazionali mostrano che non sono presenti associazioni tra il temperamento e il pattern di attaccamento insicuro per l'intero gruppo. Sembra quindi avvalorata la tesi della letteratura (Bowlby, 1973; Sroufe, 1985; Belsky e Rovine, 1988) secondo cui differenti pattern di attaccamento sono il risultato di differenti pattern di

relazioni abituali, piuttosto che essere il riflesso del temperamento che rappresenta stili di comportamento quasi fisiologici.

Tuttavia nel caso dei maschi emerge una relazione significativa tra il Timore sociale e l'Infelicità con il pattern di attaccamento insicuro. È possibile quindi ipotizzare come il Timore sociale e l'Infelicità possano non riflettere realmente caratteristiche temperamentali ma comportamentali e quindi risultare associati a pattern d'attaccamento insicuro.

Nell'intento di contribuire al dibattito sulla natura della relazione tra temperamento e sicurezza dell'attaccamento sviluppatosi in questi anni, l'analisi dei risultati emersi e la letteratura esistente sembrano suggerire come il temperamento e l'attaccamento siano fattori indipendenti e interattivi per lo sviluppo interpersonale e della personalità. Pertanto certi comportamenti di attaccamento osservati nella Strange Situation (ad es. piangere per la separazione) possono essere correlati al temperamento, ma non riflettere necessariamente la sicurezza dell'attaccamento (Vaughn, 1992).

Bibliografia

Ainsworth, M.D.S., (1973), The Development of infant-mother attachment. In Caldwell, b., ricciuti, h. (a cura di) review of child development research. University of Chicago, vol. 3, pp 173-196.

Ainsworth, M.D.S, (1982), Attachment: retrospect and prospect. In C.M. Parkers, J. Stevenson-hinde (a cura di), the place of attachment in human behavior, tavistock publications, London.

Ainsworth, M.D.S., (1989), Attachment beyond infancy, american psychologist, vol. 44, pp.709-716.

Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M. (1969), Some contemporary patterns in the feeding situation. in a. ambrose (a cura di), stimulation in early infancy, academic press, London.

Ainsworth, M.D.S., Bell S.M. (1970), Attachment, exploration and separation: illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. child development, vol.41, pp.49-67.

Ainsworth, M.D.S., Bell S.M, Blehar, M.C., Main, M. (1971), Physical contact: a study of infant responsiveness and its relation to maternal handling. contributo presentato al biennial meeting of society for research in child development, minneapolis, minnesota.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978), Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation, lawrence erlbaum, hillside, nj.

ammaniti m., stern d. (1992), attaccamento e psicoanalisi, Laterza, Bari.

Ammaniti, M., Stern, D. (1992), Attaccamento e psicoanalisi, Laterza, Bari.

Anderson J.W. (1972), Attachment behaviour out of doors. in n. blurton jones (ed.), ethological studies of uman behaviour. Cambridge university press.

Bates, J. E., Bayles, K., Bennett, D. S., Ridge, B., Brown, M.M. (1991), Origins of externalizing behavior problems at eight years of age. in d. j. pepler & k. h. rubin (eds.), the development and treatment of childhood aggression (pp. 93-120). hillside, nj: erlbaum

Bates J., Maslin C., Frankel, k. (1985), Attachment security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior problem ratings at age three years. in bretherthon i., Waters, E. (a cura di), Growing points in attachment theory and research. monographs of the society or research in child development, 50 (intero vol. n. 209), pp. 167-193.

Bates, J.E., Pettit G.S., Dodge K.A., Ridge B. (1998), Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. developmental psychology, vol. 34, pp. 982-995.

Beebe B., Lachmann F. (1988), The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. psychoanalytic psychology, vol. 5, pp. 305-337.

Belsky J., Fish m., Isabella R. (1991), Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: family antecedents and attachment consequences. developmental psychology, vol. 27, pp.421-431.

- Belsky J. e Rovine M. (1988), Temperament and attachment security in the strange situation: an empirical rapprochement. *child development*, vol. 58, pp. 787-795.
- Blehar M.C., Lieberman A.F., Ainsworth M.D.S. (1977), Early face-to-face interaction and its relation to later infant-mother attachment, *child development*, vol. 48, pp. 182-194.
- Block, J. H., Block, J. (1980), The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. in w. a. collins (ed.), *development of cognition, affect, and social relations: the minnesota symposium on child psychology* (vol. 13, pp. 39–101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby J. (1951), *Maternal care and maternal health*, oms, ginevra [trad. it. *cure materne e igiene mentale del fanciullo*, giunti barbera, firenze 1957].
- Bowlby J.. (1958), The nature of the child's tie to his mother, *internal journal psycho-analysis*, vol. 39, pp.350-373.
- Bowlby J. (1969), *Attachment and loss, 1: attachment*, basic books, new york [trad. it. *l'attaccamento alla madre*, boringhieri, torino 1972]
- Bowlby J. (1973), *Attachment and loss, 2: separation, anxiety and anger*, basic books, new york [trad. it. *la separazione dalla madre*, boringhieri, torino 1975].
- Bretherthon I. (1980), Young children in stressful situation: the supporting role of attachment figures and unfamiliar caregivers, in g.v. coelho, p.j. ahmen (a cura di), *uprooting and development*, plenum, new york.
- Bretherthon I. (1987), New perspectives on attachment relations: security, communication, and internal working models, in J. Osofsky (a cura di), *Handbook of infant development*, Wiley, New York.
- Bretherton, I. (1995), A communication perspective on attachment relationships and internal working models. in e. waters et alii, *caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behaviour and working models*. new growing points of attachment theory and research monographs of the society for research in child development, serial no 244, vol. 60, no 2-3, pp. 310-329.
- Buss, A. H., Plomin, R. (1984), *Temperament: early developing personality traits*. hillsdale, nj: erlbaum.
- Calkins S.D. (1994), origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. in n.a. fox (ed.), *the development of emotion regulation: biological and behavioral considerations* (pp. 53-72). monographs of the society for research in child development, serial no.240, vol. 59 pp. 2-3.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., Gilliom, M. (2000), Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *development and psychopathology*, vol. 12, pp. 467–488.
- Cassidy J., Shaver P. R. (a cura di) (1999), *Handbook of attachment. theory, research, and clinical applications*. new york: guilford.
- Chess, R., Thomas, A., (1986), *Temperament in clinical practice*, New York: guilford
- Cloninger C. R., Przybeck T. R., Svrakic D. M., Wetzel R. D. (1994), *The temperament and character inventory (tcı): a guide to its development and use*. st. louis, mo: Washington University, center for psychobiology of personality.
- Crockenberg S. (1959), Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *child development*, vol. 52, pp. 857-865.
- Dienstbier R. (1984), The role of emotion in moral socialization. in Izard C., Kahan J., Zajonc r. (a cura di) *emotion, cognition and behavior*. cambridge university press, pp. 484-513.
- Engfer A. (1993), Antecedents and consequences of shyness in boys and girls: a 6-year longitudinal study. in h. rubin & j. b. asendorpf (eds.), *social withdrawal, inhibition, and shyness* (pp. 49–80). Hillsdale, NJ: ERLBAUM
- Eysenck H.J. (1967), *The biological basis of personality*. Springfield, Ill.: thomas.
- Eysenck H.J. (1976), *The measurement of personality*. Baltimore, md.: university park press.

- Eysenck H.J. (1981), *A model for personality*. New York: Springer-verlag.
- Fonagy P., Steele H., Steele M. (2002), Intergenerational patterns of attachment: maternal representations during pregnancy and subsequent infant-mother attachment, child development.
- Freud S. (1926), *Inibizione, sintomo e angoscia, opere*, vol. 10, Boringhieri, Torino 1978.
- Gallistel C. R. (1980), *The organization of action. A new synthesis*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Garcia-coll C., Kagan J., Reznick J.S. (1984), Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, vol. 55, pp.1005-1019.
- Goossens F. A., Van Ijzendoorn M. H. (1990), Quality of infants' attachments to professional caregivers: relation to infant-parent and day-care characteristics. *Child Development*, vol. 61(3), pp. 832-837.
- Gray J. A. (1971), *The psychology of fear and stress*. New York: McGraw-Hill.
- Gray J. A. (1973), Causal theories of personality and how to test them. in J. R. Royce (ed.), *Multivariate analysis and psychological theory* (pp. 409–463). London: Academic Press.
- Gray J. A. (1981), A critique of Eysenck's theory of personality. in H. J. Eysenck (ed.), *A model for personality* (pp. 246–276). New York: Springer-Verlag.
- Greenberg J.R., Mitchell S.A. (1983), *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, tr.it. Il Mulino, Bologna, 1986.
- Grossmann K.E., Grossmann K., Scwan A. (1986), Capturing the wider view of attachment: a reanalysis of Ainsworth's strange situation. in Izard & Read (eds.), *Measuring emotion in infant and children*, vol. II, Cambridge University Press, New York.
- Gunnar M. R. (1994), Psychoendocrine studies of temperament and stress in early childhood: expanding current models. in J. E. Bates & T. D. Wachs (eds.), *Temperament: individual differences at the interface of biology and behavior* (pp. 175–198). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harlow H. (1959), The development of learning in the rhesus monkey. *Am. Scientist*. Winter: 459-479.
- Harlow H.F., Zimmerman R.R. (1959), Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-32.
- Hebb D. O. (1975), *The organization of behavior*, New York: Wiley, 1949, trad. it. *L'organizzazione del comportamento*, Angeli, Milano, 1975.
- Hertsgaard L., Gunnar M., Erickson M.F., Nachmias M. (1995), Adrenocortical responses to the strange situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, vol. 66 (4) pp. 1100-6.
- Holmes J. (1993), Psychotherapeutic aspects of the acute psychiatric admission ward. *Psychoanalytic Psychotherapy*.
- Holmes J. (1994), *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Isabella R.A., Belsky J. (1991), Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment. a replication study. *Child Development*, vol. 62, pp. 373-384.
- Izard C. E. (1977), *Human emotions*. New York: Plenum.
- Kagan J. (1971), *I modi dello sviluppo: continuità e cambiamento dalla nascita ai due anni*. trad. it. Franco Angeli, Milano 1974.
- Kagan J. (1989), The concept of behavioral inhibition to the unfamiliar. in J. S. Reznick (ed.), *Perspectives on behavioral inhibition* (pp. 1–23). Chicago: University of Chicago Press.

- Klein M. (1978), *Scritti 1921-1958*. trad. it. boringhieri, Torino 1978.
- Kochanska G. (1991), Socialization and temperament in the development of guilt and conscience. *Child development*, vol. 62, pp.1379–1392.
- Kochanska G. (1993), Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience. *Child development*, vol. 64, pp.325–347.
- Kochanska G. (1997), Mutually responsive orientation between mothers and their young children: implications for early socialization. *child development*, vol. 68, pp. 94–112
- Kochanska G. (1998), Mother–child relationship, child fearfulness, and emerging attachment: a short-term longitudinal study. *developmental psychology*, vol. 34, pp. 480–490.
- Kuhn T.S., (1962), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. tr.it einaudi, torino, 1969.
- Lacey J.I. (1967), Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory. in M.H. Appley & Trumbull (eds.), *psychological stress: issues in research*. new york: appleton- century-crofts.
- Lorenz K.Z. (1935), *Der kumpan in der umwelt des vogels*. *journal of ornithology*, leipzig 83 (traduzione inglese: in c. schiller (ed.), *instinctive behaviour*. New York: international university press).
- Main M., Weston D. (1981), Avoidance of the attachment figure in infancy. in: Parkes C.M., Stevenson-hinde J. (eds.) *The place of attachment in human behavior*. Tavistock, London.
- Mandler g. (1975), *Mind and emotion*. Wiley, New York.
- Mangelsdorf S., Watkins S., Lehn L. (1991), The role of control in infant's appraisal of strangers. contributo presentato al biennial meeting of the society for research in child development, Seattle.
- Mason J. W. (1975), Emotions as reflected in patterns of endocrine integration. in L. Levi (ed.), *emotions: their parameters and measurement* (pp. 143–181). New York: raven.
- Mccrae R.R., Costa P.T., jr. (1994), The paradox of parental influence: understanding retrospective studies of parent–child relations and adult personality. in c. perris, w. a. arrindell, & m. eisemann (eds.), *parenting and psychopathology* (pp. 107–125). New York: Wiley.
- Mccrae R.R., Costa P.T., jr. (1996), Toward a new generation of personality theories: theoretical contexts for the five-factor model. in J. S. Wiggins (ed.), *The five-factor model of personality: theoretical perspectives* (pp. 51–87). New York: Guilford press.
- Mccrae R.R., Costa P.T., jr. (1997), Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, vol. 52, pp. 509–516.
- Morris (1976), *Dizionario morris*.
- Musatti T. (1999), *La giornata del mio bambino*. Il Mulino, Bologna 1999.
- Nachmias M., Gunnar M., Mangelsdorf S., Parritz R.M., Buss K. (1996), Behavioral inhibition and stress reactivity: the moderating role of attachment security. *child development*, vol.67: 2, 1996 apr., pp. 508-22.
- Parkes Colin M., Stevenson Hinde J., Marris P. (2000), *L'attaccamento nel ciclo della vita, il pensiero scientifico*, roma.
- Pfaff D.W. (1982), *The physiological mechanisms of motivation*. New York: springer-verlag.
- Porges S.W. (1976), Peripheral and neurochemical parallels of psychopathology: a psychophysical model relating autonomic imbalance to hyperactivity, psychopathy and autism. in h. w. reese (ed.), *advances in child development and behavior* (pp. 175–208). New York: academic press.
- Posner M.I., Rothbart M.K. (1981), The development of attentional mechanism. in J. Flowers (ed.), *Nebraska symposium on motivation*, vol.28. lincoln: University of Nebraska press.

- Rothbart M., Ahadi S. (1994), Temperament and the development of personality. *Journal of abnormal psychology*, vol. 103, pp. 55-66.
- Rothbart M., Derryberry D. (1981), Development of individual differences in temperament. in m.e. lamb & l. brown (eds.), *advances in developmental psychology* (vol. 1, pp. 37-86). hillsdale, nj: erlbaum.
- Rubin K.H., Burgess K.B. (2002), Parents of aggressive and withdrawn children. in m. bornstein (ed.), *handbook of parenting* (2nd ed., vol. 1, pp. 383-418). Hillsdale, NJ: erlbaum.
- Rubin K. H., Hastings P. D., Stewart S. L., Henderson H. A., Chen x. (1997), The consistency and concomitants of inhibition: some of the children, all of the time. *child development*, vol. 68, pp. 467-483.
- Rutter M. (1981), *Maternal deprivation reassessed*. penguin, London.
- Salter M.D.(1940), *An evaluation of adjustment based upon the concept of security: child development series*. university of toronto press, ontario.
- Seifer r., schiller m., sameroff a. (1996), attachment, maternal sensitivity, and temperament during the first year of life. *developmental psychology*, vol. 32, pp. 12-21.
- Shaw D.S., Owens E.B., Giovannelli J., Winslow E.B. (2001), Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, vol. 40, pp. 36-43.
- Spitz R. (1950), Anxiety in infancy. *international journal of psycho-analysis*, vol. 31, pp.138-143.
- Spring B., Nuechterlein, K., Sugarman J., Matthysse S. (1977), The "new look" in studies of schizophrenic attention and information processing. *schizophrenia bulletin*, vol.3, pp. 470-482.
- Sroufe A. (1979), The coherence of individual development. *american psychologist*, 3vol. 4, pp. 834-841.
- Sroufe A. (1985), Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationship and infant temperament. *child development*, vol. 56, pp.1-14.
- Sroufe A., Fleeson J. (1986), Attachment and the construction of relationship. in hartup w., rubin z. (a cura di) *relationship and development*. erlbaum, hillsdale, nj, pp. 51-71.
- Stern D.N. (1974), The goal and structure of mother-infant play. *journal of the american academy of child psychiatry*, vol. 13, pp. 402-421.
- Stern D.N. (1985), *The interpersonal world of the infant*. New York: basic books.
- Stayton D.J., Ainsworth M.D.S. (1973), Individual differences in infant responses to brief everyday separations as related to other infant and maternal behaviors. *developmental psychology*, vol. 9, pp. 226-235.
- Thomas a., Chess S. (1977), *Temperament and development*. new york: brunner/mazel.
- Thomas A., Chess S. (1982), Temperament and follow-up to adulthood. *ciba foundation symposium*, vol. 89, pp. 168-175.
- Thomas A., Chess S. (1984), Genesis and evolution of behavioral disorder: from infancy to early adult life. *american journal of psychiatry*, vol. 141, pp.1-9.
- Thompson R.A. (1990), Emotion and self-regulation. in r. a. Thompson (ed.), *Socioemotional development: nebraska symposium on motivation* (pp. 383-483). lincoln: University of Nebraska press.
- Varin D., Riva Crugnola C., Molina P., Ripamonti C., (1994), Critical periods in the development of attachment and the age of entry into day care. *annual conference of the british psychological society developmental section*, university of portsmouth, 1-4 september.
- Vaughn B., Lefever C., Seifer R., Barglow P. (1989), Attachment behavior, attachment security, and temperament during infancy. *child development*, vol.60, pp. 728-737.

- Vaughn B., Sroufe L.A. (1979), The temporal relationship between infant hr acceleration and crying in an aversive situation. *child development*, vol. 50, pp. 565-567.
- Vaughn B., Stevenson-hinde J., Waters F., Kotsaftis., Lefever G., Shouldice A., Trudel M., Beisky J. (1992), Attachment security and temperament in infancy and early childhood: some conceptual clarifications. *developmental psychology*, vol. 28, pp. 463-473.
- Weiss J., glazer h.i., pohorecky l.a., bailey w.h., & schneider l.h. (1979), Coping behavior and stress-induced behavioural depression: studies of the role of brain catecholamines. in r.a. depue (ed.), *the psychobiology of the depressive disorders*. new york: academic press.
- Weiss R. (1982), Attachment in adult life. in: parkes c.m., stevenson-hinde j. (eds) *the place of attachment in human behaviour*. routledge, london.
- Winnicott D. (1971), *Gioco e realtà*. trad.it. armando, roma 1974.
- Wright K. (1991), *Vision and separation*. free association books, london.
- Zuckerman M. (1979), *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. hillsdale, nj: erlbaum.

SESSUALITA' IN GRAVIDANZA

Sexuality in Pregnancy

Valentina Giagulli

Riassunto

La gravidanza implica una ristrutturazione dei ruoli all'interno della coppia determinando un sostanziale cambiamento degli equilibri relazionali. Sebbene la relazione affettiva è conservata, diventando anche più intensa, la sessualità della coppia risulta spesso fonte di preoccupazioni e difficoltà. L'articolo propone una descrizione degli aspetti che caratterizzano lo scambio sessuale durante il periodo gestazionale definendo l'equilibrio tra intimità e genitorialità. La diminuzione dei rapporti sessuali è conseguenza dei differenti vissuti maschili e femminili e di aspetti di tipo familiare, culturale, religioso e sociale che impongono tabù e condanne all'attività sessuale. Benché molte coppie compensano questa mancanza intensificando lo scambio affettivo reciproco non vanno assolutamente eluse le possibilità di vivere parallelamente uno scambio sessuale sano e soddisfacente.

Parole chiave: coppia, sessualità e intimità, sostegno alla genitorialità

Abstract

Pregnancy involves a restructuring of roles within the couple, resulting in a substantial change of the equilibrium relationship. Although the affective relationship is preserved, becoming even more intense, the couple's sexuality is often a source of worries and difficulties. The article gives a description of the aspects that characterize the sexual exchange during the gestational period, defining the balance between intimacy and parenting. The decrease in sexual relations is a consequence of the different experiences of men and women and also aspect of family type, cultural, religious and social that impose taboos and convictions of sexual activity. Although many couples compensate for this lack intensifying mutual emotional exchange, the opportunities to live a healthy and satisfying sexual exchange, must not be circumvented.

Keywords: couple, sexuality and intimacy, parenting support

Introduzione

Gli innumerevoli cambiamenti corporei che la gravidanza comporta celano spesso il timore da parte delle donne di non essere più attraenti e, creano nell'uomo la difficoltà a rapportarsi non più ad un'amante bensì alla madre del proprio figlio. Ma quali sono davvero i desideri della coppia?

Numerose sono le coppie che arrivano in terapia lamentando un improvviso calo dei rapporti sessuali concomitante all'inizio della gravidanza. L'attesa di un figlio implica una ristrutturazione dei ruoli all'interno della coppia, determinando una modificazione sostanziale degli equilibri relazionali.

La donna si sintonizza con il feto che si sviluppa dentro di lei, diventandone sempre più consapevole e preoccupata, e l'uomo, tende a vivere l'esistenza del feto come una realtà minacciosa.

Sebbene in questo periodo la relazione affettiva è conservata, tendendo in alcuni casi anche ad intensificarsi, la sessualità diventa sovente una difficoltà insormontabile.

E' quindi importante definire quali vissuti favoriscono la coppia, nel mantenere uno scambio sessuale anche durante il periodo gestazionale. Durante il periodo gestazionale l'identità femminile viene ad essere divisa tra materno e sessuale, pertanto, risulta difficile trovare un giusto equilibrio tra intimità e genitorialità.

Se consideriamo la gravidanza un momento fisiologico della vita della donna e della coppia, qualsiasi attività precedentemente vissuta dai partner dovrebbe continuare, con le opportune e comprensibili limitazioni, anche durante il periodo della gestazione.

Se le donne durante la gravidanza sottolineano difficoltà a vivere il cambiamento e la trasformazione corporea pur essendo le dirette interessate a tale evoluzione, gli uomini, dall'altra parte, possono risentire maggiormente ed accusare disfunzionalità di natura comportamentale.

L'uomo, infatti, continua ad avvertire stimoli sessuali, che lo spingono, talvolta, verso un'avventura extraconiugale. È per queste ragioni che l'attività erotica in gravidanza viene quasi sempre attuata, anche se per la donna essa esprime, generalmente, soltanto un inconscio tentativo di mantenere legato a sé il compagno.

Fattori socio-culturali e false credenze

La prassi clinica, purtroppo, segnala, che l'evento gravidanza è spesso caratterizzato dalla diminuzione dei rapporti sessuali anche sulla base di aspetti di tipo familiare, culturale, religioso e sociale che impongono tabù e condanne all'attività sessuale.

La coppia che si trova ad affrontare una gravidanza, man mano che trascorrono i mesi della gestazione può rilevare eventuali dinamiche disfunzionali, che riguardano condizionamenti o false credenze socio-culturali. Nel 1988 Cafaro, in un'indagine su educazione e comportamento sessuale nei giovani in Italia, evidenzia quei luoghi più comuni, quei pregiudizi da dover sfatare proprio per evitare la eventuale "crisi" nella coppia.

Le false credenze più rilevanti sembrano essere:

- le donne gravide perdono interesse al sesso;
- gli uomini non dimostrano interesse sessuale per le donne incinte;
- le donne gravide non riescono ad avere orgasmi;
- il rapporto sessuale praticato nei primi mesi di gravidanza può essere pericoloso, abortivo;
- fare l'amore durante la gravidanza indurrà il nascituro, una volta nato, ad avere un maggiore desiderio sessuale;
- un'attività sessuale troppo frequente lascerà un segno fisico sul bambino;
- lo sperma potrà arrivare fino al bambino che lo userà come nutrimento;
- i bambini nel ventre materno possono sentire ciò che avviene durante il rapporto sessuale;
- il peso dell'uomo e le sue spinte possono danneggiare il bambino.

Come può essere osservato, l'idea, l'immaginario fantasticato, di un cambiamento evolutivo come la gravidanza, induce una negazione nel vivere serenamente l'esperienza sessuale da un lato e la maternità dall'altro, sia nella donna che nell'uomo (Pasini, 2004; Moretti, Monti, 2003)

In una ricerca sulle puerpere post partum anche Battacchi e De Aloysio (1981) sottolineano la difficoltà delle donne a riconoscere un miglioramento della vita sessuale, pur individuando una netta differenza tra desiderio sessuale e soddisfacimento sessuale. Il primo sembra non diminuire così drasticamente come il secondo. Inoltre il soddisfacimento sessuale sembra subire progressivamente un declino di trimestre in trimestre.

Gli studi effettuati hanno evidenziato che, tranne che in casi particolari come minacce d'aborto o gestosi, non esistono controindicazioni all'attività sessuale e al coito, almeno fino alla trentunesima settimana.

Secondo la ricerca scientifica, addirittura, lo stato di gravidanza crea una situazione psico-fisica favorevole ad un arricchimento dell'esperienza sessuale. I dati riportano che l'aumento degli ormoni in circolo, la presenza delle endorfine, l'abbassamento della soglia sensoriale, la maggiore irrorazione sanguigna dei genitali e l'aumento di volume e di reattività uterina innescando un particolare ciclo di risposta sessuale, costituiscono fattori assai rilevanti nel determinare la possibilità di godere profondamente del proprio corpo.

A questo proposito gli esperti affermano che il secondo trimestre di gravidanza offre le condizioni decisamente più favorevoli, rispetto al primo e al terzo, per la vita sessuale della coppia in attesa: la donna, infatti, incomincia a sentirsi meglio, la gravidanza è stata elaborata e il parto è ancora lontano; i disturbi somatici, come le nausee, si sono attenuati e l'umore è stabile.

In questo trimestre, pure gli uomini iniziano a vivere emozionalmente la condizione della partner e ad accettarla e non hanno molte preoccupazioni sulla gravidanza, sul parto e sulla salute del bambino e i partner possono veramente sentirsi molto vicini.

Nel terzo trimestre, l'approssimarsi del parto implica, in entrambi i membri della coppia, una serie di preoccupazioni sulla fine della gravidanza e sulla salute del bambino; ciò implica che il desiderio sessuale e, di conseguenza, la frequenza dei rapporti, subiscono una notevole diminuzione.

Conclusioni

E' importante quindi sottolineare che, ove non sussistono controindicazioni mediche, la sessualità in gravidanza è possibile, basti considerare la possibilità di godere di una sana relazione concependo dei cambiamenti nelle attività erotiche.

In questo senso, se è vero che da più parti è stata dimostrata una diminuzione della frequenza coitale, è pur vero che è stata rilevata una maggiore insorgenza di altre tipologie di comportamenti sessuali, tali da poter sostituire il coito; ad esempio i rapporti orali e la masturbazione.

Si può quindi dire che, generalmente, durante la gravidanza si assiste alla drastica riduzione della sessualità della coppia, come se la nuova condizione suscitasse in entrambi i partner disagio e imbarazzo a livello sia fisico che psicologico, e, benché molte coppie compensano questa mancanza intensificando lo scambio affettivo reciproco non vanno assolutamente eluse le possibilità di vivere parallelamente uno scambio sessuale sano.

All'interno di un atteggiamento intimo e affettuoso dell'uomo e della donna in gravidanza

è necessaria un'identificazione del partner con la donna incinta e il desiderio di quest'ultima di condividere la gravidanza con il proprio compagno. Questo potrebbe favorire l'unione e allo stesso tempo una modalità nuova di esprimersi nella sfera sessuale.

Bibliografia

Badolato, G., 1993, *Identità paterna e relazione di coppia*, Giuffrè, Milano. Bitzer, J., Alder, J., 2000, "Sexuality during pregnancy and the postpartum period", *Journal of Sex Education and Therapy*, XXV, 1, 49-58.

Cappato, M., Pasini, B., Pellegrini, E., Tommaselli, G., 1996, "Sessualità e Gravidanza", *Rivista di Sessuologia*, XX, 3, 247-251.

Ciolfi, P., Orsini, A., Russo, P., Russo, R., 1996, "Sessualità e gravidanza. Un'indagine su 100 gestanti", *Rivista di Sessuologia Clinica*, III, 3, 23-32

Codispoti Battacchi, O., De Aloysio, D., 1981, *Gravidanza e Sessualità*, Piccin, Padova.

Masters, W., Johnson, V., 1967, *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*, Feltrinelli, Milano.

Moretti, S., ;Monti, M., 2003, "Sessualità in Gravidanza e puerperio", in *Rivista telematica Sessualità e Ostetricia on-line*, www.ginecolink.net.

Pasini, W., 2004, "Gravidanza e Post-partum", in *Rivista telematica*, www.willypasini.it

Scarselli, V., Biagiotti, R., Lino, G., Scarselli, G., 2002, "Sessualità della donna in gravidanza", in Baldaro Verde, J., Genazzani, A. (a cura di), *Identità Sessuale: percorsi a confronto*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.

MILTON ERICKSON E LA PET THERAPY

MILTON ERICKSON AND THE PET THERAPY

Maria Grazia Spurio

Riassunto

L'originalità e l'intuito creativo di Milton Erickson è stato fondamentale nella risoluzione di molti casi. Il suo approccio strategico e sempre innovativo gli ha permesso di approcciarsi ai pazienti in modo del tutto anticonvenzionale rispetto alle teorie e alle terapie classiche. Nelle sue terapie Erickson ha utilizzato diversi strumenti per risolvere anche casi considerati irrisolvibili, uno di questi strumenti è la pet therapy.

La pet therapy consente un miglioramento dello stato psico-fisico generale grazie alla stimolazione, attivazione, modificazione dei diversi sistemi dell'organismo.

Parole chiavi: Erickson, pet therapy

Abstract

The originality and the creative intuition of Milton Erickson was instrumental in solving many cases. Its always innovative and strategic approach has enabled him to approach patients in a very unconventional compared to the classical theories and therapies. In his treatment Erickson has used various tools to solve unsolvable cases considered, one of these tools is the pet therapy.

The pet therapy allows an improvement of the psycho-physical due to general stimulation, activation, modification of the various body systems.

Keywords: Erickson, pet therapy

Introduzione

Lo scopo dell'articolo è mettere in risalto l'intuito creativo e l'estrema originalità (o ecletticismo) di Milton Erickson, uno psicoterapeuta in largo anticipo sui tempi grazie anche all'utilizzo di strumenti come la Pet Therapy. Nell'articolo è raccontato il caso di John, un paziente schizofrenico cui M. Erickson riuscì a far migliorare il relazionamento sociale e contemporaneamente ad evitare il ricovero in una struttura. Verosimilmente l'obiettivo di M. Erickson non poteva essere la guarigione completa del suo paziente schizofrenico, ma era quello di permettere a John di condurre quanto più a lungo possibile una vita produttiva.

Come J.K. Zeig (1990) afferma a proposito dei pazienti schizofrenici, i modelli comuni in tali situazioni di disagio mentali sono 4:

1. non assumono responsabilità
2. non parlano direttamente
3. non amano restare definiti in un ruolo particolare
4. non formano relazioni soddisfacenti

Il problema in generale con questi pazienti è che non fanno le cose direttamente ma triangolano in qualcosa di diverso per esempio attraverso le loro voci. Anche il terapeuta dunque deve triangolare, parlare indirettamente così da incontrare tali pazienti nel loro quadro di riferimento.

Come raccontato nell'articolo, il ruolo della Pet Therapy sia nella comunicazione indiretta, sia riguardo all'assegnare responsabilità che nel gioco dei ruoli, attraverso il piccolo cane bastardino Barnel fu decisiva.

Anche per quanto riguarda la possibilità di migliorare le relazioni sociali, il contatto con il piccolo animale di affezione regalò effetti benefici con positive ricadute nel rapporto con le persone. Secondo le più recenti scoperte infine, la Pet Therapy consente un miglioramento dello stato psico-fisico generale grazie alla stimolazione, attivazione, modificazione dei diversi sistemi dell'organismo. La Pet Therapy è dunque un prezioso strumento per regalare benessere alle persone che uno psicoterapeuta creativo in largo anticipo sui tempi come Milton Erickson ha saputo utilizzare nei suoi metodi di cura.

Erickson e la pet therapy

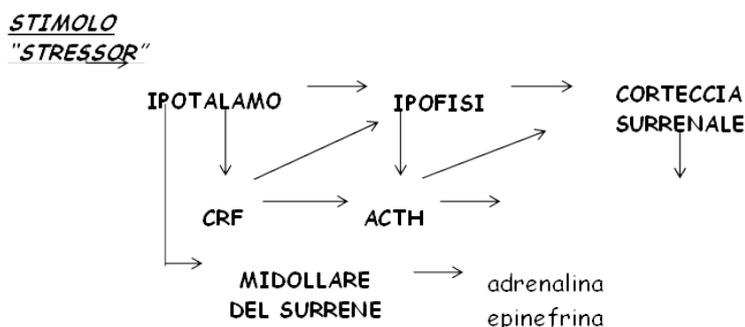
Di Milton Erickson, psicoterapeuta ipnotista si è scritto e si è detto molto sia per il suo originale e speciale modo di affrontare le difficoltà della vita, che per il suo eclettico stile di relazionarsi con il mondo. Si trattava indubbiamente di un uomo particolare, fuori dagli schemi, intuitivo al punto di sembrare un sensitivo; ma un sensitivo probabilmente non era, non almeno nel senso che generalmente attribuiamo a questo termine. Nella serie televisiva americana "the Mentalist"(2008), Patrick Jane è un consulente dell'F.B.I che risolve brillantemente omicidi e delitti seriali in maniera talmente intuitiva da essere scambiato per un sensitivo in contatto con immaginifiche forze occulte. Ma come Erickson, le straordinarie capacità di questo personaggio, nato dalla fantasia di Bruno Heller, non provengono dal trascendentale, ma derivano piuttosto dall'intuito e dalla capacità di osservare e saper cogliere il linguaggio silenzioso del corpo e il messaggio affascinante e pregno di significato che entra in gioco anche inconsapevolmente, quando ci si relaziona con gli altri. Come P. Jane anche M. Erickson, conosceva la ricetta per approcciarsi con successo ai misteri della mente umana, un'alchimia fatta di intuito, creatività, attenzione, ipnosi e comunicazione. Ma mentre il personaggio televisivo di P. Jane, può incuriosire e regalare mezz'ora di svago, Milton Erickson è stato una persona reale, esistita nella vita vera e ha lasciato un segno forte e tangibile nelle cose fatte e nelle persone incontrate. Possiamo rivivere parte della sua vita e delle sue esperienze da tutto ciò che di lui è stato detto e scritto, dalle storie dei suoi casi clinici e dalle persone che gli sono state vicine e che da lui hanno potuto apprendere. Nella grande quantità di cose geniali prodotte dal suo eclettico intuito mi sembra giusto scrivere qualcosa anche in relazione alla pet terapia, uno strumento da lui utilizzato tra i suoi metodi educativi e di cura con evidente anticipo sui tempi. Secondo le più recenti scoperte, nella pet therapy, il contatto con l'animale d'affezione produce una stimolazione esterna piacevole, tale stimolazione provoca una attivazione e modificazione di diversi sistemi dell'organismo¹. Il sistema tattile, propriocettivo, termico e nocicettivo e cioè somato-sensitivo è il primo ad attivarsi, ma anche il sistema motorio, limbico (ipotalamo) endocrino, nervoso autonomo (simpatico e parasimpatico), vengono attivati. In particolare attraverso la pet therapy vengono indotte modificazioni neuro-endocrine e biologiche:

- SNA parasimpatico: circuiti colinergici
- SNA simpatico: circuiti adrenergico e noradrenergico epinefrina e norepinefrina
- Asse ipotalamo-ipofisi-corteccia surrenale: ormoni corticosteroidi (da Selye: circuito dello STRESS)
- Produzione di endorfine

S.N.A. SIMPATICO: mobilita le risorse energetiche dell'organismo

S.N.A. PARASIMPATICO: conserva le risorse energetiche dell'organismo

ASSE IPOTALAMO-IPOFISI-SURRENE (circuito dello stress)²



Le ENDORFINE sono oppioidi endogeni cerebrali, le cellule destinate alla produzione delle endorfine sono sparse in varie parti del sistema nervoso centrale, in particolare nell'ipofisi, nelle ghiandole surrenali, nelle ghiandole salivari e nel tratto gastrointestinale. Le endorfine agiscono sulla via dopaminergica mesolimbica che rappresenta il CENTRO DEL PIACERE dell'organismo provocano una sensazione di piacere e analgesia definita eucenestesi.

Dunque, le modificazioni clinicamente riscontrabili sono:

1. Riduzione pressione arteriosa
2. Rallentamento frequenza cardiaca e normalizzazione del ritmo
3. Diminuzione frequenza respiratoria
4. Rallentamento delle onde elettriche cerebrali
5. Analgesia ed eucenestesi

Attraverso il contatto con l'animale le risposte dei pazienti inducono modificazioni neuro-endocrine che agiscono sulle vie biochimiche e nervose del RILASSAMENTO PSICO-FISICO. Le interrelazione tra sfera affettivo-emotiva

¹ Materiale tratto dalle ricerche e pubblicazioni dell'associazione I.T.A.C.A

² I.T.A.C.A.

e biologica e le stesse modificazioni neuro-endocrine e biologiche agiscono per vie indirette sul Sistema Immunitario:

- Nei linfociti T e B è stata accertata la presenza di numerosi e specifici recettori per adrenalina, acetilcolina e per il corticosterone;
- Il Sistema Immunitario regola l'attività del sistema ipofisario;
- Il Sistema immunitario modula la produzione delle β -endorfine.

Il fatto oramai noto che l'ATTIVITA' IMMUNOSOPPRESSORIA DELLA PET THERAPY AGISCE SUL BENESSERE PSICO-FISICO sembra trovare conferma nelle numerose evidenze sperimentali di parametri fisiologici controllabili quali:

- concentrazione ematica di corticosteroidi, epinefrina, norepinefrina, cortisolo;
- frequenza cardiaca;
- pressione del sangue;
- risposta elettrodermale;

Possiamo affermare che queste scoperte così come il grande successo della pet therapy che da tali ricerche è derivato risalgono a un'epoca relativamente recente.³ Come molte altre delle sue geniali intuizioni M. Erickson ha utilizzato invece la pet therapy come ausilio ai suoi metodi di cura con evidente anticipo sui tempi. Nel suo libro "Erickson un'introduzione all'uomo e alla sua opera" Zeig Jeffrey K. (1990, Roma) argomenta efficacemente sull'uso che Erickson faceva del contesto, della sua capacità di comunicare con effetto, del suo senso del gioco in terapia e della sua umanità. Parlando del caso di John e Barney, riferisce che John, era uno schizofrenico e, ovviamente un paziente che non poteva guarire, ma quello che Erickson, invece poteva fare, era tenere John fuori dall'ospedale il più a lungo possibile e permettergli una vita produttiva. Nel suo libro Zeig afferma che generalmente i modelli comuni ai pazienti schizofrenici sono 4:

1. non formano relazioni soddisfacenti;
2. non si assumono responsabilità;
3. non parlano direttamente;
4. non amano restare definiti in un particolare ruolo.

Per esempio generalmente tali pazienti sono vittime nella vita ma non lo ammettono né lo riconoscono. Quindi nella psicoterapia con questo tipo di pazienti bisogna cercare di formare relazioni, fargli assumere responsabilità, parlare direttamente e assumere ruoli produttivi. Il problema è che in generale gli schizofrenici, non fanno le cose direttamente ma triangolano in qualcosa di diverso per esempio attraverso le loro voci. Il terapeuta deve comunicare indirettamente o triangolare così da incontrare i pazienti nel loro stesso quadro di riferimento (J.K. Zeig, 1990). Erickson si propose di raggiungere la comunicazione indiretta utilizzando la pet therapy (Assistita da animali) prendendo un cane per il suo paziente schizofrenico. Appena John acconsentì ad avere un cane Erickson mandò la sua figlia più piccola a comprarne uno insieme al suo paziente. Verrebbe da chiedersi in quale modo procurare un cane per uno schizofrenico, sicuramente il classico negozio per animali che vende cuccioli con tanto di pedigree non è il posto più opportuno. Un posto invece dove poter muovere i primi passi per una pet therapy di questo tipo può essere il canile municipale dove cani malati cronici stanno ad aspettare la loro iniezione finale di torazina.

3

S.B. Barker and K.S. Dawson "The Effects of Animal-Assisted Therapy on Anxiety Ratings of Hospitalized Psychiatric Patients". *Psychiatr. Serv.* 1998 June; 49: 797-801 Metodo: Prima-dopo trattamento: Misurazione ansia (S.T.A.I. State-Trait Anxiety Inventory) in 2 condizioni sperimentali: AAT con cane intervento terapeutico-ricreativo comparativo Risultati: In entrambi i gruppi è stato rilevato un significativo decremento dell'ansia tra il prima e il dopo trattamento Non sono state rilevate differenze significative nella riduzione dell'ansia tra i due tipi di sessioni terapeutiche N. Franceschini, M. Verga, M. Galimberti, G. Bigatello, "Attività assistite dagli animali e malati di Alzheimer, Aspetti teorici e risultati pratico-applicativi". *Summa* 2005 Ott.; 8: 17-22 Metodo: Registrazione della frequenza cardiaca in 3 condizioni sperimentali: 1) assoluto riposo (baseline) 2) attività di AAA con cane (8 incontri) 3) attività comparativa senza cane Risultati: nella metà dei pazienti è stato registrato in presenza del cane un significativo abbassamento della frequenza cardiaca rispetto alle condizioni di baseline; Il parametro "sorride" è significativamente più elevato in presenza del cane rispetto alle condizioni di baseline. K.M. Cole, A. Gawlinski, N. Steers and J. Kotlerman "Animal-Assisted Therapy in Patients Hospitalized With Heart Failure". *American Journal of Critical Care.* 2007;16: 575-585 Metodo: Prima-durante-dopo trattamento: Registrazione della pressione sangue Misurazione livelli di epinefrina e norepinefrina Misurazione ansia (S.T.A.I. State-Trait Anxiety Inventory) in 4 condizioni sperimentali della stessa durata: A riposo (baseline) Cure abituali (gruppo di controllo) AAT con cane Attività comparativa senza cane

Il caso di John e del cane Barney

Nel narrare la storia di questo caso clinico, Zeig Jeffrey K prosegue il suo racconto riferendo che in effetti, John passeggiando nel canile, udì un latrato e subito si fece dare il cagnolino a cui diede il nome di Barney. John dunque riscattò Barney dal canile salvandolo dal suo certo destino dall'imminente soppressione. Dopo poco tempo il cane andò a stare a casa di Erickson ma nonostante questo il cane sarebbe comunque rimasto il cane di John. Ciò in quanto solo John, in qualità di padrone avrebbe dovuto accudirlo e occuparsi di lui almeno due volte al giorno, nutrirlo, curarlo e consolidare le interazioni con Barney. I ruoli in questo modo vennero sottilmente ridefiniti. John non andava più a casa di Erickson come paziente, ma andava a casa sua per occuparsi del cane e intanto faceva passi avanti verso quella responsabilità. Gradualmente cominciò ad andare sempre più spesso a casa di Erickson e della sua famiglia, non solo per occuparsi del cane ma anche per condividere altri momenti con loro. La pet therapy come aiuto di cura con il paziente schizofrenico offriva all'intuito del terapeuta svariate possibilità di utilizzo, per esempio Erickson tagliava a metà i biscotti del cane, poi ne dava un pezzo a John che a sua volta lo dava al cane. Se Barney andava direttamente da Erickson questi lo sgridava, lo minacciava e gli chiedeva: tu sei il cane di chi? E John era molto orgoglioso e compiaciuto per la situazione. La pet therapy consentiva di ridisegnare dunque la dinamica dei ruoli anche in un altro modo, infatti se Erickson come abbiamo visto si poneva come il persecutore e Barney come la vittima, allora restava un solo ruolo per John: il salvatore (cfr. Karman, 1968). Grazie alla pet therapy e allo speciale legame che si era venuto a creare tra il paziente e il piccolo animale, Erickson poté utilizzare un ulteriore aiuto di cura: scrivere le lettere. Attraverso le relazioni epistolari venivano descritti episodi di tutta la famiglia utilizzando nomignoli e soprannomi divertenti. Ancora una volta era il piccolo animale lo strumento indiretto di attenzione, infatti le lettere erano scritte come se fosse stato Barney il cane ad indirizzarle a John il suo salvatore e padrone. Un esempio divertente e illuminante rispetto alla ridefinizione dei ruoli è fornito dalla lettera riportata da Zeig Jeffrey K. nel suo già citato libro "Erickson un'introduzione all'uomo e alla sua opera" (1990 Roma), viene riportata la lettera che segue:

"caro John ...ho sentito raccontare una storia da Robert (il figlio minore di Erickson) a sua moglie, e la signora della casa (la moglie di Erickson) ascoltava. Un vecchio strambo (il soprannome di Erickson), aveva messo un'inserzione sul giornale per trovare una moglie, in seguito aveva ricevuto una lettera di risposta ed era andato a prendere la promessa sposa con due cavalli. Mentre lui e la futura sposa andavano verso la chiesa un dei cavalli inciampa e il vecchio strambo esclama "uno", a metà strada il cavallo inciampa di nuovo e il vecchio dice "due". Proprio mentre arrivano in chiesa il cavallo inciampa di nuovo e il vecchio scende da cavallo, gli toglie la sella e dice tre, poi gli spara e il cavallo muore sul colpo. Meravigliata la futura sposa gli chiede: ma che hai fatto? È un'infamia sparare ad un cavallo solo perché inciampa, il vecchio strambo dice uno. Non ho ascoltato il resto della storia ma ho sentito la signora della casa sussurrare "ti raccomando non raccontare questa storia a chi sai tu" che significa tutto questo John?"

Barney

Conclusioni

Questa simpatica e ironica lettera immaginaria scritta dal cane al suo padrone lascia intravedere ancora altre possibilità di aiuto offerte dalla pet therapy che Erickson seppe creativamente attivare. Grazie al contatto diretto con un piccolo animale inoltre, si possono attivare benefiche e piacevoli reazioni psicochimiche altamente gratificanti e positive. Infatti, grazie anche alle sue notevoli possibilità applicative di uno strumento prezioso e duttile, come la pet terapia, non solo Erickson si era posto l'obiettivo di cambiare il ruolo del suo paziente schizofrenico, ma anche di aiutarlo ad instaurare rapporti e relazioni più soddisfacenti. La pet therapy e la presenza del prezioso piccolo Barney un semplice bastardo condannato alla soppressione certa, hanno permesso di affrontare il difficile compito della presa in carico e il successivo percorso terapeutico di un paziente schizofrenico non attraverso il ricovero in una struttura specializzata ma nel consueto ambiente di vita mediante piccoli passi, con l'obiettivo di fornire a John alcune importanti esperienze di riferimento per essere responsabile e per assumere un ruolo diverso. Successivamente Erickson "intrecciò queste esperienze tra loro e utilizzò la comunicazione indiretta. Naturalmente Erickson non pensava che John avrebbe raggiunto un normale adattamento sociale e lavorativo, ma si adoperò perché il suo paziente avesse una vita più produttiva e completa possibile. La pet therapy indubbiamente rappresentò un prezioso aiuto per raggiungere questo obiettivo e anche dopo la morte sia di Erickson che di Barney, John con l'aiuto della famiglia di Erickson, continuò a prendersi cura di altri piccoli cani. Altri piccoli amici, animali abbandonati perché ritenuti inutili da qualcuno, ma per John nuovi simboli e nuovi oggetti di un prezioso dono d'amore che, grazie alla pet therapy gli erano stati dati da uno straordinario psicoterapeuta in anticipo sui tempi.

Bibliografia

Baker, S. B., Dawson, K. S., (1998), *The Effect of Animal-Assisted Therapy on Anxiety Ratings of Hospitalized Psychiatric Patients*, Psychiatric. Serv.

Cole, K. M., Gawlinski, A., Steers, N., Kotleman, J. (2007), Animal-Assisted Therapy in Patients Hospitalized With Heart Failure, *Journal of Critical Care*; 16: 575-585

Franceschini, N., Verga, M., Galimberti, M., Bigatello, G. (2005), *Attività assistite dagli animali e malattie di Alzheimer, Aspetti teorici e risultati pratico-applicativi*, ”, *Summa* 2005 Ott.; 8: 17-22

Zeig, J., (1990), Erickson. Un'introduzione all'uomo e alla sua opera, Astrolabio-Ubaldini, Roma

La violenza sulle donne

Violence against women

Veronica Budai

Riassunto

In quasi tutte le società tradizionali le donne sono state discriminate. Anche nel XXI secolo esiste una forma di violenza sulle donne: quella che si svolge all'interno di casa ad opera di una persona che si conosce. Ma chi sono gli autori di questi maltrattamenti?

Gli uomini con la mano pesante spesso hanno una carriera brillante e un ruolo rispettabile nella società. Le conseguenze, per le donne, possono essere: fisiche, sessuali e riproduttive, psicologiche e comportamentali, mortali a volte.

Purtroppo poche trovano la forza di denunciare questi drammi e, quando lo fanno, in meno del 10% dei casi si arriva ad una condanna dell'autore della violenza.

Parole chiave: violenza sessuale, discriminazione, donne.

Abstract

In almost all traditional societies women have been discriminated. In our current century a kind of subtle violence still exists: the one that occurs within their own houses due to a well-known person. Who are the responsible for this abuses?

Men who crack down on women are often brilliant career ones and they carry a respectable role in our society. The consequences can be dramatic to women: physical, sexual, reproductive, psychological, behavioural and sometimes deadly. Unfortunately only few women find the strength to denounce these tragedies and when they do it, only less than 10% of cases has a penal sentence to the authors of the violence as a result.

Keywords: sexual violence, discrimination, women.

Introduzione

In quasi tutte le società tradizionali le donne sono state discriminate; la loro istruzione è stata limitata all'apprendimento di abilità domestiche, non hanno avuto accesso a nessuna posizione di potere. Il matrimonio è stato quasi sempre considerato un mezzo necessario per garantire alla donna sostegno e protezione.

Una donna sposata solitamente assumeva lo status del marito e andava a vivere con la famiglia di lui: in caso di maltrattamenti o di mancato mantenimento aveva scarse possibilità di rivalersi.

Nel diritto romano, che influenzò il successivo diritto occidentale, marito e moglie erano ad esempio considerati un'unità, nel senso che la moglie era un vero e proprio "possesso del marito"; in quanto tale, la donna non godeva del controllo giuridico né della sua persona, né dei suoi figli, né delle sue terre, né dei suoi soldi. Le eccezioni ci furono nell'antica Babilonia e nell'antico Egitto, dove le donne godettero dei diritti di proprietà e a Sparta dove amministravano l'economia.

In alcuni rarissimi casi le donne godettero dell'autorità religiosa, come nel caso delle sciamane siberiane e delle sacerdotesse romane.

Anche durante il Medioevo, il diritto feudale prevedeva che la terra si tramandasse per discendenza maschile. Solo in alcuni paesi europei le donne poterono entrare a far parte delle corporazioni delle arti e dei mestieri.

Nella seguente era industriale donne e bambini lavoravano anche per dodici ore di seguito nelle fabbriche. Infine, nel novecento, la donna sembra aver definitivamente raggiunto l'uomo, con la concessione di votare e col raggiungimento dei titoli più ambiti e dei lavori di solito riservati all'uomo (come ad esempio la carriera militare).

Tuttavia anche nel ventesimo secolo esiste ancora una forma di violenza sulle donne: quella che si svolge all'interno di casa e ad opera di una persona che si conosce.

Infatti, nel silenzio delle mura domestiche si consumano quotidianamente dei drammi, anche se la violenza familiare è un fenomeno che per molto tempo è stato taciuto.

Le statistiche sulla violenza

A livello **nazionale**, i dati sul fenomeno sono forniti dall'Istat, che nel 2006 per la prima volta ha svolto un'indagine, sull'intero territorio italiano, dedicata al fenomeno della violenza fisica e sessuale contro le donne. Il campione comprende 25.000 donne tra i 16 e i 70 anni, intervistate da gennaio a ottobre 2006 con tecnica telefonica. Vengono misurati tre diversi tipi di violenza:

- la violenza fisica è graduata dalle forme più lievi a quelle più gravi: la minaccia di essere colpita fisicamente, l'essere spinta, afferrata o strattonata, l'essere colpita con un oggetto, schiaffeggiata, presa a calci, a pugni o a morsi, il tentativo di strangolamento, di soffocamento, ustione e la minaccia con armi;
- per violenza sessuale vengono considerate le situazioni in cui la donna è costretta a fare o a subire contro la propria volontà atti sessuali di diverso tipo: stupro, tentato stupro, molestia fisica sessuale, rapporti sessuali con terzi, rapporti sessuali non desiderati subiti per paura delle conseguenze, attività sessuali degradanti e umilianti;
- le forme di violenza psicologica rilevano le denigrazioni, il controllo dei comportamenti, le strategie di isolamento, le intimidazioni, le forti limitazioni economiche subite da parte del partner.

Da tale indagine risulta che:

- 6 milioni 743 mila donne sono vittime di violenza, pari al 31,9%
- il 23,7% ha subito violenze sessuali (5 milioni)
- il 18,8% ha subito violenze fisiche (3 milioni 961 mila)
- il 4,8% ha subito stupri o tentati stupri (1 milione)
- il 18,8% ha subito comportamenti persecutori (stalking) (2 milioni 77 mila)
- 7 milioni 134 mila hanno subito violenza psicologica.

Varie forme di violenza di genere

Esistono diverse forme di violenza:

-violenza fisica: picchiare con o senza l'uso di oggetti. Spintonare, tirare per i capelli, dare schiaffi, pugni, dare calci, strangolare, ustionare, ferire con un coltello, torturare, uccidere.

-violenza psicologica: minacciare, insultare, umiliare, attaccare l'identità e l'autostima, isolarla, impedire o controllare le sue relazioni con gli altri, essere sbattute fuori casa, essere rinchiusi in casa.

-violenza economica: sottrarre alla donna il suo stipendio, impedirle qualsiasi decisione in merito alla gestione dell'economia familiare, obbligarla a lasciare il lavoro o impedirle di trovarne uno, costringerla a firmare documenti, a contrarre debiti, a intraprendere iniziative economiche, a volte truffe, contro la sua volontà.

-violenza sessuale: fare battute e prese in giro a sfondo sessuale, fare telefonate oscene, costringere a atti o rapporti sessuali non voluti, obbligare a prendere parte alla costruzione o a vedere materiale pornografico, stuprare, rendersi responsabili di incesto; costringere a comportamenti sessuali umilianti o dolorosi, imporre gravidanze, costringere a prostituirsi.

Nei luoghi pubblici e sul posto di lavoro le donne sono esposte a molestie ed abusi sessuali. Le molestie si possono suddividere in:

-molestia verbale: apprezzamenti verbali non graditi e non sollecitati che hanno come oggetto la sessualità o il corpo femminile.

-molestia relazionale: richieste di rapporti sessuali, implicite o esplicite, non gradite e neanche sollecitate.

-molestia visiva: messaggi offensivi, foto pornografiche, lasciati in prossimità di oggetti di proprietà della donna.

-molestia fisica: contatti intenzionali con il corpo femminile.

-offerte esplicite o implicite di promessa di carriera o di agevolazioni o privilegi sul posto di lavoro in cambio di prestazioni sessuali.

-intimidazioni, minacce, ricatti subiti dalla donna per aver respinto comportamenti maschili finalizzati al rapporto sessuale.

C'è poi lo stupro di gruppo, in cui si infligge volutamente alla vittima un grado di umiliazione elevato. Il gruppo diventa il palcoscenico della forza e della potenza individuali, nonché l'occasione nella quale il singolo può agire protetto dall'anonimato. Esiste anche lo stupro di guerra ovvero il mezzo per umiliare e demoralizzare il nemico attraverso la distruzione e la denigrazione delle donne del suo stesso gruppo. In particolare verso le lesbiche sono agiti i cosiddetti "stupri correttivi". In molti paesi le ragazze giovani sono vittime di matrimoni coatti, matrimoni riparatori e/o costrette alla schiavitù sessuale, mentre altre vengono indotte alla prostituzione forzata e/o sono vittime di tratta. Sebbene non esista una definizione universalmente accettata della tratta di persone, questo fenomeno viene definito dall'Associazione NON DA SOLA come "il reclutamento, il trasporto, l'acquisto, la vendita, l'alloggio o il ricevimento di persone, tramite minacce o l'uso di violenza, il sequestro, la frode, l'inganno o la coercizione (compreso l'abuso di potere), o tramite la contrazione di un debito capestro, allo scopo di costringere o continuare a costringere la persona oggetto di traffico a svolgere pratiche di lavoro forzato o in condizione di schiavitù, a prescindere dal pagamento del debito e in una comunità diversa da quella in cui viveva al momento della contrazione del debito. Le vittime di questa moderna forma di schiavitù sono prevalentemente donne, le quali

vengono destinate soprattutto all'industria del sesso, compresa la prostituzione forzata. Solitamente si tratta di donne provenienti da paesi poveri o in via di sviluppo che, attraverso la violenza o l'inganno (magari con la falsa promessa di un lavoro), vengono sottratte dai loro luoghi d'origine per poi essere vendute come schiave nei paesi occidentali. Spesso la compra-vendita di donne a scopi sessuali viene organizzata dalla criminalità organizzata locale, mentre i maggiori fruitori della tratta sono gli uomini dei paesi occidentali che pagano per avere prestazioni sessuali da parte di donne e bambine. Nel caso di questa forma di violenza sessuale esiste una forte correlazione tra discriminazione sessuale e discriminazione razziale, spesso poco discussa. In altre parole, il traffico di donne e bambine è stato accompagnato spesso da atteggiamenti razzisti, frequentemente indirizzati contro le donne appartenenti ad alcuni gruppi razziali ed etnici (per esempio donne immigrate e indigene)". Altre forme di violenza sono le mutilazioni genitali femminili ovvero una serie di pratiche, che mirano ad alterare la conformazione degli organi genitali esterni non per finalità terapeutiche ma per controllare il piacere e il corpo delle donne. Ogni definitiva e irreversibile rimozione di un organo sano è una mutilazione. In situazioni di normalità infatti, non vi è assolutamente alcuna ragione medica, morale o estetica, per sopprimere alcune o tutte le parti che compongono gli organi genitali femminili esterni. Sulla base di una quantità limitata di dati disponibili si è stimato che, a livello mondiale, tra i 100 e i 132 milioni di ragazze e donne abbiano subito mutilazioni genitali. Ogni anno, si calcola che circa altri 2 milioni di ragazze subiranno una qualche forma di mutilazione dei genitali. In base alle conoscenze attuali, le mutilazioni dei genitali femminili vengono praticate in 28 paesi africani, in alcuni paesi dell'Asia occidentale e in alcune comunità minoritarie di altri paesi asiatici. Sono stati inoltre riscontrati casi di MGF all'interno di alcune comunità di immigrati in Europa, nord America, Australia e Nuova Zelanda.

Altri tipi di mutilazioni sono, come in un recente passato, le fasciature dei piedi e l'uso dell'acido per sfigurare. Va citato il femminicidio che in alcuni paesi, come in India e in Cina, si concretizza nell'aborto selettivo (le donne vengono indotte a partorire solo figli maschi, perché più riconosciuti e accettati socialmente) mentre in altri addirittura nell'uccisione sistematica di individui adulti. Esistono *violenze relative alla riproduzione* come l'aborto, la sterilizzazione forzata, la contraccezione negata e la gravidanza forzata. Esiste infine lo *stalking*, un termine inglese (letteralmente: persecuzione) che indica una serie di atteggiamenti tenuti da un individuo che affligge un'altra persona, perseguitandola ed ingenerandole stati di ansia e paura, che possono arrivare a comprometterne il normale svolgimento della quotidianità. Il fenomeno è anche chiamato **sindrome del molestatore assillante**. La persecuzione avviene solitamente mediante reiterati tentativi di comunicazione verbale e scritta, appostamenti ed intrusioni nella vita privata. Lo *stalking* può nascere come complicazione di una qualsiasi relazione interpersonale, è un modello comportamentale che identifica intrusioni costanti nella vita pubblica e privata di una o più persone.

I contesti in cui si manifesta:

- nel 55% circa è la relazione di coppia;
- nel 25% circa è il condominio;
- nello 0,5% circa è la famiglia (figli/fratelli/genitori);
- nel 15% circa è il posto di lavoro/scuola/università

Gli autori

Ma chi sono gli autori di questi maltrattamenti? Emarginati? Drogati? Uomini con il problema della bottiglia?

I maschi burberi e con la mano pesante, nel 94% dei casi, rientrano in quella tipologia di persone "perbene", verso cui si ripone fiducia, talvolta dalla carriera brillante e con tanto di ruolo rispettabile nella società. Insomma tipi mansueti, saggi ed educati, che considerano legittima la violenza quando si scatena con furia incontrollata e per banali motivi sulla moglie, convivente o ex partner. Magari con i figli, anch'essi vittime o spettatori.

Sono proprio questi tipi insospettabili ed "invisibili" che ostacolano la possibilità di creare una rete di protezione per la vittima.

"Infatti – spiega la dott.ssa Barbara Bastarelli, coordinatrice del Centro antiviolenza di Trento – è davvero difficile, in questi casi, che la donna sia credibile, perché nelle relazioni esterne essi assumono un comportamento corretto. Inoltre l'uomo non manifesta da subito queste aggressioni perché vuole favorire il legame. Poi, pian piano, nella convivenza queste violenze si esprimono intrecciandosi ad altre forme. Ad esempio, la violenza fisica, che è la più visibile, si accompagna spesso a quella psicologica in cui si denigra la donna con aggettivi offensivi oppure le si crea un vuoto sociale intorno, isolandola da tutta la sua rete amicale e affettiva.

Non dimentichiamo che ci sono altre modalità insidiose, tipo quella economica: la sottrazione del reddito della donna, il divieto di svolgere un lavoro retribuito fuori casa, il controllo delle sue spese, l'imporre un conto corrente a nome del marito ecc... Oppure quella sessuale: l'obbligo ad assistere a film pornografici, a prestazioni sessuali di cui lei non è consenziente, eccetera".

Ma come si esce da questa spirale di violenza che fa a pezzi la personalità della donna e la fa naufragare in una quotidianità dolorosa e traumatica? E perché molte vittime, anziché prendere in mano le redini della propria vita, rimangono a lungo imbrigliate in questa trappola, magari auto-colpevolizzandosi?

E' facile dare risposte del tipo "E' perché se l'è voluta" o "Le va bene così", che scaricano tutta la responsabilità sulla donna mettendo in ombra le vere dinamiche di questi abusi. Insomma, può succedere che si rischi di

sottovalutare le risorse femminili nel fronteggiare il problema. Per molto tempo, le donne non hanno trovato il coraggio di uscire allo scoperto su queste angherie per via di quell'insieme di "virtù femminili" che si riconoscevano alle donne come la "naturale" capacità d'abnegazione, di sopportazione, d'essere paciere d'ogni conflitto.

Così lo spettro della vergogna e del senso di colpa continua ad aleggiare nel mondo femminile che si svincola dall'autorità maschile.

Purtroppo poche trovano la forza di denunciare questi drammi e, quando lo fanno, in meno del 10% dei casi si arriva ad una condanna dell'autore della violenza. Per non parlare del fatto che, se la donna non ha un adeguato sistema di protezione attorno a sé, la denuncia può scatenare un aumento delle aggressioni mettendo a rischio la sua vita.

Dunque, "scaricare" il compagno non è affatto semplice. Infatti, le vittime che approdano ai centri, se pur sottoposte ad uno stillicidio di soprusi, difficilmente si presentano con la valigia in mano, mentre quasi tutte hanno come conseguenza un equilibrio psicologico davvero sconquassato che frena la loro capacità di intravedere possibili soluzioni.

Per la donna è difficile individuare la pericolosità dell'uomo e capire come affrontarla. Questo perché non c'è un chiaro rifiuto della violenza maschile da parte delle istituzioni e a livello culturale. Non a caso, fino agli anni '70, la violenza sulla donna era legittimata giuridicamente, infatti era punito soltanto l'abuso della violenza.

Inoltre, va detto che il comportamento del maltrattante è spesso ciclico, quindi alterna fasi di scoppio della rabbia a momenti di ravvedimento in cui chiede "dolcemente scusa per aver perso le staffe".

Insomma, è molto facile che il violento provi intenzionalmente a confondere le acque sulla sua responsabilità.

Ma se l'uomo cerca di sgattaiolare, le cose non vanno meglio quanto a sensibilizzazione della collettività verso il problema. Non c'è dubbio che le aggressioni in famiglia siano sempre state considerate una faccenda privata, come conferma peraltro il vecchio detto: "Fra moglie e marito non mettere il dito".

Come confermano alcune ricerche in campo nazionale, non è detto che le motivazioni dell'uomo violento siano da tutti bollate come riprovevoli ed automaticamente messe all'indice. Anzi, capita che trovino consenso sociale proprio da parte di quelle categorie di persone, quali forze dell'ordine o personale sanitario, che dovrebbero dare soccorso e supporto morale alla donna in situazioni così delicate.

"Può succedere – commenta la Bastarelli – che la vittima vada dai carabinieri per denunciare la violenza e si senta rispondere: "E' sicura? Può rovinare suo marito, che è il padre dei suoi figli". La gente comune esprime spesso biasimo sulla donna. Oppure succede che si banalizzi quello che è accaduto.

Diciamo che, da parte di molti, c'è una responsabilità nel mancato accoglimento delle richieste d'aiuto della vittima".

Dunque, non si può pensare di chiudere il cerchio della violenza senza un adeguato bagaglio culturale che crei una nuova sensibilità degli operatori addetti a ricevere simili domande d'aiuto, per poter individuare in tempo i campanelli d'allarme che precedono questi drammi.

Violenze post-patriarcali ?

Nell'analisi di questa violenza bisogna evitare di rifugiarsi in semplificazioni automatiche, come se si trattasse di forme già conosciute, di residui di mentalità passate, di antichi retaggi. È vero che nella cultura patriarcale le violenze verso le donne ci sono sempre state.

Ma questa violenza non sembra essere il risultato di uomini che ritengono le donne inferiori, qualcosa da sottomettere, come poteva essere in passato.

Le violenze sono commesse da persone di ogni strato sociale, acculturate e con titoli di studio. Infatti, questo problema riguarda molti paesi europei dalla Spagna all'Italia, dalla Svizzera alla Svezia e non solo paesi poveri o periferie degradate delle nostre metropoli. Anche in Italia la maggior parte degli omicidi domestici avviene nel Nord e in particolare in Lombardia, ovvero in regioni ricche e avanzate. Dunque non è una violenza dovuta all'emarginazione o all'ignoranza di persone che nel XXI secolo guardano alla donna come essere inferiore.

Oggi siamo in una situazione caratterizzata da quelle che il sociologo inglese Anthony Giddens chiama "relazioni pure". Per relazioni pure si intendono relazioni non dettate da obblighi sociali o economici (o almeno non come in passato). Grazie ai cambiamenti culturali e ad una maggiore autonomia economica e sociale, le relazioni oggi si fondano sempre più sulla comunicazione e sull'intesa emozionale.

In passato le relazioni tra uomini e donne erano costruite su ruoli, obblighi sociali, progetti familiari, calcoli economici, relazioni di potere e talvolta di coercizione. Non che tutto questo si possa dire completamente scomparso, ma certamente oggi i legami tra donne e uomini, compresi quelli familiari, si fondano su dimensioni emotive, sulla capacità di comunicazione e comprensione reciproca, su rapporti di intimità, sulla fiducia e sul rispetto, sulla disponibilità al dialogo e sull'adattamento reciproco.

La novità che abbiamo di fronte agli occhi è che, a fianco della violenza che colpisce donne in situazione di marginalità sociale, oggi registriamo una violenza che sembra nascere dall'incapacità soprattutto da parte degli uomini di accettare e accogliere un'autonomia e una libertà già entrate nella vita di molte donne. La violenza oggi comincia a colpire la donna che non accetta più di costituire il supporto permanente dei bisogni dell'uomo dentro e fuori la coppia.

La violenza maschile si riversa sulla donna che – a torto o a ragione - decide di lasciare il proprio compagno, la donna che cerca di rifarsi una vita da sola o con qualcun altro, la donna che decide di portare avanti autonomamente

la sua gravidanza. In qualche caso anche l'affidamento e la relazione coi figli diventano un ulteriore elemento di conflitto e di risentimento.

Questa violenza non implica alcun rifiuto dell'uguaglianza tra i sessi e tanto meno un pregiudizio di inferiorità verso la donna. Al contrario, rileva un riconoscimento della compiuta autonomia femminile e semmai un senso di inadeguatezza e una certa difficoltà degli uomini ad accettare nel proprio quotidiano la differenza e la libertà nei rapporti con le donne.

È facile naturalmente riconoscere una certa continuità di questa violenza con la violenza tradizionale maschile di tipo patriarcale, ma è da sottolineare il fatto che questa violenza parla sempre più di una mancata rielaborazione e di un affanno maschile di fronte ad una libertà femminile. I termini di questa violenza sono cambiati. E forse proprio per questo assume forme sempre più efferate e incontrollate.

Conseguenze della violenza

Nell'ambito del *World report on violence and health* il WHO (*World Health Organization*), esaminando esclusivamente la violenza da parte del partner, è stato pubblicato il seguente elenco di possibili conseguenze sulla salute delle donne.

Fisiche	Sessuali e riproduttive	Psicologiche e comportamentali	Conseguenze mortali
Lesioni addominali Lividi e frustate Sindromi da dolore cronico Disabilità Fibromialgie Fratture Disturbi gastrointestinali Sindrome dell'intestino irritabile Lacerazioni e abrasioni Danni oculari Funzione fisica ridotta Danni alle articolazioni Cicatrici Perdita dell'udito e/o della vista	Disturbi ginecologici Sterilità Malattia infiammatoria pelvica Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo Disfunzioni sessuali Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS Aborto in condizioni di rischio Gravidanze indesiderate	Abuso di alcool e droghe Depressione e ansia Disturbi dell'alimentazione e del sonno Sensi di vergogna e di colpa Fobie e attacchi di panico Inattività fisica Scarsa autostima Disturbo da stress post-traumatico Disturbi psicosomatici Fumo Comportamento suicida e autolesionista Comportamenti sessuali a rischio Perdita di autostima Autocolpevolizzazione Impotenza	Mortalità legata all'AIDS Mortalità materna Omicidio Suicidio

E' importante ricordare le conseguenze per i figli, infatti, i bambini e le bambine che assistono a scene di violenza domestica o che ne sono stati/e vittime in prima persona, mostrano problemi di salute e di comportamento, tra cui disturbi di peso, di alimentazione o del sonno. Possono avere difficoltà a scuola e non riuscire a sviluppare relazioni intime positive. Possono cercare di fuggire da casa o anche mostrare tendenze suicide.

Stereotipi

Ci sono alcuni stereotipi o miti da sfatare riguardo alla violenza sulle donne:

-la violenza domestica è presente in contesti familiari culturalmente ed economicamente poveri: la violenza domestica è un fenomeno trasversale, non è legata a particolari fattori sociali, economici, razziali e religiosi.

-la violenza domestica è causata da occasionali e sporadiche perdite di controllo: la violenza domestica risponde alla necessità di esercitare potere e controllo per cui non è un atto irrazionale, ma quasi sempre premeditato.

-la violenza domestica è causata da alcool e/o droghe: esistono alcoolisti e tossicodipendenti non violenti, così come esistono uomini violenti, tossicodipendenti e alcolisti, ma la grande maggioranza degli uomini violenti non è alcoolista o tossicodipendente.

-la violenza domestica non influisce sulla salute delle donne: la violenza domestica è un problema di salute pubblica in quanto incide gravemente sul benessere psico-fisico delle donne.

-i partner violenti sono portatori di psicopatologie: solo il 10% dei maltrattatori presenta problemi psichiatrici. Si cerca di tenere separate violenza e normalità con l'idea della malattia.

-i partner violenti hanno subito violenza da bambini: alcuni uomini hanno subito violenza in tenera età, ma non esiste necessariamente un rapporto di causa-effetto tra violenza subita nell'infanzia e violenza agita da adulti.

-alle donne che subiscono violenza piace essere picchiate: le donne scelgono la relazione, non la violenza. Sono molti i fattori che trattengono una donna accanto ad un uomo violento: paura di perdere i figli, difficoltà economiche, isolamento, disapprovazione da parte della famiglia e della società, ecc.

-una donna non può essere violentata contro la sua volontà: l'effetto congiunto della minaccia e del dolore spesso annulla la resistenza, inoltre può succedere che la donna perda i sensi.

-quando una donna dice "no" vuol dire "si": lo stupro provoca solo paura ed effetti devastanti per l'equilibrio psico-fisico della donna. Nessuna donna vuole essere stuprata!

-le donne serie non sono vittime di violenza: questo stereotipo sposta la responsabilità dall'uomo alla donna. Il comportamento di una donna non dà il diritto ad un uomo di usarle violenza.

-una donna che denuncia una violenza dopo molto tempo non è attendibile: succede spesso che le donne riescano a denunciare solo quando è trascorso del tempo, questo accade per paura di ritorsioni, per mancanza di sostegno, a causa dell'isolamento, ecc

Storia dei centri antiviolenza e delle case delle donne

A partire dagli anni settanta il movimento delle donne e il femminismo in occidente hanno iniziato a mobilitarsi contro la violenza di genere sia per quanto riguarda lo stupro che per quanto riguarda il maltrattamento e la violenza domestica. Le donne hanno messo in discussione la famiglia patriarcale e il ruolo dell'uomo nella sua funzione di "marito/padre-padrone", non volendo più accettare alcuna forma di violenza esercitata su di loro fuori o dentro la famiglia. Già negli anni '70 le donne hanno creato i primi Centri antiviolenza e le Case delle donne per ospitare donne che hanno subito violenza e che potevano trovare ospitalità nelle case rifugio gestite dalle associazioni di donne. In Italia i primi Centri antiviolenza sono nati solo alla fine degli anni '90 ad opera di associazioni di donne provenienti dal movimento delle donne, tra cui la *Casa delle donne per non subire violenza* di Bologna e la *Casa delle donne maltrattate* di Milano. Ad oggi sono varie le organizzazioni che lavorano sui vari tipi di violenza di genere.

I Centri antiviolenza in Italia si sono riuniti nella Rete nazionale dei Centri antiviolenza e delle Case delle donne. Nel 2008 è nata una federazione nazionale che riunisce 54 Centri antiviolenza in tutta Italia dal nome "D.i.Re: Donne in Rete contro la violenza alle donne".

La legge

In Italia, per molto tempo, è stato in vigore il Codice Rocco che classificava i reati di violenza sessuale e incesto rispettivamente tra i "delitti contro la moralità pubblica e il buon costume" (divisi in "delitti contro la libertà sessuale" e "offese al pudore e all'onore sessuale") e tra i "delitti contro la morale familiare". In pratica, si trattava di un crimine contro la dignità personale e la moralità pubblica, ma non contro la persona stessa. Inoltre, l'articolo 544 c.p. ammetteva il "matrimonio riparatore": secondo questo articolo del codice, l'accusato di delitti di violenza carnale, anche su minorenne, avrebbe avuto estinto il reato nel caso di matrimonio con la persona offesa. A rendere più complicate le cose, in alcune zone dell'Italia meridionale vi era il costume della "fuitina" ("piccola fuga" in lingua siciliana): esempio di matrimonio per rapimento, in cui però si presumeva che rapitore e rapita fossero complici per sfuggire all'opposizione della famiglia di lei all'unione in matrimonio. Mettendo i genitori della ragazza di fronte al fatto compiuto, ed essendo la ragazza "compromessa", si costringeva la sua famiglia ad accettare il matrimonio come "riparatore". Il costume della "fuitina" rendeva possibile argomentare, in caso di rapimento a scopo di stupro, che si era invece trattato di una fuga consenziente.

Nel 1981 venne modificato il Codice Rocco riguardo alle cause d'onore. In particolare venne abrogato l'articolo 544 del codice penale italiano che ammetteva il "matrimonio riparatore". Fino al 1996 rimase in vigore la sezione del Codice Rocco per il quale la violenza sessuale ledeva la moralità pubblica. Con la legge n. 66 del 15 febbraio 1996, "*Norme contro la violenza sessuale*", si afferma il principio per cui lo stupro è un crimine contro la persona, che viene coartata nella sua libertà sessuale e non contro la morale pubblica. Nella legge così com'era prima si trovava la distinzione tra violenza carnale e atti di libidine. (Molti processi si risolvevano in una ricerca minuziosa del livello di verginità anatomica violentata). Veniva quindi definito il numero di centimetri che definiva la penetrazione e perché fosse riconosciuto il reato di violenza carnale. Se con la penetrazione si riversava una quantità di sperma dentro la vagina allora era considerato "rapporto completo". Se invece non c'era versamento di sperma non veniva considerato "rapporto completo" e quindi non veniva riconosciuto il reato o cambiava l'entità della pena. Inoltre, fino al 1996 il reato di violenza sessuale era perseguibile attraverso una querela della parte offesa, quindi la donna doveva denunciare lo stupratore perché venisse perseguito, ma non poteva fare una denuncia d'ufficio che invece avrebbe evitato ritorsioni per le vittime. Ad oggi la violenza sessuale è punita dall'art. 609-bis del codice penale con la reclusione da 5 a 10 anni. È prevista la pena della reclusione dai 6 ai 12 anni se la violenza è commessa:

1. nei confronti di una persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
2. nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore;
3. con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
4. da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricati di servizi pubblici;
5. su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale;

Rientra nella fattispecie descritta anche l'indurre taluno a compiere o subire atti sessuali abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica di questo o traendolo in inganno, quindi nel caso che la vittima sia in stato di sudditanza psicologica (è in rapporto con l'aggressore per sanità, custodia od ordine pubblico) o non sia in grado di

resistere. Un'altra fattispecie di violenza sessuale è quella di gruppo (articolo 609-octies): i coautori sono puniti con la reclusione da 6 a 12 anni. Se la violenza sessuale è commessa su minori di anni dieci la pena è la reclusione da 7 a 14 anni. Gli art. 609-bis e seguenti del codice penale italiano puniscono non solo lo stupro - inteso come congiunzione carnale non consensuale - ma più in generale qualsiasi costrizione a compiere o subire atti sessuali. Infine, in Italia è stato introdotto con il D.L. 23 febbraio 2009 n.11 (decreto Maroni) il reato di stalking. La norma introduce nel codice penale l'articolo 612-bis, dal titolo "atti persecutori", che al comma 1 recita: "Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da 6 mesi a 4 anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita".

Bibliografia

Amnesty International, Donne. *"Il coraggio di spezzare il silenzio."* Rizzoli libri illustrati. 2005.

Amnesty International. *"Mai più. Fermiamo la violenza sulle donne"*. EGA Editore. 2004.

Gainotti Merete Amann, Pallini Susanna. *"La violenza domestica. Testimonianze, interventi, riflessioni"*. Magi Edizioni Scientifiche. 2008.

Norwood Robin. *"Donne che amano troppo"*. Feltrinelli. 2003.

Saba Addis e all. *"Amorosi assassini. Storie di violenza sulle donne"*. Ed. Robinson. 2008.

Vodarich Monica (a cura di). *"Uscire dalla violenza si può"*. Jar Edizioni. 2008.

Sitografia

www.nondasola.it

www.centroantiviolenzatn.it

www.who.int

www.istat.it

www.direcontrolaviolenza.it

www.centriantiviolenza.eu

NORME REDAZIONALI

La rivista pubblica contributi originali (saggi, articoli, monografie, interviste, recensioni etc.) che devono pervenire alla redazione corredati, a parte, da una nota informativa dell'autore contenente: dati anagrafici, titoli professionali, titoli scientifici, attività prevalente, appartenenza ad istituzioni, indirizzo e recapito telefonico.

Ogni articolo, conforme alle norme editoriali, sarà valutato anonimamente da due membri del Comitato Scientifico.

I lavori dovranno essere presentati su cd elaborati con programmi Machintosh o inviati via mail all'indirizzo di posta elettronica i.psicoterapie@tiscali.it.

Il formato dell'elaborato dovrà essere il seguente:

Carattere Times:

Titolo (Maiuscolo 12), Autore (Corsivo 11), Testo (10)

Margini:

Superiore 2,1 cm

Inferiore 2 cm

Sinistro 2,5 cm

Destro 2 cm

Intestazione 1,5 cm

Piè di pagina 1,25 cm

Il lavoro deve essere articolato nelle seguenti sezioni:

1. Titolo

Nella prima pagina del manoscritto deve comparire il titolo del lavoro, il nome degli autori e l'ente di appartenenza degli autori.

2. Riassunto

Il resto deve essere preceduto da un riassunto in lingua originale e in inglese della lunghezza massima di 20 righe, con l'indicazione delle parole chiave.

3. Testo

Il testo deve essere articolato, nel caso si tratti della presentazione di una ricerca, nei seguenti capitoli: introduzione, materiali e metodi, risultati, discussione ed eventualmente conclusioni.

Nel testo deve essere chiaro il punto in cui si intende inserire il materiale illustrativo (figure, grafici, tabelle etc.) che, allegato a parte, deve essere numerato.

Ogni pezzo deve contenere sul retro l'indicazione del numero d'origine della didascalia e dell'eventuale fonte.

Il materiale illustrativo deve essere consegnato pronto per la fotocoproduzione, altrimenti verranno addebitate le relative spese tipografiche.

Le note non sono accettate sotto nessuna forma.

I riferimenti bibliografici devono contenere, tra parentesi, il cognome dell'autore e l'anno di pubblicazione, secondo l'esempio: (Chomsky, 1964).

Nel caso di più opere dello stesso anno, l'anno è seguito dalla corrispondente lettera, secondo l'esempio: (Chomsky, 1965a).

Se ci si vuole riferire ad un certo tratto del testo bisogna aggiungere l'indicazione di pagina, secondo l'esempio: (Chomsky, 1964: 85-88).

Se gli autori sono più di due si usi l'abbreviazione et al., secondo l'esempio: (Simonelli *et. al.*, 1989).

4. Bibliografia

La bibliografia deve essere raccolta su un foglio a parte.

Per le citazioni bibliografiche si tengano presenti i seguenti esempi:

- a) per il libri: Moates, D.R., Schumacher, G.M., 1980, *An introduction to Cognitive Psychology*, Belmont, Wadsworth Publishing Co., tr. It., *Psicologia dei processi cognitivi*, Bologna, Il Mulino, 1983;
- b) per gli articoli di riviste: Roncato, S., 1985, "Campo comportamentale e processi cognitivi", *Giornale Italiano di Psicologia*, XII, 3:371-392;
- c) per gli articoli di raccolte: Kanizsa, G., Massironi, M., 1989, "Presenza amodale e integrazione mentale nella rappresentazione pittorica", in Garau, A. (a cura di), *Pensiero e visione in Rudolf Arnheim*, Milano, Franco Angeli: 134-162.
- d) Per i testi reperiti tramite Internet, indicare il Website Address completo.

