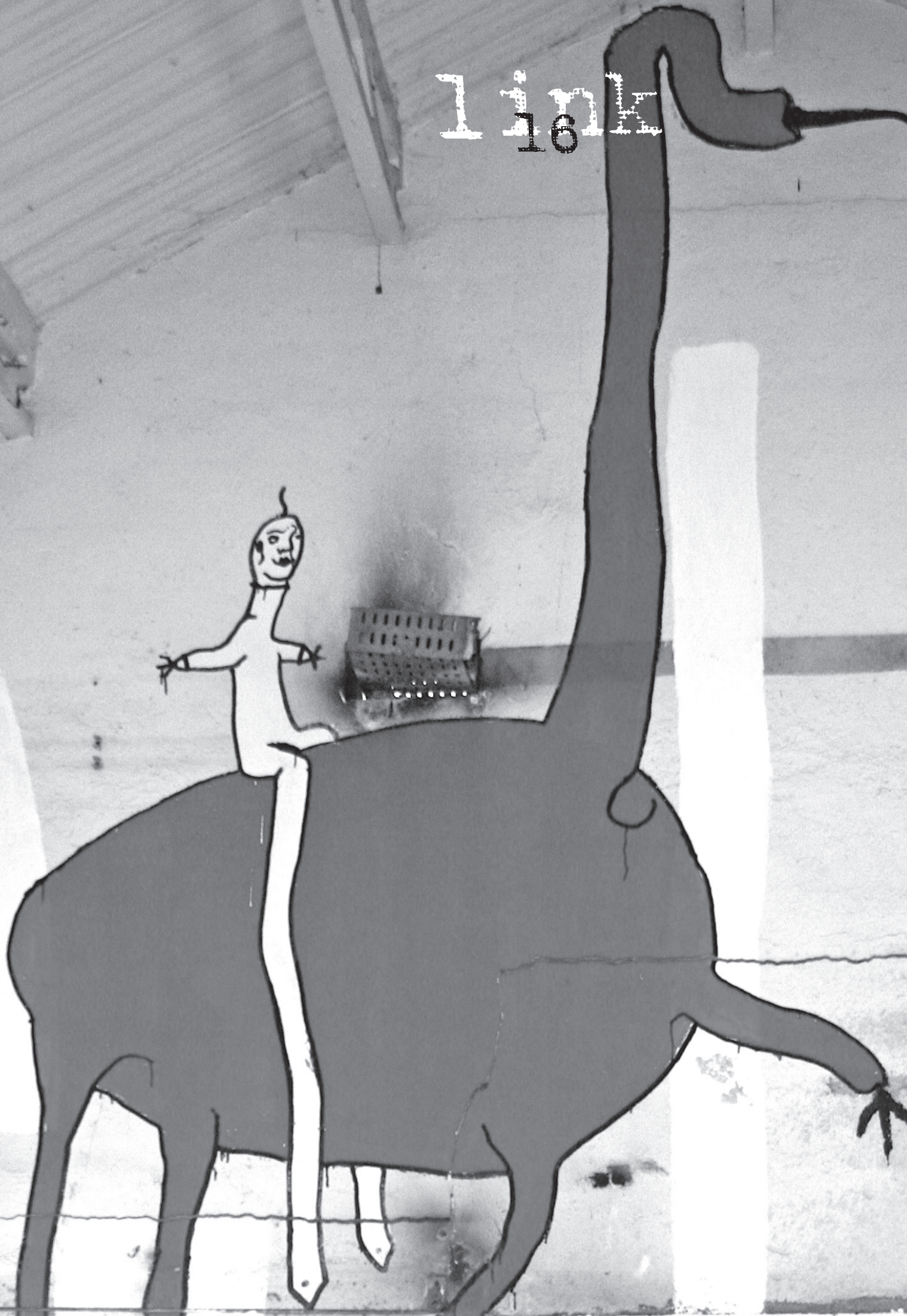


link
16



Direttore responsabile
Rinaldo Perini

Redazione
Vito Tummino (*Presidente Federazione Società Scientifiche di Psicologia, FISSP*),
Giovanni Cavadi (*Docente Università Milano Bicocca*)

Valentina Benaglio, Eleonora Castelnuovo, Veronica Dall'Occhio, Patrizia Dal Pont, Carla Gaffuri, Andrea Pini, Jennifer Salamo, Valeria Vadiolonga

Segreteria
Alessandra Albini
(alessandra.albini@hsacomito.org)

Comitato scientifico
Adalgisa Battistelli, Alessandro Bruni, Anita Caruso, Michele Cusano, Isabel Fernandez (*Presidente EMDR*), Maria Clotilde Gislón, Gioia Gorla (*Presidente Associazione italiana per la psicologia e la psicoterapia*), Maria Grazia Inzaghi, Silvia Lapini, David Lazzari, Giovanni Lodetti, Antonio Lo Iacono, Gabriella Morasso (*Past-President Società Italiana di Psicooncologia*), Pierangelo Sardi, Mario Sellini (*Presidente Società scientifica Form AUPI*), Enzo Spaltro, Isabella Zucchi (*Presidente Società italiana consulenti del linguaggio grafico*)

Redazione Como
DSM Azienda Ospedaliera Sant'Anna,
Unità Operativa di Psicologia
via Napoleona, 60 22100 Como,
tel. 031.5855896,
e-mail: redazione.link@hsacomito.org

Redazione Roma
Sede centrale AUPI,
via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819,
fax 06.68803822

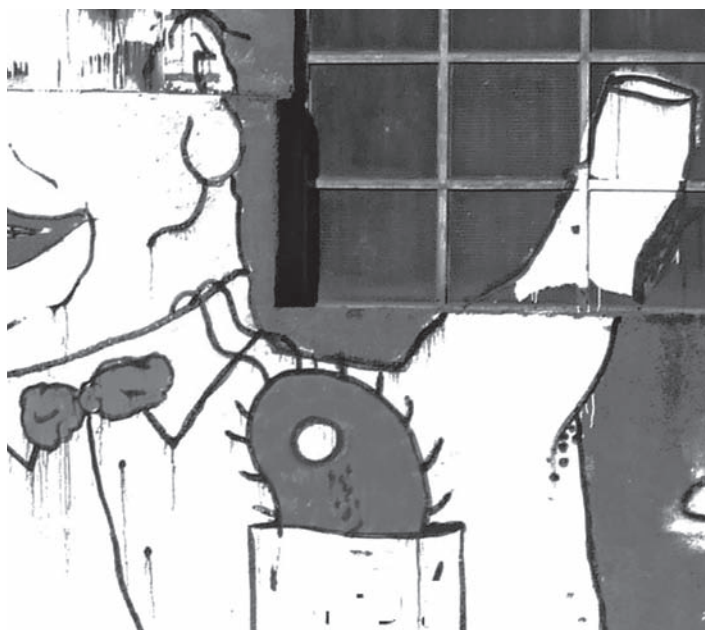
Amministrazione
Via Arenula 16, 00186 Roma,
tel. 06.6873819, fax 06.68803822
e-mail: formaupi@aupi.it

Art director
Andrea Rosso

Grafica e impaginazione
Natura e comunicazione/ Como
www.andrearosso.fotocomp.it

Stampa
Edigraf Editoriale Grafica, Roma,
via E. Morosini 17, tel. 06.5814154

Poste Italiane SpA
Spedizione in abbonamento
postale - D. L. 353/2003
(conv. in L. 27.02.2004 n. 46)
art. 1 comma 2 - DCB - Roma
Registrazione del Tribunale di Roma
n. 278 del 7/6/2002



LINK È UNA PUBBLICAZIONE PRODOTTA GRAZIE AI CONTRIBUTI DELL'AUPI E DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DELLA FISSP

Link non è in vendita, viene inviata agli iscritti dell'AUPI e delle Società scientifiche.

n.16 LUGLIO 2010

NORME PER GLI AUTORI

I manoscritti inviati per pubblicazione su *Link* devono essere indirizzati via e-mail al Direttore editoriale (Vito Tummino, vitotu@tiscali.it) e al responsabile di redazione (Giovanni Cavadi, cavadi@libero.it).

I contributi presentati per la pubblicazione non devono essere già stati pubblicati o contemporaneamente sottoposti ad altre riviste. Nel caso di contributi di particolare interesse già editi, la redazione si riserva ogni decisione in merito. La redazione segnalerà all'autore eventuali modifiche da apportare al testo.

NORME REDAZIONALI

La Rivista *Link* è articolata nelle seguenti sezioni:

Focus, Una storia, Esperienze, Società, Strumenti, Recensioni, Una storia clinica, Emozioni, Link art.

Per le rassegne e gli articoli di ricerca si raccomanda di non superare le 12 cartelle dattiloscritte, comprese tabelle, figure e bibliografia.

Gli articoli di ricerca dovranno contenere una precisa, anche se breve introduzione al problema trattato, nella quale verranno specificati anche gli scopi della ricerca; seguiranno sezioni riguardanti metodo e tecniche (in cui saranno chiaramente indicati disegno della ricerca, campione, strumenti e procedure per la raccolta delle informazioni, modalità di elaborazione dei dati), risultati, discussione, conclusioni e bibliografia.

Tutti i contributi saranno corredati da un riassunto in italiano ed uno in lingua inglese, con un massimo di 200 parole. Anche il titolo del contributo sarà presentato nelle due lingue.

Tutti i contributi devono essere corredati di 3/5 parole chiave in lingua italiana e inglese.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia va stesa secondo le norme dell'*American Psychological Association*. Essa deve essere in ordine alfabetico. Ecco alcuni esempi:

Beck A.T. & Freeman A. (1990) *Cognitive therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York. (trad. it. *Terapia cognitiva dei disturbi di personalità*, Mediserve, Milano, 1993).

Costantino G., Malgady R. G., Rogler L. H. & Tsui G. (1988) *Discriminant analysis of clinical outpatients and public school children by TEMAS: A thematic apperception test for Hispanics and Blacks*, Journal of Personality Assessment, 52, 670-678.

Crotti N., Di Leo S. & Viterbori P. (1998) *Dalla paura al cambiamento*, in Crotti N. (ed.), *Cancro: percorsi di cura*, Meltemi, Roma, 27-49.

Zani B. & Cicognani E. (1999) *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.

La nostra quotidianità è attraversata ormai da tempo da gravi e sconcertanti conflitti istituzionali nel sistema del Paese, da scandali che coinvolgono alte personalità dello Stato ed è facile rilevare il ricorso a linguaggi offensivi e denigratori tra avverse parti o addirittura all'interno delle stesse compagini politiche. A guardare l'immagine che la classe politica vuol dare del Paese, tutto appare normale e i cittadini di questo Stato vivono felici. Fino a che punto però è vera questa percezione? Le Istituzioni rappresentano nell'immaginario dei cittadini la sicurezza e la protezione di fronte all'angoscia della perdita di punti di riferimento sociale e relazionale: sono un baluardo di identificazione proiettiva dei nostri sistemi di valori e di contenimento di fronte alle pulsioni distruttive. La crisi economica, mal governata da coloro che hanno il mandato di assicurare benessere e sicurezza, assieme alla perdita di credibilità nelle istituzioni può trasformarsi in sfiducia generalizzata poiché aumentano quotidianamente i rischi per le fasce più deboli di pagare un prezzo altissimo per lo stato delle cose.

Questo governo ha chiaro dunque chi deve fare sacrifici di fronte alla crisi, anche nell'ambito della cura, dell'assistenza e della salute: la Dirigenza Sanitaria Pubblica dovrà rinunciare nei prossimi 3 anni a 25.000 euro di stipendio, al turnover e a nuovi investimenti e al mancato rinnovo dei contratti di migliaia di lavoratori precari. Nonostante tutto restiamo fedeli all'imperativo etico della nostra professione, e continueremo a valorizzarlo e salvaguardarlo in nome e per conto del diritto alla salute di tutti i cittadini.

Quest'anno abbiamo eletto i nuovi consiglieri degli Ordini Regionali e la Presidenza del Consiglio Nazionale dell'Ordine è stata riconfermata al Presidente uscente Pinluigi Palma, grazie alla maggioranza sostenuta dall'AUPI che così si riconferma l'Associazione punto di riferimento degli psicologi italiani. Questo fa ben sperare che avremo davanti 4 anni di governo che valorizzerà, come negli ultimi anni con la Presidenza Sardi e Palma, le diverse istanze della professione.

L'E.F.P.A. (*European Federation Psychologist's Association*) a cui l'Italia aderisce con i suoi massimi rappresentanti del Sindacato AUPI, dell'Ordine nazionale, della F.I.S.S.P., e dell'A.I.P., ha costituito il comitato nazionale per il rilascio del Certificato Europeo di Psicologo EuroPsy e da quest'anno anche il certificato di Specializzazione in Psicoterapia, validato secondo gli Standard Europei. Così, il Certificato Euro-Psychotherapy è comprensivo di un sistema di standard per la formazione e il training di Psicologi professionisti in Europa e ha lo scopo di dare agli Psicologi Psicoterapeuti l'opportunità di esercitare la professione ovunque nella UE, rispondendo ai requisiti sia per la formazione post-accademica che per il training professionale richiesti dall'EFPA.

Il Certificato EuroPsychotherapy sarà valido per un periodo di 7 anni, al termine del quale verrà rinnovato se ancora permangono i requisiti richiesti.

In questo numero di *Link* ospitiamo un contributo di Giorgio Blandino per una possibile mission della Psicologia. Essa è in grado di assumersi un compito di speranza inteso nel senso di essere-nel-mondo accanto agli altri: si tratta di un modello di lavoro ben calato nella realtà che mira offrire una presenza concreta, un affiancamento e una condivisione, sostenuti e perseguiti prima di tutto nel lavoro clinico quotidiano. Altro compito della professione: intervenire a livello preventivo e diagnostico nei vari settori del lavoro, dell'industria, delle scuole, degli ospedali e delle strutture di servizio sul territorio; esso comporta che l'intervento psicologico si configuri come strumento di intervento su programmi ad ampio respiro che comprendono cambiamenti negli stili di vita, nell'ambiente e nella promozione delle risorse che migliorano la qualità della vita. Il terzo e fondamentale compito è riaffermare la psicologia come scienza dell'uomo che ha colto le dimensioni latenti e primarie e tutti gli aspetti ostacolanti e distruttivi di un equilibrato sviluppo umano; essa si costituisce come il punto di partenza di ogni successivo discorso e come incontro ineludibile nella progettazione di politiche sane e nella prevenzione dei conflitti. La conoscenza psicologica prende senso e spessore se viene concepita non solo in funzione di un'utilizzazione particolare e specifica, ovvero come strumento d'intervento (clinico, individuale e sociale), ma anche come strumento squisitamente politico.

Segnalo poi un ricordo di un grande innovatore del modo di fare scienza per i cittadini, lo psichiatra Franco Basaglia. Il collega Franco Perazza ne traccia una biografia per non dimenticare la rivoluzionaria portata del suo appassionato lavoro.

Giovanni Cavadi ci racconta nella sezione *Una Storia* la vita del grande esponente della psicologia americana Henry Alexander Murray, inventore di uno dei test proiettivi, il T.A.T., più utilizzati e di sicuro riferimento per gli psicologi clinici.

Santa Teresa Bruno, nella sezione *Esperienze*, ci descrive l'impatto traumatico delle dinamiche di vittimizzazione e ci offre un'analisi sul modo di intervenire nei casi di violenza domestica. A questo articolo segue l'intervista condotta da Veronica Dall'Occhio alla responsabile di un'*équipe* integrata che opera per il Centro di Soccorso Violenza Sessuale di Torino, Silvia Donadio.

Nella sezione *Strumenti* pubblichiamo un interessante metodo di valutazione psicologica, tratto dall'esperienza di gruppo nella terapia combinata per il trattamento del Binge Eating Disorder ad opera di Isabella Napoletano e altri, e un articolo di Carla Gaffuri sugli aspetti dell'obesità nel modello di trattamento ambulatoriale presso l'U.O. di medicina nutrizionale e chirurgia bariatrica dell'ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù.

Riccardo Romandini, in *Ricerche*, ci propone un'analisi della violenza contro le donne in un lavoro realizzato insieme a Linda Laura Sabbadini e Maria Giuseppina Muratore per l'Istituto Nazionale di Statistica.

Per la sezione *Società*, Patrizia Dal Pont ci racconta di un'indagine empirica su "Rifugiati politici e identità" svolta presso un centro di accoglienza.

La sezione *Una storia clinica* accoglie in questo numero uno scritto di Gianuario Buono ed altri sulla "terapia attraverso il gruppo" nella metafora del viaggio.

In *Emozioni* un articolo di Mariceta Gandolfo, "Dai boccioli di loto alle piccole donne drago: la voce della metà dimenticata del cielo", apre uno sguardo letterario sulla condizione femminile nel paese più popoloso del mondo.

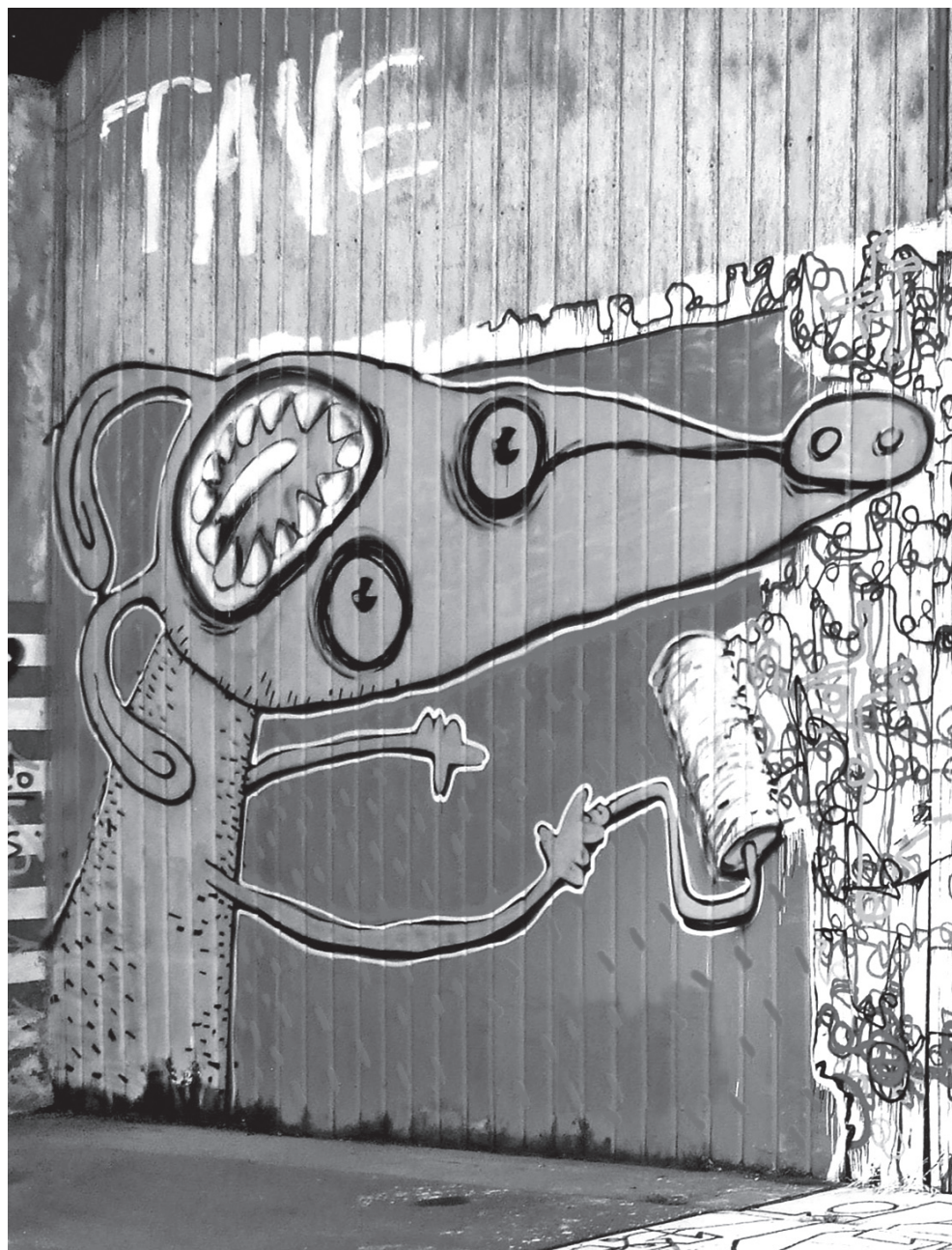
Infine, nella sezione *Linkart*, Rosa de Rosa esplora lo scenario espressivo di una grande personalità del Seicento italiano, Artemisia Gentileschi.

Vito Tummino

link 16 focus

Tre compiti per la psicologia
GIORGIO BLANDINO

Per non dimenticare
FRANCO PERAZZA



Tre compiti per la psicologia

La psicologia come scienza dell'uomo investiga i principi delle cose, e sta alla base dell'intervento individuale e sociale. I suoi ambiti applicativi possono estendersi alla politica e alle scienze politiche per favorire l'incontro e il dialogo

GIORGIO BLANDINO*

Quando l'uccello si posa su un muro e vede i semi che servono da esca nella trappola, il desiderio lo spinge verso questi semi: li guarda, poi guarda verso i vasti altipiani. L'uccello che resiste a questa tentazione prende il volo verso gli altipiani, colmo di gioia.
(Rumì, Racconti Sufi, p.62)

Secondo Freud tre sono i compiti impossibili per la psicologia: educare, governare e psicoanalizzare. Ma se analizziamo i molteplici paradigmi teorici e metodologici elaborati dalla scienza psicologica e, in particolare quelli d'ispirazione psicodinamica, possiamo domandarci se davvero non riusciamo a trovare qualche compito "possibile" o, addirittura, qualche prospettiva auspicabile per la psicologia e il lavoro psicologico. Senza dimenticare l'ammonimento freudiano che deve servire a farci tenere i piedi per terra e a fare i conti con i nostri limiti, possiamo delineare tre compiti "possibili" per il lavoro psicologico, realizzabili col singolo, nel sociale e anche a livello politico, ambito affascinante e trascurato, ma anche il più ricco di prospettive.

1. Offrire una speranza

Arthur Herzberg era un rabbino e professore universitario di grande prestigio, firma del New York Times e della New York Review of Books, protagonista dei grandi eventi della politica americana e dei momenti più importanti e drammatici della vita di Israele, per anni a capo della delegazione per il dialogo tra Ebrei e Vaticano (creata da Giovanni XXIII). Il suo pensiero centrale era il seguente:

«Un rabbino deve essere dove sono i veri problemi, le scelte, le attese e le angosce di coloro che condividono la stessa epoca storica e non laddove si ripetono tranquillizzanti luoghi comuni che non hanno alcun rapporto con la realtà».

Questa affermazione, citata dal New York Times il giorno della sua morte nell'aprile del 2006, illustra quello che è il compito di uno psicologo o di chiunque svolga attività di aiuto, cura e assistenza, attività che richiedono l'attivazione di funzioni psicologiche della mente. Un compito inteso in chiave sociale che consistente nell'essere-nel-mondo accanto agli altri, piuttosto che nella trasmissione di ideologismi astratti e normativi anche se, apparentemente, consolatori. Si tratta di un modello di lavoro ben calato nella realtà, ottimo esempio anche per chi svolge un lavoro psicologico: non vendere rassicurazioni, soluzioni magiche o onnipotenti o illusioni tecnicistiche, ma offrire una presenza concreta, un affiancamento e una condivisione, sostenuta e perseguita prima di tutto nel "quotidiano" del proprio lavoro, il cui adeguato svolgimento è già buon segno di professionalità e responsabilità. Diceva Martin Luther King: "Anche se avrò aiutato una sola persona a sperare non avrò vissuto invano", affermazione che ricorda quella famosa del Talmud citata anche da Steven Spielberg nel suo film *Schindler's list*: "Se salvi anche una sola persona avrai salvato l'umanità".

Il compito dello psicologo e di tutti coloro che svolgono un lavoro psicologico in cui si richiedono le capacità relazionali finora descritte è, in ultima analisi, quello di esserci e mostrare una via d'uscita che non consiste nella soluzione dei problemi,

Non vendere rassicurazioni, soluzioni magiche o onnipotenti o illusioni tecnicistiche, ma offrire una presenza concreta, un affiancamento e una condivisione, sostenuta e perseguita prima di tutto nel "quotidiano" del proprio lavoro

Le errate aspettative magico-onnipotenti, di cui così spesso è investita la psicologia, si fondano su una speranza ingannatrice: sconfiggere la sofferenza. Se è compito di chi svolge lavori psicologico-relazionali spegnere queste illusioni, è però altrettanto suo il compito di conservare e promuovere una idea "realistica": quella che non elude le angosce

ma nella possibilità di tollerarli e trasformarli: un compito che consiste nell'offrire una speranza.

Va precisato che per speranza non s'intende una posizione illusoria, ingenua o irresponsabile, negatrice delle angosce della vita, ma un qualcosa che, proprio riconoscendo le medesime, trova in questi limiti un senso e un significato nelle cose. Promuovere la speranza, come compito psicologico, non vuol dire, dunque, negare la sofferenza, ma riconoscerla perché questa è la sola strada per trovare la vera comprensione di sé e degli altri e aprirsi alla democratica convivenza sociale.

Se dunque la funzione psicologica, sia che venga svolta da uno psicologo o da uno psicoterapeuta, da un insegnante o da un medico, da un assistente sociale o da un leader di gruppo, è di dare speranza, questa speranza non prescinde dal dolore, ma è possibile solo grazie al dolore, di cui l'esistenza umana è piena. Speranza significa che si può vivere anche con la sofferenza e che si può venirne a patti. Dare speranza non vuol dire prospettare o progettare l'immortalità, ma sapere che, malgrado questo destino umano, continueremo a prenderci cura di chi ne ha bisogno.

Credo che il compito dello psicologo sia di riuscire ad affermare la vita, di andare a trovarla là dov'è, anche nel buio più buio, e permettere alla stessa di affermarsi. Compito dello psicologo è dunque quello di riuscire a recuperare quella forza vitale che vuole sprigionarsi anche se momentaneamente sopraffatta da forze distruttive. Guido Ceronetti, scrittore diffidente e critico verso la psicologia, in un articolo su *La Stampa* del 1992, parlando di una sua frequentazione del Cottolengo di Torino, invita a visitarlo in quanto luogo dove «si impara un mestiere imponente e inesplicabile, [...] ad avere pietà, a portare la croce, per un tratto, a chi non può farcela, a capire la luce intermittente e lontana che sopravvive nella sepoltura delle menti più opache» (1992; pp.73-74).

Ceronetti descrive molto bene cosa sia la capacità relazionale intesa non solo come competenza tecnica esterna, ma come qualcosa di più profondo che coinvolge la persona interamente, cogliendo perfettamente il senso di un atteggiamento d'aiuto: la ricerca della "luce" anche laddove sembra spenta o oscurata.

Dare una speranza significa dunque offrire una visione diversa delle cose che apra nuove possibilità sotto il profilo clinico-terapeutico e quello dei vari interventi che si possono fare e che si avvalgono del contributo psicologico nell'accezione psicoanalitica. D'altra parte le errate aspettative magico-onnipotenti, di cui così spesso è investita la psicologia, si fondano su una speranza ingannatrice: di poter sconfiggere la sofferenza. Se è compito di chi svolge lavori psicologico-relazionali spegnere queste illusioni, aiutando a fare esami della realtà, senza negare per questo la tragicità e i limiti dell'esistenza, è però altrettanto suo compito conservare e promuovere un'idea "realistica": quella che non elude le angosce ma, a fronte della medesime, riesce ad affrontarle e ritrovando la spinta propulsiva alla conoscenza e alla vita. Dare speranza è, in definitiva, la finalità ultima di chi svolge un lavoro relazionale.

Gianni Rodari scrive nella poesia intitolata *Speranza*:

S'io avessi una botteguccia
fatta d'una sola stanza
vorrei vendere
sai cosa? La speranza.
"Speranza a buon mercato!"
Per un soldo ne darei
ad un cliente
quanto basti per sei.
E alla povera gente
che non ha da campare
darei tutta la mia speranza
senza farla pagare.
(1972; p. 87)

Diceva un altro rabbino, Rabi Nachman, in altri tempi:

«Ci sono uomini che soffrono terribili pene e non possono raccontare cosa c'è nel loro cuore, e vanno pieni di affanno. Se allora uno viene loro incontro con volto ridente, riesce a rianimarli con la sua gioia. E questo non è una cosa da poco: rianimare un uomo». (Buber 1994; p. 34).

2. Progettare e prevenire: la funzione epidemiologica della psicologia

Nella Nuova serie di lezioni dell'*Introduzione alla psicoanalisi* del 1932, Freud affermava che un analista nella sua vita non può vedere più di un certo numero ristretto di casi e che quindi il lavoro analitico ha importanza forse più come laboratorio di indagine che come luogo di cura in senso stretto. Perciò egli pensava che il contributo più profondo della psicoanalisi non stesse tanto nel curare le singole persone quanto nell'indagare e nello scoprire, attraverso il lavoro con i singoli pazienti, i meccanismi di funzionamento mentale più generali.

Sempre in quella occasione scriveva anche che l'applicazione della psicoanalisi all'educazione e alla scuola è «forse il più importante dei compiti dell'analisi, ricchissimo di promesse per il futuro» (pp. 251-252). Opinione che, con altre parole, aveva già espresso nel 1925 nella Prefazione a un testo di August Aichorn: «di tutte le applicazioni della psicoanalisi nessuna ha destato così grandi interessi e speranze come quella che si riferisce alla teoria e alla pratica dell'educazione infantile» (p.181).

Prima ancora nel 1913 asseriva che: «quel che possiamo attenderci da una profilassi individuale delle nevrosi dipende da un'educazione psicoanaliticamente illuminata» (L'interesse per la psicoanalisi, p. 272). Freud, per primo, pensava che la psicoanalisi non dovesse esaurirsi nella sola pratica clinica individuale, ma dovesse avere un seguito applicativo esplicito sul sociale nel quale individuava, nell'educazione e nella scuola, il punto centrale. La sua convinzione, come ricorda Bettheleim, era che «la creazione di una società civile, nonostante tutte le sue imperfezioni, rappresentasse la più nobile meta cui l'uomo potesse tendere» (1982, p. 34).

Lo psicoanalista inglese Money-Kyrle (1951), sulla sua stessa lunghezza d'onda, sottolineò come il grande contributo della psicoanalisi consisteva nel dare indicazioni per poter immaginare una politica educativa e assistenziale.

Questo significa avvalersi dei dati della ricerca psicoanalitica per acquisire uno strumento di lavoro fondamentale:

A. per comprendere più a fondo i meccanismi mentali che intervengono in ogni relazione umana e nel lavoro psicologico

B. per progettare e organizzare le strutture sociali per renderle più umane e attente ai bisogni delle persone che ne fanno parte.

Ad esempio, a scuola, non si fa psicologia insegnandone le teorie e le metodologie, ma organizzando l'apprendimento in coerenza con i risultati della ricerca psicologica. In un'azienda o in un ospedale non si formano manager o caposala a gestire i collaboratori o a comprendere i conflitti o i processi di comunicazione insegnando teorie della comunicazione, secondo modelli di intervento psicologico. Si promuove invece l'attivazione della funzione psicologica, con qualunque ruolo e con qualunque tipologia di operatori e lì si aiuta ad essere più attenti a ciò che accade intorno e dentro di loro quando sono in rapporto con gli altri (utenti).

Non è il contenuto psicologico che forma le capacità relazionali e caratterizza un'operazione psicologica, ma il modo di organizzare questa operazione, in accordo con i risultati della ricerca, proprio come nella terapia individuale il setting terapeutico ha un'importanza fondamentale tanto quanto quello dell'intervento del terapeuta. Ad esempio in psicoanalisi non serve a niente fare interpretazioni, anzi è controproducente, se poi l'analista non mantiene il setting il cui abbandono (tranne in casi eccezionali) è così grave da rendere non psicoanalitico il lavoro. Langs (1985) ha messo in luce come errori di questo genere, da parte del terapeuta, non solo sono tecnicamente scorretti, ma addirittura sono antiterapeutici e nocivi nel senso che fanno ammalare ulteriormente il paziente: modalità di comportamento che fanno ammattire.

Dunque, il secondo possibile e incisivo compito che la psicologia può realisticamente svolgere non consiste unicamente nella sua, peraltro proficua, utilizzazione tecnica a vari livelli e nei più disparati molteplici contesti, ma, soprattutto, nel progettare e organizzare strutture su basi scientifiche in consonanza con i risultati acquisiti dalla ricerca psicoanalitica. In specifico significa poter prevedere e progettare:

1. più adeguate condizioni di sostegno all'ambiente familiare;
2. un miglior sistema educativo;
3. strutture sociosanitarie più attente e in ascolto; di conseguenza:
4. una vita organizzativa più umana;
5. migliori relazioni sociali e, in ultima istanza,
6. più pacifiche relazioni internazionali.

Una simile organizzazione dei servizi, a sua volta, sarà foriera di risultati e indicazioni scientifici se pensiamo a una psicologia collegata alla realtà e non chiusa solo nella

Non è il contenuto psicologico che forma le capacità relazionali e caratterizza un'operazione psicologica, ma il modo di organizzare questa operazione, in accordo con i risultati della ricerca, proprio come nella terapia individuale, il setting terapeutico ha un'importanza fondamentale tanto quanto quello dell'intervento del terapeuta

Progettare, organizzare e gestire servizi e strutture sociali (a qualunque livello), in ottemperanza ai dettami delle risultanze della ricerca psicoanalitica, è fare dell'autentica psicologia clinica, quella che appunto possiamo chiamare clinica sociale. In un senso più ampio è attuare un intervento e un lavoro psicologico finalizzato al cambiamento

“torre d'avorio” dei suoi laboratori. Sotto questo profilo progettare, organizzare e gestire servizi e strutture sociali (a qualunque livello), in ottemperanza ai dettami delle risultanze della ricerca psicoanalitica, è fare dell'autentica psicologia clinica, quella che appunto possiamo chiamare clinica sociale. In un senso più ampio è attuare un intervento e un lavoro psicologico finalizzato al cambiamento.

Oltre alle potenzialità progettuali suddette il compito psicologico presenta anche potenzialità preventive per le indicazioni che offre al fine di impostare:

- procedure e programmi formativi orientati alla ricerca e alla conoscenza piuttosto che non all'ubbidienza passiva;
- strutture assistenziali orientate all'ascolto;
- sistemi e organizzazioni di lavoro più “sani”, orientati alla cooperazione piuttosto che non allo sfruttamento;
- nonché strutture sociali autenticamente democratiche fondate sul rispetto delle regole di convivenza civile e sulla solidarietà invece che sulla propaganda manipolata da personalità autoritarie.

Ciò comporta un ulteriore modo di intendere il compito della psicologia che ha come conseguenza anche l'apertura di nuove ed entusiasmanti possibilità professionali: mi riferisco alla psicologia come scienza che dovrebbe intervenire (non solo “dopo”, ma “prima”) sulla base delle sue ricerche e delle sue conoscenze e con il contributo di tutti gli orientamenti che la caratterizzano, determinante nel “curare”, nel progettare e nell'organizzare strutture sociali, politiche educative assistenziali, schemi di lavoro più sani e più umani. Una psicologia intesa cioè come epidemiologia.

Una sfida che si pone alla psicologia consiste non solo nel ripensare al senso della salute mentale, del benessere individuale e sociale in contrapposizione alla patologia, non solo nel ripensare al senso e alla funzione della diagnosi, ma nel ripensare al senso stesso dell'intervento psicologico che, laddove è trasformativo, promotore di consapevolezza e benessere, costruttore di relazioni interpersonali, individuali, organizzative e sociali, più sane e più umane, è più epidemiologico che curativo in senso stretto. Vale a dire che c'è una clinica che interviene per cercare di riparare i danni inferti o ricevuti e c'è una clinica che opera in funzione preventiva, epidemiologica appunto.

Uscire dal ristretto ambito dello studio per intervenire a livello preventivo nei vari settori del lavoro, dell'industria, delle scuole, degli ospedali e delle strutture di servizio sul territorio comporta che l'intervento psicologico si configuri come strumento di cambiamento su programmi ad ampio respiro che comprendono cambiamenti negli stili di vita, nell'ambiente, e nella promozione delle risorse che migliorano la qualità della vita. In questo senso il vertice psicoanalitico risponde pienamente all'auspicio che un autore come Marcuse, a torto un po' dimenticato, formulava nel suo famoso saggio *L'uomo a una dimensione*: «La società industriale avanzata si sta avvicinando allo stadio in cui la continuazione del progresso richiederebbe un rovesciamento radicale della direzione e organizzazione del progresso che oggi prevalgono» (1967; p. 36).

Sotto questo profilo, il compito psicologico non può essere delegato solo allo psicologo, ma a tutti coloro che si vogliono impegnare in questa strada, ma che pertanto necessitano di un equipaggiamento psicologico. In questo senso la psicologia, in particolare quella fondata sullo specifico modo di vedere, sentire e operare di tipo psicodinamico, può dunque diventare non solo la disciplina propria di una professione, ma la disciplina di riferimento per lo sviluppo di determinate capacità che sono proprie di molteplici professioni: tutte quelle orientate allo sviluppo e alla crescita sociale. Non si tratta più dunque solo di utilizzare la psicologia per formare degli psicologi, ma di utilizzare la psicologia come competenza di base di varie professionalità ovvero intendendola come funzione, prima che come disciplina.

Comunque, progettare politiche educative e sociali che si preoccupino solo di rispondere ai bisogni manifesti e apparenti non è sufficiente e, soprattutto, è inadeguato e rischioso, anche se le esigenze di realtà sono ineludibili. Innumerevoli esempi testimoniano del fallimento e del malfunzionamento di strutture sociali le quali, per il fatto di fornire un qualche sostegno concreto, si sono sentite (si sentono) esentate dal fornire il ben più importante aiuto relazionale. Il compito di queste strutture infatti non è solo quello di fornire servizi, anche se questa finalità è ovviamente primaria, ma anche quello di fornire presenza, attenzione, ascolto e contenimento: anche questa funzione è primaria al pari dell'altra. È evidente che per svolgere questo compito (relazionale) occorrono operatori emotivamente equipaggianti e una progettazione e un'organizzazione dei servizi che, tenendo conto delle suddette esigenze di ascolto e attenzione, le assuma come finalità.

È interessante notare che, quando esiste una situazione in cui le relazioni interpersonali, istituzionali e collettive sono improntate all'ascolto, alla solidarietà e allo sforzo di collaborazione piuttosto che ad eludere o negare i problemi, anche la limitatezza delle risorse oggettive è vissuta in modo meno impellente. Insomma, le buone relazioni aiutano a sopportare le carenze oggettive, mentre le cattive relazioni impediscono di usufruire e di godere delle risorse anche quando queste sono presenti ed abbondanti.

Con questo quadro la valutazione della qualità e dell'efficacia dei servizi non potrà limitarsi a prendere in considerazione gli aspetti meramente quantitativi, economici e organizzativi, ma dovrà inglobare, tra i suoi criteri indicatori, anche la qualità delle relazioni. Un criterio di valutazione del tutto interno, non alternativo ai criteri esterni socioeconomici, ma diverso: in che misura il modo di svolgere i lavori ad alto tasso di relazionalità (il lavoro psicologico) favorisce o promuove buone relazioni? In che misura le inibisce o le ostacola? Questa prospettiva è interessante perché capovolge il modo di considerare i lavori di servizio, come quelli curativi, educativi, assistenziali e ne misura la validità e l'efficacia in rapporto a variabili psicologiche.

Questo modo di considerare il lavoro non dovrebbe limitarsi alle funzioni educative, assistenziali, curative, o strettamente psicoterapeutiche, ma si dovrebbe estendere anche alle dimensioni sociali e politiche così che si possano valutare lo stato e il livello democratico di una comunità o di una società non più solo su parametri socioeconomici, ma anche su parametri relazionali. Anche la qualità della leadership di un gruppo di lavoro o la qualità della leadership politica potrebbe/dovrebbe essere giudicata alla luce di questi criteri, vale a dire: si tratta di stili di leadership che ricercano e teorizzano unicamente il benessere materiale o promuovono coesione e buone relazioni sociali? Sono stili che fanno progredire la maturità emotiva dei gruppi o trasmettono invece ansia persecutoria, suscitano odio tra i gruppi, manipolano il consenso, usano la propaganda e stimolano collusivamente i bisogni di dipendenza e l'aspettativa magica di trovare qualcuno che risolva i problemi proponendosi come curatore onnipotente? Dovremmo chiederci: in che misura un determinato gruppo sociale, una determinata istituzione, una determinata società è pensata, organizzata, attuata, gestita per sviluppare relazioni sane?

L'obiettivo di una politica educativa e sociale sarà dunque un obiettivo di trasformazione interna, che, in quanto tale, sarebbe solo adattativa. Si tratta di un movimento verso un cambiamento culturale in cui l'idea di sviluppo dipenda dalla possibilità di promuovere la trasformazione delle strutture di relazione tra oggetti interni. Si tratta di una prospettiva trasformativa che persegue un modello di benessere sociale dipendente dal raggiungimento e dall'acquisizione di stati mentali sociali adulti. In questo senso il vertice psicoanalitico pone interrogativi non solo alla scienza, ma anche alla politica e all'economia.

3. "Investigare i principi delle cose"

Se il lavoro psicologico non viene concepito solo nell'ambito di una specifica professione, certo necessaria ma limitata, ma viene assunto nel quadro di una prospettiva generale, come questa appena delineata, presenta una ulteriore (terza) possibilità di utilizzazione, di tipo politico, che è anche la più affascinante e ricca di prospettive. Per illustrarla possiamo fare riferimento a un pensiero di Confucio particolarmente illuminante.

«Gli antichi volendo far rifulgere nel mondo la virtù luminosa, prima ordinavano il loro stato; volendo ordinare il loro stato, prima regolavano la loro famiglia; volendo regolare la loro famiglia, prima perfezionavano la loro persona; volendo perfezionare la loro persona, prima correggevano il loro cuore; volendo correggere il loro cuore, prima rendevano sinceri i loro pensieri; volendo rendere sinceri i loro pensieri, prima ampliavano al massimo la loro conoscenza. Ampliare al massimo la conoscenza consiste nell'investigare a fondo (i principi de) le cose. Investigate a fondo le cose, la conoscenza è poi portata al sommo grado; portata la conoscenza al sommo grado, i pensieri sono resi sinceri; resi sinceri i pensieri, il cuore è poi corretto; corretto il cuore, la persona è poi perfezionata; perfezionata la persona, la famiglia è poi regolata; regolata la famiglia, lo stato è poi ordinato; ordinato lo stato, l'impero è poi pacificato» (*Opere*; p. 36).

Si tratta di uno straordinario programma politico in cui la psicologia è strumento fondamentale: a partire dalla concezione qui descritta abbiamo infatti non solo la legittimazione, ma anche la fondazione della psicologia come principale strumento

Progettare politiche educative e sociali che si preoccupino solo di rispondere ai bisogni manifesti e apparenti non è sufficiente e, soprattutto, è inadeguato e rischioso, anche se le esigenze di realtà sono ineludibili. Innumerevoli esempi testimoniano del fallimento e del malfunzionamento di strutture sociali le quali, per il fatto di fornire un qualche sostegno concreto, si sono sentite (si sentono) esentate dal fornire il ben più importante aiuto relazionale



La politica e l'arte del governo sono l'effetto ultimo di un processo pedagogico prima e etico dopo: il senso ultimo del lavoro educativo-formativo sta nel fatto che è finalizzato ad un discorso politico. Ma questo lavoro pedagogico, costruttivo, si deve fondare su conoscenze psicologiche

politico così che il senso dell'intervento psicologico si arricchisce e si nobilita costituendosi nella sua finalità ultima. In questo pensiero confuciano, la psicologia diventa il fondamento per la progettazione e la costruzione sia di una politica educativa sia di una politica sociale sia, infine, di un modo sociale di essere con gli altri.

«Ampliare al massimo la conoscenza consiste nell'investigare a fondo (i principi del) le cose» si riferisce alla conoscenza in generale che si fonda sull'esperienza e non può trascurare l'attenzione all'incidenza dei fattori emozionali. Se sviluppiamo l'indagine sulla mente umana vediamo che la conoscenza è poi portata al sommo grado. Quando la conoscenza è portata al sommo grado i pensieri sono resi sinceri. Questo risvolto è interessante perché, parlando dell'approccio psicoanalitico bioniano, si è messo in evidenza come una conoscenza sia autentica nella misura in cui persegue la verità la quale dunque è strettamente correlata alla sincerità. Confucio dice: «resi sinceri i pensieri, il cuore è poi corretto». Qui nuovamente vediamo come ci sia una saldatura tra verità e moralità, tra verità ed etica («la correttezza»). Ma soprattutto si osserva come la possibilità della salute mentale sia data dal perfezionamento della mente; infatti: «corretto il cuore, la persona è poi perfezionata».

Continua Confucio: «perfezionata la persona, la famiglia è poi regolata», come dire che la costituzione di piccoli gruppi sani e funzionanti è possibile nella misura in cui ci siano persone sufficientemente sane dal punto di vista psichico per aver potuto usufruire di sane relazioni educative. Si tratta di saper stare insieme agli altri avendo raggiunto la propria autonomia personale. la psicologia di gruppo mostra che la capacità di stare con gli altri è possibile solo se si è capaci di stare da soli, ossia se ci si mette in rapporto con gli altri in funzione dello scambio e non in funzione di ottenere una protezione e una difesa.

«Regolata la famiglia, lo stato è poi ordinato e, ordinato lo stato, l'impero è poi pacificato». Si vede dunque come la politica e l'arte del governo, siano l'effetto ultimo di un processo pedagogico prima e etico dopo: il senso ultimo del lavoro educativo-

formativo sta nel fatto che è finalizzato ad un discorso politico. Ma questo lavoro pedagogico, costruttivo, si deve fondare su conoscenze psicologiche. Rousseau quando scriveva l'Emilio, nel 1762, non intendeva certo scrivere un'opera solo pedagogica, ma voleva scrivere un'opera politica essendo la pedagogia, com'è noto, il braccio non armato della politica: a questo livello si colloca il senso del lavoro pedagogico. È quindi del tutto evidente che una pedagogia "scientifica" non può prescindere dalle conoscenze psicologiche.

Il discorso di Confucio rappresenta bene il senso del lavoro e della ricerca psicologica: una ricerca sulla mente per conoscerla in vista di costituire piccoli gruppi come la famiglia e adeguate attività formative come la scuola, le quali, a loro volta, permettono di regolare la convivenza civile nello Stato. Da questo brano possiamo dedurre che non si possono progettare strutture sociali o strategie politiche individuando finalità senza avere ben chiari quali sono i meccanismi mentali basilari che regolano il comportamento umano.

La psicologia come scienza dell'uomo – nella misura in cui ha colto le dimensioni latenti e primarie e tutti gli aspetti ostacolanti e distruttivi – si costituisce dunque come il punto di partenza di ogni successivo discorso e come incontro ineludibile nella progettazione di politiche sane e nella prevenzione dei conflitti. La conoscenza psicologica prende senso e spessore se viene dunque concepita non solo in funzione di un'utilizzazione particolare e specifica, ovvero come strumento d'intervento (clinico, individuale e sociale), ma anche come strumento squisitamente politico. Peraltro tutte le grandi costruzioni politiche, come ad esempio quella del Leviatano di Hobbes (1651) o quella marxiana, hanno alla base una concezione della mente e dell'uomo. Questa concezione, se in epoche passate era imperfetta, a causa della mancanza di conoscenze psicologiche scientifiche sulla nascita e lo sviluppo della mente, oggi, alla luce della moderne ricerche non è più accettabile. Infatti, quando la teoria psicologica è carente o errata, come ad esempio in Marx (si vedano ad esempio i Manoscritti economico-filosofici del 1944) anche la costruzione politica che ne deriva si rivela alla fin fine inadeguata.

4. Verso una scienza politica "depressiva"

Il pensiero di Confucio potrebbe dirsi utopistico, ma pensare ai gruppi come entità in cui le persone cooperano facendo prevalere una mentalità di lavoro adulta e negoziale e a Stati più orientati alla collaborazione che non al conflitto originato da funzionamenti malsani, non è utopistico.

Vorrei ricordare che Winnicott (1986) sosteneva che il compito di ogni società è quello di far progredire la parte più sana di ciascuno di noi per costruire relazioni sociali più stabili e meno problematiche. Meltzer e Harris, da parte loro affermano «Occorre che poco alla volta, ad ogni nuova generazione, si riesca a far progredire il livello di maturità e di crescita dell'intera popolazione. Quale altro obiettivo dovrebbe porsi una politica educativa e sociale?» (1983; p.95). Alexis de Toqueville, quando nel 1840 scrive *La democrazia in America*, prevede passo passo quello che sarebbe accaduto nei successivi centocinquanta anni, affermando:

«Educare la democrazia, rianimarne se possibile la fede, purificarne i costumi, regolarne i movimenti, sostituire a poco a poco la scienza degli affari all'inesperienza, la conoscenza dei suoi veri interessi agli istinti ciechi, adattarne il governo ai tempi e luoghi, modificarlo secondo le circostanze e gli uomini; questo è il primo dei doveri che si impongono oggi ai governanti. A un mondo del tutto nuovo, occorre una nuova scienza politica» (1840; p. 25).

Questa nuova scienza politica potrebbe trovare un solido fondamento nella psicoanalisi, la quale potrebbe fornire un decisivo contributo alla fondazione di una nuova scienza del governo. Ma questa nuova scienza politica dovrà ripensare le relazioni sulla base di un funzionamento mentale di tipo depressivo in cui l'altro, pur essendo diverso, è un interlocutore.

Alcuni anni fa Antonio Gambino scrisse *Vivere con la bomba*, in cui attribuiva un valore di data storica al 1945 tale da far cambiare il corso dei secoli e dell'umanità. Scrive Gambino che «la Bomba non è infatti giunta nel nostro pianeta per caso, piovuta dal cielo: piuttosto, per quanto aberrante questo possa a prima vista apparire, è figlia della nostra cultura e della nostra civiltà». Non è dunque possibile rimuovere le implicazioni che pone come «la coscienza collettiva ha fatto, per un lungo periodo, rifiutando di prendere atto che il 1945 costituiva uno spartiacque tra due epoche, e

La conoscenza psicologica prende senso e spessore se viene concepita non solo in funzione di un'utilizzazione particolare e specifica, ovvero come strumento d'intervento (clinico, individuale e sociale), ma anche come strumento squisitamente politico

Occorre una nuova scienza politica, capace di trovare un solido fondamento nella psicoanalisi, la quale potrebbe fornire un decisivo contributo alla fondazione di una nuova scienza del governo. Ma questa nuova scienza politica dovrà ripensare le relazioni sulla base di un funzionamento mentale di tipo depressivo in cui l'altro, pur essendo diverso, è un interlocutore

come fanno ora, in un altro modo, i movimenti pacifisti». Il che significa rinunciare all'illusione che miracolosamente nasca negli uomini un nuovo modo di pensare. Certi folli progetti terroristici, spalleggiati da irresponsabili e criminali leader politici o affaristi che "vendono" armi atomiche, mostrano che, non solo siamo ben lontani da questo uomo nuovo ma anche che occorre incrementare quello che Gambino chiama «il faticoso tentativo di sviluppare una 'consapevolezza atomica' intesa come ricerca delle radici della situazione in cui oggi ci troviamo» (1986; p. XI).

Anche se eliminassimo tutte le armi nucleari, la capacità e il *know how* tecnico-scientifico per produrre la bomba atomica sono ormai acquisiti, mettendo in evidenza, dal punto di vista dello scienziato politico, ciò che mette in evidenza la psicoanalisi, ovvero il reale cambiamento nei modi di relazione. Scrive ancora, al termine della sua analisi che, «l'obiettivo oggi non può essere altro che quello di "vivere con una nuova e diversa consapevolezza la condizione nucleare". La scoperta delle capacità distruttive dell'energia termonucleare non può essere cancellata dalla mente degli uomini, non rimane dunque che trovare un modo per convivere con essa, questa significa imparare che "nel mondo nucleare nessuno può più pensare di potersi "chiudere in se stesso" fino al punto di essere totalmente al riparo da ogni minaccia e offesa» (1986; p. 283-284).

La presenza della possibilità di guerre totalmente distruttive come quelle termonucleari o chimico-batterologiche comporta necessariamente il dover cambiare modo di rapportarsi e uscire dal concetto di nemico per entrare nella logica dell'avversario, con cui si può e si deve dialogare. Il dialogo non è qualcosa che si fa solo con chi è disponibile ma invece va ricercato e promosso soprattutto con chi non è disponibile: la prima cosa da fare è capire le ragioni dell'interlocutore in modo da rapportarvi adeguatamente.

L'acquisizione di un nuovo modo di pensare fondato su un mutamento del tutto interiore, nei termini psicoanalitici della scuola kleiniana e postkleiniana vuol dire accedere a una posizione depressiva di pensiero. L'acquisizione e la diffusione di una sensibilità psicoanalitica può fornire quindi un grosso contributo alla costituzione di una cultura della pace, poiché la logica del dialogo non è solo moralmente e politicamente "democratica", ma è una necessità connessa alla situazione storica ad aprirsi al pluralismo inaugurando un nuovo modo di pensare i rapporti internazionali. Il problema è trovare una forma di convivenza, per dirla alla Fornari, di uscire dalla logica *Mors tua vita mea*, per entrare nella logica *Vita tua, vita mea*. Questa logica chiamata negoziale è definibile anche come frutto della attivazione della funzione psicologica della mente, stato adulto della mente, stato mentale gruppo di lavoro, capacità empatica, sensibilità psicotica, capacità relazionale. In ultima istanza, comportando il riconoscimento dell'altro, implica e produce tolleranza, democrazia e buona qualità di vita sociale.

In questi termini la psicologia viene a configurarsi come uno straordinario strumento politico, nel senso più nobile e alto del termine, cioè come uno straordinario strumento al servizio della società che può dare fondamentali contributi alla risoluzione dei conflitti sociali (come ben dimostrano i lavori di Volkan, 2004, 2005 e Blumberg, Hare, Costin, 2006). In questa prospettiva il lavoro dello psicologo (e il lavoro psicologico) si nobilita e apre anche nuove prospettive occupazionali.

Ben poche volte la politica si avvale dei contributi della psicologia se non come "consulente per l'immagine" dei politici. Ma la trascuratezza, a livello sociopolitico, dei contributi possibili della psicologia, ci costa un prezzo molto caro -come ricordava Winnicott in una conferenza del 1965, dal titolo emblematico Quanto costa trascurare la ricerca psicoanalitica- quello di "restare come siamo, giocattoli dell'economia, della politica e del destino" (p. 184).

5. Il volo del calabrone

Quando ipotizziamo un lavoro psicologico finalizzato a promuovere una politica -che ho definito depressiva- capace cioè di migliorare le relazioni tra gli uomini, i gruppi sociali e gli Stati, parliamo di compiti possibili o di miti? Di ipotesi realistiche o ideali?

Karl Popper, in *Congetture e confutazioni* (1963), criticava le teorie psicoanalitiche sostenendo che fossero delle pseudoscienze costituite da miti, favole appunto. Ma siccome lo stesso Popper riconosceva che quasi tutte le teorie scientifiche nascono dai miti, i quali spesso contengono importanti anticipazioni di nuove modelli e scoperte, mi sento autorizzato da cotanto pensatore a non essere affatto preoccupato se il lettore dissenterà sulla "possibilità" di questo terzo compito, ritenendo che vi sia

un po' troppa utopia, se non ingenuità. Vorrei ricordare che il calabrone, contro ogni teoria fisica, non potrebbe volare: ma lui non lo sa e vola.

E così, in coerenza con questa logica e confortato dalla tolleranza popperiana verso la "favolistica" protoscientifica, concluderei a favore delle possibilità e delle potenzialità della psicologia citando un passo di Ermanno Bencivenga, tratto dal suo libro *La filosofia in trentadue favole*:

«Gli unicorni sono tra noi, non ci hanno mai lasciato, e se avrete cura di cercarli fuori dalle strade battute, se tenderete l'orecchio nelle notti di luna, se avrete il coraggio di aspettare, di fargli la posta con pazienza e dedizione, un giorno forse potrete incontrarli, e accarezzare e abbracciare le loro forme armoniose» (1991, p. 66).

* Professore associato di Psicologia Dinamica alla Facoltà di Psicologia di Torino dove è anche Presidente del Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche e Presidente della Commissione tirocini. Per l'Ordine degli Psicologi del Piemonte, di cui è consigliere, cura la rivista scientifica *Psicologi a confronto*.

BIBLIOGRAFIA

- BENCIVENGA E. (1991), *La filosofia in trentadue favole*, Mondadori, Milano.
- BETTELHEIM B. (1982), *Freud e l'anima del mondo*, Feltrinelli, Milano 1983.
- BLUMBERG H. H., HARE A. P., COSTIN A., (2006), *Peace psychology. A comprehensive introduction*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BUBER M. (1994), *Le storie di Rabi Nachman*, Guanda Parma, 1995.
- CERONETTI G. (1992), *Un sorso di Cottolengo*, in *Per amore*, La Stampa-Gruppo Abele, Torino.
- CONFUCIO, *Opere. Il grande studio*, TEA, Milano 1989.
- FREUD S. (1913), *L'interesse per la psicoanalisi*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 7, Boringhieri, Torino 1975.
- FREUD S. (1925b), *Prefazione a "Gioventù travolta" di August Aichorn*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. 10, Boringhieri, Torino 1978.
- FREUD S. (1932a), *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*, in *Opere di Sigmund Freud*, Boringhieri, Torino 1979, vol. 11.
- GAMBINO A. (1986), *Vivere con la bomba*, Laterza, Bari.
- LANGS R. (1985), *Follia e cura*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- MELTZER D., HARRIS M. (1983), *Il ruolo educativo della famiglia*, C.S.T., Torino 1986.
- MONEY-KYRLE R. (1951), *Psicoanalisi e politica*, Loescher, Torino 1982.
- POPPER K. (1963), *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna 1972.
- RODARI G. (1972), *Filastrocche in cielo e in terra*, Einaudi, Torino.
- RUMÌ, *Racconti Sufi* (a cura di Massimo Jevolella), Red edizioni, Como, 1995.
- TOCQUEVILLE A. (1835-1840), *La democrazia in America*, Rizzoli, Milano, 1999.
- VOLKAN V.D. (2004), *Blind Trust : Large Groups and their Leaders in Times of Crisis and Terror*, Pitchstone Publishing, Charlottesville.
- VOLKAN V.D. (2005), *La politica e le relazioni internazionali*, in : Person E.S., Cooper A.M., Gabbard G.O. (2005), *Psicoanalisi. Teoria-Clinica-Ricerca*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- WINNICOTT D.W. (1965b), *Quanto costa trascurare la ricerca psicoanalitica*, in: *Dal luogo delle origini*, Raffaello Cortina, Milano 1990.
- WINNICOTT D.W. (1986), *Dal luogo delle origini*, Raffaello Cortina, Milano 1990.

Il problema è trovare una forma di convivenza, di uscire dalla logica Mors tua vita mea, per entrare nella logica Vita tua, vita mea. Questa logica, chiamata negoziale, è definibile anche come frutto della attivazione della funzione psicologica della mente, stato adulto della mente, stato mentale gruppo di lavoro, capacità empatica, sensibilità psicodinamica, capacità relazionale. In ultima istanza, comportando il riconoscimento dell'altro, implica e produce tolleranza, democrazia e buona qualità di vita sociale

Three tasks for the psychology

The article faces up to three possible tasks that psychology could offer as a contribution to society: to offer hope there where pain that cannot be cancelled it can be transformed in an opportunity of growth; to stimulate the epidemiological function of planning and prevention by thinking of mental health and psychological welfare into interpersonal relationship again. The psychological and educational aspect is the basis for growth and development in every circle because psychological knowing makes psychology not only a science but also a support to wellness.

Psychology as a human science looks into the principles of things, is the baseline of individual and social participation and it is a science-knowledge founded on experience. Its applicatory ambits can enlarge to politics and to economics towards contact and dialogue in a time in which international conflicts have already prevailed.

Per non dimenticare

Vengono ripercorse le tappe principali della vita di Franco Basaglia, soffermandosi sul suo contributo per l'approvazione della legge 180 del 13 maggio 1978, che comporterà la chiusura definitiva dei manicomi. Una legge fondata sui concetti di libertà e consenso quali elementi cardine dei percorsi di cura della sofferenza mentale. Non c'è più lo Stato che costringe alla cura e che interna, non c'è più il malato di mente, ma ci sono persone con disturbo mentale che necessitano di cure, a cui vanno sempre e in ogni modo garantiti tutti i diritti civili

FRANCO PERAZZA*

«La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla»

A trent'anni dalla morte di Franco Basaglia è ancora vivo il suo ricordo e rimane attuale il valore e il significato del suo pensiero e delle sue pratiche che così profondamente hanno segnato la storia della psichiatria italiana e internazionale, che a Gorizia hanno dato vita ad una stagione di fervore e di cambiamento luminosa e intensa, anche se per lungo tempo rimossa dalla memoria ufficiale di questa città.

Il coraggio di indignarsi e di denunciare le inique condizioni di vita in cui erano posti degli esseri umani a causa della loro sofferenza mentale; la determinazione nel mettere sempre e prima di tutto al centro del suo operare la persona e i suoi bisogni; l'aver ridato piena dignità a persone trattate fino ad allora come scarto della società ponendo fine alla loro segregazione; l'aver fatto capire che la malattia mentale non porta con sé un destino ineludibile ma dipende da come si guarda e da come ci si avvicina alle persone sofferenti. Questi sono solo alcuni aspetti di un'importante eredità di carattere teorico, clinico, pratico, etico che tutti noi abbiamo ricevuto da un uomo che con il suo impegno scientifico, civile e politico ha posto fine a quello scandalo umano e morale che erano i manicomi.

Franco Basaglia nasce a Venezia l'11 marzo 1924. Unico figlio maschio di una famiglia benestante, dopo aver completato gli studi classici si iscrive nel 1943 alla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Padova dove si laurea nel 1949. Durante gli anni dell'Università viene rinchiuso per un breve periodo in carcere a causa del suo impegno nella resistenza. Questa esperienza lo colpisce profondamente e lui la ricorderà bene quando varcherà i cancelli di un'altra istituzione: il manicomio.

Entrato come specializzando nella Clinica di Malattie nervose e mentali dell'ateneo patavino ne esce da assistente nel 1961 quando vince il posto di direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia.

Gli anni passati all'Università dal 1949 al 1961 sono anni di intenso studio e ricerca durante i quali Basaglia produce una notevole mole di lavori scientifici: scritti, pubblicazioni scientifiche, relazioni congressuali che abbracciano un ampio spettro di temi riguardanti le malattie mentali.

Ben presto gli appare chiaro il livello di arretratezza della psichiatria italiana. Uomo di grande cultura, si dedica con sempre maggior passione agli studi filosofici approfondendo in modo particolare il pensiero esistenzialista e fenomenologico sia di matrice tedesca che francese. L'analisi esistenziale, la dimensione dell'incontro con la persona sofferente, il recupero della sua soggettività fanno sempre più breccia nei suoi scritti unitamente alla critica per una scienza, quella psichiatrica, che considera il malato come un oggetto pericoloso da escludere dalla società piuttosto che da comprendere e curare. Dirà in seguito: «La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed

è presente come la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere che è poi quella di far diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato.»

A 29 anni, nel 1953, sposa Franca Onagro conosciuta alcuni anni prima frequentando il fratello di lei. È un evento che avrà un enorme peso sia per la sua vita personale che per le sue scelte professionali. La loro unione si rivelerà un sodalizio di straordinaria importanza: forte, intenso, fondamentale. Con lei Basaglia scriverà molte delle sue opere più significative. Lei gli sarà sempre accanto in tutte le battaglie decisive. Assieme prenderanno le decisioni più importanti, come quella di lasciare l'Università per assumere l'incarico di direttore dell'Ospedale psichiatrico di Gorizia. Nel 1982, due anni dopo la morte del marito, Franca scriverà: «Ora che la mia lunga lotta con e contro l'uomo che ho amato si è conclusa, so che ogni parola scritta in questi anni era una discussione senza fine con lui, per far capire, per farmi capire».

Nel 1961 arriva nella nostra città. Nico Pitrelli racconta nel suo libro "L'uomo che restituì la parola ai matti": «Gorizia 1961. Un uomo alto e robusto, dinoccolato, dall'andatura sportiva varca i cancelli di un ospedale psichiatrico di provincia. È il nuovo direttore del manicomio. Di fronte a lui, per la prima volta, l'odore di corpi sfigurati dalla violenza, gli sguardi impauriti e rassegnati dei ricoverati. L'impulso è quello di andare subito via: troppo forte il tanfo dell'impotenza. Eppure Franco Basaglia, trentasettenne psichiatra dai capelli biondo castani, carattere socievole, ironico, una voce bassa e suadente, sta per iniziare l'avventura che avrebbe cambiato la sua vita».

Lavorare nel manicomio permette a Basaglia di cogliere drammaticamente la debolezza e l'incertezza dei riferimenti scientifici della psichiatria da cui derivavano trattamenti violenti e disumani come l'elettroshok, il coma insulinico, la lobotomia, la segregazione, la contenzione.

Prova una profonda indignazione per il modo in cui vengono trattati degli esseri umani e coraggiosamente decide di opporsi a un tale stato di cose pur sapendo che questa scelta gli costerà l'opposizione di gran parte dell'establishment psichiatrico, e non solo. Questa decisione prende una svolta il giorno in cui si rifiuta di firmare il brogliaccio che il capo infermiere aveva portato, come ogni mattina, con l'elenco dei nomi di tutti gli "internati" che venivano giornalmente legati, che lui come direttore avrebbe dovuto firmare per l'assenso.

Ricorda un "internato" di allora in una intervista al giornalista Nino Vascon: «Eravamo tutti legati con il giubbotto. Alcuni attorno agli alberi. Altri attorno alla panca e fino alla sera non ci slegavano più... Eravamo tutti sporchi addosso. Alla sera ci slegavano e ci mettevano a letto, legati polsi e caviglie».

Basaglia si rifiuta di firmare il brogliaccio e alla domanda preoccupata del capo infermiere «Direttore ma come faremo?» lui risponde «Ci penseremo». Questo era l'uomo.

È l'inizio della scoperta della libertà che irrompe prepotente e incontenibile sulla scena e si pone come punto di non ritorno sulla strada della consapevolezza che solamente un rapporto tra uomini liberi con altri uomini liberi può costituire la premessa affinché si realizzi qualcosa che sia definibile con l'aggettivo "terapeutico".

In un passaggio del famoso reportage del giornalista Sergio Zavoli *I giardini di Abele* si può sentire il giornalista chiedere: «Professor Basaglia si rimprovera questo ospedale di essere più una denuncia civile che una proposta psichiatrica». Basaglia risponde: «Ah, senz'altro. Io sono perfettamente d'accordo. Vorrei partire con una provocazione che Lei mi fa dicendomi: "denuncia civile, più che proposta psichiatrica". Io non saprei assolutamente proporre niente di psichiatrico in un manicomio tradizionale. In un ospedale dove i malati sono legati, costretti, in una situazione di sudditanza e di cattività da chi li deve curare, credo che nessuna terapia biologica o psicologica possa dare loro un giovamento. Non so veramente come ci possa essere una possibilità di cura in una situazione di non comunicazione fra medico e malato».

La logica conseguenza è che si deve lottare per trovare il modo di superare questo luogo privo di vita che è il manicomio: una siffatta condizione di discriminazione, di violenza, di esclusione, di annientamento delle identità, di privazione della vita di persone ridotte a semplici numeri o ad anonime diagnosi.

E già nel congresso internazionale di Psichiatria Sociale a Londra nel 1964 Basaglia dichiarerà la chiusura dei manicomi «un fatto urgentemente necessario, se non semplicemente ovvio».

Basaglia pone al centro del suo interesse la persona e non la malattia, pur senza negarla mai, contrariamente a quanto diranno i suoi detrattori. Accettare la condizione di parità tra medico e paziente consente di restituire soggettività al folle e dunque permette di entrare in relazione con lui. Finalmente riemerge un mondo sommerso di affetti, storie, sentimenti, passioni, ferite, che gli "internati" non vedevano più riconosciuto perché sepolto sotto il peso opprimente e totalizzante di diagnosi e trattamenti mortificanti che occultavano e negavano valore alle storie umane

«In un ospedale dove i malati sono legati, costretti, in una situazione di sudditanza e di cattività da chi li deve curare, credo che nessuna terapia biologica o psicologica possa dare loro un giovamento. Non so veramente come ci possa essere una possibilità di cura in una situazione di non comunicazione fra medico e malato»

Ha così inizio a Gorizia un lungo e impegnativo lavoro portato avanti quotidianamente per smascherare e sconfiggere l'ideologia che permetteva un simile stato di cose. Si sperimentano nuove regole di organizzazione e di comunicazione sul modello della comunità terapeutica avviata da Maxwell Jones in Scozia. Viene abolita ogni forma di segregazione, di contenzione fisica e di terapia di shock. Si pone al centro dell'interesse degli operatori la qualità della vita delle persone e i loro bisogni. Le giornate sono cadenzate da un susseguirsi di riunioni e di assemblee attraverso le quali gli ammalati finalmente riprendono il diritto di parola. Viene loro riconosciuto un ruolo attivo e responsabile, non sono più trattati come oggetti ma piuttosto come soggetti che possono esprimere la loro volontà, le loro idee, i loro pensieri: tutti aspetti che ora vengono presi con estrema considerazione e rispetto. All'interno dell'ospedale si organizzano momenti di aggregazione sociale. La vita degli ospiti che prima trascorrevano anonima e sempre uguale in attesa della morte che, sola, li avrebbe liberati, adesso si anima di feste, gite, iniziative, laboratori. Gli uomini non sono più tenuti separati dalle donne, ma possono incontrarsi liberamente ed interagire tra di loro come avviene nella vita fuori dalla istituzione. Si abbattano le reti e i muri che delimitavano in modo opprimente, come in un carcere, gli spazi di vita degli "internati". Si aprono le porte dei padiglioni e si spalancano i cancelli dell'ospedale: quelle persone che per anni erano state reclusi, senza colpa alcuna se non quella della loro sofferenza, iniziano ad uscire dall'ospedale e possono muoversi liberamente per le vie della città, frequentare i luoghi pubblici, andare a pregare in una chiesa, permettersi di entrare nei bar, fare acquisti nei negozi come ogni altro cittadino.

Basaglia pone al centro del suo interesse la persona e non la malattia, pur senza negarla mai contrariamente a quanto diranno i suoi detrattori. Accettare la condizione di parità tra medico e paziente consente di restituire soggettività al folle e dunque permette di entrare in relazione con la persona. Finalmente riemerge un mondo sommerso di affetti, storie, sentimenti, passioni, ferite, che gli "internati" non vedevano più riconosciuto perché sepolto sotto il peso opprimente e totalizzante di diagnosi e di trattamenti mortificanti che occultavano e negavano valore alle storie umane.

Il lavoro che lui conduce con i suoi collaboratori fa capire che la malattia mentale non è spiegabile facendo riferimento al paradigma medico causa-effetto, ma piuttosto è frutto di una concatenazione complessa di possibilità-probabilità e che il suo decorso non è inesorabilmente legato ad una diagnosi e neppure fatalmente volto alla cronicità, ma dipende dalla capacità di offrire un contesto di ascolto, di comprensione possibile, di opportunità, di occasioni offerte alla persona sofferente.

Gorizia vive queste innovazioni con la sua solita modalità un po' sonnolenta, distratta, forse anche infastidita per il clamore che la mette inaspettatamente al centro dell'attenzione internazionale. Una parte dell'opinione pubblica segue questa esperienza con interesse, attenzione, e la sostiene. Un'altra parte è apertamente ostile, diffidente, e vuole fermare il cambiamento in atto.

Basaglia è stanco, amareggiato: l'Amministrazione Provinciale, da cui l'Ospedale psichiatrico dipende, gli impedisce di sviluppare i servizi sul territorio come lui ritiene sia ormai arrivato il momento di fare; un paziente psichiatrico uccide la propria moglie durante un permesso di uscita e la cosa innesca una serie di polemiche strumentali contro il nuovo sistema di gestione dell'ospedale (in seguito Basaglia sarà difeso dall'accusa di omicidio colposo dagli avvocati Nereo Battello di Gorizia e Loris Fortuna di Udine e risulterà assolto con formula piena); vi sono contrasti all'interno della sua *équipe*.

Nel 1968 Franco Basaglia decide di porre fine alla sua esperienza goriziana.

Lasciata Gorizia, passa un periodo di alcuni mesi in America dove sarà anche visiting professor al Community Mental Health Center del Maimonides Hospital di Brooklyn. Successivamente dirige per un breve periodo l'Ospedale Psichiatrico di Parma.

Terminata anche questa esperienza viene chiamato nel 1970 dalla Amministrazione Provinciale di Trieste a dirigere il locale Ospedale psichiatrico.

In questa città, non senza momenti dialettici difficili e aspri con parte dell'opinione pubblica e della classe politica locale e, nonostante alcune resistenze da parte di gruppi di operatori ostili ai cambiamenti che vuole introdurre, può gradualmente realizzare le premesse maturate a Gorizia.

A Trieste, come in precedenza a Gorizia, l'Ospedale Psichiatrico diventa una "fabbrica del cambiamento": si sperimentano altri tempi, altri luoghi e altre modalità di cura radicate sul territorio, nei luoghi di vita delle persone, accanto alle loro famiglie rese finalmente protagoniste.

Dopo alcuni anni di febbrile impegno finalmente Basaglia e la sua *équipe* riescono a realizzare ciò che prima sembrava irrealizzabile: l'utopia diventa realtà, cioè si chiude definitivamente il manicomio.

Il 13 maggio 1978 viene approvata in Parlamento la Legge 180, detta appunto Legge Basaglia, che Norberto Bobbio definirà "l'unica vera legge di riforma del nostro paese", che coniuga in sé definitivamente i principi della libertà e del consenso quali elementi cardine dei percorsi di cura delle persone che nella loro vita sperimentano la sofferenza mentale.

Non è più lo Stato che costringe alla cura e che interna, che segrega per difendere l'ordine e la morale; non c'è più il malato di mente "pericoloso per sé e per gli altri, e di pubblico scandalo" come prevedeva l'art 1, L. 36 del 1904, ma ci sono "persone con disturbo mentale" che necessitano di cure, a cui vanno sempre ed in ogni modo garantiti tutti i diritti civili.

Grazie a questa legge si possono attuare nuove strategie, cercare nuovi contesti, inventare nuovi gesti terapeutici tesi a ridare dignità e soggettività alle persone. L'obiettivo diviene quello di garantire ai malati pieno diritto di cittadinanza, di appartenenza, di inclusione rispetto all'esclusione fino ad allora patita. Nascono cooperative sociali come opportunità di lavoro; si organizzano risposte residenziali alternative collocate nel tessuto cittadino; si istituiscono centri di salute mentale aperti sulle 24 ore come risposta innovativa alla crisi. Alle persone con disturbo mentale viene offerta la possibilità di allargare i loro margini di opportunità, di esprimere bisogni, desideri, emozioni, speranze. Sono resi protagonisti attivi di un percorso attraverso il quale provare a guarire o per lo meno a vivere malgrado la malattia.

Nel novembre del 1979 Basaglia lascia la direzione del DSM di Trieste a Franco Rotelli e va ad assumere l'incarico di coordinatore dei servizi psichiatrici della Regione Lazio.

A questo punto vanno fatte due considerazioni.

La prima è che indubbiamente il superamento dell'istituzione manicomiale è stata un'impresa fondamentale e Basaglia viene ricordato spesso per questo. Tuttavia ridurre la portata del lavoro e del pensiero di Franco Basaglia solamente alla chiusura dei manicomi sarebbe un'azione riduttiva e miope rispetto il più ampio progetto culturale da lui sostenuto. In realtà egli proponeva e si era sempre battuto per affrontare il tema dell'esclusione, del protagonismo dei soggetti deboli. Aveva perseguito l'"utopia della realtà" avendo la consapevolezza e il coraggio – come usava dire – di "tenere aperte le contraddizioni" che in essa si determinavano. Ricorda ancora Umberto Galimberti: «La chiusura dei manicomi non era lo scopo finale dell'operazione basagliana, ma il mezzo attraverso il quale la società potesse fare i conti con le figure del disagio che la attraversano quali la miseria, l'indigenza, la tossicodipendenza, l'emarginazione. Tenta attraverso la clinica di far accettare alla società quella figura, da sempre inquietante, che è il diverso. Chiede di non aver più paura della diversità che ospita e che nella forma del disagio mentale, o in altre forme, dovrà sempre più ospitare. Vediamo di esserne all'altezza».

Operazione complessa che richiedeva non di allontanare ma di includere, di stringere legami e costruire reti, di introdurre molti attori nella scena, di responsabilizzare la società in tutte le sue componenti.

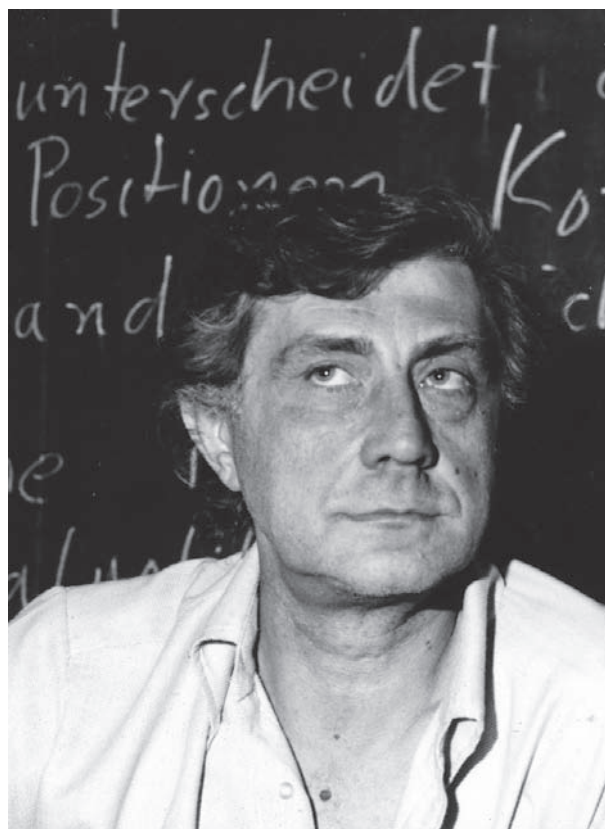
Fino all'ultimo Basaglia era stato dalla parte degli esclusi, degli emarginati, di quelli che faticano a trovare il loro ruolo nella società. Sempre si era battuto per cercare il posto a chi non trova posto.

Il manifesto dell'ultimo convegno promosso da Basaglia, "Psichiatria e buongoverno" (Arezzo 28 ottobre 1979), riportava, accanto ad alcuni particolari dell'*Allegoria del Buongoverno* di Ambrogio Lorenzetti, un commento che si concludeva così: «Se ciascuno sta al suo posto regnano l'ordine e il potere; e chi non trova posto in questo ordine e in questo equilibrio?». Interrogativo forse ancora più attuale oggi, considerato l'alto numero di persone che non trovano il loro posto in questo ordine fragile delle cose, in queste nostre città trasformate spesso in un "deserto sovraffollato" dove forte è il senso di solitudine e il disagio non trova conforto nella parola e nell'ascolto.

La seconda considerazione si riferisce al fatto che l'istituzione da mettere in discussione non era stata per Basaglia e per i suoi collaboratori solo e semplicemente il manicomio, bensì come ci ricorda Franco Rotelli, «l'insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi, di codici di riferimento culturale e di rapporti di potere strutturati attorno ad un ben preciso oggetto per il quale erano state create: la "malattia" cui si sovrappose in più, nel manicomio, l'oggetto "pericolosità"».

L'istituzione da mettere in discussione non era stata per Basaglia e per i suoi collaboratori solo e semplicemente il manicomio, bensì, come ci ricorda Franco Rotelli, «l'insieme di apparati scientifici, legislativi, amministrativi, di codici di riferimento culturale e di rapporti di potere strutturati attorno ad un ben preciso oggetto per il quale erano state create: la "malattia" cui si sovrappose in più, nel manicomio, l'oggetto "pericolosità"»

Il superamento dell'istituzione manicomiale è stata un'impresa fondamentale e Basaglia viene ricordato spesso per questo. Tuttavia ridurre la portata del lavoro e del pensiero di Franco Basaglia solamente alla chiusura dei manicomi sarebbe un'azione riduttiva e miope rispetto il più ampio progetto culturale da lui sostenuto. In realtà egli proponeva e si era sempre battuto per affrontare il tema dell'esclusione, del protagonismo dei soggetti deboli



Il vero oggetto del lavoro in quegli anni per lui e i suoi collaboratori fu sempre «l'esistenza-sofferenza dei pazienti ed il suo rapporto con il corpo sociale».

Sogno, utopia, ironia: anche questo ci ha insegnato Franco Basaglia che nel 1979 mentre si trova in Brasile per un ciclo di conferenze prima di ammalarsi dirà: «La cosa importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici anni fa era impensabile che un manicomio potesse venir distrutto. Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, ma noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo».

Basaglia si trova a Berlino, in uno dei suoi numerosi viaggi all'estero, quando si sente male la prima volta, dopo aver tenuto una conferenza nell'aula magna della Freie Universität. Sono i segni della malattia che lo avrebbe portato alla morte: un tumore al cervello. Una vera beffa del destino considerato il fatto che quando durante la guerra era stato imprigionato per motivi politici, il padre era riuscito a farlo liberare grazie ad un intervento compiacente di un medico amico che aveva affermato che il ragazzo era affetto da un tumore al cervello.

Il 29 agosto del 1980 Franco Basaglia si spegne nella sua casa di Venezia.

* Dirigente Psicologo ASL Isoncina. Responsabile struttura complessa centro di Salute Mentale Alto Isoncino Integrato.

Don't let's forget

In the following article the author goes over the major phases of Franco Basaglia's life dwelling upon the contribution that led to the passage of 180 on May the thirteenth 1978 and, as a consequence, the closing of mental hospitals.

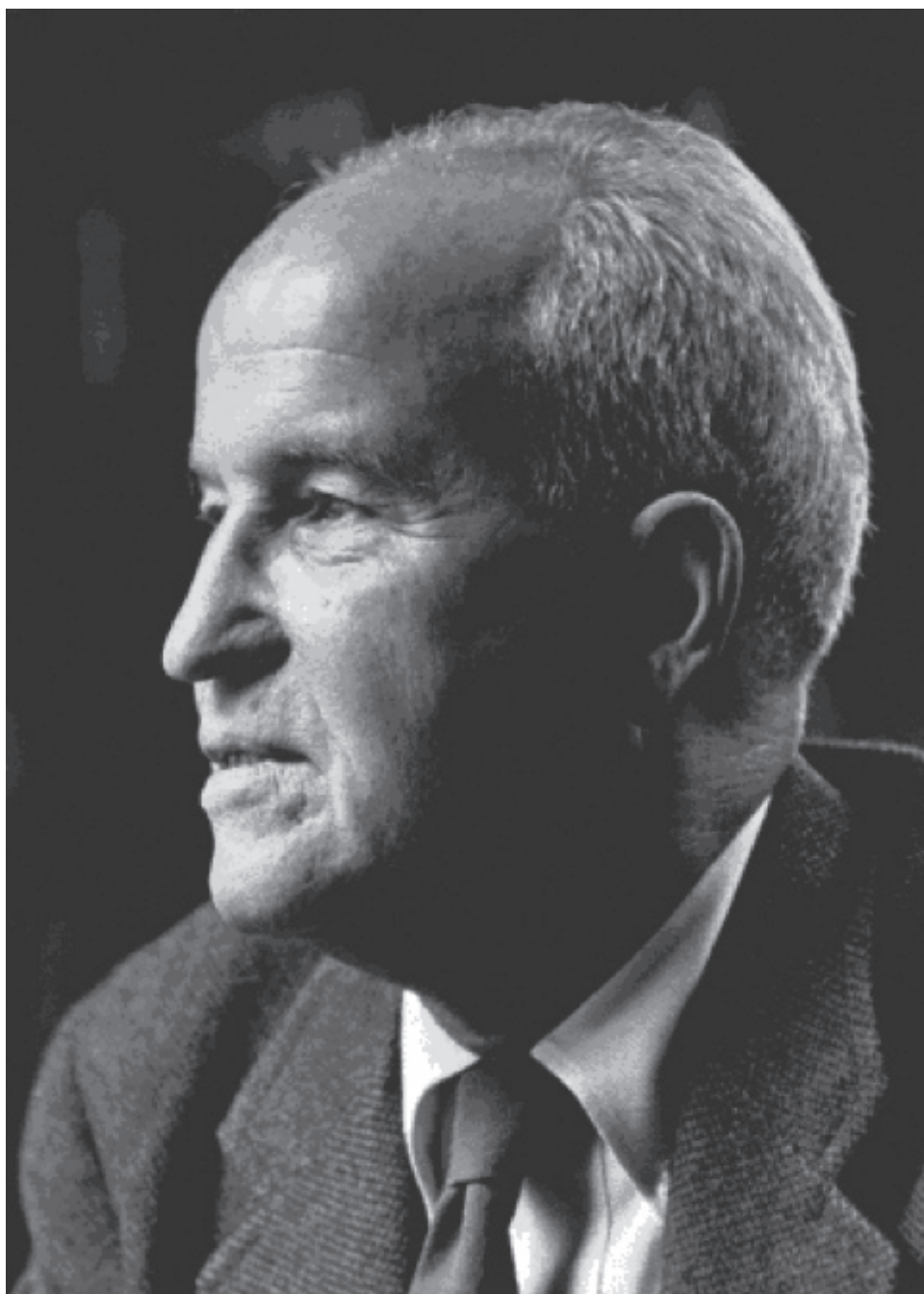
This law tries to combine the principles of freedom and approval as foundations of treatment in people who experience mental suffering.

There is no more the State that compels suffering people to follow a treatment by internment, there are no more mental patients but only people who suffer from mental disease and who need cares and to whom we must ensure civil laws.

link 16. una storia

Henry Alexander Murray (1893-1988)

GIOVANNI CAVADI



Henry Alexander Murray (1893-1988)

GIOVANNI CAVADI

Henry Alexander Murray, secondogenito di tre figli (una sorella maggiore e un fratello minore), nacque il 13 maggio 1893 a New York in una ricca famiglia newyorchese. La sua infanzia fu caratterizzata da una serie di gravi eventi. Sua madre lo rifiutò a causa di una lunga malattia depressiva. Limitata e deficitaria la relazione con la madre, il giovane Henry sviluppò verso il padre un buon rapporto. Egli per giunta aveva qualche difetto fisico: era balbuziente e aveva una scarsa attitudine allo sport. Cercherà, applicando la compensazione adleriana, di far fronte a tali difetti fisici, sviluppando così una spiccata sensibilità alla sofferenza altrui. Dopo sei anni di scuola primaria, in una scuola privata di New York, trascorse i successivi anni scolastici in una scuola residenziale a Groton, nel Massachusset, quindi a Cambridge; qui, terminati gli studi superiori, entrò nel College dell'Università di Harvard dove si diplomò in storia, con una mediocre performance, che fu però compensata "... in senso adleriano...", dal football, dal canottaggio e dalla boxe. Nel 1916, a 23 anni, Murray sposò Josephine Rantoul, una ricca ereditiera apparentata alla famiglia DuPont: dal matrimonio nascerà una figlia, Josephine, che diventerà una pediatra. Grazie anche ad una grossa eredità e ai beni della moglie, Murray poté dedicarsi ai suoi interessi scientifici e letterari. All'Università aveva iniziato a seguire un corso di psicologia tenuto da Munsterberger, ma, non trovandolo interessante, presto lo abbandonò. Al Columbia College ottenne un miglior risultato negli studi medici, ottenendo il titolo di Doctor of Medicine e successivamente frequentò il Master of Sciences in biologia (1919). Durante i suoi studi sugli squilibri biochimici del sangue sotto la guida di L. J. Henderson, del quale subì l'influenza, capì l'interdipendenza e l'integrazione dinamica dei processi funzionali. Successivamente svolse un internato in chirurgia presso il Columbia Presbyterian Hospital, dedicandosi alla ricerca relativa agli aspetti biochimici di vari fenomeni fisiologici e poi al Rockefeller Institute for Medical Research di New York, dove svolse ricerche sull'ontogenesi fisiologica degli embrioni di pollo. Nei due anni successivi fu anche lettore di fisiologia ad Harvard. Nel 1923 Murray ebbe una storia d'amore con una giovane donna sposata, Christiana Drummond Morgan, nata Councilman (1897-1967), che generò in lui un forte conflitto, dato che non voleva lasciare sua moglie. Di Christiana disse poi: «Mi ha illuminato l'esistenza. La relazione con lei è stata la storia più importante della mia vita...». «L'amore – confesserà nel 1952 – è un padrone possente e non vi è gioia in terra che sia pari a quella di servirlo. Oggigiorno il matrimonio ha maggiori probabilità di rientrare in un superordine di quante non ne abbia l'amicizia. Inoltre l'istinto sessuale partecipa a molte delle più grandi realizzazioni dell'immaginazione... se includiamo l'istinto sessuale ci troveremo in presenza di personalità complete, il cui 'profondo' sarà impegnato nell'azione bivalente e di conseguenza correremo meno pericoli di cadere in quella trappola per gli sprovveduti tesa dalla psicologia americana, la superficialità». La frequentazione con la Morgan, anche a causa della sua crisi personale, lo portò a interessarsi di psicologia e in particolare di psicanalisi: in quell'anno Henry fu anche affascinato dalla lettura dei *Tipi psicologici* di Jung «mi fece seriamente avvicinare alla psicologia dando una risposta parziale ai miei interrogativi». Cominciò quindi ad interessarsi di psicologia anche a causa della sua crisi personale, come succede a molti giovani psicologi.

L'Università di Harvard e la Psicologia americana

Cambridge, una cittadina industriale di meno di centomila abitanti, è sede delle due maggiori e prestigiose università degli USA e forse del mondo, dove hanno sede il M.I.T. (Massachusset Institute of Tecnology) e l'Harvard University. Quest'ultima prese il nome dal filantropo di origine inglese Harvard J. che nel 1636 lasciò buona parte del suo patrimonio e la biblioteca personale al College esistente. Essa è caratterizzata dai suoi statuti (1650) come centro di una cultura liberale e aperta all'innovazione

scientifico-culturale. L'ordinamento degli studi fu ispirato a quello di Cambridge (GB). Nel 1780 fu fondata la facoltà di medicina e nel 1805 quella di giurisprudenza. Nel 1825 fu effettuata la riforma dei programmi ispirandoli a quelli dell'università tedesca di Gottinga. Elliot C.W. che fu rettore per cinquant'anni, dal 1869 al 1909, il quale ne accentuò il carattere liberale. Nella classificazione delle Università private statunitensi del 1960 è la prima delle *Big Three*, seguita da Chicago e dalla Columbia. Ad Harvard, nel 1875, William James (1842-1910) il fondatore della psicologia in America, effettuò il primo corso di Psicologia e allestì il primo laboratorio di psicologia che poi affidò a Hugo Munsterberg (1863-1916), allievo di Wundt W., che contribuì sostanzialmente allo sviluppo della psicologia sperimentale, ed in particolare fu uno degli artefici della psicologia applicata al diritto e all'industria. Il laboratorio fu in seguito sviluppato da Boring E. G. che vi lavorò per dieci anni riuscendo anche a convincere le autorità accademiche a separare la psicologia dalla filosofia. Studiarono in questa Università Thorndike E.L., Woodworth R.S., Allport G. (1897-1967) vi approdò nel 1919 e vi ritornerà nel 1930, e nel 1935 anche Tolman E.C.. Ad Harvard studiò Skinner B.F. che nel periodo 1928-1930 frequentò il laboratorio di psicologia sperimentale e i corsi tenuti da Murray; vi ritornò come docente nel 1948 per restarvi sino al 1974. Nel 1930 Stevens S.S. vi conseguì il Ph.D. con Boring. Vi studiò anche Bales R.F. che dal 1945 al 1957 diresse il Dipartimento di Psicologia e Relazioni Sociali. Nel periodo 1944-1948 Miller G.A. realizzò il primo Psycho-acoustic laboratory. Anche Bruner J. conseguì il dottorato nel 1941 e vi rimase per ventisette anni, fino al 1972. Nel 1960 vi fondò con Miller G.A. il Center for Cognitive Studies. Piaget J. tenne nel 1936 una serie di conferenze e gli fu conferita la laurea Honoris Causa in psicologia. L'economista Chamberlin E.H. fu docente fin dal 1933 e pubblicherà la *Teoria della concorrenza monopolistica* che considerava, rispetto alla concorrenza perfetta, la condizione nella quale operava in regime monopolistico la maggior parte delle industrie americane. Docenti ad Harvard furono anche il filosofo Santayana G. e il logico-matematico Quine W.van O.. Il sociologo Stouffer S., autore de *Il soldato americano* studiò, insegnò e diresse il Laboratory of Social Relations e anche Merton R.K. si laureò ed ottenne il Ph.D., così pure Riesman D., l'autore de *La folla solitaria* che divenne professore di scienze sociali dal 1958. Dal 1927 vi insegnerà anche Parsons T. che verrà poi nominato, nel 1946, preside del Department of Social Relations. Questi pubblicherà nel 1952 con Schils E.A. *Toward a general theory of action* a cui collaborarono Murray, Tolman, Allport., Sheldon, Sears, Stouffer e l'antropologo Kluckhohn C. (1905-1960). Quest'ultimo insegnerà ed avrà una notevole influenza nell'unire l'antropologia, la sociologia e la psicologia; le sue ricerche sugli Indiani Hopi e Navaho serviranno per l'importante volume *Personality in nature, society and culture* scritto con Murray (1949). Risulta evidente come l'Università di Harvard si sia qualificata come una delle più importanti sedi in America per lo sviluppo interdisciplinare della psicologia scientifica. Morton Prince (1854-1929), un pioniere della psicologia patologica e famoso per i suoi studi sulla dissociazione di personalità, fondò nel 1927 la Harvard Psychological Clinic. Egli fu critico verso gli psicologi americani dell'epoca che fino al 1925 avevano ignorato la psicologia patologica e la sperimentazione applicata alla psicologia dinamica e anormale, che egli considerava essenziale per la comprensione del "normale". Nel dopoguerra, con la guerra fredda, fu istituito il Russian Research Center, sponsorizzato dalla Carnegie Corporation, al quale diede un grosso contributo di ricerca il Department of Social Relations. Vennero anche istituiti l'Harvard Business School e nel 1972 il Black Studies Program.

Destini incrociati: Christiana Morgan

Christiana Drummond Morgan, nata Councilman, (1897-1967) apparteneva all'alta società di Boston che nel 1917 lascerà per trasferirsi a New York, si fidanzò con William Morgan, partito quasi subito come volontario nella Prima Guerra Mondiale, diventò infermiera nel 1918 "per contribuire allo sforzo bellico", contando intanto altre brevi ma forti relazioni amorose, tra cui quella con Weizmann, uno dei padri fondatori dello stato di Israele. Dal 1921 al 1924 studiò arte a New York presso l'Art Students League. Christiana e il marito erano amici dei Murray.

Affascinati dalla pubblicazione dei *Tipi psicologici* di Jung sulla psicologia del profondo, lei e il marito, con i coniugi Murray, si trasferirono a Zurigo, dove lei iniziò l'analisi con Jung; questo incontro fu folgorante: Christiana divenne in breve «l'amante di Jung, la sua donna ispiratrice che gli fornì i disegni delle sue visioni da lui interpretati, amplificati e raccolti nell'omonimo volume». Gli anni Trenta la trovarono nella



Harvard Psychological Clinic a lavorare con Henry Murray “per elaborare un approccio più umanistico alla psicologia”. Nel 1958 scrisse, parlando di un suo paziente, ma probabilmente riferendosi a se stesso: “Si trattava di un uomo che stava per divorziare e si era innamorato di una donna che si trovava in una situazione analoga. Lei si era già sottoposta ad un trattamento psicoanalitico e, come risultato del suo peregrinare attraverso i labirinti dell’inconscio, era decisa a non sbagliare una seconda volta e a fare del suo matrimonio col suo paziente qualcosa di reale. Siccome una risoluzione reciproca finì col riscaldarsi saldamente col tempo, nella psiche dell’uomo, la situazione che si stabilì fu quella di due ardenti innamorati... i quali uscivano entrambi da un matrimonio fallito e possedevano entrambi una versione operante della creatività ed erano entrambi risolti a farle riguadagnare il tempo perduto”. La Morgan, scrisse la sua biografa Douglas (1996) «respirò il clima di Boston, la Prima Guerra Mondiale, il fermento culturale e politico dell’epoca, gli insegnamenti di Jung, le teorie sull’identità di genere che ne condizionarono l’esistenza... Per le sue scelte, la sua intelligenza e talento, la sua bellezza, la sua vita amorosa, pagò il prezzo della creatività con la tragedia... Entusiasmi e depressioni si susseguivano, costellando i suoi amori, il suo matrimonio, la sua maternità... Con il suo stile di vita anticonformista sfidò il puritanesimo americano e si fece beffa delle convenzioni borghesi utilizzando il corpo, la sua carica erotica e la sua torbida femminilità... all’interno di una vita tormentata... che la segue dall’infanzia alla vigilia della morte, avvenuta per affogamento, durante l’ennesima crisi depressiva».

Il primo viaggio in Europa

Nel 1924 durante una traversata atlantica con la moglie e i coniugi Morgan, Murray lesse il ‘MobyDick o La balena’ e questa appassionante lettura lo portò ad interessarsi di Herman Melville (1819-1891). Pubblicò persino una introduzione al libro di Melville ‘Pierre o Le ambiguità’ così come ne recensì e commentò parecchie altre opere. Ciò sollevò in lui la consapevolezza dei propri conflitti psicologici. Nel 1925, frequentò a Cambridge, in Gran Bretagna, il laboratorio del biochimico inglese Hopkins F.G., premio nobel nel 1929, e qui ottenne il dottorato in biochimica nel 1927. Durante questo periodo, con la moglie e la Morgan, fece una visita a Zurigo da Jung che poi incontrerà, giornalmente, per tre settimane. Questa fu per Murray una “esperienza esplosiva” come ebbe a dichiarare, che lo portò ad occuparsi di psicologia: «parlammo, con Jung, per ore e ore veleggiando sul lago o fumando davanti al caminetto del suo ritiro faustiano (*la torre*)... l’incontro con lui fu questa la prima opportunità che ebbi di valutare la psicoanalisi» (1940).

Società, cinema e cultura in America dal 1927 allo scoppio della seconda guerra mondiale

Nel 1927 Lindbergh compie la prima traversata atlantica da New York a Parigi. Nello stesso anno gli anarchici Sacco N. e Vanzetti B., condannati ingiustamente per la loro fede politica, muoiono giustiziati sulla sedia elettrica. A Hollywood viene inaugurato il cinema sonoro con il film di A. Crosland *Il cantante di Jazz*; inizia l’età del jazz con il debutto di D. Ellington. Greta Garbo, la Divina, con le ardite scene d’amore del film *La carne e il diavolo* ottiene un grande successo di pubblico. Clara Bow, sex symbol degli anni venti, recita nel film *Rough-House Rosie*. Bishop Elisabeth (1911-1979) pubblica un raccolta di *Poesie*. La radio ha avuto una tale diffusione nelle case americane che ben sei milioni di famiglie ne posseggono almeno un apparecchio con la presenza sul territorio di ben 732 emittenti radiofoniche, al punto che fu necessario emanare il Radio Act, per riordinare e regolamentare le frequenze che portò alla moltiplicazione delle trasmissioni in diretta.

Nel 1928 Walt Disney esce con il primo film d’animazione sonoro con Topolino in *Willie del vaporetto*. Con la fondazione della CBS, insieme a NBC e ABC si stabilizzano le tre corporation delle radiocomunicazioni, che avranno una forte influenza sull’elettorato con l’elezione del repubblicano Hoover Herbert C. (1874-1964) alla presidenza. In quel periodo gli Stati Uniti ripianano il debito tedesco verso i vincitori della Prima Guerra Mondiale; mentre la disoccupazione tocca oltre il 27%, la Federal Reserve System alza il tasso di sconto al 4%: sembrerebbero i segni di una ripresa.

Nel 1929 vengono pubblicati *L’urlo e il furore* di W. Faulkner e *Addio alle armi* di E. Hemingway. Il 40% delle famiglie americane possiede la radio: «gli americani amano la radio» dice O.Wells. Il regista Vidor K.W. presenta il film sonoro *Alleluia!*, interpretato da soli attori neri. Il primo film sonoro completo sarà *Lights of New York*. Il 24 ottobre,

il giovedì nero, crolla la borsa di Wall Street, a New York «Dopo quel giorno – scriverà l'economista Galdbraith J.K - la vita per milioni di persone non sarà più la stessa»: inizia la Grande Depressione; la disoccupazione colpirà oltre 7 milioni di americani (il 16% della popolazione attiva), mentre la produzione calerà del 28%: «le nebbie della disperazione sovrastavano il paese – scriverà Schlesinger A.M. Jr. – le famiglie dormivano in baracche di cartone catramato o in caverne foderate di latta e scavano come cani nelle discariche in cerca di cibo». L'architetto Lloyd Wright F. (1918-1945) progetta il Museo di Arte Moderna di New York.

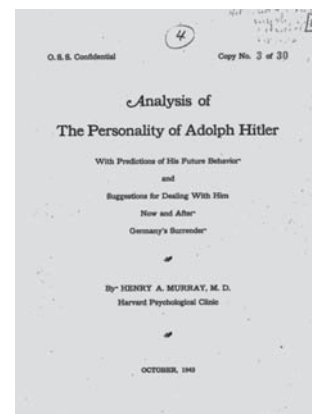
Nel 1930 Dos Passos J.R. (1896-1970) pubblica *Il 42° parallelo*, Dreiser T. (1871-1945) *Una tragedia americana* e Wood G. dipinge *Gotico americano*. Il regista Milestone L. presenta il film *All'Ovest niente di nuovo*. Viene stilato il Codice Hays sulla censura, in particolare nei film, che diventerà operativo quattro anni dopo.

Nel 1931 l' FBI arresta Al Capone, mentre a New York gli architetti Lamb e Harmon portano a termine la costruzione dell'Empire State Building. La catastrofe economica mostra come i rimedi proposti dal presidente Hoover siano quasi fallimentari, come suggeriscono le sue stesse parole: «certa gente crede che noi si possa, grazie a qualche gioco di prestigio, tirarci fuori con semplici disposizioni legislative da una depressione su scala mondiale».

Nel 1932 viene eletto presidente Franklin Delano Roosevelt (1882-1945) che dà «una risposta rivoluzionaria ad una situazione rivoluzionaria». Nel marzo viene rapito il figlio di Lindbergh; questi paga una somma di 50.000 dollari ai kidnappers, ma il bambino non viene restituito: due mesi dopo viene trovato il cadavere. Il film *Scarface* del regista Hawks H., che si ispira ad Al Capone, è tra i primi esempi di gangster movie con un tasso di violenza inaudito per l'epoca. Viene proiettato il primo film della 'bomba sexy' Mae West, del regista Ruggles W.. Ad Hollywood viene realizzato il primo film in Technicolor *Flowers and Trees* realizzato da Disney.

Nel 1933 si insedia alla Casa Bianca il democratico Roosevelt che nella cerimonia del giuramento dichiarerà: «mi impegno con voi e con me stesso di dare al popolo americano un New Deal, un Ordine nuovo». Egli fu uno dei primi politici a comprendere tutte le potenzialità della radio, sfruttandola nelle sue conversazioni settimanali 'accanto al caminetto' per colloquiare con la nazione in modo familiare. Con il *New Deal* Roosevelt prospetta un capitalismo più democratico, riformatore e meno individualista con un diretto intervento del potere pubblico negli affari privati: l'intervento legislativo sottopone Wall Street a un severo controllo federale e da inizio a numerosi progetti destinati a dare assistenza finanziaria e lavoro ai disoccupati. Il governo federale può intervenire nell'acquisto e nella distribuzione dei terreni, nonché nella diffusione del credito agricolo. Con il *National Industrial Recovery Act* vengono fissati i limiti ai salari, ai tempi di lavoro e alla concorrenza sleale. Contemporaneamente si ebbe il maggior numero di lavoratori immigrati messicani espulsi dagli USA. Finisce nel dicembre, dopo 14 anni, il proibizionismo. Esce il film *King Kong* dei registi Cooper M.C. e Schoedsack E.B., con Wray Fay, uno dei capisaldi del cinema fantastico hollywoodiano. Pur essendo un film di avventura, è anche una metafora sessuale e una visualizzazione delle incertezze che attraversano gli USA.

In Germania Adolf Hitler diventa cancelliere ed emana le misure antiebraiche. A partire da quell' anno inizia l'emigrazione negli USA degli scienziati tedeschi, i quali saranno accolti nelle principali università ed aziende americane. In conseguenza dei medesimi eventi politici anche buona parte della comunità cinematografica tedesca emigra a Hollywood dove impone lo stile visivo del cinema della Repubblica di Weimar. Va tuttavia sottolineato come il cinema fu il settore maggiormente anticiclico di tutta l'industria americana. Hollywood avvia un processo di ammodernamento tecnologico con forti investimenti e il ricambio totale dei suoi macchinari usati fino a quel momento. Compare sugli schermi il film di McCarey L. *La guerra lampo dei fratelli Marx*. Mentre F. Capra presenta il film *Accadde una notte* con C. Gable, che riceve l'Oscar, nel 1934 esce il film di Vidor K. *Nostro pane quotidiano*, un inno alla campagna e alla dura conquista della terra e che punta l'attenzione sulla tragica realtà della Grande depressione. Inizia l'epoca musicale dello swing, con Benny Goodman. Fitzgerald F.S. pubblica *Tenera è la notte* e Fiorello La Guardia diviene sindaco di New York e darà una svolta decisiva alla gestione pubblica della metropoli. Il rapinatore Dillinger J. viene ucciso dall'FBI a Chicago mentre sta uscendo da una sala cinematografica, dove proiettavano il film di Van Dyke W.S. *Un dramma criminale* con C. Gable e W. Powell. La rivista Fortune scrive: «il signor Roosevelt si è impadronito della Federal Reserve senza sparare un sol colpo». Il centro finanziario si sposterà da Wall Street



a Washington. Viene arrestato B. Hauptmann che ha in tasca ancora una parte del riscatto del rapimento del figlio di Lindbergh: viene condannato a morte e l'ondata di indignazione pubblica favorisce l'approvazione della 'legge Lindberger' che prevede la pena di morte per i rapitori di bambini.

Nel 1935 viene approvato il Social Security Act, legge sull'assistenza sociale e il Wagner-Connery Act, che riguarda l'estensione dei diritti sindacali. Il Congresso limita il potere delle società finanziarie conferendo al governo federale maggiori poteri sulla lobby bancaria. Viene fondata la 20th Century Fox e nasce il cinegiornale per antonomasia *The March of Time* del gruppo Time-Life. Ad Harlem scoppia una rivolta razziale degli afro-americani. Gershwin G. (1898-1937) compone *Porgy e Bess*, opera poetica che nella narrazione della storia di due innamorati offre spunti per una denuncia antirazzista sulla secolare condizione di schiavitù negli USA.

Nel 1936 Roosevelt viene rieletto presidente e viene fondata la rivista *Life*. Chaplin Ch.S. realizza *Tempi moderni*, un'esilarante satira della società industriale. Fritz Lang gira il suo primo film americano *Furia*. La scrittrice Mitchell M. pubblica il romanzo *Via col vento*. Scoppia la guerra civile spagnola alla quale partecipano alcuni volontari americani, tra i quali lo scrittore Hemingway E.M.. L'atleta afro-americano Owens J. vince quattro medaglie d'oro alle Olimpiadi di Berlino. Viene legalizzato il controllo delle nascite.

Nel 1937 una serie di rivendicazioni sindacali portano alla nascita del CIO, Comitato per l'Organizzazione Industriale, con a capo Lewis J. L., presidente dell'Unione Minatori, che adotta la tecnica dello "sciopero bianco" e che porta al contratto collettivo e alla diminuzione dell'orario di lavoro: sciopereranno oltre agli operai dell'industria pesante, anche le commesse e perfino i becchini. Nelle sale cinematografiche vengono presentati *Bianca neve e i sette nani* di Disney e *Amore sublime* di Vidor K., prototipo del women's film. Il disastro dell'aeronave Hindenburg, bruciata a New York, segna il tramonto dei dirigibili.

Nel 1938 viene sancito il salario minimo garantito e fissata la settimana lavorativa di 40 ore. Entra in servizio di linea il Boeing 307, il primo quadrimotore con la cabina passeggeri pressurizzata. Inizia la produzione su scala industriale del nylon con la pubblicizzazione all'acquisto delle calze di nylon. Orson Welles realizza la trasmissione radiofonica *La guerra dei mondi*, che terrorizza gli americani; sarà costretto a giustificare il panico provocato in una conferenza stampa trasmessa dalla radio. Wyler W. gira *La figlia del vento* con Bette Davis, "l'eroina trasgressiva" che da ruoli di "ribellione demonica, passerà al melodramma". L'anno d'oro del cinema hollywoodiano è il 1939: escono due 'fiabe' *Via col vento* e *Il mago di Oz* di Fleming V., ambedue celebrano "il coraggio e la simpatica testardaggine di chi non si rassegna al destino", *Mr. Smith va a Washington* di Capra F., *Ombre rosse* di Ford J. *La via dei giganti* di De Mille B., *Avventurieri dell'aria* di Hawks H. Il 65% della popolazione americana va al cinema una volta alla settimana. Incominciano le trasmissioni televisive regolari. Lo scrittore Steinbeck J. pubblica *Furore*. La Pan-America Airways inaugura il primo regolare servizio aereo tra gli USA e l'Europa. La Germania invade la Polonia: inizia la Seconda Guerra Mondiale.

Il ritorno dei Murray negli USA

Nel 1926 i coniugi Murray tornarono in patria ed Henry rientrò all'Istituto Rockefeller di New York dove lavorò per un anno. L'anno successivo fu ad Harvard, dove insegnò prima psicologia, e dove lavorò per tre anni sotto la guida di Prince e dal 1930 divenne il direttore della Psychological Clinic, fondata da quest'ultimo. Pochi giorni dopo il rapimento del figlio di Lindbergh (1932), che fu barbaramente ucciso da dei gangsters, la Harvard Psychological Clinic pubblicò sui giornali una richiesta di comunicazione dei sogni che potessero interessare il caso. Altri giornali replicarono la richiesta e più di 1300 sogni vennero ricevuti prima della scoperta del cadavere del bambino. Colpevole del crimine fu riconosciuto un carpentiere tedesco ed ex carcerato. Murray e collaboratori notarono che molti dei sogni contenevano riferimenti a "straniero" o a "uomini con accento straniero": in circa il 5 % dei sogni il bimbo fu dato morto sebbene gli autori concludessero che solo 7 sogni suggerivano l'effettiva collocazione del corpo e il modo della sua sepoltura (sogni spontanei precognitivi). Vennero anche ricevuti tre sogni in cui lo scrivente affermava che il sogno era avvenuto poco prima del rapimento. In due di questi sogni il figlio di Lindbergh venne specificamente identificato. Gli autori conclusero: «non possediamo i dati per valutare le probabilità in un caso di rapimento di tal genere, ma se si considerano

solo le combinazioni possibili di una lista di riferimenti, appare chiaro che sulla base del puro caso ci si dovrebbe aspettare un numero assai maggiore di sogni di quanti furono in realtà riportati, che coincidevano con i tre riferimenti cruciali... I dati non confermano la pretesa che eventi remoti e sogni siano casualmente correlati» (1973). L'anno seguente Murray (1933) analizzò l'effetto della paura in base alle valutazioni, fornite dai bambini, della malvagità di volti fotografati tratti dalle riviste. Approfitando della festa di compleanno di sua figlia, riuscì ad ottenere dai bambini presenti valutazioni di questi volti sia prima che dopo un gioco spaventoso a luci spente, il gioco dell'assassino. Murray rilevò che la paura aumentava le valutazioni negative sulla "malignità" dell'ambiente: «qualora si mostrino a dei bambini che hanno giocato all'assassino alcune fotografie di uomini, essi le trovano più ostili, più nemiche e più minacciose di quanto non lo fossero prima del gioco; i bambini vedono realmente un cambiamento nei lineamenti dei volti» (1933).

Nel 1935 Murray divenne membro della Boston Psychoanalytic Society, da poco fondata, dove seguì un formale training analitico con lo psichiatra Alexander F. (1891-1964) e la supervisione clinica di Sachs H., che nel 1932 si era trasferito da Berlino a Boston, dove fondò la rivista psicoanalitica *America Imago*.

Negli anni successivi Murray svolse anche un'attività di pratica privata psicoterapeutica «una psicoanalisi ortodossa, ma modificata sulla base delle influenze di Jung, Adler e Rank». Nel 1937 fu promosso professore associato ad Harvard e viaggiò e soggiornò per la seconda volta in Europa con la moglie e la figlia, visitando soprattutto la Germania. Durante la Seconda Guerra Mondiale Murray lasciò l'Università per dirigere, nel Corpo medico dell'esercito (1943) un servizio di reclutamento, con il compito di selezionare i candidati per missioni segrete o pericolose, l'OSS, Office of Strategic Service, l'attuale CIA. Per la selezione degli aspiranti ufficiali le ricerche furono orientate anche con l'obiettivo di tener conto del successo che il candidato si dimostrava in grado di riscuotere in seno ai piccoli gruppi. Il suo lavoro diede impulso all'impiego di metodi sistematici in psicologia clinica; Murray perciò ripropose l'impiego di metodi sistematici, già collaudati ad Harvard, in psicologia clinica, con riunioni a fini diagnostici, con consulti medici, nei quali vari ricercatori portano il contributo di prospettive diverse nell'esame dello stesso paziente. Murray e Stein (1943) proposero per la selezione degli ufficiali i metodi clinici che comprendono un colloquio, il TAT, applicato individualmente e in gruppo, una prova di costruzione in gruppo senza leader designato e un test sensori-motorio. Al termine delle prove si svolgeva una conferenza in gruppo e la valutazione si fondava sia sui risultati ai test che ai giudizi clinici degli osservatori. Con queste modalità furono selezionati 50.000 nuovi ufficiali. Il metodo del consiglio diagnostico, cioè delle prolungate sessioni in cui più esaminatori confrontano i propri giudizi, oltre che controllarne la concordanza, serviva a superare così la frammentaria valutazione di un solo esaminatore. Fu attuato anche l'uso di situazioni di laboratorio per coloro che avevano fatto domanda per entrare nel servizio segreto. Per esempio dovevano trascorrere tre giorni in una proprietà privata isolata e in questa situazione venivano messe alla prova le loro attitudini al comando, la loro capacità di resistere alla frustrazione o allo sforzo intenso e persino alla tolleranza all'alcool. Si può dire che con l'aiuto di queste simulazioni fu messo alla prova tutto ciò che in futuro sarebbe stato richiesto alla loro personalità. Terminata la guerra nel 1947 Murray ritornò ad Harvard e l'anno successivo ottenne la cattedra di psicologia clinica, che mantenne fino al pensionamento, nel 1962, anno in cui la moglie morì improvvisamente per un attacco cardiaco. Henry rimase ad Harvard come professore emerito fino al 1988: durante questo periodo ebbe una relazione con una seconda donna, Eleonora Jones, oltre la Morgan. Quest'ultima nel 1967 morì per annegamento, forse suicida, in una vacanza con Henry su una spiaggia delle Virgin Islands. Nel 1969 Henry si risposò con Nina Chandler, ventisette anni più giovane di lui che ne aveva 76. Negli anni successivi gli fu assegnata dall'American Psychological Association la *Distinguished Scientific Contribution* e dall'American Psychological Foundation la *Medaglia d'Oro* alla carriera.

Murray morì a Cambridge, Massachusetts, il 23 giugno 1988, a 95 anni, per una polmonite.

Thematic Apperception Test

Murray (1985) attribuisce l'idea originale del TAT ad una studentessa universitaria, Cecilia Roberts, che seguiva i corsi da lui tenuti negli anni accademici 1929-30 e 1930-31. Nella prima pubblicazione riconosce la Morgan come co-autore del test e così fino a quando il test fu conosciuto come Morgan-Murray TAT. In una relazione tenuta nel 1950 Murray (1963) riconosce alla Morgan la scelta e la realizzazione di parecchie tavole, oltre che la somministrazione e l'interpretazione del test. La Morgan scelse e suggerì parecchie tavole, alcune delle quali disegnò lei stessa, in particolare la 1,3 BM, 6 BM, 12 F, 14, 18 BM.

In seguito con la versione attuale del test, quella pubblicata dalla Harvard University Press nel 1943, la paternità venne attribuita a "Henry A. Murray, M.D., and the Staff of the Harvard Psychological Clinic". Siccome la Morgan è stata il più vecchio autore delle prime pubblicazioni, la questione fu sollevata dopo che il suo nome incominciò ad essere eliminato. Originariamente il TAT era formato da 10 tavole, che venivano presentate a tutti i soggetti, seguite da altre 10 scelte in base all'età e al sesso (Swartz, 1978). La prima versione dello scritto *A Method for the Investigation of Unconscious Phantasies* fu proposta, nel novembre del 1934, all' *International Journal of Psycho-Analysis* diretto da Ernest Jones che lo rifiutò, in particolare per l'obiezione del titolo "unconscious phantasies". Gli Autori, seccati per questa intrusione di Jones, lo pubblicarono l'anno successivo sulla rivista *Archives of Neurology and Psychiatry* con il nuovo titolo *A Method of Investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test*. Parecchie tavole ci suggeriscono quanto il cinema degli anni trenta può certamente aver stimolato negli Autori l'idea di una narrazione suggerita dall'immagine. Alcune tavole ricordano delle inquadrature del piano americano (PA) ideato dal cinema hollywoodiano che è una inquadratura a mezza figura, per uno o più attori, e dove lo scenario acquista una importanza secondaria o il primissimo piano in cui il volto di un solo attore occupa lo schermo. Morgan e Murray avevano inoltre intuito quale ruolo il racconto delle storie può svolgere nel comprendere la struttura di personalità e in tale prospettiva avevano sviluppato il TAT. Nel periodo 1935-1938 Murray, con la collaborazione di un nutrito numero di collaboratori, sviluppa una originale teoria della personalità, in cui il TAT sarà uno degli innumerevoli strumenti di ricerca. Pur subendo gli attacchi degli psicometrici che ritenevano le tecniche proiettive non attendibili sostenne che «l'avvenire del TAT dipende dalla possibilità di perfezionare l'interprete (strumento dimenticato dalla psicologia) più che dal perfezionamento del materiale» (1943). Solo successivamente Henry si renderà conto del successo del test presso gli psicologi clinici e gli psichiatri e ne raccomanderà l'uso «all'inizio, durante e a conclusione di un percorso psicoterapeutico» (1965). Fin dalla sua apparizione il TAT suggerì ricerche sperimentali sulle tavole. Sanford (1937), ad esempio, rilevò che la fame aveva un effetto sui processi immaginativi. Analizzando il contenuto di associazioni suggerite da una immagine, che traspariva dietro un vetro smerigliato, a soggetti relativamente affamati e non affamati, registrò la frequenza di associazioni riguardanti il cibo connesse al grado di appetito. Tali ricerche troveranno un maggior approfondimento negli studi di McClelland (1948) sugli effetti della privazione da cibo nelle storie TAT e le ricerche sistematiche sugli stati motivazionali sperimentalmente indotti sull'appercezione tematica.

La teoria della personalità: la personologia

Nel 1948 Murray scriverà " il corpo principale della psicologia ha iniziato la sua carriera mettendo avanti il piede sbagliato e da allora è rimasta sfasata per gran parte del tempo rispetto alla marcia della scienza. Invece di incominciare con lo studio dell'intera persona nel suo adattamento a un ambiente naturale e sociale, ha incominciato con studi di segmenti di persone reagenti a uno stimolo fisico in un innaturale ambiente di laboratorio. Di conseguenza, dopo un secolo di diligente applicazione, gli psicologi mancano ancora di una sufficiente conoscenza ordinata del comportamento sociale quotidiano. I loro tentativi di superare questa difficoltà sommando o associando in qualche modo i processi psicologici che sono stati scientificamente esaminati in laboratorio, non sono stati coronati da notevole successo". L'approccio di Murray allo

studio della personalità umana è olistico, che esalta la completezza e l'unicità dell'individuo, arricchito da un pluralismo metodologico che consente di approfondire il caso singolo senza rinunciare all'identificazione di regolarità. Egli, sotto l'influenza della psicoanalisi, assegna grande importanza all'esperienza passata dell'individuo. Lo studio della personalità "una istituzione governativa sovraordinata" coincide in larga parte con la ricostruzione della storia della personalità, la personologia, che mira a cogliere gli elementi distintivi di unitarietà e globalità della persona. Essa si configura come quell'ipotetica struttura della psiche che "governa" l'organismo umano e che media i suoi rapporti con l'ambiente. La motivazione è l'elemento centrale per lo studio della personalità, quale integrazione delle varietà di tendenze di fattori biologici e sociali. Murray ha sviluppato una gamma più vasta di forze motivazionali, che vanno al di là delle pulsioni biologiche ipotizzate da Freud e McDougall. Egli descrive la personalità umana in maniera dinamica in base a bisogni psicogeni, tale visione risente delle influenze congiunte dei vari orientamenti teorici di Lewin, Tolman e Thorndike.

Il nucleo centrale è la sua idea di una gerarchia o configurazione di motivi psicogeni fondamentali. Murray concepì un bisogno come «... un costrutto... ipotetico equivalente ad una forza (la cui natura fisico-chimica non ci è nota) nella regione cerebrale, forza che organizza la percezione, l'appercezione, l'intellezione, la volizione e l'azione in modo tale da far evolvere in una certa direzione una data situazione insoddisfacente» (Murray, 1938). Un bisogno può insorgere da processi viscerali interni o dall'esterno mediante l'effetto che la situazione immediata ha sulla persona, da lui definita pressione. Un bisogno psicogeno, che ha proprietà simili a quelle attribuite a suo tempo da McDougall a un istinto, dovrebbe pertanto manifestarsi esplicitamente in: «1. una tipica tendenza o effetto del comportamento (trasformazione delle condizioni esterne-interne); 2. un modo tipico di azione; 3. uno sforzo di attenzione (allontanamento o selezione) e di risposta a uno o alcuni tipi di pressione; 4. una esibizione di un'emozione o sentimenti caratteristici; 5. una manifestazione di soddisfazione per il verificarsi di un certo effetto (o di una certa ricompensa) o in una manifestazione di insoddisfazione quando un certo effetto non viene raggiunto» (Murray, 1938). I bisogni tendono ad essere stabili e in quanto tali contribuiscono a formare le tendenze motivazionali durature dell'individuo. Il costrutto di bisogno differisce da quello di pulsione, in quanto i bisogni (needs), rispetto alle pulsioni, non spingono l'organismo necessariamente nella direzione di una riduzione della tensione. Secondo Murray il need può permettere alla tensione di crescere, invece di ricercare la sua riduzione immediata, al fine di aumentare il piacere che deriva da una riduzione successiva della tensione. I bisogni tendono ad essere stabili e in quanto tali contribuiscono a formare le tendenze motivazionali durature dell'individuo. Egli ha adottato come unità di analisi della personalità il concetto di vettore di valore, che implica una separazione tra la motivazione e il suo scopo, rifuggendo così dall'astrattezza dei bisogni. I valori tipici sono la salute, il denaro, l'ideologia, il sesso, a ciascuno dei quali può essere collegato un vettore, ad es. ottenere, conservare, evitare. Egli elenca 14 valori fondamentali e 12 vettori; da qui risulta un vasto numero di unità motivazionali.

Una applicazione della personologia: il profilo di personalità di Adolf Hitler

Nel corso della Seconda Guerra Mondiale Murray lavora presso i servizi segreti americani l'OSS, per conto dei quali stende un rapporto molto dettagliato su Hitler "Analisi della personalità di Adolf Hitler con previsioni sul suo comportamento futuro e suggerimenti per trattare con lui ora o dopo la resa della Germania". Henry ha raccolto informazioni da fonti di seconda mano fino alla genealogia di Hitler, documentazione scolastica e militare, notizie pubbliche di eventi e filmati, informazioni riservate dell'OSS, scritti autografi, biografie, ecc. Murray propose un profilo psicologico mediante il quale prevede il suicidio del dittatore nazista. Stabili che la personalità di Hitler si inquadrava come un tipo di "narcisismo controeattivo che, stimolato da offese o da torti, include antichi rancori, bassa tolleranza alle critiche, eccessiva richiesta di attenzione, incapacità a esprimere un sentimento di gratitudine, una tendenza a sminuire l'altro, un bullo e sbruffone, frustrato per rimproveri e accuse, col desiderio di vendetta, persistente nella faccia tosta, impudente, con una estrema auto-volontà, fiducia in sé, incapace ad accettare o a cogliere uno scherzo, un criminale compulsivo".

La posizione della personalità in antropologia culturale

Murray ad Harvard collaborò con sociologi e antropologi culturali, in particolare con l'antropologo Kluchohn: «l'amore e la lealtà che proviamo per la nostra cultura – scri-

veranno – sono i motivi primi e autonomi, la cui forza avvertiamo in modo particolare quando per un motivo qualsiasi veniamo a essere privati della nostra base culturale». Con Kluchohn hanno enunciato quattro gruppi di fattori determinanti la personalità: la costituzione, l'appartenenza a un gruppo, al ruolo, alla situazione. «Ogni uomo, sotto certi aspetti, è simile a tutti gli altri uomini (norme universali), simile ad alcuni altri uomini (norme di gruppo) simile a nessun altro uomo (norme idiosincratice)» (Murray & Kluchohn, 1956).

Gli studi di letteratura e l'interesse per la creatività

Fin dalla lettura del *Moby Dick* Murray si interessò del problema e si appassionò all'analisi psicologica di casi letterari e della creatività. Scrisse estesamente sulla creatività quale una normale dimensione dello sviluppo della personalità: la creatività come tratto della personalità umana. Fu un profondo studioso di Melville e pubblicò persino una introduzione al libro *Pierre o Le ambiguità* così come ne recensì e commentò parecchie altre opere. Sugerì un'analisi del *Moby Dick*, nella quale Achab rappresenta le forze dell'Es scatenate contro il Super-io repressivo rappresentato dalla balena bianca. Nel 1960 scrive della creatività: «una deficiente malattia emozionale, una paralisi dell'immaginazione creativa, una inclinazione alle cose superficiali – questa è la diagnosi che io vorrei offrire per spiegare la gran parte della diffusa disperazione del nostro tempo. La paralisi dell'immaginazione, io sospetto, si spiegherebbe, in parte, nel fatto che la maggior parte di noi, è attaccata ad un comfort fino a che noi entrambi vivremo, sono girati i vostri occhi fuori da una cosa, noi potremmo essere guardati dalla possibilità o dalla probabilità di co-distruzione o co-sterminio».

BIBLIOGRAFIA

- Allport G.W. & Murray H.A. (1942) Worksheets on morale. Harvard University Department of Psychology. (mimeograph).
- Bellak L. & Murray H.A. (1941) Thematic Apperception Test Blank. Harvard Psychological Clinic, Cambridge, Mass.
- Bellak L. & Murray H.A. (1941) Manual for instructions for the TAT. Harvard Psychological Clinic, Cambridge, Ma.
- Kending J. (1936) Studies in perseveration :2,3,4,5,. Journal of Psychology, 3, 231-264.
- Kluckohn C. & Murray H.A. (1949) Personality formations: The determinants; in C. Kluckhohn, H.A. Murray & D. Schneider (eds.) Personality in nature, society and culture. Knopf, New York, 271-278.
- Morgan W. (2000) Origin and history of an early TAT card: Picture C. Journal of Personality Assessment, 74, 88-94.
- Morgan, C. D. (1938). Thematic Apperception Test. In H. A. Murray (Ed.), *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age* (pp. 673-680). New York: Oxford University Press.
- Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1935). A method of investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289-306.
- Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1938). Thematic Apperception Test. In H. A. Murray (Ed.), *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age* (pp. 530-545). New York: Oxford University Press.
- Murray H.A. (1933) The effect of fear upon estimates of the maliciousness of other personalities. Journal of Social Psychology, 4, 310-329.
- Murray H.Y. (1936) Basic concepts for a psychology of personality. Journal of Genetic Psychology, 15, 241-268.
- Murray H.A. (1937) Techniques for a systematic investigation of fantasies. Journal of Psychology, 3, 115-143.
- Murray H.A. et al. (1938) Exploration in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age. Oxford University Press, New York. (70th Anniversary edition, 2008, Oxford University Press, New York).
- Murray H.A. (1940) What should psychologists do about psychoanalysis? Journal of Abnormal and Social Psychology, 35, 150-175.
- Murray H.A. (1943) Thematic Apperception Test manual. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Murray H.A. (1943) Analysis of the personality of Adolph Hitler: With predictions of his future behavior and suggestions for dealing with him now and after Germany's surrender. Office of Strategic Services.
- Murray H.A. (1943) Analysis of the personality of Adolph Hitler, with predictions of his future behaviour and suggestions for dealing with him now and after Germany's surrender. Unpublished manuscript, Harvard University Archives, Cambridge, MA.
- Murray H.A. (1947) Problems in clinical research: round table. American Journal Orthopsychiatry, 17, 203-210.
- Murray H.A. (1949) Introduction; in H. Melville, *Pierre, or the ambiguities*. Farrar Straus, New York, 13-103.

Murray H.A. (1949) Research planning: a few proposals; in S.S. Sargeant (ed.) *Culture and personality*. Viking Fund, New York, 195-212.

Murray H.A. (1950) Test of personality: Picture and drawing techniques. A TAT.; in A. Weider (Edt.) *Contribution toward medical psychology*. Ronald Press, New York, 636-649.

Murray H.A. (1951) Use of the Thematic Apperception Test. *American Journal of Psychiatry*, 107, 577-581.

Murray H.A. (1951) Toward a classification of interaction. In T. Parson & E.A. Shills (eds.) *Toward a general theory of action*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 434-464.

Murray H.A. (1951) Some basic psychological assumptions and conceptions. *Dialectica*, 5, 266-292.

Murray H.A. (1951) In nomine Diaboli. *The New England Quarterly*, 24, 435-452.

Murray H.A. (1955) *American Icarus*; in A. Burton & R.E. Harris (eds.) *Clinical studies in personality*. Harper, New York, vol. 2, 615-641.

Murray H.A. (1959) Preparations for the scaffold of a comprehensive system; in S. Koch (Ed.) *Psychology: A study of a science*. McGraw-Hill, New York, vol. 3, 7-54.

Murray H.A. (1959) 'Vicissitude' of creativity. In H.H. Anderson (ed) *Creativity and its cultivation*. Harper & Row Publ., New York (trad it. 'Vicissitudini' della creatività in H.H. Anderson, *La creatività e le sue prospettive*. Ed. La Scuola, Brescia, 1972, 125-149).

Murray H.A. (1960) *Myth and mythmaking*. Brazziller, New York.

Murray H.A. (1960) A mythology for grownups. *Saturday Review*, 43, 10-12.

Murray H.A. (1962) Prospect for psychology. *Science*, 136, 483-488.

Murray H.A. (1966) Melville and Hawthorne in the Berkshires. *Hawthorne Conferences*, Mass.

Murray H.A. (1967) The case of Murr; in E.G. Boring & G. Lindzey (Eds.) *A history of psychology in autobiography*.

Murray H.A. (1968) *Personality: Contemporary viewpoints: II Components of an evolving personological system*. International Encyclopedia of Social Sciences. The Free Press, New York, vol. 12, 5-13.

Murray, H. A. (1976). Postscript. Morsels of information regarding the extraordinary woman in whose psyche the foregoing visions were begot; in C. G. Jung, *The Visions Seminars*; Spring Publications, Zurich. vol 2, 517-521.

Murray H.A. (1977) Indispensables for the making, testing, and remaking of a personological system; in R.W. Rieber & K. Salzinger (eds.) *The roots of American psychology: Historical influences and implications for the future*. New York Academic of Sciences, New York, 323-331.

Murray, H. A. (1985). Dr. Henry A. Murray replies (Letter to the editor). *Second Century Radcliffe News*, 6, 2.

Murray H.A. (senza data) Unpublished papers on personology. Center for the Study of Lives at Radcliffe College, Cambridge, MA.

Murray H.A., with staff (1948) *Assessment of men*. Rinehart & Co., New York.

Murray H.A. & Kluckhohn C. (1953) Outline of a conception of personality; in C. Kluckhohn, H.A. Murray & D. Schneider (eds.) *Personality in nature, society and culture*. Knopf, New York, 3-52.

Murray H.A., May M.A. & Cantril H. (1959) Some glimpses of Soviet psychology. *American Psychologist*, 14, 303-307.

Murray H.A. & Morgan Ch. D. (1945) A clinical study of sentiments. *Genetic Psychological Monographs*, 32, 3-311.

Murray H.A. & Stein M. (1943) Note on the selection of combat officers. *Psychosomatic Medicine*, 5, 386-391.

Murray H.A. & Wheeler D.R. (1937) A note on the possible clairvoyance of dreams. *Journal of Psychology*, 3, 309-313.

OSS Assessment Staff. (1948). *Assessment of men: Selection of personnel for the office of Strategic Service*. Holt & Rinehart, New York.

Sanford R.N. (1937) The effect of abstinence from food upon imaginal processes: A further experiment. *Journal of Psychology*, 3, 145-159.

Swartz J.D. (1978) *The T.A.T.*; in A. Buross *The 8° Mental Yearbook*, Grifphon Press.

White, R. W., Sanford, R. N., Murray, H. A., & Bellak, L. (1941). *Morgan-Murray Thematic Apperception Test: Manual of directions* [mimeograph]. Harvard Psychological Clinic. Cambridge, MA.

Wolf R. & Murray H.A. (1936) An experiment in judging personalities. *Journal of Psychology*, 3, 345-365.

Wolff H.A., Smith C.E. & Murray H.A. (1934) The psychology of humor. 1. a study of race disparagement jokes. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 341-365.

Scritti su Murray

Anderson, J. W. (1988). Henry Murray's early career. A psychobiographical exploration. *Journal of Personality*, 56, 138-171.

Anderson J.W. (1990) The life of H.A. Murray: 1893-1988; in A.I. Rabin, R.A. Zucker, R.A. Emmons, & S. Frank (Eds.) *Studying persons and lives*, Springer, New York, 304-334.

Atkinson J.W. (1958) *Motives in fantasy, action and society*. Van Nostrand, Princeton.

Barenbaum N.B. & Winter D.G. (2003) *Personality*; in J.B. Weinier (ed) *Handbook of Psychology*, vol. 1: *History of Psychology*. J. Wiley & Son, Hoboken N.J., 177-203.

Bellak L. (1958), "Henry A. Murray: an appreciation.", *Journal of projective techniques* .22, 143.

Dana R.H. (2005) *Multicultural assessment. Principles, applications, and examples*. Erlbaum Associate, Mahawah, N.J.

Douglas, C. (1989). Christiana Morgan's visions reconsidered: A look behind *The Visions Seminars*. *The San Francisco Jung Institute Library Journal*, 8, 5-27.

Douglas, C. (1993). *Translate this darkness: The life of Christiana Morgan. The veiled woman in Jung's circle*. Simon & Schuster, New York (trad it. (2006), *Interpretare l'ignoto. La vita di Christiana Morgan, un talento rimasto in ombra*, Ma. Gi., Roma.).

Elms A.C. (1987) The personalities of Henry A. Murray; in R. Hogan & W.H. Jones (Eds.) *Perspectives in personality*, JAI Presse, Greenwich, CT, vol. 2, 1-14.

Forrest R. (1992) *Love's story told: A life of Henry A. Murray*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Henry W.I. (1978) *Thematic Apperception Test*. International Encyclopedia of social sciences. The Free Press, New York, vol. 12, 573-578.

Holt, R. R. (Ed.). (1949). The early history of TAT. *The TAT Newsletter*, 3, 492.

Jung C.G. (1965) *Ricordi, sogni, riflessioni*. Il Saggiatore, Milano.

Laughlin C. D. (1973) Discussion: The influence of Whitehead's organism upon Murray's personology. *Journal of the history of the behavioral sciences* , 9, 251-257

- Lindzey G. (1979) H.A. Murray. International Encyclopedia of Social Sciences. Biographical Supplement. The Free Press, New York, vol. 18, 566-571.
- McAdams D.P. (2008) Foreword to 70th Anniversary edition Exploration of personality of H.A. Murray, Oxford University Press, New York, 7-36.
- McClelland D.C. & Atkinson J.W. (1948) The projective expression of needs: 1. Effects of different intensities of the hunger drive on perception. *Journal of psychology*, 25, 205-222.
- McClelland D.C. (1961) The achieving society. Van Nostrand, Princeton.
- Mecacci L. (2000) Il caso Marilyn M. e altri disastri della psicoanalisi. Ed. Laterza, Roma-Bari.
- Meehl, P E (1992) Needs (Murray, 1938) and state-variables (Skinner, 1938). *Psychological reports* 70, 407-450.
- Misiak H. & Staudt Sexton V. (1966) History of psychology. An overview. Grune & Stratton, New York.
- Morgan, W. G. (1995). Origin and history of the Thematic Apperception Test images. *Journal of Personality Assessment*, 65, 237-252.
- Ortu F. (1987) Murray Henry A. Dizionario Bompiani degli autori di tutti i tempi e di tutte le letterature. Bompiani, Milano, vol. 3, 1581-1582.
- Roazen P. (2003) Interviews on Freud and Jung with Henry A. Murray in 1965. *The Journal of analytical psychology* 48, 1-2.
- Robinson, F. G. (1992). *Love's story told: A life of Henry A. Murray*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Shneidman, E. S. (Ed.) (1981) Endeavors in psychology: *Selections from the Personology of Henry A. Murray*. Harper & Row, New York.
- Smith, M B (1971) Allport, Murray, and Lewin on personality theory: Notes on a confrontation. *Journal of the history of the behavioral sciences*, 7, 353-362
- Triplet R. G. (1992) Henry A. Murray. The making of a psychologist?. *The American psychologist* 47, 299-307.
- Triplet R. (1992) Harvard psychology, the Psychological Clinic and H. Murray: A case study in the establishment of disciplinary boundaries; in C.A. Elliot & M.W. Rossiter (Eds.) *Science at Harvard: Historical perspectives*, Lehigh University Press, Bethlehem, PA, 223-250.
- White R.W. & Bruner K.F. (ed) (1963) The study of lives. Essay on personality in honor of H.A. Murray. Atherton Press, New York.
- Wittling W. M (1975) Murray Henry Alexander; in W. Arnold, H.J. Eysenck & R. Meili (a cura di) *Dizionario di psicologia*. Edizioni Paoline, Roma, 737-738.
- Traduzioni e ricerche italiane sul TAT**
- Abbate L. & Massaro V. (2008) Il TAT; in M. Lang (cur) *I dieci test che lo psicologo deve conoscere*. Ed. Cortina, Milano
- Anzieu D. (1967) I metodi proiettivi. SEI, Torino; Il T.A.T. e studio di un caso, 83-127.
- Aron B. (1973) Il test di appercezione tematica nello studio degli individui affetti e non affetti da pregiudizi. In T.W. Adorno et alii, *La personalità autoritaria*. Edizioni di Comunità, Milano, vol. 2, 3-76.
- Bellak L. (1967) Il Test di Appercezione Tematica nell'uso clinico. In L.E. Abt & L. Bellak (cur) *Psicologia proiettiva. Introduzione clinica alla personalità totale*. Linganesi, Milano, 269-328.
- Brelet F. (1986) Il T.A.T. Fantasma e situazione proiettiva. Raffaello Cortina, Milano.
- Canepa G. (1950) Ricerche sperimentali sui fenomeni di proiezione tematica mediante il Thematic Apperception Test (T.A.T.) e tecniche similari. *Contributi del Laboratorio di Psicologia Università Cattolica*, Milano, 14.
- Canepa G. (1950) Il concetto di proiezione e le sue applicazioni allo studio della personalità. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 11.
- Caprara G.V. & Cervone D. (2003) *Personalità*. Raffaello Cortina Ed., Milano.
- Cavadi G. (1990) Il T.A.T. di coppia. Pro manuscripto, Brescia.
- Cavadi G. (1992) Il test di Appercezione Tematica (T.A.T.) di Murray; in C. Scalpellini (cur.) *Prontuario di psicodiagnostica*, Editoriale Bios, Cosenza, 225-251.
- Cuffaro M. & Di Nuovo S. (1993) AU.TAT: Automatized Thematic Apperception Test. Manuale. CeRPs, Palermo.
- Di Nuovo S. (1998) Proposta metodologica per la valutazione del test di Appercezione Tematica; in S. Di Nuovo, G. Lo Verso, M. Di Blasi & P. Giannone (a cura di) *Valutare la psicoterapia. La ricerca italiana*. Angeli, Milano, 290-303.
- Godino A. (1986) Profil comparatif au T.A.T. d'un groupe d'adolescents avancés caractérisés par des conduites agressives set d'un groupe de controle. *Rassegna di Psicologia*, 3, 39-46.
- Godino A. (1988) Projection and verbal responses to TAT: normative data of adult subjects. Geneve.
- Hall C.S. & Lindzey G. (1966) *Teorie della personalità*. Boringhieri, Torino, La personologia di Murray, 153-198.
- Holt R.R. (1981) Il processo primario nel Rorschach e nel materiale tematico. Borla, Roma.
- Imbasciati A. & Ghilardi A. (1994) *Manuale clinico del TAT. La diagnosi psicoanalitica*. Giunti OS, Firenze.
- Murray H.A. (1943) *Manuale del Reattivo di Appercezione Tematica*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Murray H.A. (1975) *Vicissitudini della creatività*. In H.H. Anderson (ed.) *La creatività e le sue prospettive*. Ed. La Scuola, Brescia, 125-149.
- Murray H.A. (1986) Alcuni concetti fondamentali per una psicologia della personalità. In G.V. Caparra & R. Luccio (a cura di) *Teorie della personalità*. 1. I classici. Il Mulino, Bologna, 65-89.
- Passi Tognazzo D. (1975) Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità Giunti, Firenze, Il T.A.T. (Thematic Apperception test), 41-77.
- Pelanda E. (1989) Il TAT; in F. Del Corno & M. Lang (a cura di) *La diagnosi testologica*. Angeli, Milano, 256-279.
- Rapaport D., Gill M.M. & Schafer R. (1981) *Reattivi psicodiagnostici. Il reattivo di Appercezione Tematica*, Bollati Boringhieri, Torino, 536-608.
- Rossi G. & Jona G. (1967) Il dramma del malato afasico rivelato dal T.A.T.. *Annali dell'Istituto di Psicologia*, Milano, 1, 101-105.
- Salvini A. & Guicciardi M. (1983) La personologia di H. Murray e il Thematic Apperception Test. In *Interpersonalità. Strumenti per l'indagine clinica dei processi interpersonali*. Ed. Unicopli, Milano, 25-81.
- Shentoub V. (1993) Introduzione teorica al metodo del TAT. *Rivista Italiana di Tecniche Proiettive*, 1, 5-35.
- Tirelli G. & Imbasciati (1964) *Il T.A.T. secondo la sistematica di Bellak*. Organizzazioni Speciali, Firenze.

Testi sulla cultura americana negli anni '30

- Alone G. & Carluccio G. (2006) Il cinema americano classico. Editori Laterza, Roma-Bari.
- Bannock G., Baxter R.E. & Rees R. (1974) Dizionario di economia. Editori Laterza, Bari.
- Bianchi P. & Berutti F. (1961) Storia del cinema. Garzanti, Milano.
- Campari R. (1990) Il discorso amoroso. Bulzoni, Roma.
- Charyn J. (1995) MovieLand. Hollywood: miti e leggende del cinema americano. Ponte alle Grazie, Firenze.
- Di Gianmatteo F. (1996) Nuovo dizionario universale del cinema. Editori Riuniti, Roma.
- Echaudemaison C.D. (1993) Dictionnaire d'économie et de sciences sociales. Nathan, Paris.
- Fulchignoni E. (1965) La moderna società dell'immagine. Armando, Roma.
- Geiger R.L. (1986) The advance knowledge. The growth of american research universities 1900-1940. Oxford University Press, New York.
- Geiger R.L. (1993) Research and relevant knowledge. America research university since word war II. Oxford University Press, New York.
- Henretta J.A., Brownlee W.E., Brody D., Ware S. & Johnson M.S. (1997) America's History. Worth Publishers, New York.
- Kracauer S. (1962) Film: ritorno alla realtà fisica. Il Saggiatore, Milano.
- La Polla F. (1987) Sogno e realtà americana nel cinema di Hollywood. Laterza, Bari.
- La Polla F. (1999) L'età dell'occhio. Il cinema e la cultura americana. Lindau, Torino.
- Litvinoff B. (1965) La lunga strada per Gerusalemme. Nascita dello stato di Israele. Il Saggiatore, Milano.
- Melchiori A. (1994) Lo psicologo nel cinema. USPEL Domeneghini Editore, Padova.
- Mitchell D.G. (1972) Dizionario di sociologia. Newton Compton Italia, Roma.
- Mitchell D.G. (1973) Storia della sociologia moderna. Mondadori, Milano.
- Musatti C.L. (1962) Rassegna di nozioni già acquisite in fatto di percezione cinematografica. AA.VV. Prima conferenza internazionale di informazione visiva, Milano, 9-12 luglio 1961.
- Panerai P. (1979) Il grande crollo 50 anni dopo. Editrice del Corriere della Sera, Milano.
- Romano D.F. (1965) L'esperienza cinematografica. Universitaria Giunti Barbera, Firenze.
- Rossi-Landi F. (1958) Il pensiero americano contemporaneo. Edizioni di Comunità, Milano.
- Turroni G. (1980) La fotografia nel cinema Americano dagli anni '30 ad oggi. Electa, Milano.

Test di Appercezione Tematica

da C. Morgan & H.A. Murray, *A method for investigative fantasies: the TAT*, Archives of Neurology and Psychiatry, 34, 289-294, 1935 (traduzione di G. Cavadi)

La psicoanalisi ha tentato di rappresentare i fondamenti dinamici della personalità come una interazione di forze. Ciascuna forza è un bisogno che costringe la persona singola a inseguire un certo susseguirsi di attività – un susseguirsi di attività che un genere coinvolge un certo tipo di oggetti. Una forza inibita o repressa con una impressione ad essa associata di oggetti può manifestare se stessa in apparenza di una fantasia che il soggetto può presentarsi, o la sua presenza può essere inferita dall'analista sulla base di altri fenomeni. In quest'ultimo caso l'analista è atto a parlare di questo come ad una fantasia inconscia repressa. (*omissis*)

Scopo. Lo scopo di questa tecnica è di stimolare la creatività letteraria e di evocare in questo modo delle fantasie che rivelano dei complessi nascosti e inconsci. Il test si fonda sul fatto ben conosciuto che quando una persona interpreta una situazione sociale ambigua, essa tende a mettere in mostra tanto la propria personalità, che il fenomeno al quale egli presta attenzione. Assorbita dal proprio tentativo di spiegare la circostanza obbiettiva, essa diviene ingenuamente non consapevole di se stessa e dell'esame attento degli altri e per questo sta meno in guardia. Per chiunque sia dotato di una doppia capacità di intendere, egli rivela certe tendenze interne e catexis: desideri, timori e tracce dell'esperienza passata.

Un altro fatto sul quale ci si è basati per immaginare il presente metodo è questo: una buona parte dei racconti descritti costituisce l'espressione cosciente o inconscia delle esperienze o delle fantasie dell'autore. Il piano originario era di presentare ai soggetti una serie di immagini, ciascuna delle quali rappresentava un avvenimento drammatico di un certo tipo, con le istruzioni di interpretare l'azione per ciascuna immagine e di fare una ipotesi plausibile concernente gli avvenimenti precedenti e la soluzione finale. Si prevede che, nel compimento di certi compiti, un soggetto sarebbe

necessariamente obbligato di proiettare alcune delle proprie fantasie nel materiale e rivelerebbe così le proprie tendenze tematiche prevalenti. Il processo coinvolto è quello della proiezione, da tempo ben conosciuta dagli analisti. Esso è utilizzato nel test di Rorschach. Come ciascun soggetto che è sottoposto al test dovrebbe interpretare ogni immagine, – cioè appercepire l'intrigo o la struttura drammatica presentata in ciascuna immagine – noi lo abbiamo chiamato *Test di Appercezione Tematica*.

È solo attraverso l'esperienza che noi abbiamo scoperto che la personalità si rivela molto di più se si domanda al Soggetto di creare un racconto drammatico piuttosto che indovinare i fatti probabili.

Come al fine di comparazioni, è desiderabile immaginare una tecnica tanto uniforme quanto è possibile, si è tentato di arrivare ad un gioco di immagini che potrebbe essere considerata come standard. Ogni immagine suggerirebbe una situazione critica e avrebbe la facoltà di provocare una immaginazione che le si rapporta. L'insieme deve essere comprensibile. Idealmente sarebbe necessaria una immagine che giocasse il ruolo di una traccia per spiegare il dispiegamento di ogni immaginazione primitiva. Si è considerato che nella maggior parte delle immagini sarebbe necessaria almeno una persona (oggetto evocatore) con la quale il soggetto potrebbe facilmente simpatizzare e alla quale potrebbe identificarsi. Così sarebbe necessario un gioco separato di immagini per uomini e donne, e alla stessa maniera per bambini, giovani adulti e persone più anziane.

Come nelle esperienze presentate, i soggetti erano tutti quanti dei giovani tra i 20 e i 30 anni, la maggior parte delle nostre serie di tavole comportavano almeno la presenza di una persona di questo sesso e di questa età. Dopo una selezione preliminare tra una moltitudine di immagini ed una eliminazione di quelle nel corso di prove ripetute si rivelarono improduttive, noi ci siamo fermati al gioco di 20 tavole, che ci ha dato dei buoni risultati.

Tecnica. Il soggetto era seduto su una poltrona confortevole, con la schiena rivolta allo sperimentatore e gli venivano lette le seguenti istruzioni: «Questo è un test d'immaginazione creatrice. Io le mostrerò una immagine e desidero che lei inventi un intrigo o una storia per la quale essa potrebbe servire d'illustrazione. Quale rapporto ci sarebbe tra gli individui e l'immagine? Che cosa è loro accaduto? Quali sono i loro pensieri e sentimenti presenti? Quale sarà l'esito? Faccia del suo meglio. Come le chiedo di dare libero corso alla sua immaginazione letteraria, lei può render la sua storia tanto lunga e tanto dettagliata quanto lei vuole».

Veniva di seguito presentata l'immagine n° 1 e lo sperimentatore annotava tutto ciò che il soggetto diceva. Se nel raccontare la propria storia, il soggetto ometteva le circostanze che la precedevano o che l'avevano generato, lo si avvertiva rivolgendogli delle richieste come: "Cosa ha portato a questa situazione?", "Come andrà a finire?" e così di seguito. Dopo aver terminato la propria storia, gli veniva presentata la tavola n° 2 e gli veniva richiesto di continuare il lavoro come per la precedente. Il soggetto aveva a sua disposizione una serie di 20 tavole, ma al trascorrere di un'ora la maggior parte dei soggetti non erano in grado di inventare delle storie per non più dei 2/3 delle tavole.

Alcuni giorni dopo il soggetto veniva interrogato. Questa volta lo sperimentatore gli spiegava che stava studiando i fattori che operano nella costruzione degli interessi letterari immaginati e che egli si aspettava di sapere se ciò che degli scrittori eminenti avevano scritto, in base alle loro esperienze creative, fosse vero per tutte le persone. Si domandava al soggetto di voler cortesemente cooperare dicendo ciò che gli veniva in mente quando venivano accennate certe parole o certe topiche. Venivano allora ricordati al soggetto, uno per uno, gli item o le situazioni più importanti che egli aveva inserito nei suoi racconti. Successivamente veniva anche chiesto ai soggetti se le loro storie derivavano da qualcosa che loro avevano visto o letto, o se erano il frutto della loro esperienza personale.

Risultati

L'esame delle storie inventate dai nostri soggetti, insieme al materiale fornito mediante le introspezioni, le autobiografie, le sedute di associazione libera, le interviste, ecc., mostrano che vi sono quattro fonti principali dalle quali traggono origine gli intrecci e i loro elementi: 1) Libri e film; 2) Avvenimenti attuali ai quali aveva partecipato un amico o un membro della famiglia; 3) Esperienze (soggettive o obiettive), proprie della vita del soggetto; 4) Immaginazioni coscienti e inconsce del soggetto. (*omissis*).

Exploration in personality

Murray H.A. (editor), *Exploration in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*, 1938 (trad. it. di G. Cavadi).

Prefazione

Questo libro è un'opera realizzata da un gran numero di Autori (*ventisette*). Nello scriverlo è stata nostra intenzione di realizzarne un insieme integrato, non una semplice collezione di articoli su dei punti particolari. Per giungere all'unitarietà abbiamo deciso di seguire questa procedura: tutti gli sperimentatori, dopo aver studiato i medesimi soggetti, tenendo presente i medesimi criteri, si riunivano (una riunione veniva consacrata a ciascun caso oggetto di studio) con lo scopo di esporre i propri risultati e così collaborare alla realizzazione di un fine comune: formulare una valutazione di personalità per ciascun soggetto... La diversità è certamente nel fatto qua e là, è talmente difficile, particolarmente in psicologia, per un gruppo di persone, di giungere ad un punto di vista comune di mantenerlo. A dire il vero, ciò che noi oggi a fatica abbiamo raggiunto, è che questa impresa sia stata condotta a buon fine, nell'arco di tre anni, in cui i numerosi autori di questo libro hanno pensato e parlato insieme con piacere e che essi siano arrivati ad un certo grado di prodotto. Durante quattro anni, ogni ricercatore della Clinica psicologica di Harvard, è stato un pioniere teso a preparare la 'carta della zona di terra selvaggi che egli stesso aveva scelto'. Ogni zona era un aspetto della personalità umana – una foresta vergine di problemi particolari – dove ci si perdeva e ci si ritrovava. Dal momento che ciascuno ebbe ogni opportunità di scambio con gli altri, gli obblighi ne sarebbero state minime, e avrebbe avuto ogni tipo di libertà per ostinarsi a seguire i singolari percorsi del proprio pensiero. Egli godette, in altri termini, di una autonomia relativa in una democrazia jeffersoniana di ricercatori – un'atmosfera alla quale aspiravano tutti quelli che erano alla ricerca di una verità nascosta. Tutti noi siamo legati nel nostro lavoro da una comune preoccupazione: studiare la natura degli uomini; e mediante un convincimento comune che l'esperienza si mostrerebbe fruttuosa. Questo perché noi ci consacravamo all'osservazione degli esseri umani in una grande varietà di condizioni controllate, condizioni che si avvicinava il più possibile a quelle della vita quotidiana. La nostra preferenza si rivolse alle reazioni emozionali e comportamentali, alla loro dipendenza di fronte alle esperienze passate, al grado e alle modalità di questa dipendenza. Queste preoccupazioni collocano il nostro studio un po' al di fuori della tradizione universitaria. In effetti è costume che si stabilizzato nella psicologia accademica è di concentrare l'interesse sulle funzioni percettive e cognitive dello spirito umano, e, più di recente, sul comportamento animale. Presso la Clinica il procedimento usuale era di paragonare le reazioni di un gruppo di soggetti in due situazioni opposte, essendo stata ciascuna esperienza raggiunta con il fine di confermare o di smentire l'ipotesi che se le condizioni erano modificate da un certo senso, le reazioni così modificate in un certo senso. I risultati da noi ottenuti, seguendo questo piano che offra tutte le garanzie, erano, in generale, di questo ordine: una maggioranza, forse il 70% dei soggetti, manifestarono il cambiamento previsto, mentre una minoranza reagì in modo contrario. Per esempio un risultato era che dopo aver portato a termine un certo numero di compiti, la maggior parte dei soggetti si ricordavano più dei loro successi che dei loro insuccessi. Un altro risultato fu che la maggior parte dei soggetti ricordava meglio i compiti in cui loro avevano barato. Un altro ancora, che la maggior parte dei soggetti dopo l'umiliazione dello scacco iniziale, persistevano a cercare la soluzione di un problema mentale più a lungo di quanto lo facessero quando avevano ricevuto delle lodi. Un risultato statistico di tale ordine può dunque essere spesso accettato, con riserva, come una prova parziale dell'intervento di un fattore separato, ma un tale risultato dissimula, come sottolineato Lewin, le altre forze importanti, non scelte per l'osservazione, che contribuisce alla reazione manifesta per la maggior parte dei soggetti... Noi abbiamo dovuto, forse, prevedere questa conclusione poiché noi siamo abituati a concepire la personalità come un integrato temporale di processi mutuamente dipendenti (variabili) sviluppandosi nel tempo, e che la conseguenza di questa concezione è che si deve ammettere e misurare approssimativamente un gran numero di variabili determinanti e di relazioni tra queste variabili, per fornirne una interpretazione adeguata – analisi e sintesi – di un evento umano singolare. Per cui è impossibile distinguere simultaneamente tutte

queste variabili, bisogna scoprire una per una in circostanze distinte. È stata questa conclusione che ci ha fatto prendere una nostra prima decisione importante: tutti gli sperimentatori devono utilizzare lo stesso gruppo di soggetti. Ogni collaboratore resterebbe, come prima, legato al proprio problema, ma, con il nuovo piano, i risultati degli altri osservatori erano lo stesso di aiutare nell'interpretazione dei suoi risultati. Ci è sembrato poi che l'interpretazione poteva essere facilitata ancora per una conoscenza più ricca delle esperienze passate e delle attitudini dei soggetti. Una seconda decisione ne seguì: aggiungere alla lista delle prove un certo numero di colloqui, delle loro associazioni libere e dei test psicologici. L'intenzione di questo sistema era di mettere a disposizione di ogni sperimentatore un universo di informazioni sui suoi soggetti per aiutarlo ad interpretare i propri risultati e così giungere a delle leggi psicologiche di una validità generale... Come ho già detto, il nostro scopo originario era di scoprire alcuni dei principi che governano il comportamento umano, ma appena noi proviamo a assemblare e ad organizzare i dati biografici, abbiamo constatato di essere alle prese con un problema più profondo e più fondamentale: come immaginare la storia della vita di un individuo? Cosa conviene intendere con il termine 'personalità'? Quali sono le variabili fondamentali mediante le quali può essere descritta una personalità in maniera comprensiva ed adeguata? Prima di poter comparare ed organizzare i risultati di prove differenti, è necessario costruire uno schema concettuale che ogni ricercatore può comprendere, del quale egli può accettarne l'impiego e che egli ha potuto constatare efficiente. Questo è ciò che noi cerchiamo di fare. Ma come è possibile attendersi, siamo lontani dall'aver raggiunto il nostro obiettivo... Nel corso delle nostre esplorazioni, ogni seduta – la parola seduta è il termine generale che noi impiegheremo per designare un colloquio pianificato tra uno sperimentatore (E) e un soggetto (S), che si tratti di un colloquio clinico, di un test o di una esperienza – ogni seduta, direi, era destinata a rivelare un certo segmento della personalità, cioè a suscitare e mettere in rilievo dei processi particolari o variabili... Queste considerazioni ci hanno condotto alla conclusione che se, dopo aver raccolto un gran numero di sedute, era possibile formulare la struttura dell'insieme, ciascuna seduta doveva essere in seguito reinterpretata, interpretata in maniera tale che essa sia conforme con tutte le altre sedute... Ogni ricercatore era nella condizione di dover rinunciare un po' la sua libertà caramente stimata. Era nell'obbligo di utilizzare la terminologia di uno schema di pensiero costantemente revisionato, di calcolare i tempi delle proprie esperienze per raccordarsi con gli altri ricercatori e per partecipare a delle lunghe conferenze... Ciononostante ci attirò la prospettiva di quello che poteva essere realizzato ed è così che noi abbiamo messo nei nostri piani e nel nostro lavoro in comune, con molti cambiamenti nel nostro gruppo, per la durata di tre anni... Sono stati sottoposti a colloqui clinici ed ai test 51 soggetti di sesso maschile, d'età corrispondente agli studi universitari. Il primo gruppo, sottoposto ad uno studio intensivo nel periodo di due settimane, era composto da giovani disoccupati. Tutti gli altri soggetti erano degli studenti. Il secondo gruppo, composto da 11 studenti, fu studiato nel periodo di tre settimane e un quarto gruppo di 15 soggetti fu studiato più a lungo, per circa sei mesi. Nessun soggetto aveva conoscenze sulle teorie o le procedure psicologiche. Gli studenti venivano scelti dall'Ufficio per l'impiego di Harvard, ed erano rappresentati in pari numero dalle facoltà di Lettere che di Scienze; la loro partecipazione veniva retribuita alle tariffe correnti... Nelle nostre esplorazioni abbiamo cercato di penetrare sotto il derma sociale della personalità. A dire il vero, ci siamo talmente attaccati alle molle segrete dell'immaginazione e dell'azione che abbiamo necessariamente trascurato alcune delle fasi più evidenti e più comuni del comportamento (*omissis*).

H.A. Murray
Cambridge, Massachusetts

link 16 esperienze

Impatto traumatico delle dinamiche di vittimizzazione: riflessioni sull'intervento nei casi di violenza domestica

SANTA TERESA BRUNO

Un approccio integrato consente di prendersi cura delle vittime. Intervista a Silvia Donadio

VERONICA DALL' OCCHIO



Impatto traumatico delle dinamiche di vittimizzazione: riflessioni sull'intervento nei casi di violenza domestica

Per comprendere la sofferenza delle vittime di violenza domestica, è necessario portare l'attenzione sull'azione degli aggressori. Lo scopo di chi maltratta è quello di negare separatezza e autonomia della vittima, creando una forma di relazione caratterizzata dal controllo coercitivo. Attorno alla donna si costruiscono le sbarre invisibili di una prigione attraverso l'isolamento, il controllo, le limitazioni, le coercizioni e i ricatti soprattutto emotivi. In questa prigione vige l'universo di significati imposto dall'aggressore e sembra diventare l'unico possibile per la donna. È la capacità di pensiero proprio della vittima che va riattivata, nel contatto che cura, che deve ricercare e portare alla luce l'azione contaminante della dinamica violenta. Poiché le violenze interpersonali portano la vittima a definirsi quasi esclusivamente in base all'esperienza traumatica, oggetto del trattamento è il ripristino del "senso di coerenza del Sé"

SANTA TERESA BRUNO*

I traumi legati alla violenza interpersonale hanno ricevuto un'attenzione oscillante e la storia degli studi in quest'ambito non è stata lineare. Nell'alternanza del vedere, non vedere, del credere, non credere sembra abbiano giocato un ruolo i meccanismi di difesa che spesso accomunano gli aggressori, le vittime e i testimoni. La negazione, la minimizzazione e la razionalizzazione hanno influenzato la possibilità di comprendere l'intenzionalità delle dinamiche violente e i complessi meccanismi traumatici attivati nelle vittime. In questo campo spesso le ricerche si sono focalizzate sul cercare una spiegazione delle azioni violente degli aggressori e dei loro effetti, nel carattere delle vittime stesse. Herman, 2005, p.156: «Nel caso di ostaggi e prigionieri di guerra, numerosi tentativi di ritrovare i supposti difetti della personalità che avrebbero predisposto i prigionieri al lavaggio del cervello, hanno ottenuto risultati di scarsa consistenza. La conclusione inevitabile è che uomini normali, psicologicamente sani, possono, di fatto, essere coartati attraverso metodi disumani... Anche per le situazioni di violenza domestica, in cui le vittime sono generalmente trattene con la persuasione e non con la prigionia, la ricerca si è focalizzata sui tratti della personalità che predisporrebbero una donna a rimanere coinvolta in una relazione abusiva... La tendenza a biasimare le vittime, ha interferito con la comprensione psicologica e la diagnosi della sindrome post traumatica poiché invece di inquadrare la sintomatologia della vittima come una risposta alla situazione di abuso, gli specialisti della salute mentale hanno più spesso attribuito tale situazione a una presunta psicopatologia latente della vittima». La responsabilizzazione delle vittime sembra legata al bisogno di mantenere una visione del mondo che ci restituisca una sensazione di efficacia e di controllo sulla nostra vita. Identificarci con la loro impotenza sembra più temibile che credere alle negazioni e giustificazioni degli aggressori. Abbiamo prova di questo, per quanto riguarda l'intervento nei casi di violenza domestica nell'applicazione dello strumento della mediazione o terapia familiare a casi eclatanti di violenza. Riporto a questo proposito una comunicazione di Paola Di Blasio: «Rischi più gravi sono quelli di non saper valutare la pericolosità e di confondere la dinamica violenta con quella

conflittuale. È prevedibile che professionisti anche esperti ma non specialisti del settore canalizzino i propri interventi su solchi consolidati ed efficaci nelle situazioni conflittuali e suggeriscano protocolli di mediazione nell'errata convinzione che siano idonei a risolvere tali problemi o quantomeno propedeutici a interventi successivi più decisi. Occorre su questo punto ribadire con un'estrema chiarezza che interventi errati di questo tipo non hanno, come si suol dire, un effetto "omeopatico" del tipo "se non sono efficaci, non fanno neanche male". Hanno invece l'effetto devastante di diluire le responsabilità, di annullare le differenze tra vittima e persecutore, di confondere il livello delle intenzioni con quello delle azioni e, soprattutto, ottengono il risultato di rafforzare il persecutore, il partner violento e di rendere ancor più confusa e fragile la vittima facendola precipitare in un baratro in cui i significati delle azioni violente diventano per lei indecifrabili mentre la sua indecisione raggiunge livelli da paralisi"».

Confondere le azioni con le intenzioni e spostare sul piano del conflitto e delle dinamiche intrapsichiche ciò che ha a che fare con condizioni portatrici di danno fisico e mentale può costituire un primo atto antiterapeutico nell'intervento con donne maltrattate e con i loro figli/e. Non si tiene conto così di elementi quali ad esempio la tortura calcolata e l'utilizzo, da parte del partner violento, del terrore e della disumanizzazione attraverso pratiche umilianti e dolorose (Bruno, 2005). Inoltre non è considerato l'impatto trasformativo della violenza sul senso d'identità delle vittime e sulla loro visione del mondo.

Rispetto alla comprensione della sofferenza post traumatica, scrive Seroni, 2001: «L'isolamento deliberato dei pazienti dall'universo di riferimento nel quale è apparso il disturbo è presente in tutto il pensiero psicologico e psicopatologico, anzi, è addirittura uno dei suoi impliciti presupposti. Ma le conseguenze dell'influenza e dell'intenzionalità volta a danneggiare non hanno a che fare con gli affetti prodotti in maniera intrapsichica; sono invece, incontestabilmente, prodotte da un'azione. La cura delle vittime di traumi indotti deliberatamente dall'uomo deve considerare l'interazione. Quando si ha a che fare con l'intenzione di nuocere, non ci si può occupare solamente del paziente, ma è necessario considerare gli effetti dell'influenza». Sandra Filippini, nel suo libro *Relazioni Perverse*, dice: «Tra gli psicoanalisti Cohen (1992) ha parlato di perversione e specialmente di perversità, per riferirsi al maltrattamento (mis-use) di una persona da parte di un'altra. L'autore descrive le perversioni come forme di dipendenza patologica, come organizzazioni difensive stabili e molto resistenti al cambiamento: le persone che maltrattano gli altri allo scopo inconscio di esteriorizzare i propri conflitti tendono a diventare dipendenti dalle loro vittime... (questo può in parte spiegare i molti omicidi di donne da parte di partner "abbandonati"). Cohen dice che in queste relazioni l'altro viene "deumanizzato" e degradato a livello di oggetto parziale, ricettacolo dell'identificazione proiettiva del soggetto, della sua manipolazione onnipotente e del suo sfruttamento. Lo scopo di chi maltratta un altro è ottenerne il controllo negandone separatazza e autonomia» (S. Filippini, 2005).

Marcello Vignar definisce la tortura come "ogni comportamento intenzionale, qualunque siano i metodi utilizzati, che ha il fine di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura d'identità che la definisce come persona". Ascoltando i racconti delle donne sopravvissute a violenza domestica questo fine è evidente nelle dinamiche con cui la violenza è messa in atto. Pertanto per comprendere la sofferenza delle vittime, dovremo spostare la nostra attenzione sulle azioni degli aggressori.

Come si "costruisce" una vittima

«Quando la vittima è libera di fuggire, non sarà violentata una seconda volta: il trauma ripetuto si verifica solamente quando la vittima è un prigioniero, impossibilitato a fuggire e tenuto sotto il controllo del persecutore. Tali condizioni ovviamente esistono nelle prigioni, nei campi di concentramento e nei campi di lavoro forzato, ma possono esistere anche all'interno di organizzazioni religiose, nelle case chiuse e in altri ambienti di sfruttamento sessuale organizzato e infine nelle famiglie. La prigionia politica è generalmente riconosciuta, mentre la prigionia domestica di donne e bambini spesso non è neppure considerata ... Nella prigionia domestica, le barriere fisiche sono rare... non ci sono sbarre alle finestre e neppure recinti di filo spinato; donne e bambini di solito non sono incatenati, sebbene ciò capiti più spesso di quanto si possa immaginare... La prigionia, che porta la vittima a un prolungato contatto con l'oppressore, crea una speciale forma di relazione, caratterizzata dal controllo coercitivo» (J. L. Herman, 1992).

Confondere le azioni con le intenzioni e spostare sul piano del conflitto e delle dinamiche intrapsichiche ciò che ha a che fare con condizioni portatrici di danno fisico e mentale può costituire un primo atto antiterapeutico nell'intervento con donne maltrattate e con i loro figli/e. Non si tiene conto così di elementi quali ad esempio la tortura calcolata e l'utilizzo, da parte del partner violento, del terrore e della disumanizzazione attraverso pratiche umilianti e dolorose

La capacità di pensiero proprio va riattivata nel contatto di cura, che deve ricercare e portare alla luce l'azione contaminante della dinamica violenta. Pertanto, nella prima fase dell'intervento, è importante entrare con la donna nell'universo traumatico, portando alla luce la logica dell'influenza che ha modificato il corso del suo pensiero e, soprattutto, il modo di pensare se stessa

Dai racconti delle donne maltrattate dal partner, emerge spesso un modello tipico di comportamento degli aggressori domestici. Nelle prime fasi della relazione questi uomini si mostrano molto innamorati, fanno sentire la donna "scelta" per alcune sue caratteristiche positive e uniche. È frequente la richiesta di un'accelerazione del coinvolgimento e della scelta di convivere o sposarsi. La relazione viene caratterizzata come speciale, unica e diversa da tutte le altre. L'uomo si mostra possessivo e spesso geloso. Ciò fa credere alla donna, rispetto a una serie di stereotipi culturali sull'amore, di aver trovato la persona giusta. Inizialmente, le richieste irragionevoli e le manovre d'isolamento sono attuate dall'aggressore con ricatti emotivi tesi a far sentire in colpa e inadeguata la partner se non si confà al suo volere. I comportamenti della donna vengono significati con modalità del tipo «se vuoi questo, vuol dire che non mi ami... Se non fai questo, non te ne importa nulla di noi... del nostro rapporto... non sei una buona moglie... I tuoi familiari... i tuoi amici... il tuo lavoro sono più importanti di me. Vuoi fare la stessa vita di prima, ma ora sei una donna sposata...». Sembra venire proposta/imposta una nuova identità, necessaria al buon andamento del rapporto, per acquisire la quale essa deve rinunciare ai suoi precedenti punti di riferimento, abitudini, preferenze, interessi. In questa fase la donna tende ad adattarsi, anche in ragione di un'aderenza a un modello sociale di subordinazione al partner maschile, legittimato a definire l'adeguatezza della partner femminile. Il processo d'influenza messo in atto dall'aggressore domestico è simile a quello tipico delle iniziazioni, dove il "prescelto" deve rinunciare, attraverso un processo di decondizionamento e ricondizionamento, a un'appartenenza a un mondo di relazioni e di significati acquisiti nel tempo, per entrare in un nuovo universo logico che gli permetterà di accedere a uno status e a un'identità speciali e significativi. Le richieste, il controllo e le limitazioni della libertà personale diventano nel tempo sempre più illogici e assillanti e non ammettono rifiuti, rispetto ai quali possono iniziare o aggravarsi le aggressioni fisiche. L'isolamento della donna dai suoi familiari, amici e dall'ambiente di lavoro, costruisce le sbarre invisibili di una prigione, dove vige l'universo logico di significato imposto dall'aggressore.

Nelle pratiche coercitive violente le parole sono pronunciate per minacciare, creare terrore nelle vittime, per dare loro l'impressione dell'onnipotenza dell'aggressore/i e creare un legame "perverso". Assumono consistenza e densità in quanto parole-atto. L'aggressore "materializza" le sue parole con azioni che le rafforzano e diventano tutt'uno con esse. «... Io ti conosco, più di quanto tu conosca te stessa. So sempre quello che pensi e quello che fai... se te ne vai, ti troverò ovunque e la pagherai... ricordi cosa ti è successo l'ultima volta?...». Oltre alle parole usate per minacciare, terrorizzare, umiliare esiste un'altra categoria di parole e frasi che hanno l'obiettivo di disorientare le vittime, di renderle perplesse. Sono le frasi fuori contesto, che mancano di senso nel quadro in cui sono pronunciate. Hanno un forte potere destrutturante soprattutto quando, durante un'azione violenta, l'aggressore manifesta, attraverso di esse, aspetti di bontà e considerazione. «...Mentre ero accecata dal sangue che mi colava dalla testa, dove mi aveva colpito più volte insultandomi, mi diceva – ti sei fatta male, mi dispiace, ora ti disinfetto, forse ti dovranno mettere dei punti. Ti porterò all'ospedale, non posso vederti così amore mio...». La donna che riferisce questo episodio dice: «In quel momento provavo quasi un senso di sollievo e pena per lui. Mi sentivo confusa, annichilita, quasi in colpa» Si fissano nuove regole, alcune delle quali contrarie a ogni logica. Si crea deliberatamente una rottura con gli universi di riferimento. Bettelheim (1947), riporta che una persona esposta a condizioni estreme si comporta in un modo che essa stessa non può approvare. Appare, in questa persona, un conformismo e un'adattabilità a circostanze che sono al di là di quanto possa prevedere o aspettarsi. L'ambiguità che ne deriva è caratterizzata dalla malleabilità, permeabilità e non conflittualità, uno stato di non definizione, confusione, disorientamento (Amati Sas, 1992). Ciò crea variazioni multiple e dissociate della propria immagine di sé e di sé con l'altro, che non possono essere integrate (Van der Hart, 2006).

«Mi chiedevo se cinquanta euro di multa per aver rotto un bicchiere, mentre lavavo i piatti, non fossero troppi? So che questo pensiero è assurdo, quando ne parlo con lei. Ma nella situazione era l'unico pensiero che avessi...».

Sono le parole di Anna, una signora che viveva una situazione di estrema coercizione, controllo e sfruttamento da parte del marito. L'uomo la multava con importi differenziati, per presunti errori e inadempienze oltre che insultarla e picchiarla. L'universo di significati costruito dall'aggressore, attraverso i processi traumatici attivamente indotti con il controllo e lo stato di terrore continuo, sembra diventare

l'unico possibile per la donna. Le pratiche violente, attraverso l'effrazione e l'influenza, costruiscono un universo logico che attacca la capacità di pensare in proprio della vittima (Bruno, 2007). Questa capacità di pensiero proprio va riattivata nel contatto di cura, che deve ricercare e portare alla luce l'azione contaminante della dinamica violenta. Pertanto, nella prima fase dell'intervento, è importante entrare con la donna nell'universo traumatico, portando alla luce la logica dell'influenza che ha modificato il corso del suo pensiero e, soprattutto, il modo di pensare se stessa. Concentrarsi in questa fase sulle disfunzioni della vittima, per "guarirla-modificarla", ricalca la pratica messa in atto dall'aggressore. Fare ciò significherebbe, in questa fase, dar credito al pensiero che è stata maltrattata per come intrinsecamente essa è. «In altre parole, interessarsi alla natura del paziente vorrebbe dire inserirsi nella logica manipolatrice dei torturatori» (Sironi, 2001) negando la loro influenza distruttiva e "amalgamante". Siamo di fronte a persone imprigionate in un processo confusivo e devitalizzante, "modificate" nella forma in cui sono state pensate dall'altro violento. L'azione di chi cura dovrà in primo luogo contrastare la "logica violenta" portando alla luce i fatti e delegittimando le giustificazioni che, a volte, la donna stessa porta, in una sorta di protezione dell'aggressore visto anche come fragile e bisognoso. La prima risposta di cura consiste dunque nell'assumere una chiara posizione rispetto al fatto che niente può giustificare la violenza. Questa posizione fa sì che l'operatore intervenga come attivatore di un processo di "controinfluenza" rispetto alla tendenza della donna a sopportarla. La paziente inizialmente entrerà e uscirà dall'universo logico violento oscillando fra due dimensioni di pensiero, una in cui progetta scelte alternative alla relazione violenta, l'altra in cui sembra minimizzare, negare o giustificare la violenza stessa. Spesso, erroneamente, questo oscillare è visto solo come ambivalenza e collusività da parte della donna, e non come il difficile tentativo di sfidare la logica traumatica assimilata. In questa logica, le vittime vengono "invase", isolate dai loro punti di riferimento affettivi e sociali, forzate all'accettazione della visione del mondo dell'aggressore e costrette al silenzio dalla vergogna. Per capire la dinamica traumatica della violenza cronica, ci può essere di aiuto vedere il mondo interno della vittima come un territorio colonizzato, dove la forzata dipendenza dall'universo di riferimento dell'aggressore è distruttiva dei riferimenti identitari della donna (Bruno, 2007). Quanto detto sopra può aiutarci a individuare le dinamiche attraverso le quali una vittima diventa tale e, di conseguenza, comprendere le sue difficoltà e incertezze che si manifestano soprattutto con un senso generalizzato d'impotenza, inadeguatezza e dipendenza dall'aggressore. Le persone in condizioni di coercizione, attraverso la dissociazione, la minimizzazione, la negazione e la razionalizzazione spesso imparano a modificare una realtà insopportabile sviluppando un pensiero doppio che condivide simultaneamente opinioni palesemente contraddittorie (Herman, 1992). Nello stesso tempo possono essere in contatto in modo alternato con percezioni di sé e della realtà più autentiche che producono sentimenti insostenibili d'impotenza, disperazione e senso di fallimento. Questi sentimenti spesso bloccano qualsiasi pensiero progettuale. Gli operatori, nel contatto con vittime di violenza cronica, possono percepire un'aderenza e un'ambiguità rispetto all'aggressore e, di conseguenza, reagire con rabbia volendo definire, diagnosticare in modo conclusivo, per il bisogno di sottrarsi al caos dell'indifferenziazione e all'impotenza (Bruno, 2005). Si può creare così una dinamica ritraumatizzante che conferma la diffidenza della donna e la sua difficoltà di fidarsi.

La violenza trasforma

Possiamo affermare che il subire violenza da un altro essere umano, soprattutto nelle relazioni di fiducia e in modo cronico, ha un forte potenziale traumatico che mina e disorganizza l'assetto globale della vittima ampliando le sue preesistenti fragilità sia sul piano biologico sia sul piano psicologico (Bruno, 2005).

Se di fronte a un evento traumatico acuto, unico la persona vive l'esperienza come un corpo estraneo da eliminare e allontanare da sé, nelle situazioni di trauma cronico predicibile ma non evitabile (violenze familiari, torture) i meccanismi di adattamento messi in atto producono nelle vittime maggiori e più complessi cambiamenti a livello di funzionamento biologico e psicosociale. Un costrutto utile alla comprensione di questo potenziale è il concetto di "adattamenti post traumatici" piuttosto che il PTSD. Van der Kolk parla di uno "spettro di problemi trauma-correlati" che sono in funzione: della fase evolutiva in cui avviene o inizia il trauma, delle caratteristiche psicobiologiche del soggetto, della relazione con gli agenti responsabili del trauma,

«La tendenza a biasimare le vittime, ha interferito con la comprensione psicologica e la diagnosi della sindrome post traumatica poiché invece di inquadrare la sintomatologia della vittima come una risposta alla situazione di abuso, gli specialisti della salute mentale hanno più spesso attribuito tale situazione a una presunta psicopatologia latente della vittima»

Le esperienze traumatiche legate alla violenza rappresentano un attacco nei confronti dell'integrità psicofisica e una frattura nel senso di coerenza e di continuità del sé, possono pertanto esitare anche in rilevanti alterazioni dell'identità. Le violenze interpersonali, soprattutto nelle forme di abuso sessuale, maltrattamenti, gravi privazioni, stupro e tortura, portano spesso la vittima a "definirsi" quasi esclusivamente in base all'esperienza traumatica

della durata dell'esperienza/e traumatiche e della disponibilità o meno di sostegno sociale. Soprattutto quando le violenze sono reiterate nel tempo e agite da figure significative, si verificano alcune alterazioni sul piano psichico come risvolto della disregolazione neurobiologica (Van der Kolk, 1996; Herman, 1992) che la traumatizzazione, soprattutto se cronica, ha provocato.

Le alterazioni nella regolazione emotiva e degli impulsi (regolazione affettiva, modulazione della rabbia, auto distruttività, pensieri suicidari, difficoltà a modulare la risposta sessuale, mettersi in situazioni rischiose, autolesionismo), creano difficoltà a gestire le emozioni e interferiscono con la capacità di affrontare i problemi e i conflitti di tutti i giorni. Inoltre rendono difficile al soggetto regolare l'intensità del coinvolgimento emotivo che spesso viene evitato limitando così la possibilità di costruire un "archivio personale di esperienze appaganti e gratificanti" (Van der Kolk, 1996). Questo stato di cose influenza negativamente la qualità della vita, impedendo di superare il trauma e aumentando il rischio di future vittimizzazioni o di vittimizzare gli altri. Anche le competenze genitoriali possono essere fortemente influenzate o compromesse. Può essere presente un eccesso di dipendenza nelle relazioni o dipendenza da sostanze o comportamenti sessuali compulsivi e/o rischiosi. I tentativi di suicidio, l'autolesionismo e in particolare le automutilazioni sembrano essere tentativi attivi di mettere a tacere il riemergere dei ricordi traumatici e degli stati emotivi collegati o di regolare l'equilibrio psicobiologico e biologico, quando non sono attivabili le consuete modalità di autoregolazione danneggiate dal trauma.

Le alterazioni nella percezione di sé e del/i persecutore/i si manifestano con senso d'inefficacia e di essere danneggiati irrimediabilmente. Sono presenti sentimenti di colpa e vergogna e la convinzione di non poter essere capiti. Nel trauma interpersonale l'attacco malevolo al corpo e alla sua rappresentazione viene giustificato dagli aggressori spostando la colpa dei loro atti sulle vittime, disumanizzandole e riducendole a corpi da colonizzare, usare, violare, annientare (Gutman, 2007). Chi subisce la violenza si percepisce impotente, privo/a di senso e di valore e spesso se ne assume la responsabilità e la colpa. È usuale per le vittime vedersi attraverso lo sguardo dell'aggressore e attraverso il significato che l'aggressore dà a ciò che sta accadendo. Ciò include un'attribuzione irrealistica di potere totale al persecutore e/o un'idealizzazione dello stesso e/o il senso di avere con lui una relazione speciale o soprannaturale. Durante le violenze-privazioni le vittime possono sentire il loro corpo come "corpo che tradisce" (reazioni legate al terrore, risposta sessuale automatica), rispetto a una rappresentazione del sé. Per esempio, nelle vittime di violenza sessuale sia minori sia adulte, il corpo viene poi vissuto come sporco, complice dell'aggressore "se non ho reagito, vuol dire che lo volevo anch'io", da punire. Il senso di essere danneggiati irrimediabilmente di essere "mostruosi", di aver scoperto parti maligne e incontrollabili di sé fa vivere in uno stato di sfiducia in sé e negli altri, colpa e senso di essere diversi dai propri simili, isolati, incomprensibili. Tutto ciò porta nella quotidianità a un ritiro sociale e spesso a difficoltà in campo lavorativo e nei rapporti affettivi

Alterazioni nell'attenzione e nella coscienza si manifestano con amnesia, episodi transitori di dissociazione e depersonalizzazione. Il senso di controllo, di continuità del sé e di connessione con gli altri viene attaccato in modo massiccio, impedendo al soggetto una partecipazione al mondo esterno, spesso vissuto come indistinto e nebuloso.

Le alterazioni negli schemi cognitivi di significato possono portare a un diffuso senso di disperazione e impotenza, perdita (o non strutturazione) di costrutti positivi riguardo se stessi e il mondo, percezione di non avere futuro. Questa visione di se stessi e del mondo ha un impatto generale profondo sulla qualità della vita in quanto fornisce una griglia di lettura delle relazioni e degli eventi priva di speranza e progettualità futura. Le persone si vivono incapaci di poter modificare a loro favore le situazioni di vita e mancano di capacità assertive. Nello stesso tempo possono essere incapaci di assumersi responsabilità nei confronti di altri esseri umani (genitorialità) e avere un atteggiamento passivo che può aumentare la vulnerabilità a essere rivittimizzati dagli altri.

Le alterazioni che riguardano la sfera delle relazioni si manifestano con l'incapacità di fidarsi, rivittimizzazioni, o vittimizzare gli altri, isolamento e ritiro sociale. Nel trauma interpersonale viene lesa profondamente la possibilità di fidarsi degli altri e le esperienze subite tendono a fungere da filtro che agisce sulla percezione delle relazioni interpersonali. Questo filtro o modello operativo interno *vittima – persecu-*

tore – salvatore è soprattutto presente laddove il trauma interpersonale è cronico, causato da un caregiver o da qualcuno con cui esiste un rapporto affettivo. Un *moi* di questo tipo impedisce la costruzione di un rapporto funzionale con la realtà (Bruno, 2005) in quanto le relazioni possono essere vissute solo in questi tre ruoli anche alternati nella stessa persona. Un esempio sono le violenze domestiche, dove la vittima percepisce, in una ciclica alternanza, se stessa anche come salvatrice e persecutrice e l'aggressore anche come vittima e salvatore. Questo modello operativo rafforza il legame traumatico e spesso impedisce alle vittime la messa in atto di comportamenti protettivi verso se stesse e i figli (Dutton, 1981).

Le alterazioni che riguardano il piano somatico comprendono disturbi gastrointestinali, neurologici, cardiopolmonari, sessuali e riproduttivi, sindromi dolorose (addominali, muscolari, articolari ecc.), disturbi del sonno, iperventilazione, fatica, fibromialgia, disturbi vaginali, disturbi dermatologici ecc. Esistono correlazioni fra disturbo fisico e tipo di trauma (es: disturbi vaginali in vittime di abuso sessuale). Sugli effetti fisici influiscono anche i comportamenti a rischio, quali abuso di alcol, di sigarette, di droghe, trascuratezza per la salute e disordini alimentari. Sono state rilevate correlazioni tra dissociazione e sviluppo di disturbi fisici (Steinberg, M., Schnall, M., 2006). La somatizzazione riflette anche un disturbo nella percezione e nell'organizzazione del sé ovvero un deficit nella capacità d'integrazione degli affetti (Giannantonio, 2003). Stanno emergendo dalle ricerche dati sugli effetti del trauma sul sistema immunitario che possono aiutarci nella comprensione e nella cura della somatizzazione. Esistono complesse interconnessioni tra il cervello e il sistema immunitario, che vengono mediate dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che è disregolato negli adattamenti post traumatici e nel PTSD (Van der kolk 1996).

Esperienze di vittimizzazione e senso d'identità

Le esperienze traumatiche legate alla violenza rappresentano un attacco nei confronti dell'integrità psicofisica e una frattura nel senso di coerenza e di continuità del sé, possono pertanto esitare anche in rilevanti alterazioni dell'identità. Le violenze interpersonali soprattutto nelle forme di abuso sessuale, maltrattamenti, gravi privazioni, stupro e tortura, per la loro pervasività e per essere la conseguenza dell'azione volontaria di un altro essere umano, portano spesso la vittima a "definirsi" quasi esclusivamente in base all'esperienza traumatica (Bruno, 2005). Scrive Sironi: «... All'origine dell'effrazione psichica e della conseguente devitalizzazione della vittima vi sono due elementi: l'identificazione inconsapevole con la teoria del persecutore (vedersi attraverso il suo sguardo) e la non comprensione conscia di quest'ultima». Spesso, ciò che le vittime sono costrette a vedere e a fare per "sopravvivere", (soprattutto nella tortura e nella violenza cronica a donne, bambini e bambine) le estranea da un'immagine di sé familiare interrompendo e spesso distruggendo un senso d'identità costruito nel tempo e attraverso le relazioni o impedendone lo sviluppo (Filippini, 2005). Si sviluppa di conseguenza un senso d'identità basato su percezioni di sé come sporco, impotente, colpevole, disumano, non amabile, fuori controllo; su percezioni degli altri come pericolosi, inaffidabili, imprevedibili e del mondo come ingiusto, caotico, ingestibile (Bruno, 2005). Le aree del senso d'identità che vengono "attaccate" riguardano il sentirsi al sicuro, la fiducia in se stessi e negli altri, il sentirsi capaci di far fronte alle situazioni, la stima di sé, l'intimità. Ne deriva nel tempo, per queste persone, una bassa qualità di vita caratterizzata soprattutto dal ritiro-evitamento sociale e da sintomi fobici.

L'interazione fra senso d'identità e trauma ha le caratteristiche di un processo circolare. La struttura dell'identità e i tratti di personalità a essa correlati influenzano il tipo di valutazione cognitivo emotiva dell'evento traumatico e le risposte a esso. Il trauma, con le emozioni, le cognizioni e le reazioni che attiva, può modificare profondamente alcune caratteristiche della persona, attraverso la disorganizzazione e la distruzione dei costrutti e sentimenti che ne stanno alla base. L'incapacità di regolare i propri stati interni e le risposte comportamentali allo stress esterno comportano problemi nella definizione di se stessi. L'evitamento degli stimoli che riattivano il trauma porta, per fare un esempio, a reazioni stabili nel tempo quali il senso d'impotenza, la sospettosità e la sfiducia, la rabbia e i problemi interpersonali. Alcuni autori ritengono che la patologia del sé sia uno degli effetti più gravi del Trauma Interpersonale, si parla di disgregazione del sé o dissociazione strutturale (Van der Hart, 2006). Pertanto l'oggetto del trattamento è l'integrazione del sé, e quindi il ripristino del senso di coerenza del Sé (McCann, Pearlman, 1990).

Il processo d'influenza messo in atto dall'aggressore domestico è simile a quello delle iniziazioni, dove il "prescelto" deve rinunciare, attraverso un processo di decondizionamento e ricondizionamento, a un'appartenenza, per entrare in un nuovo universo logico che gli permetterà di accedere a uno status e a un'identità speciali e significativi. Le richieste, il controllo e le limitazioni della libertà personale diventano nel tempo sempre più illogici e assillanti e non ammettono rifiuti, rispetto ai quali possono iniziare o aggravarsi le aggressioni fisiche

*La difficoltà di
sintonizzazione,
insieme alle reazioni
dissociative e
deprese del genitore,
disorganizzano
la possibilità nel
bambino di una
lettura coerente dei
segnali interni ed
esterni in relazione
ai suoi bisogni.
Le caratteristiche
disorganizzanti
(traumatizzanti)
delle interazioni tra
genitori traumatizzati
e bambini consistono
soprattutto
nell'imprevedibilità
e incoerenza delle
risposte del genitore*

Il processo di differenziazione dall'aggressore

All'interno del funzionamento traumatico, non esiste per il soggetto una visione del futuro, né la percezione di poter fare azioni che modifichino la propria realtà attuale, ciò che Walker (1979), rifacendosi a Seligman, chiama impotenza appresa. L'universo traumatico ha una fissità ripetitiva che impedisce di integrare una visione autonoma di sé nel tempo.

Nel rapporto di cura con donne in situazioni di violenza domestica, il fare riferimento all'aggressore, suscitando commenti e pensieri da parte della paziente, ha lo scopo di stimolare una sua differenziazione: si costruiscono confini attraverso l'imparare a discriminare fra diversi spazi logici. Si cerca di creare, nella relazione terapeutica, nuovi strumenti di pensiero per "stare sulla scena del crimine", desensibilizzando progressivamente la paziente al trauma. Il materiale che sarà prodotto, durante le sedute, anche quello relativo alla sua vita quotidiana, sarà utilizzato e analizzato con un unico scopo: trasformare un processo difensivo inefficace in un comportamento adeguato, ossia in una strategia di espulsione dello sguardo e dell'influenza distruttiva e "amalgamante" dell'altro, per recuperare un pensiero proprio e una visione realistica di sé. Tornare sulla "scena del crimine", e quindi affrontare la realtà della violenza, avrà anche un significato rispetto alla rilevazione dei livelli di rischio e di letalità (esistono a questo riguardo strumenti specifici, per es. Hudson W. & McIntosh S., 1981 o il S.A.R.A., 2004), per pensare e preparare con la donna un piano di emergenza e stimolare in lei azioni autoprotettive e protettive verso gli eventuali figli. È molto importante rendere terapeutico il piano del fare attraverso il riflettere, pensare, decidere e sostenere ciò che si fa (Bruno, 2005). La ricerca di una saldatura fra il piano esterno della realtà (dei fatti) con la percezione e il vissuto interno connesso a un pensiero proprio, ci porta ad addentrarci gradualmente in assetti e strutture più profonde e a trattarli terapeuticamente. Sarà la donna stessa, a questo punto, ad affrontare piani interni e aspetti della sua storia personale evolutiva. Spesso, insieme, arriviamo a comprendere cosa ha attratto l'aggressore e l'ha portato a "sceglierla" e "iniziarla" alla violenza. Emergono allora nuove possibilità di ripercorrere la sua storia attraverso un discorso su se stessa e sulle sue vulnerabilità.

Il trauma legato alla violenza interpersonale attacca i costrutti attraverso i quali ci mettiamo in relazione con noi stessi, gli altri e il mondo (Pearlman, Saakvitne, 1995). Crea sofferenza, confusione e ambiguità non solo in chi la subisce ma anche nel tessuto sociale e in chi cerca di prestare aiuto, per i sentimenti di annichilente impotenza e orrore con cui mette in contatto. Attacca la capacità di pensare in chi lo subisce direttamente e nei "testimoni". Prestare aiuto presuppone cercare di mantenersi funzionanti a livello psichico, nonostante queste difficoltà, e assicurare un "buon legame" capace di rimettere ordine per poter "pensare insieme" e riparare parte di ciò che è stato distrutto. Nei confronti della violenza domestica, anche chi presta aiuto, rischia di entrare nella dinamica del legame traumatico, vittima-persecutore-salvatore. Questo rischio va continuamente monitorato attraverso il confronto con i colleghi e la supervisione (Bruno 2005).

Esperienze di vittimizzazione e invecchiamento

In termini di qualità della vita, soprattutto nella fase dell'invecchiamento, Aarts e den Velde riportano il fatto che, chi è sopravvissuto a un trauma corre il rischio, durante la senescenza, di subire un peggioramento o l'insorgenza improvvisa della sintomatologia post traumatica, anche dopo decenni di coping adeguato. «I sopravvissuti a un trauma non devono elaborare soltanto le perdite che caratterizzano l'età avanzata, ma anche le molte perdite legate alla traumatizzazione... Inoltre il trauma può aver danneggiato la capacità della persona di elaborare il lutto... Un prerequisito necessario per adattarsi in maniera adeguata all'invecchiamento è accettare la propria condizione e le proprie esperienze, tanto per il passato che nel presente... un compito è quello di riuscire a preservare o a stabilire un senso di continuità del sé. Si tratta di un compito arduo per chi ha subito un trauma, dato che le sue esperienze traumatiche possono aver provocato una frattura profonda nella percezione del Sé e nel senso di continuità. In simili circostanze, l'integrità dell'io, come obiettivo ultimo della formazione dell'identità, può essere raggiunta solo a costo di terribili sforzi emotivi e cognitivi... pertanto un trauma pregresso costituisce un rischio evolutivo durante l'invecchiamento » (Van der Kolk, 1996). Diventa importante per i professionisti interpretare correttamente i sintomi post traumatici negli anziani quali: depressione, ansia, ricordi forzati, affaticamento cronico, disturbi del sonno, che possono essere



visti come parte integrante del processo degenerativo dell'invecchiamento, togliendo al paziente con traumi pregressi la dovuta comprensione e cure adeguate.

Trasmissione intergenerazionale

Un aspetto comune alle violenze e ai traumi di guerra e a quelli in pace è la trasmissione intergenerazionale del disagio, attraverso i legami di attaccamento, quando non è resa possibile un'elaborazione collettiva e individuale (De Zolueta, 1999; Dutton, 1997 - 1998 - 2000). Il comportamento di genitori con traumi irrisolti o in situazioni traumatiche (per esempio madri vittime di violenza domestica) può avere caratteristiche d'incoerenza, imprevedibilità legata a momenti dissociativi e cambiamenti repentini di umore. Soggetti con traumi irrisolti presentano discontinuità negli stati di coscienza, hanno difficoltà come detto sopra nella gestione della rabbia e degli stati emotivi negativi. Sono genitori che oscillano fra l'essere spaventati e spaventanti, in risposta a sollecitazioni interne relative ai loro traumi e non in risposta a comportamenti del bambino. La difficoltà di sintonizzazione insieme alle reazioni dissociative e depresse del genitore disorganizzano la possibilità nel bambino di una lettura coerente dei segnali interni ed esterni in relazione ai suoi bisogni. Le caratteristiche disorganizzanti (traumatizzanti) delle interazioni tra genitori traumatizzati e bambini consistono soprattutto nell'imprevedibilità e incoerenza delle risposte del genitore. «Il bambino presenterà confusione e paura, difficoltà nella regolazione del flusso degli stati mentali e delle emozioni, tendenza alla dissociazione, disturbi dell'attenzione, aggressività, disturbi cognitivi e dell'adattamento... l'attaccamento disorganizzato viene correlato a sua volta, oltre che a difficoltà di gestione dello stress e tendenza alla dissociazione, a maggiore possibilità di sviluppare PTSD e a elevato rischio di condotte esternalizzate e di patologie relazionali nella vita adulta... è un fattore di rischio per la patologia borderline» (Luberti, 2006).

* Psicologa.

BIBLIOGRAFIA

- Amati Sas S. (1992), *Ambiguity as a route to shame*, *Int. J. Psychoanal.* 73, 2, 329-342.
 Bettelheim B. (1947), *Il cuore vigile*, Adelphi, Milano 1988.
 Bruno S.T. (1998), *Maltrattamento e violenza alle donne: dinamica ed effetti a breve e lungo termine*. In *Il Seme e l'Albero*, 2-3, 16-25, Fondazione A. Devoto. Firenze.
 Bruno S.T. (2000), *Compresenza di violenza intrafamiliare sulle donne e uso di alcol: importanza di una precisa rilevazione per la programmazione di interventi efficaci*. In *L'alcol nell'universo femminile*, Nicola Editore, Napoli.
 Bruno S.T.,a, (2002), *Percorsi di uscita dalla violenza*. In *Trattato Completo degli Abusi e delle Dipendenze*, a cura di Nizzola U., Pissacroia M., Piccin, Padova.

È usuale per le vittime vedersi attraverso lo sguardo dell'aggressore e attraverso il significato che l'aggressore dà a ciò che sta accadendo. Ciò include un'attribuzione irrealistica di potere totale al persecutore e/o un'idealizzazione dello stesso e/o il senso di avere con lui una relazione speciale o soprannaturale. Durante le violenze-privazioni le vittime possono sentire il loro corpo come "corpo che tradisce" (reazioni legate al terrore, risposta sessuale automatica), rispetto a una rappresentazione del sé

- Bruno S.T.,b, (2002), *Maltrattamento e violenza sessuale sulle donne all'interno della famiglia*. In *L'approccio clinico al maltrattamento e alla violenza sessuale*, a cura di Metella Dei, 2002, Università degli Studi di Firenze e Regione Toscana.
- Bruno S.T.,a, (2005), *Le emozioni delle operatrici e degli operatori nel lavoro con donne vittime di violenza*. In *Prospettive Sociali e Sanitarie*, anno xxv, n° 2, 1.2.2005, Istituto per la Ricerca Sociale, Milano.
- Bruno S.T., Braccini M.,b, (2005), "Interventi clinici con le madri maltrattate. Il danno alla genitorialità: un caso". In *La violenza assistita intrafamiliare*, a cura di Luberti R. e Pedrocco Biancardi M.T., Franco Angeli, Milano.
- Bruno S.T., (2007), *Case di Accoglienza: una risposta per le donne e una risorsa per i servizi territoriali*, In – *Violenza Contro le donne Compiti e Obblighi del Ginecologo* – a cura di V.Dubini, A.Citernesi, M.Dei, A.Kusterman –Editeam, Cento (Fe).
- Bruno S.T., (2007), *Violenza e legame: una sfida terapeutica*, In – *Trasformazioni* – rivista della Società di Psicoanalisi Interpersonale e Gruppo Analisi, n°4 – Dicembre 2007.
- De Zulueta F., (1999), *Dal Dolore alla Violenza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Dutton D.G., (2000), *Witnessing parental violence as a traumatic event shaping the abusive personality*. In R.A. Geffner, P.Jaffe & M. Suderman (eds.) *Children Exposed to Domestic Violence*. Haworth Press, New York.
- Dutton D.G., (1998), *The abusive personality*, The Guilford Press, New York London.
- Dutton D. G., & Holtzworth-Munroe A., (1997), *The role of early trauma in males who assault their wives*. In D. Cicchetti & S. L. Toth (eds.) *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. University of Rochester Press.
- Dutton D. G., & Painter S.L., (1981), *Traumatic bonding: the development of emotional attachment in battered women and other relationship of intermittent abus*, *Victimology*, 6, pp. 139-155
- Giannantonio M., (2003), a cura di, *Psicotraumatologia e psicologia dell'Emergenza*. Ecomind, Salerno.
- Filippini S., (2005), *Relazioni Perverse: la violenza psicologica nella coppia*. Angeli, Milano.
- Fonagy P. et al., (2005), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Cortina, Milano.
- Gleason WJ., (1993), "Mental disorders in battered women: an empirical study". *Violence and victims* 8, pp. 29-40.
- Gondolf E. W., (1998), *Assessing Woman Battering in Mental Health Services*, Sage Publications, Thousand Oaks California.
- Graham D., Rawlings E.R., (1987), *Survivor of terror: battered women, hostages, and the Stockholm Syndrome*. In Yllo K, Bograd M (eds.) *Feminist perspectives on wife abuse*, Sage, Newbury Park, California.
- Gutman R., Rieff D., (2007), *Crimes of war*. Norton, New York.
- Herman J. (1992), *Guarire dal trauma*, Magi, Roma 2005.
- Hudnall Stamm B., (1995). *Secondary Traumatic Stress*. The Sidran Press, Lutherville.
- Hudson W. & McIntosh S., (1981), *The Assessment of Spouse Abuse: two quantifiable dimensions*. In *Journal of Marriage and the Family*; 43, pp. 873-884.
- Kemp A., Rawlings E.I., & Green B.L., (1991), *Post-traumatic Stress Disorder in Women: Diagnosis and Treatment of Battered Woman Syndrome in Psychotherapy*, 28, pp. 21-34.
- Webster C.D. & Eaves D. (2003) *S.A.R.A. Spousal Assault Risk Assessment*. British Columbia Institute Against Family Violence, Vancouver. Versione italiana (2004) a cura di Baldry A.C., D'Ambrosio A., *Manuale per la valutazione del rischio di recidiva nei casi di violenza domestica*.
- Luberti R., (2006), *Caratteristiche degli effetti a lungo termine della violenza subita in età minore*, in *Vite in Bilico*, Bianchi D. e Moretti E., a cura di, pp. 73-126.
- Pearlman L. A. & Saakvitne K. W., (1995), *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*, Atheneum, New York.
- Schore A.N., (2003), *Affet dysregulation and disorders of the self*, Norton & Company, New York.
- Sironi F., (2001), *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano.
- Steinberg, M., Schnall, M., (2006), *La dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Van der Hart O. et al., (2006), *The haunted Self*, Norton & Company, New York.
- Van der Kolk B., et al., (1996), *Traumatic Stress*, Guilford Press, New York.
- Walker L., (1979), *The Battered Woman*, Harper & Row, New York.
- Walker L., (1996), *Abused Women and Survivor Therapy*, American Psychological Association, Washington DC.
- Walker L., (2000), *The Battered Woman Syndrome*, Springer Publishing Company, New York.

Traumatic experience in victimization dynamics: some considerations about an aid in case of domestic violence

To understand suffering of domestic violence victims it is necessary to lead action on aggressors' assault. The goal of the aggressor is to disclaim victim's separateness and independence by creating a kind of relationship characterized by a coercive control. Around women the invisible bars of a prison through isolation, control, restrictions and emotional blackmales are built up. In this prison the universe of meaning dictated by the aggressors in force and it seems to be the only one possible for women. We must re-establish victim's cognitive capabilities by a contact that cures and that must pursue and point out the contaminating action of the violent dynamics. As interpersonal violence leads victim to describe herself almost exclusively under the traumatic experience, the goal of the treatment is the re-establishment of the "self-consistency".

«Un approccio integrato consente di prendersi cura delle vittime»

Intervista a Silvia Paola Donadio, responsabile del Centro Soccorso Violenza Sessuale -S.V.S.- S. Anna di Torino. Il quadro che emerge è rappresentativo di un modello di organizzazione che tende a garantire un'appropriata assistenza alle donne vittime di violenza sessuale, cercando di dare loro una risposta medica, legale, psicologica e relazionale, sia nella fase di emergenza/pronto soccorso che negli interventi di continuità assistenziale. È quindi prevista l'integrazione di diverse professionalità: ginecologhe, medici legali, psicologhe, ostetriche e assistenti sociali, appartenenti a varie Aziende Sanitarie che, prestando la loro opera ad un sinergico lavoro di équipe, consentono un'adeguata presa in carico delle persone vittime di violenza

VERONICA DALL'OCCHIO*

Nel 2003, quando i dati ISTAT parlavano di una donna maltrattata su tre, la Regione Piemonte decise di non far calare un silenzio "assordante" su questi numeri allarmanti, ma di dare una risposta fattiva. Quell'anno quindi, insieme ad altre iniziative, venne aperto a Torino il Centro Soccorso Violenza Sessuale – S.V.S. Fu attivato presso l'Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna che, con il Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche e il Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza, dell'Università di Torino, è specializzato su problemi legati alle fasi riproduttive della donna, alla gravidanza e al parto, e su quelli relativi alle patologie della sfera genitale femminile e della mammella.

La Consulta regionale delle Elette, in collaborazione con l'Ordine dei giornalisti, promosse una ricerca dalla quale emerse che nel periodo 2005-2007 in Piemonte furono presentate quasi 20mila denunce di violenza sulle donne. Più della metà erano state raccolte nella provincia di Torino dove risiede oltre la metà della popolazione della regione. La maggior parte delle denunce (l'88 % del totale) riguardavano minacce, lesioni e ingiurie. Tra i reati più violenti, tentati o consumati, gli omicidi erano lo 0,5% e gli stupri il 5,3%.

Da un'analisi a campione risultò anche che la percentuale più alta delle denunce di violenza, tentata o compiuta, proveniva da un ambito familiare (36,2 %); seguiva quella da parte di conoscenti (33,1%) e da estranei (30,7%); nell'84% dei casi gli aggressori erano cittadini italiani.

Di seguito viene riportata l'intervista alla dott.ssa Silvia Paola Donadio, ginecologa, responsabile della struttura specializzata, operativa 24 ore su 24, e specificamente dedicata a garantire un'appropriata assistenza alle donne vittime di violenza sessuale, mediante l'impiego di figure professionali che prestano le loro competenze per dare, a seconda delle esigenze, supporto medico, legale, psicologico e di assistenza sociale, sia nella fase di pronto soccorso che negli interventi di continuità assistenziale.

Perché il Centro Soccorso Violenza Sessuale - S.V.S. – "S. Anna" di Torino?

Per poter dare alle donne abusate uno spazio dedicato, in cui le vittime di violenza sessuale si sentano accolte, accompagnate, non sono lasciate sole con le loro paure bensì comprese e supportate.

Quali sono i dati che possono aiutarci a stimare il fenomeno della violenza sessuale a Torino, in questi ultimi anni?

Nel 2008 i nuovi casi erano 112. A questi si aggiungano le persone che tornavano per effettuare esami e controlli medici, colloqui psicologici, incontri con gli assistenti sociali. C'erano inoltre 150 bambini e bambine maltrattati e abusati del "Bambi" Regina Margherita. Nel 2009 i numeri subirono una lieve flessione probabilmente perchè, le donne straniere in Italia senza regolare permesso, temevano di essere denunciate dal medico. Nell'anno in corso siamo a circa 60 primi interventi sulle donne, qualche numero in più per i minori e si registra anche una piccola percentuale di abusi sulla popolazione maschile, di cui si occupano altri Ospedali con cui siamo in rete.

Le donne abusate varcano la vostra soglia da sole o generalmente scelgono di farsi accompagnare?

Talvolta vengono portate dalla Polizia, altre volte vengono inviate da altri ospedali, qualcuna sceglie di farsi accompagnare, spesso arrivano sole.

Da chi viene accolta la persona che si rivolge a voi?

Da una ginecologa: a volte è l'unica operatrice che si occupa del caso, in quanto la vittima sceglie di non tornare e di non utilizzare le altre forme di supporto.

Qual è la caratteristica fondamentale che l'operatrice deve utilizzare durante l'accoglienza?

È fondamentale la gentilezza, la delicatezza ed il rispetto della volontà della donna abusata. La capacità di instaurare fin da subito un rapporto di fiducia consente comunque di valutare insieme ogni passo successivo, dalla visita all'eventuale denuncia d'ufficio.

Qual è il compito della ginecologa che opera presso SVS?

È innanzitutto la cura, ma anche la raccolta di prove che possano servire in un eventuale iter giudiziario.

Cosa accade in seguito all'accoglienza?

Durante l'anamnesi si raccolgono dati sulle circostanze dell'aggressione, sulle modalità della violenza sessuale ed infine si chiede di riferire ciò che è accaduto dal momento dell'aggressione all'arrivo presso il Centro S.V.S.

La persona viene in seguito sottoposta a visita medica, che prevede l'esame obiettivo generale, in cui ci si fa guidare dal racconto e si cerca di esaminare tutto il corpo raccogliendo, se possibile, una documentazione fotografica. Inoltre, con l'esame obiettivo ginecologico, si effettuano prelievi per la ricerca di spermatozoi e dna, esami ematici, tossicologici, batteriologico-vaginali e test di gravidanza.

Seguono infine la profilassi MTS (malattie sessualmente trasmissibili), la profilassi HIV, l'eventuale contraccezione postcoitale.

Qual è il tempo che viene dedicato alla prima visita?

Vengono impiegate mediamente tre-quattro ore per ogni persona.

La profilassi HIV viene sempre proposta?

Si valuta caso per caso. Le ultime linee guida CDC (*Center for Diseases Control and Prevention*) non forniscono protocolli precisi, lasciando quindi all'operatore la scelta. Durante la "finestra immunologica", le prime settimane cioè dopo una possibile trasmissione del virus, non è possibile accertare o escludere il contagio. Il paziente, se sussistono condizioni di alto rischio, viene quindi sottoposto ad un trattamento basato sulla somministrazione, per alcune settimane, di farmaci anti-HIV (che potrebbero presentare effetti collaterali). Tale trattamento, che comunque non garantisce un'efficacia assoluta, è tanto più incisivo quanto minore è il lasso di tempo che intercorre tra l'esposizione al virus e l'inizio della terapia: un intervallo che non deve superare le 72 ore. Vale la pena di sottolineare che il rischio di contrarre l' HIV da soggetto sieropositivo è stimato mediamente 1/500 per singolo rapporto. Dal 2003 ad oggi non abbiamo registrato neppure un caso di siero-conversione.

Dedicare particolare cura alla "repertazione"?

L'importanza della repertazione e conservazione dei materiali repertati assume un

rilievo fondamentale in quanto, in ambito giudiziario, una loro incongrua repertazione o custodia può costituire elemento a favore della difesa dell'aggressore.

Da chi è composta la vostra équipe?

Per scelta, la nostra équipe è composta prevalentemente da persone di sesso femminile. Ne fanno parte figure professionali quali medici, psicologhe, assistenti sociali, consulenti legali. Gli uomini che collaborano con noi sono i medici legali, che avevano in precedenza stipulato una convenzione con il S. Anna per altre ragioni; vengono comunque contattati raramente ed in seconda istanza. Per quanto riguarda l'assistenza legale, inviamo a centri di volontariato esterni. Da pochissimo tempo, grazie ad impiego di fondi della Regione, è possibile usufruire di un servizio di assistenza legale gratuita!

Quando e con che criteri la ginecologa che effettua la prima visita suggerisce l'opportunità dell'intervento psicologico?

La consultazione psicologica è un intervento che viene suggerito e valutato, insieme alla vittima, dopo un'analisi dei bisogni, che consenta di capire di quale tipo di aiuto la donna necessita. Anche le modalità ed il numero degli incontri vengono concordati. La consulenza psicologica insieme al supporto medico, sociale, alla tutela legale permettono una presa in carico della persona nella sua globalità e complessità. È l'approccio integrato che consente il reale prendersi cura della vittima.

Che ruolo può avere la formazione nella prevenzione del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento?

Un'educazione al rispetto dell'altro, che inizi fin dalla più tenera età e, a livello istituzionale, fin dalla scuola dell'infanzia è, a mio parere, l'intervento che auspico si arrivi realmente a promuovere e a perseguire anche negli ordini di scuola successivi. Quella educativa è una responsabilità imprescindibile per fronteggiare il fenomeno della violenza in tutte le sue declinazioni.

* Psicologa.

RIFERIMENTI

Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant' Anna
C.so Spezia, 60 - 10126 Torino
Tel. 011/3134180 011/3134180
Fax 011/3134181
e-mail: svcs@oirmsantanna.piemonte.it

An integrated approach enables psychologist to take care of victims. An interview with Dr. Silvia Donadio in charge of Sexual Violence First Aid Centre at St. Anna Hospital in Turin

The author reports an interview with Doctor Silvia Paola Donadio who is in charge at S. Anna Hospital in Turin at Violence First Aid Station. The picture of the situation that emerges is representative of a model of organization tended to assure suitable assistance for women victims of sexual violence, trying to give them a medical, legal, psychological and relational answer both during the state of emergency and during the interventions of assistance work. Afterwards, it is expected the integration of different professionals: gynaecologist, coroner, psychologist, obstetrician and social workers belonging to different health departments. These professional lend sexual victims a hand working as a team and assuring to victims suitable care.

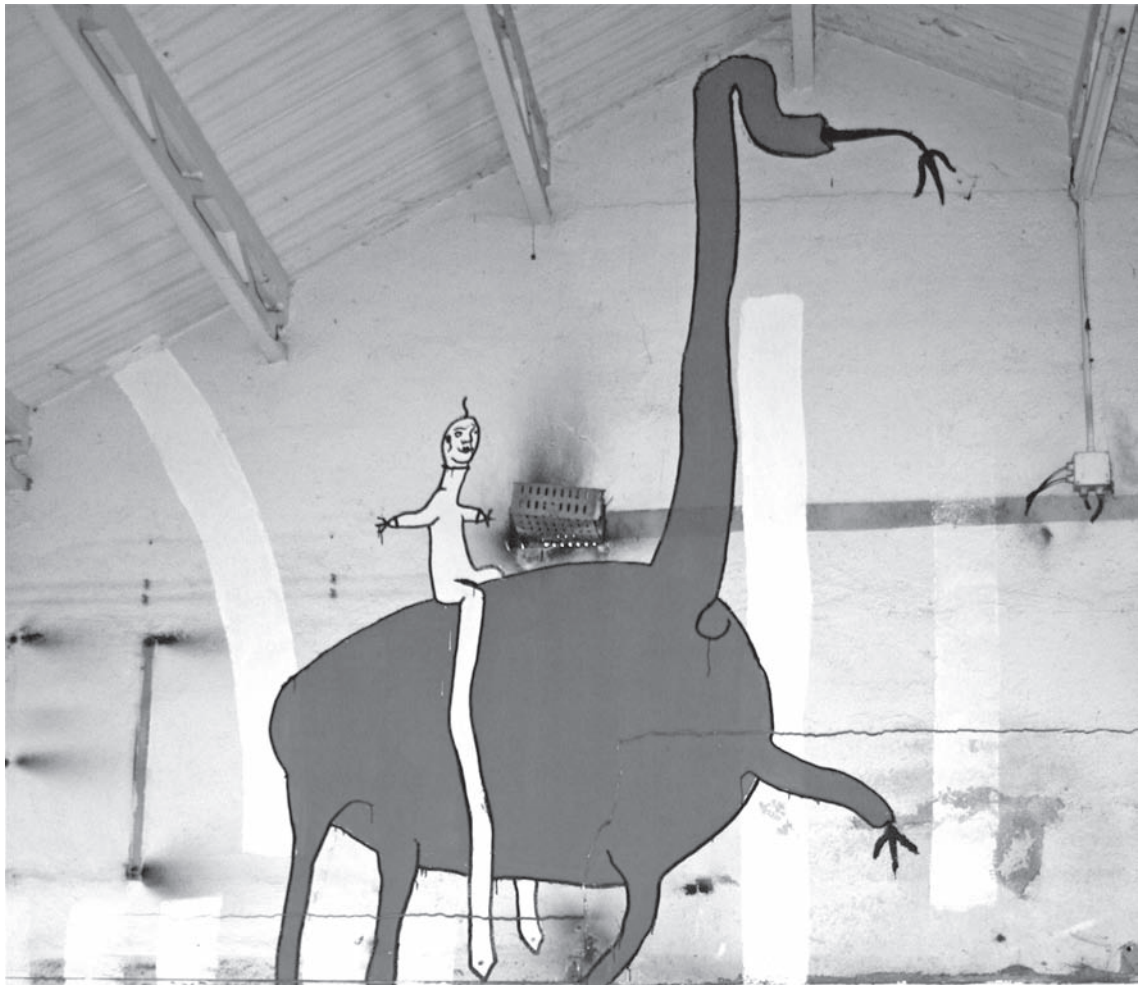
link 16 strumenti

Valutazione dell'esperienza di gruppo nella terapia combinata per il trattamento del Binge Eating Disorder

ISABELLA NAPOLETNO, M. CRISTINA BARNABEI, M. TERESA DI BONIFACIO,
BEATRICE DRAGANI PAOLO DE CRISTOFORO

Aspetti dell'obesità nel modello di trattamento ambulatoriale presso l'U.O. di medicina nutrizionale e chirurgia bariatrica dell'ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù

CARLA GAFFURI



Valutazione dell'esperienza di gruppo nella terapia combinata del Binge Eating Disorder

Il soggetto affetto da BED si sente completamente incapace di gestire le emozioni negative con strumenti diversi dal cibo. Tali emozioni negative possono essere provocate dagli eventi più disparati; tra loro giocano un ruolo fondamentale le difficoltà relazionali e di coppia. Le abbuffate sono la risposta al disagio di sentirsi soli e abbandonati, al pensare di non avere valore per gli altri a causa del proprio senso di inadeguatezza e scarsa autostima. Il pensiero patogeno dell'incomunicabilità o dell'inutilità di condividere la propria sofferenza con l'altro porta a cercare rifugio in un momento di piacere solitario; una sorta di "sospensione del tempo" in cui ci si allontana dalle difficoltà della vita

ISABELLA NAPOLETANO* M.CRISTINA BARNABEI** M.TERESA DI BONIFACIO ***
BEATRICE DRAGANI**** PAOLO DE CRISTOFARO*****

La Terapia Combinata è una forma di psicoterapia in cui il paziente viene seguito dallo stesso terapeuta, sia individualmente che nel Gruppo di Riabilitazione Psiconutrizionale. È una particolare modalità di trattamento «una strategia in divenire nella quale l'esperienza di gruppo interagisce in modo significativo con le sedute individuali, in cui il feedback reciproco aiuta a costruire un'esperienza terapeutica integrata.» (Giubbolini F., 2007).

La patologia trattata nel presente lavoro con il metodo combinato è il *Binge Eating Disorder*. Esso viene proposto come nuova categoria diagnostica da Stunkard nel 1959 e incluso nell'appendice B del DSM-IV solo nel 1994 e attualmente i suoi criteri diagnostici sono da definire con ulteriori studi. È fuori dubbio che il voler classificare tale patologia, nasce soprattutto dalla «necessità di individuare un percorso terapeutico adeguato al trattamento di un disturbo tanto complesso, che attualmente viene identificato in un approccio integrato medico-nutrizionale e psicoterapeutico.» (Vinai P., Todisco P., 2007).

Obiettivo

Partendo da tali considerazioni, l'obiettivo del presente lavoro è valutare come l'inserimento nel Gruppo Psiconutrizionale possa facilitare la consapevolezza delle caratteristiche individuali e relazionali, dal momento che il gruppo ha una «funzione stimolante e metabolizzante e crea un ponte tra i contenuti e i funzionamenti della mente sociale, che li riattualizza per esperirli e rielaborarli nel qui e ora del gruppo, in modo condiviso e trasformante» (Corrao F. 1981).

Il gruppo inoltre permette, evidenziati gli schemi cognitivi e relazionali disfunzionali, di attivare le strategie terapeutiche volte ad utilizzare nuovi comportamenti, a correggere processi di pensiero distorti e le modalità relazionali disfunzionali apprese. A tal fine il gruppo dà la possibilità di conoscersi e sperimentarsi in quanto stimola l'individuo ad esprimere tutto ciò che lo disturba in modo più autentico e con meno difese e favorisce gli insights (Ruitenbeek H.1972). I contenuti emersi nel gruppo vengono poi elaborati a livello individuale ed entrano a far parte del percorso verso l'autoconsapevolezza.

L'approccio globale al corpo valorizza la nutrizione come espressione del rapporto tra sé e il cibo, tra sé e gli altri. Dando priorità al disagio fisico (alterazioni corporee, posturali e motorie) può favorire e a volte consentire l'approccio psicoterapico. In particolare, la riabilitazione psiconutrizionale, parte da un'attenta valutazione psico-biologico-comportamentale-motivazionale, per avviare un processo di autosservazione e di riacquisizione del controllo sul corpo e sui suoi confini

Intervento

Nell'ottica della complessità dei DCA, viene effettuato un intervento che tiene conto dell'orientamento sistemico, inteso "non restrittivamente come insieme di tecniche di intervento sul sistema familiare, ma come prospettiva metodologica che esplora una pluralità di livelli sistemici e ricerca le interinfluenze circolari tra vissuti dell'individuo, caratteristiche del tessuto familiare di appartenenza, influssi e condizionamenti del sistema sociale allargato... influenze queste che convergono nel corpo, trovano nel corpo il loro terreno di intersezione, propongono il linguaggio del corpo come l'unica espressione possibile di una sofferenza che solo così riesce a parlare, pur rimanendo silente. (Onnis L., 2007).

In accordo con tale visione, il trattamento utilizzato nel nostro Centro per i soggetti BED, prevede una serie di interventi da parte dell'équipe interdisciplinare (nutrizionista, psicologo, dietista) secondo un approccio psiconutrizionale, che fa da collante alle diverse figure professionali.

«Esso consiste in un approccio globale al corpo, che valorizza la nutrizione come espressione del rapporto tra sé e il cibo in un'ottica relazionale più ampia, dà priorità al disagio fisico e alla valutazione dello stato nutrizionale consentendo una lettura globale, che tiene conto degli aspetti psicologici e comportamentali.» (De Cristofaro P., 2002).

L'approccio globale al corpo valorizza la nutrizione come espressione del rapporto tra sé e il cibo, tra sé e gli altri. Dando priorità al disagio fisico (alterazioni corporee, posturali e motorie) può favorire e a volte consentire l'approccio psicoterapico.

In particolare, la riabilitazione psiconutrizionale, parte da un'attenta valutazione psico-biologico-comportamentale-motivazionale, per avviare un processo di autosservazione e di riacquisizione del controllo sul corpo e sui suoi confini. Porta all'acquisizione di un modello alimentare che garantisce il mantenimento dell'equilibrio psico-biologico e l'esercizio dell'autonomia dell'individuo. Permette di riattivare la comunicazione con se stessi e con l'altro. È un percorso verso l'autoconsapevolezza, la presa di contatto con i propri sentimenti e l'acquisizione di un modello alimentare autonomo.

L'approccio pluridisciplinare integrato, è un approccio sistemico alla patologia alimentare che contestualizza il cosiddetto modello "biopsicosociale". Il sintomo presentato dal paziente viene accolto, contenuto e osservato da punti di vista diversi che mirano ad inquadrare il problema nella sua trama reale. La rete terapeutica integrata (medico, psicologo, dietista) sviluppa un percorso su cui si collocano dati, tecniche e saperi e si oppone alla disintegrazione del vissuto corporeo così frequente nei DCA.

Inizialmente viene effettuata, da parte dell'équipe una "riformulazione della domanda di aiuto" che, inizialmente proposta come disturbo somatico, si ridefinisce e si amplifica anch'essa, permettendo implicazioni e coinvolgimenti su problematiche più complesse e più ricche di senso.

Modalità di trattamento

L'approccio psicoterapeutico utilizzato è denominato "integrativo" poiché vengono integrate la terapia sistemico-relazionale e la terapia cognitivo-comportamentale al fine di selezionare un trattamento in base al disturbo (Eclettismo sistematico).

Questa metodologia è stata definita dall'APA come una di quelle che hanno raccolto maggiori consensi in termini di diffusione (Arkowitz H. Lilienfeld, 2007).

«Credo che l'apertura verso la complessità sia lo sviluppo attualmente più maturo del pensiero sistemico... la parola chiave è "pluralità... ogni modello di riferimento è necessariamente limitato e parziale, emerge l'esigenza di una pluralità di punti di vista... solo le differenze sono generatrici di informazioni e di conoscenza.» (Bateson G., 1972).

Un pensiero sistemico ispirato alla complessità oggi può svolgere una funzione che va ben al di là del campo terapeutico e che, in generale, diventa una funzione etica. «Io sono una parte di tutto ciò che ho incontrato» (Ortega y Gasset): una possibile identità del terapeuta relazionale (L. Onnis, 2005).

Trattamento individuale

Se il controllo è il tema dominante nell'Anoressia e nella Bulimia, nel BED prevale il senso di inadeguatezza e di impotenza. Le persone si percepiscono come estremamente deboli, in balia dell'altrui volontà, hanno perso ogni speranza di controllare la realtà, compresi il cibo e il peso, la convinzione di non valere è fortissima; tali convinzioni sono sostenute da reali dati percettivi, la bilancia e lo specchio.

Il Sè è profondamente eterodefinito: il paziente con BED si specchia nello sguardo altrui per avere conferma del proprio valore e la disapprovazione genera un profondo disorientamento (Guidano, 1987; Bara, Beretta Stoppa, 1996).

La guarigione spesso è temuta perché dà nuovo potere, ma anche nuove responsabilità. Il timore è di non saper gestire una vita libera dal cibo, di non avere più argini alle emozioni e agli atti conseguenti alla loro manifestazioni.

La tecnica terapeutica utilizzata è la Psicoterapia Individuale Sistemica, intesa come quell'approccio che discende da un modello sul funzionamento familiare, come guida per il trattamento; anche se lo stimolo al cambiamento proviene dalla seduta individuale, la sua elaborazione coinvolge comunque l'intero sistema delle relazioni significative del paziente (Viaro e Peruzzi 2004).

La psicoterapia individuale mira alla strutturazione di una relazione terapeutica basata innanzitutto nella fiducia nell'altro, al fine di costruire la "base sicura" dalla quale ripartire per riappropriarsi del rapporto con se stessi e con gli altri e riprendere un percorso di crescita interrotto.

Nel trattamento individuale si cerca di trovare i "nodi" irrisolti in seno alla famiglia di origine (Canevaro A., 2005), restituendo al comportamento sintomatico il significato evolutivo di una oscura e sofferente esigenza di cambiamento (Onnis L., 2007). Il soggetto con BED ha difficoltà a sentire e a gestire le emozioni e a stabilire delle buone relazioni, quindi il trattamento individuale, tende ad integrare varie tecniche terapeutiche derivanti dalla terapia cognitivo/comportamentale, relazionale/sistemica e dal Training Autogeno.

Innanzitutto è importante ridurre il numero delle abbuffate per evitare l'eccessivo aumento di peso, ma anche dare un significato al sintomo associandolo a stati emotivi disturbanti per il soggetto.

Il sintomo viene ridefinito come espressione di una sofferenza psichica che non trova altri canali per emergere alla coscienza e per palesarsi all'altro. La lettura sistemico/relazionale porta a considerare la persona portatrice del sintomo come "paziente designato". Tale termine sta ad indicare che il paziente è il membro del sistema famiglia (sia la propria che almeno le due generazioni che l'hanno preceduta) che esprime o segnala il funzionamento disfunzionale di uno o più dei sistemi di cui egli è uno dei vertici. Tale membro è designato dal sistema stesso, secondo una prospettiva bio-psico-sociale, in quanto portavoce esperto di una modalità disfunzionale di vivere, pensare, agire.

La lettura cognitivo/comportamentale presume che il sintomo sia l'espressione di un precedente apprendimento di schemi comportamentali, emotivi e di pensiero errati o disadattivi, derivanti da peculiari esperienze di vita del paziente, eventualmente mantenuti da un contesto interpersonale patogeno nel presente. Obiettivo della terapia è ridurre il disadattamento attraverso l'apprendimento. Le principali tecniche sono: l'autoosservazione sistematica degli stati emotivi, cognitivi e comportamentali, la somministrazione di rinforzi positivi e negativi, lo sviluppo di risposte alternative. Vengono inoltre effettuate sedute di rilassamento, utilizzando il Training Autogeno Respiratorio. Si tratta di un metodo di terapia autogena, di orientamento psicofisiologico, che mira a facilitare l'effetto autonormalizzante delle energie fisiologiche e psicodinamiche. Esso determina una prima esperienza di pace e rilassamento: diminuisce la tensione muscolare, favorisce la messa a riposo dei riflessi attacco/fuga, l'interiorizzazione del pensiero e vissuti di propriocezione. La concentrazione sul respiro permette l'attenuazione dei sentimenti negativi (ansia, rabbia, paura...) che nel BED sono ritenuti intollerabili e bloccati con l'assunzione incontrollata di cibo, fino al blocco totale delle emozioni. Produce calma, rilassamento, consapevolezza dei propri sentimenti in assenza di valutazione morale.

Quando è possibile il sintomo viene letto all'interno della relazione di coppia e spesso viene coinvolto il partner in terapia, al fine di interrompere il circolo vizioso della dipendenza/accudimento e quello degli stili comunicativi e dei ruoli disfunzionali. Il coinvolgimento diretto in seduta di familiari significativi della famiglia di origine e/o partners è una insostituibile risorsa che può migliorare la qualità del processo psicoterapico o sbloccare situazioni di impasse o i fallimenti terapeutici reiterati.

Trattamento di gruppo

Nel trattamento di gruppo vengono approntati interventi specifici: quelli informativi, da parte dell'équipe multidisciplinare, allo scopo di rendere la persona più consapevole delle caratteristiche del suo disagio, spesso attribuito ad una propria carenza nella

La lettura cognitivo/comportamentale presume che il sintomo sia l'espressione di un precedente apprendimento di schemi comportamentali, emotivi e di pensiero errati o disadattivi, derivanti da peculiari esperienze di vita del paziente, eventualmente mantenuti da un contesto interpersonale patogeno nel presente. Obiettivo della terapia è ridurre il disadattamento attraverso l'apprendimento

L'esperienza di gruppo aiuta l'individuo nello sviluppo dell'identità e della differenziazione, permette di rafforzare l'Io e di sperimentare nel presente il cambiamento, attraverso rinforzi positivi e negativi da parte degli altri membri del gruppo. Inoltre facilita la ridefinizione dei propri confini al fine di delimitare un territorio, delimitare un'identità, definire una differenziazione

volontà di cambiare. Tali interventi informativi hanno lo scopo di mettere in luce ciò che sta accadendo, per permettere alla persona di riconoscere i comportamenti disturbati e di individuare una strada realistica per affrontare il problema. Inoltre il dietista promuove l'autosservazione attraverso il diario alimentare, al fine di permettere al paziente la riappropriazione della sfera sensoriale corporea e la modificazione dello stile di vita, al fine di raggiungere l'autogestione alimentare. Nel trattamento di gruppo il dietista offre il proprio supporto tecnico-professionale esplorando insieme alla psicologa l'assetto motivazionale, individuando i comportamenti alimentari disadattivi, le eventuali correlazioni tra emozioni e cibo, favorendo nel contempo la circolazione e la comprensione delle informazioni.

Gli interventi sulla motivazione sono finalizzati ad accrescere la determinazione della persona ad impegnarsi nella cura stessa e perseguire un cambiamento, superando la paura ad esso legata (Condivisione).

L'esperienza di gruppo aiuta l'individuo nello sviluppo dell'identità e della differenziazione. Permette il rafforzamento dell'Io e di poter sperimentare nel presente il cambiamento, ricevendo rinforzi positivi e negativi da parte degli altri membri del gruppo. Facilita la ridefinizione dei propri confini al fine di: 1) delimitare un territorio (riferito allo spazio); 2) delimitare un'identità (riferito alla relazione); 3) definire una differenziazione (riferito alle funzioni psichiche).

La riabilitazione psiconutrizionale di gruppo offre elementi di feed-back allo scopo di verificare la qualità dell'apprendimento, attraverso il confronto con gli altri e una rinnovata attenzione verso i propri segnali corporei, rapporto con la fisicità del cibo e con le proprie emozioni. Lo scopo è di dare a persone che vivono in situazioni simili l'opportunità di condividere le proprie esperienze e di aiutarsi a mostrare l'uno all'altro come affrontare i problemi comuni in modo da assicurare sostegno emotivo: ciascuno dà aiuto e contemporaneamente lo riceve.

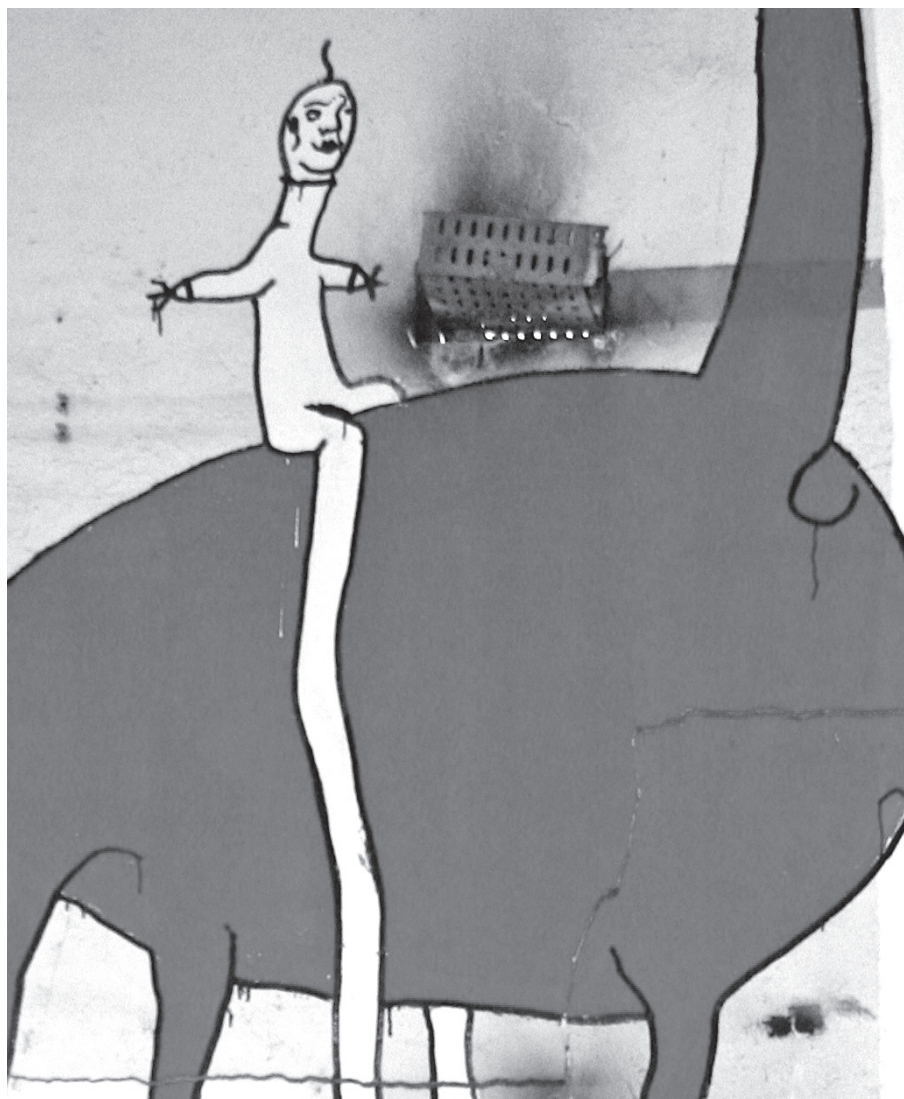
A livello relazionale, il gruppo psiconutrizionale rappresenta a tutti gli effetti "un gruppo di pari" dove è possibile individuare e modificare i modelli interattivi disfunzionali appresi nella famiglia di origine; in particolare l'invischiamento, l'iperprotezione, la rigidità e l'evitamento del conflitto, che S. Minuchin ha individuato nella "famiglia psicosomatica", e che concorrono alla formazione e al mantenimento del sintomo, non facilitando l'autonomia dell'individuo.

Materiali e Metodi

Il gruppo psiconutrizionale è costituito da 6 soggetti di sesso femminile di età compresa tra 35 e 54 anni, omogeneo per patologia (BED), chiuso, dura 15 mesi con frequenza quindicinale nei primi due cicli di otto incontri ciascuno e poi mensile nel terzo ciclo di otto incontri. È condotto dallo psicoterapeuta con la presenza del dietista, sono previsti alcuni incontri programmati con il medico nutrizionista. Rientra nella dimensione del piccolo gruppo, da 3 a 9 membri che vi accedono dopo un periodo di durata variabile di Terapia individuale.

Ai soggetti sono stati somministrati degli strumenti di valutazione psicometrica all'inizio, a 6 mesi e alla fine del trattamento combinato:

- il BES (Binge Eating Scale, Gormally, Black, Daston e Radin 1982) è un Test diretto alla valutazione del comportamento alimentare e, in particolare, del sintomo abbuffate compulsive. È composto di 16 item a risposta multipla.
- il BUT (Body Uneasiness Test, Cuzzolaro, Vetrone, Marano e Battacchi, 2000) per la valutazione psicometrica del disagio relativo all'immagine del proprio corpo. È composto da 71 item con risposta a scelta multipla e diviso in due parti di cui una, quella considerata nel presente lavoro, è relativa all'indagine della paura morbosa dell'aumento di peso, preoccupazioni eccessive per il proprio aspetto fisico, comportamenti di evitamento collegati all'immagine del corpo, controllo compulsivo dell'aspetto fisico, depersonalizzazione.
- l'EDI-2 (Eating Disorder Inventory di Garner D., 1993) questionario self report che offre una misurazione standardizzata della gravità della sintomatologia lungo diverse dimensioni clinicamente rilevanti per i disturbi alimentari. È composto da 91 item classificabili in 11 sottoscale,
- l'SCL-90 (Symptom Checklist-90 item Derogatis e al., 1997) composto da 90 item raggruppabili in 9 sottoscale: somatizzazione, ossessività-compulsività, sensibilità, depressione, ansia, collera-ostilità, ideazione paranoide, psicoticismo, disturbi del sonno.



Un'analisi approfondita del percorso dei soggetti mostra un trend differenziato: mentre la patologia alimentare (BES,BUT,EDI-2) diminuisce gradualmente, la psicopatologia (SCL-90) correlata segue il tracciato di una curva gaussiana: dopo un aumento osservato a 6 mesi, si ha un ridimensionamento a fine trattamento combinato

Discussione

Dall'osservazione dei risultati ottenuti dai questionari somministrati ai soggetti, si evidenzia a fine trattamento un netto miglioramento delle dimensioni psicologiche considerate.

Si osserva infatti un ridimensionamento generale della patologia associata al disturbo alimentare (DCA) e un'importante diminuzione dei punteggi relativamente alla psicopatologia correlata. A inizio trattamento le Aree individuate come patologiche, e quindi focus dell'intervento, riguardavano il "Sé" ed il rapporto "Sé-Altro". Infatti, nell'area personale è emerso al primo piano il rapporto con il corpo in particolare rispetto alla sua forma e alla dimensione delle sue parti, un disturbo dell'immagine corporea (EDI-2, BUT) e la ricerca incessante di dimagrire (EDI-2); a livello mentale è risultata prevalente l'inadeguatezza, lo schiacciante senso di incapacità, una bassa autostima e confusione ed incertezza circa i propri stati emotivi. A livello psicopatologico (SCL-90) a tali problematiche inerenti la presenza di un DCA, si sono osservati alti livelli di Depressione, Ansia e Ossessività-compulsività. Per quanto concerne il rapporto "Sé-Altro" dall'analisi dell'EDI-2 si sono rilevate quali aree problematiche la paura della maturità come timore del conflitto, la sfiducia interpersonale come bisogno di mantenere gli altri a distanza e riluttanza ad esprimere agli altri pensieri e sentimenti e il perfezionismo inteso come opinione che gli altri si aspettino risultati eccezionali. A livello psicopatologico correlano con tali caratteristiche la Sensitività e l'Ideazione paranoide: la prima quale tendenza a criticare gli altri, il sentirsi facilmente ferito o offeso, ritenere che gli altri non ci ritengano amici, sentimenti di inferiorità; la seconda come convinzione che gli altri siano responsabili dei propri disturbi e mancanza di fiducia negli altri.

Andando a fare un'analisi più approfondita del percorso dei soggetti e osservando

l'andamento delle dimensioni considerate a 6 mesi e a un anno dall'inizio del trattamento combinato, emerge un trend differenziato: mentre la patologia alimentare (BES,BUT,EDI-2) diminuisce gradualmente, la psicopatologia (SCL-90) correlata segue il tracciato di una curva gaussiana in cui dopo un aumento osservato a 6 mesi, si ha un ridimensionamento a fine trattamento combinato. Tali risultati sono spiegati dal fatto che all'inizio del trattamento combinato si è privilegiata l'osservazione, il contenimento e la riduzione del sintomo alimentare. Togliendo voce al corpo e ascoltando il sintomo "binge" a 6 mesi si è osservato un aumento della psicopatologia, in un certo senso precedentemente contenuta dal DCA, che continuava a diminuire. A tal punto è stato importante lavorare sulle comorbidità psicopatologiche relative soprattutto al rapporto con se stessi (Depressione, Ansia, Ossessività-Compulsività) e con gli altri (Sensitività, Ideazione paranoide) per giungere ad osservare, ad un anno dall'inizio, anche una sua riduzione, nella maggior parte dei soggetti osservati.

ANDAMENTO MEDIO DI GRUPPO NELLE TRE RILEVAZIONI

TEST	DIMENSIONI CLINICHE	PRE-TEST	A 6 MESI	POST-TEST
EDI-2	Impulso alla magrezza	12,25	13	10,16
	Bulimia	6,62	5,62	2,67
	Insoddisfazione per il corpo	18,5	14	14,5
	Inadeguatezza	12	8,75	5,5
	Perfezionismo	6,62	5,5	3,5
	Sfiducia interpersonale	7,25	6,62	4,16
	Consapevolezza enterocettiva	10,87	8	3,67
	Paura della maturità	7,88	6,37	4,5
	Ossessività-compulsività	1,22	1,39	1,17
SCL-90	Depressione	1,32	1,41	1,2
	Ansia	1,12	1,39	0,98
	Sensitività	1,58	1,66	1,26
	Ideazione paranoide	1,06	1,15	0,92
BES		24,16	19,83	16,33
BUT	GSI	2,53	2,21	2,11
	WP	2,66	2,66	2,5
	BIC	3,05	2,86	2,58
	A	2,25	2,06	1,82
	CSM	1,8	1,53	1,32
	D	2,5	2,07	1,97

Conclusioni

Lo psicologo, il nutrizionista e il dietista lavorano contestualmente sull'assunto che nel Bed, il cibo perde la sua funzione di sostentamento per divenire metafora del rapporto con se stessi e con gli altri e il corpo diventa "testimone visibile" del fallimento dei significati e delle regole che fondano la convivenza.

Possiamo conoscere e modificare i modelli interattivi disfunzionali appresi, tipici del Bed, all'interno di un nuovo contesto relazionale: il Gruppo Psiconutrizionale.

Alla luce dell'esperienza riportata possiamo concludere che, accanto al lavoro psicoterapeutico e nutrizionale individuale, il lavoro di gruppo permette al soggetto affetto da Bed di accelerare il processo di cambiamento in quanto gli consente di sperimentare comportamenti alternativi nella relazione con l'altro.

*Dirigente Psicologo, Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo).

**Psicologa Psicoterapeuta, Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo).

***Dietista, Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo)

**** Medico Nutrizionista, Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo).

***** Medico Nutrizionista, Responsabile Centro di Riferimento Regionale di psicopatologia della nutrizione, Giulianova (Asl Teramo).

BIBLIOGRAFIA

- AIDAP, I semestre 2000 (n°2) Emozioni e cibo. Newsletter dell'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione.
- Ancona L. Achille P.A., (1974) Comportamenti e tecniche di gruppo, Etas Compass libri, Milano.
- Arkowitz H., Lilienfeld S.O. Mente e cervello n°28, Aprile 2007.
- Bateson G. (1972) Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano.
- Brody M.L., Walsh B.T., Devlin M.J. (1994) Binge Eating Disorder reability and validità of a new diagnostic category in jurnal in consulting and clinical psychology, 62 pp. 381-386.
- Canevaro A. (2005), Atti del convegno SIPPR maggio 2005. Sviluppi e tendenze in Terapia relazionale. Nuove identità per terapeuti non solo faMILIARI. Forte dei Marmi.
- Corrao F. (1981), Struttura poliadica e funzione gamma. Gruppo e funzione analitica, II 2.
- Cuzzolaro M., Vetrone G., Marano G., Battacchi M., (2000) in L.Conti (a cura di) Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, SEE Firenze.
- De Cristofaro P. (2002), Basi metodologiche dell'approccio psiconutrizionale, SEE Firenze.
- Di Stani M., Santini D., Giuliani R., ed al. Protocollo per il trattamento integrato dei disturbi della condotta alimentare, ADI Magazine, Rivista scientifica dell'Associazione italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, Settembre 1999.
- Dogana F., Psicopatologia dei consumi quotidiani. Il linguaggio dei cibi.
- DSM IV (1994) Diagnostic Criteria, American Psychiatric Association, Washington.
- Ellis A., (1993) L'Autoterapia Razionale Emotiva, Trento.
- Francescato D., Ghirelli G., (1988) Fondamenti di Psicologia di Comunità. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Francescato D., Putton A., Cudini S., (1996) Star bene insieme a scuola. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Garner D.M. (1993) Eating Disorder Inventory-manual Odessa: Psychological Assessment resoure (Trad.It. Rizzardi M., Trombini E., OS Firenze 2001).
- Giubbolini F., (2007) Aggiornamenti scientifici in psicoterapia. <http://psicoterapiasiena.blogspot.com> (2007).
- Gormally J., Black S., Daston S., Radin D., (1982) The assessment the Binge Eating severity among obese persons. Addictive Behaviors 7,47-55.
- Hay P., Fairburn C.G., (1988) The validity of DSM IV scheme for classifying bulimic eating disorders in International Jurnal of Eating Disorder, Jan. 23 (1) pp. 7-15.
- Jacobson E. (1938) Progressive Relaxiation, Univ. of Chicago Press, Chicago.
- Minuchin S. (1977) Famiglie e terapia della famiglia. Astrolabio Milano.
- Onnis L. (2005) Il tempo sospeso. Franco Angeli, Milano.
- Ostuzzi R. Luxardi G.L. (2003) Figlie in lotta con il cibo. Baldini e Castaldi, Milano.
- Pasini W. (1982) Il corpo in Psicoterapia, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Peruzzi, ViaRO (1999) Che cosa generano le spiegazioni costruttiviste. Terapia Familiare 60.
- Piscicelli U. (1977). Training Autogeno respiratorio e psicoprofilassi ostertrica, Piccin ed. Padova.
- Ruitenbeek H. (1972) Le nuove terapie di gruppo, Astrolabio, Roma.
- Schultz H.J. (1968) Il Training Autogeno, Feltrinelli. Milano.
- Vinai P., Todisco P., Quando le emozioni diventano cibo. Psicoterapia Cognitiva del BED. Raffaello Cortina Editore. Milano.

Considerations about a group experience in supplemented psychotherapy for the treatment of binge eating disorder

Supplemented therapy is a psychotherapy by which patients are treated from the same psychotherapist both individually and in the group of Nutritional Rehabilitation. It is a particular method of treatment "a strategy in progress in which the group experience interacts in a significant way with individual sittings by which the mutual feedback helps to build a supplemented therapeutical experience" (Giubbolini F.2007).

The pathology treated in this work by a supplemented therapy is BED.

Patient who suffers from BED is completely unable to manage negative emotions using means different from food. These negative emotions can be provoked by varied events, among these we can found relational and couple problems.

Pathogenic thought concerning incommunicability or uselessness in sharing one's suffering with someone leads to seek comfort in a moment of solitary pleasure.

In the point of view of complexity as regards eating disorders, the authors adapt a treatment counting on systemic support.

The aim of this work is to apprise how the insertion of patients in the Nutritional Group can make easy the consciousness of individual and relational peculiarities.

The contents emerging from the group therapy are then elaborated at individual level and join the way towards self-awareness.

Aspetti dell'obesità nel modello di trattamento ambulatoriale presso l'U.O. di medicina nutrizionale e chirurgia bariatrica dell'ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù. Un approccio multidisciplinare

Sovrappeso e obesità incidono in modo grave sulla salute fisica e mentale di molte persone e insieme all'invecchiamento della popolazione contribuiscono a rendere sempre più gravosi i bilanci sanitari: gli ultimi dati del *Center for Disease Control and Prevention* (Cdc) di Atalanta dicono che l'obesità sta superando il fumo quale primo fattore di rischio prevenibile di mortalità

CARLA GAFFURI *

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2005 circa 1,6 miliardi di adulti (età maggiore di 15 anni) erano in sovrappeso, almeno 400 milioni erano gli adulti obesi e almeno 20 milioni di bambini di età inferiore a 5 anni erano in sovrappeso. Le proiezioni dell'OMS mostrano che, per il 2015, gli adulti in sovrappeso saranno circa 2,3 miliardi e gli obesi più di 700 milioni. Obesità e sovrappeso, prima considerati problemi solo dei Paesi ricchi, sono ora drammaticamente in crescita anche nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente negli insediamenti urbani, e sono ormai riconosciuti come veri e propri problemi di salute pubblica. In particolare, l'obesità infantile è una delle più gravi questioni del Ventunesimo secolo. La prevalenza ha raggiunto livelli preoccupanti: si stima che nel 2010 i bambini con meno di 5 anni di età in eccesso di peso sono oltre 42 milioni e, di questi, quasi 35 milioni vivono in Paesi in via di sviluppo. La gravità della diffusione dell'obesità infantile sta anche nel fatto che i bambini obesi rischiano di diventare adulti obesi. E l'obesità è un fattore di rischio per serie condizioni e patologie croniche come le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti e alcuni tipi di cancro (corpo dell'utero, colon e mammella). In Italia circa 50 mila decessi l'anno sono da attribuire al problema dell'obesità, che negli ultimi anni è aumentata significativamente in tutto il nostro Paese.

In base ai dati Passi raccolti nel 2008, in Italia, tre adulti su dieci (32%) sono in sovrappeso, mentre uno su dieci è obeso. Dunque, in totale, il 42% della popolazione tra i 18 e i 69 anni è in eccesso ponderale. Questa condizione è più frequente tra gli uomini (51%) che tra le donne (32%) e aumenta con l'avanzare dell'età: si passa infatti dal 18% per la classe d'età 18-24 anni al 58% per le persone tra i 50 e i 69 anni.

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e nel confronto interregionale si osserva un gradiente Nord-Sud: la Lombardia è la Regione con la percentuale più bassa di persone in eccesso ponderale (33%), mentre la Basilicata è quella con il

tasso più alto (54%). Oltre alla Basilicata, anche Sicilia, Campania, Abruzzo e Molise sono le Regioni con maggiore diffusione di sovrappeso e obesità. Questi dati sono coerenti anche con quelli forniti dall'Istat attraverso l'indagine multiscopo "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", pubblicata nel marzo 2007 e riferita all'anno 2005, secondo cui gli adulti obesi in Italia sono circa 4,7 milioni, il 9% in più rispetto all'indagine effettuata nel 1999-2000. Dei 120 mila individui intervistati, il 34,2% ha dichiarato di essere in sovrappeso e il 9,8% di essere obeso (sulla base dell'indice di massa corporea).

Il problema obesità si concentra soprattutto tra le fasce di popolazione con basso status socioeconomico. Netta è la relazione tra basso livello di istruzione ed eccesso ponderale: tra gli adulti con titolo di studio medio-alto la percentuale degli obesi si attesta intorno al 5% mentre triplica tra le persone che hanno conseguito la licenza elementare (15,8%)

La recente sperimentazione, realizzata in 7 Regioni italiane, di un sistema di sorveglianza della salute della popolazione anziana (Passi d'Argento) indica un aumento della popolazione in eccesso di peso fino a 75 anni di età: in questa fascia d'età, infatti, sovrappeso e obesità sono pari al 60%. Poi inizia una diminuzione tra i 75 e gli 84 anni (53%) e ancor di più negli ultra 85enni (42%)

Superati i 65 anni di età, l'indice di massa corporea è soggetto a variazioni legate a fattori biologici e patologici. Progressivamente infatti aumenta la percentuale di persone che perdono peso (più del 5% del peso o più di 4,5 kg negli ultimi 12 mesi) indipendentemente dalla loro volontà. Questo aspetto, che è un fattore potenzialmente fragilizzante, si verifica più spesso nelle donne, con l'avanzare dell'età e con il crescere delle difficoltà economiche.

La diminuzione del benessere economico dovuta ad un peso corporeo eccessivo è in genere legata ai costi diretti, indiretti e personali che questa situazione comporta. I primi comprendono i costi medici legati a ricoveri ospedalieri, procedure diagnostiche e cure del sovrappeso-obesità e delle malattie correlate. In Italia sembra che i costi diretti dell'obesità superino i 20 miliardi di euro annui, destinati per più del 60% a ricoveri ospedalieri per malattie correlate all'obesità (diabete, dislipidemia, ipertensione arteriosa, cardiopatia ipertensiva e/o ischemica/osteoartrosi, malattie respiratorie). I costi indiretti sono dovuti ad una diminuzione di produttività a causa di malattie, invalidità o morte prematura. I costi personali infine, sono quelli conseguenti allo stigma sociale che colpisce gli individui obesi e che, in un circolo vizioso, tende a compromettere la stima di sé, la conquista di posizioni sociali prestigiose e, quindi, il reddito. Dei costi personali fanno parte anche la maggiore entità dei premi richiesti dai contratti d'assicurazione per le malattie e per la vita, e le enormi somme di denaro spese individualmente per prodotti ritenuti dimagranti e per programmi commerciali diretti a far perdere peso (Bosello, Cuzzolaro 2006).

Un modello d'intervento multidisciplinare

Tentare di imporre un modello medico elementare di malattia incapace di tenere conto della pluralità e della diversità di fattori che intervengono nella genesi dell'obesità e nel suo decorso, oggi non è più pensabile, come pure prescrivere semplicemente una dieta restrittiva ad una persona sovrappeso. Pertanto sono necessarie non solo le competenze del chirurgo, ma anche quelle del nutrizionista, dell'internista, del gastroenterologo, dell'endocrinologo, del fisioterapista, (in quanto un esercizio fisico continuativo potrebbe risultare molto importante per la riuscita a lungo termine degli interventi per il trattamento dell'obesità) e dello psicologo.

Fin dalla sua nascita nel 2004 nel Servizio di Medicina Nutrizionale presso il Presidio Ospedaliero di Cantù, si è prevista la figura dello psicologo come uno dei cardini professionali del sistema.

Il protocollo del Servizio prevede una fase preliminare durante la quale viene innanzitutto analizzata la disponibilità del paziente ad intraprendere la terapia e soprattutto la sua motivazione.

Questa fase comprende, inoltre, un incontro da parte del paziente con ogni singolo componente dell'équipe per la valutazione diagnostica, al fine di determinare eventuali complicità psichiatriche o mediche. Vengono contemporaneamente fornite informazioni generali sui disturbi dell'alimentazione e sulla possibilità di seguire un percorso psico-terapeutico mirato.

In seguito, nel contesto del trattamento, le diverse figure professionali operano in una sequenza di interventi che si possono così sintetizzare:

In base ai dati Passi raccolti nel 2008, in Italia, tre adulti su dieci (32%) sono in sovrappeso, mentre uno su dieci è obeso. Dunque, in totale, il 42% della popolazione tra i 18 e i 69 anni è in eccesso ponderale. Questa condizione è più frequente tra gli uomini (51%) che tra le donne (32%) e aumenta con l'avanzare dell'età: si passa infatti dal 18% per la classe d'età 18-24 anni al 58% per le persone tra i 50 e i 69 anni

Nel Bed, il cibo perde la sua funzione di sostentamento per divenire metafora del rapporto con se stessi e con gli altri. Il corpo diventa "testimone visibile" del fallimento dei significati e delle regole che fondano la convivenza. Possiamo conoscere e modificare i modelli interattivi disfunzionali appresi, tipici del Bed, all'interno di un nuovo contesto relazionale: il Gruppo Psiconutrizionale

- Visita psicologica per la valutazione diagnostica (con l'ausilio di test e questionari di autovalutazione).
- Visita medica.
- Valutazione dietistica.
- Valutazione del tipo di trattamento più adeguato al caso specifico (compresa anche la valutazione di intervento di chirurgia bariatrica).
- Proposta del trattamento al paziente.
- Inserimento nel programma terapeutico.

Il programma terapeutico prevede i seguenti obiettivi:

- Il recupero di un peso salutare per il paziente.
- La risoluzione della psicopatologia sottostante il comportamento alimentare disfunzionale.
- Il miglioramento dell'autostima e delle relazioni interpersonali.

Alla fine del programma riabilitativo in Day Hospital o in Day Service (ambulatorialmente), i pazienti vengono seguiti in follow-up per un periodo di sei mesi con incontri settimanali nei primi due mesi, quindicinali nei due successivi e mensili negli ultimi.

La decisione di iniziare una terapia è un fenomeno complesso, ma in sintesi può dipendere da tre fattori principali: essere motivati al cambiamento; essere disponibili ad impegnarsi nel processo terapeutico; concordare con gli obiettivi e le strategie del trattamento.

La motivazione alla guarigione non compare da un giorno all'altro, ma è il punto di arrivo di un processo spontaneo che inizia gradualmente a svilupparsi quando compaiono i primi effetti negativi del disturbo dell'alimentazione.

Purtroppo questo processo che porta alla decisione di iniziare una terapia può essere molto lungo perché, spesso, il disturbo alimentare concorda con i valori e il modo di vivere dell'individuo, i suoi precedenti fallimenti e la necessità di un sostegno in ambito familiare. Ciò comporta il rischio che si arrivi ad essere motivati quando il disturbo è ormai diventato cronico; è noto da tempo, infatti, che più precoce è l'intervento terapeutico, maggiori sono le possibilità di guarigione (Schoemaker, 1997; Reas e coll., 2000).

Bisogna aggiungere che la motivazione al cambiamento non è stabile, ma fluttua da un momento all'altro e da una situazione all'altra; spesso, ad esempio, accade che una persona inizi il trattamento con molta motivazione ed impegno, ma alle prime difficoltà decida di interromperlo.

Lavorare sulla motivazione, quindi, non si esaurisce nella fase preliminare, ma è un processo che accompagna tutta la durata della terapia.

L'obesità non è solo un disturbo, ma può rappresentare un vero e proprio stile di vita, una modalità di difesa che si inserisce in un ampio sistema di regolazione e che finisce con l'assumere compiti importanti anche se inconsapevoli.

La dinamica causa-effetto tra obesità e disturbi psicologici-relazionali

L'aspetto fisico e la problematica organica possono mascherare aspetti psicopatologici più gravi, ma le varie ricerche hanno dato risultati diversi in merito alla dinamica causa-effetto tra l'obesità e i disturbi psicologici-relazionali. Se alcune ricerche hanno evidenziato la presenza di alcuni tratti psicopatologici nei soggetti obesi, altre hanno mostrato che sono l'obesità stessa e la frustrazione ripetuta relativa a diverse diete fallite che causano problemi di tipo psicologico e relazionale.

Valtolina e Molinari, in un decennio di ricerche (1986-1996), hanno evidenziato che in popolazioni di soggetti obesi che hanno richiesto un trattamento di natura psicologica, si possono notare valori più elevati rispetto a caratteristiche psicologiche come depressione, isteria, ipocondria, impulsività, Alessitimia.

Dai risultati di ulteriori ricerche (Rand e McGregor, 1990 e Gambino, Liberti, Cuzzolaro, 1998), emerge che fattori psicologici indicati come possibili cofattori eziopatogenetici sono:

a livello cognitivo: la tendenza al perfezionismo, la bassa autostima, il basso livello di autoefficacia, il pensiero dicotomico, il *locus of control* esterno (attenzione centrata verso gli stimoli provenienti dall'esterno);

a livello emotivo: i disturbi dell'umore, la sofferenza per la mancata corrispondenza tra peso reale e peso ideale, il disagio per le proprie forme corporee, la scarsa capacità di espressione emozionale, l'ansia sociale, il senso di inadeguatezza e l'impulsività;

a livello comportamentale e relazionale: la scarsa capacità di *coping* (modalità di risposta emotiva-cognitiva-comportamentale agli eventi stressanti), la passività nelle relazioni, l'evitamento di situazioni sociali difficili da gestire e il camuffamento.

È, inoltre, interessante considerare l'atteggiamento dei soggetti obesi verso le qualità visive e olfattive del cibo. Nei soggetti con un *locus of control* esterno la vista, l'odore di alcuni cibi e il fatto di poterne disporre con relativa semplicità, rende tali alimenti irresistibili e ne determina l'assunzione. La fame (stimolo interno) non viene correttamente percepita e/o interpretata, e la persona si alimenterebbe perché vede il cibo, perché è l'ora di mangiare o perché si crea la situazione; allo stesso modo non si ferma di mangiare quando è sazia, ma solo quando il cibo è terminato.

Alcuni obesi, inoltre, non sono consapevoli della quantità di calorie che ingeriscono: affermano di mangiare poco, ma sono vittima di errori dietetici. I soggetti obesi, infatti, sono particolarmente attratti da alimenti ricchi di zuccheri e grassi.

È possibile fare delle distinzioni anche rispetto alle modalità di assunzione del cibo durante la giornata: alcuni soggetti assumono cibo in continuazione ed in modo quasi automatico, spizzicano durante il giorno, assaggiano quando cucinano e bevono frequentemente vino o bevande gasate; altri seguono una dieta ferrea per alcuni giorni e poi si lasciano andare ad abbuffate nel fine settimana. Altri ancora mangiano in uno stato di semi-coscienza, che può raggiungere anche stati crepuscolari o di trance (soggetti che soffrono di bulimia o di BED). In questi casi ogni forma di pensiero e di riflessione critica è assente; i gesti si susseguono acritici in maniera compulsiva. Solo in un secondo momento diventano consapevoli della quantità di cibo ingerito. Alcuni soggetti obesi si sottopongono continuamente a diete restrittive che poi diventano la causa stessa, o una concausa rilevante, dell'obesità, modalità che può instaurare un circolo vizioso che può condurre al disturbo del comportamento alimentare vero e proprio, dove vengono alterati gli aspetti fisiologici (senso di fame/senso di sazietà) e gli aspetti emotivo-comportamentali (i soggetti presentano un alto grado di ansia, di irritabilità, di depressione, il desiderio sessuale e le emozioni si smorzano e il pensiero si focalizza sul cibo).

Spesso il soggetto obeso ha difficoltà a riconoscere il senso di fame e quello di sazietà che vengono confusi con delle "tensioni" in senso generico (collera, paura, noia, vuoto interiore). Il cibo diventa per l'obeso adulto il modo di rispondere a ogni emozione e sensazione sia positiva che negativa.

Molti sono gli aspetti che accomunano la sofferenza di chi presenta un'obesità importante, sia dal punto di vista psicologico che fisico, specialmente nella gestione di un corpo che, con l'aumentare del peso, diventa invalidante per svolgere qualsiasi attività. Lo studio preliminare dell'obesità mi ha permesso di considerare un "protocollo" di comportamenti e atteggiamenti che è più frequente cogliere e riscontrare nei soggetti con questo tipo di problematica.

Nonostante questa comunanza nelle problematiche, ogni individuo è e si mostra unico, sia nella storia che nel vissuto personale.

Le persone che soffrono di obesità generalmente si vergognano dei loro disturbi e non hanno fiducia nella loro capacità di cambiare. Comunicare che il comportamento disfunzionale sta servendo ad uno scopo, e che il paziente non può aver preso la decisione cosciente di permettere al disturbo di servire a quel fine, ma che il disturbo ha agito come soluzione per risolvere le difficoltà e può ancora essere il modo migliore a sua disposizione per affrontarne altre, può essere l'inizio per costruire un rapporto comunicativo empatico e offrire l'opportunità di intraprendere un percorso che ha la finalità di portare il paziente a prendere coscienza delle proprie risorse.

Se ne deduce che il raggiungimento della maggior parte degli obiettivi primari è connesso debolmente con la perdita di peso, poiché esso è solo il sintomo di disturbi sottostanti che lo alimentano.

Un importante lavoro viene fatto sulla motivazione al cambiamento e sui deficit psicologici in modo da diminuire le ricadute, le delusioni o gli abbandoni. In particolare, il lavoro psicologico mira a rafforzare la sensazione interna di valere; riuscire a raggiungere gli obiettivi desiderati; riconoscere e comunicare le proprie emozioni e i propri bisogni; acquisire la consapevolezza di saper costruire delle relazioni equilibrate sia dal punto di vista della soddisfazione dei propri bisogni che di quelli altrui.

Questi sono elementi importanti da tenere presente nel nostro lavoro con le persone obese sia per migliorare il loro benessere psicologico che per ottenere i cambiamenti desiderati da un punto di vista dietetico.

Alcuni degli elementi psicologici sui quali si deve lavorare maggiormente sono:

L'aspetto fisico e la problematica organica possono mascherare aspetti psicopatologici più gravi, ma le varie ricerche hanno dato risultati diversi in merito alla dinamica causa-effetto tra l'obesità e i disturbi psicologici-relazionali. Se alcune ricerche hanno evidenziato la presenza di alcuni tratti psicopatologici nei soggetti obesi, altre hanno mostrato che sono l'obesità stessa e la frustrazione ripetuta relativa a diverse diete fallite che causano problemi di tipo psicologico e relazionale

Un importante lavoro viene fatto sulla motivazione al cambiamento e sui deficit psicologici in modo da diminuire le ricadute, le delusioni o gli abbandoni. In particolare, il lavoro psicologico mira a rafforzare la sensazione interna di valere; riuscire a raggiungere gli obiettivi desiderati; riconoscere e comunicare le proprie emozioni e i propri bisogni; acquisire la consapevolezza di saper costruire delle relazioni equilibrate sia dal punto di vista della soddisfazione dei propri bisogni che di quelli altrui

l'attenuazione del pensiero ossessivo e centrato sul cibo e le dimensioni del corpo; la modificazione delle "dispercezioni emotive", ovvero la tendenza a confondere le emozioni negative e spiacevoli con la sensazione di fame e appetito; la crescita della stima di se stessi; il miglioramento delle capacità assertive; l'auto-efficacia; la gestione dell'aggressività che in alcune situazioni è compromessa e auto-diretta con la tendenza ad agire impulsivamente.

L'esperienza dell'U.O. di Medicina Nutrizionale e Chirurgia Bariatrica: alcuni dati

Al 31 dicembre 2009 l'Ambulatorio dell'Obesità della Medicina Nutrizionale è il riferimento specialistico per circa 1500 persone, delle quali la maggior parte presenta problematiche internistiche complesse e complicanze metaboliche e/o respiratorie e/o cardiovascolari e/o dell'apparato locomotore.

La maggior parte dei pazienti che si rivolgono all'Ambulatorio ha effettuato numerosi precedenti tentativi dietetici, farmacologici e, più raramente, chirurgici per perdere peso senza successo o con successo temporaneo.

La maggior parte dei pazienti (circa 78%) viene seguita ambulatorialmente e, nel 40% dei casi, con la collaborazione di un dietista e di uno psicologo. Alla luce dell'esperienza fin qui maturata è possibile sostenere che:

- i pazienti che vengono sottoposti a valutazione pluridisciplinare (internista, dietista, psicologo) sono quelli che risultano più "difficili" alla prima valutazione (storia di precedenti fallimenti, scoraggiamento, grave obesità);
- quasi tutti i pazienti riferiscono un livello di gradimento del Servizio francamente superiore a quello relativo alle precedenti esperienze.

Dall'analisi preliminare dei dati, si può prudenzialmente dichiarare che al follow up di un anno, più dell'80% delle persone mantiene un calo di peso superiore al 5% rispetto a quello basale (si tratta di pazienti difficili, per cui, per definire un intervento terapeutico come efficace, l'obiettivo da raggiungere è il calo di almeno il 5% di mantenimento a 2 anni dall'inizio del trattamento).

I pazienti più complessi vengono inviati al Day Hospital di Medicina Nutrizionale (20% dei casi) per una valutazione pluridisciplinare approfondita e per un'osservazione prolungata e continuativa oppure possono essere ricoverati in reparto di degenza (2%) per l'effettuazione di procedure più complesse (es. saturimetria notturna o polisonniografia) in pazienti con complicanze severe (insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco...). A questo riguardo è essenziale la collaborazione con l'Unità Operativa di Riabilitazione Cardio Respiratoria.

I pazienti obesi con BMI (Indice di Massa Corporea) molto elevato o con comorbidità, di età compresa tra i 18 e 65 anni, che non abbiano tratto giovamento da un adeguato trattamento medico nutrizionale, dietetico e comportamentale, dato l'elevato rischio correlato alla persistenza dell'obesità, trovano indicazione ad un trattamento di chirurgia bariatrica.

Presso la struttura ospedaliera di Cantù è operativo dal 2006 un Centro di Chirurgia dell'Obesità gestito da chirurghi esperti in chirurgia laparoscopica mininvasiva con uno specifico training in chirurgia bariatrica presso Centri di alta specializzazione.

Le tecniche chirurgiche possono essere così riassunte:

Malassorbitive pure	bypass digiuno-ileale
	bypass biliointestinale
Restrittive	gastroplastiche
	bendaggio gastrico
	bypass gastrico
Miste	diversione bilio-pancreatica
Alternative	palloncino intragastrico
	stimolatore gastrico

Dal 2005 al 2009 sono stati effettuati i seguenti trattamenti bariatrici:

- 15 bendaggi gastrici
- 56 BIB (palloncini intragastrici)

- 11 Sleeve gastrectomy (gastroplastica verticale)
- 21 Bypass gastrici
- 12 Divisioni biliointestinali

Per la chirurgia dell'obesità, la valutazione psicologica preoperatoria rappresenta un momento importante e necessario per escludere eventuali disturbi psichiatrici in atto o pregressi, abuso di sostanze e per verificare la motivazione all'intervento spesso legata ad aspettative magiche.

Il recupero ponderale nel periodo post-operatorio è da annoverare tra i fattori critici per il risultato a lungo termine dell'intervento. Spesso si assiste ad un peggioramento complessivo del quadro psicologico del paziente e della sua percezione della propria qualità di vita. È quindi consigliabile una politica di monitoraggio continua e a lungo termine per evitare nuovamente l'insorgenza del comportamento alimentare disfunzionale.

Per concludere, voglio sottolineare che, nel difficile campo dei Disturbi del Comportamento Alimentare, affrontare e lavorare sul sintomo porta al raggiungimento di obiettivi effimeri, il vero obiettivo è quello di intervenire alla base del costrutto disfunzionale che causa e mantiene la patologia.

* Psicologa.

BIBLIOGRAFIA

Bosello O., Cuzzolaro M. (2006). *Obesità e sovrappeso*. Il Mulino: Bologna
 Gambino C., S.Liberti, M.Cuzzolaro (1998). *Obesità e disturbi psicopatologici*. *Obesità trattato multidisciplinare* (pp.505-507). Kurtis: Milano.
 Rand C.W.S., Macgregor A.M.C. (1990) Morbidity obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *Southern Medical Journal*; 83: 1390-1395.
 Reas D.L., Williamson D.A., Martin C.K., Zucker N.L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: a long term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*; 27: 428-434.
 Schoemaker C. (1997). Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome. *International Journal of Eating Disorders*; vol.21 No. 1, 1-15.

Dall'analisi preliminare dei dati, si può prudenzialmente dichiarare che al follow up di un anno, più dell' 80% delle persone mantiene un calo di peso superiore al 5% rispetto a quello basale (si tratta di pazienti difficili, per cui, per definire un intervento terapeutico come efficace, l'obiettivo da raggiungere è il calo di almeno il 5% di mantenimento a 2 anni dall'inizio del trattamento)

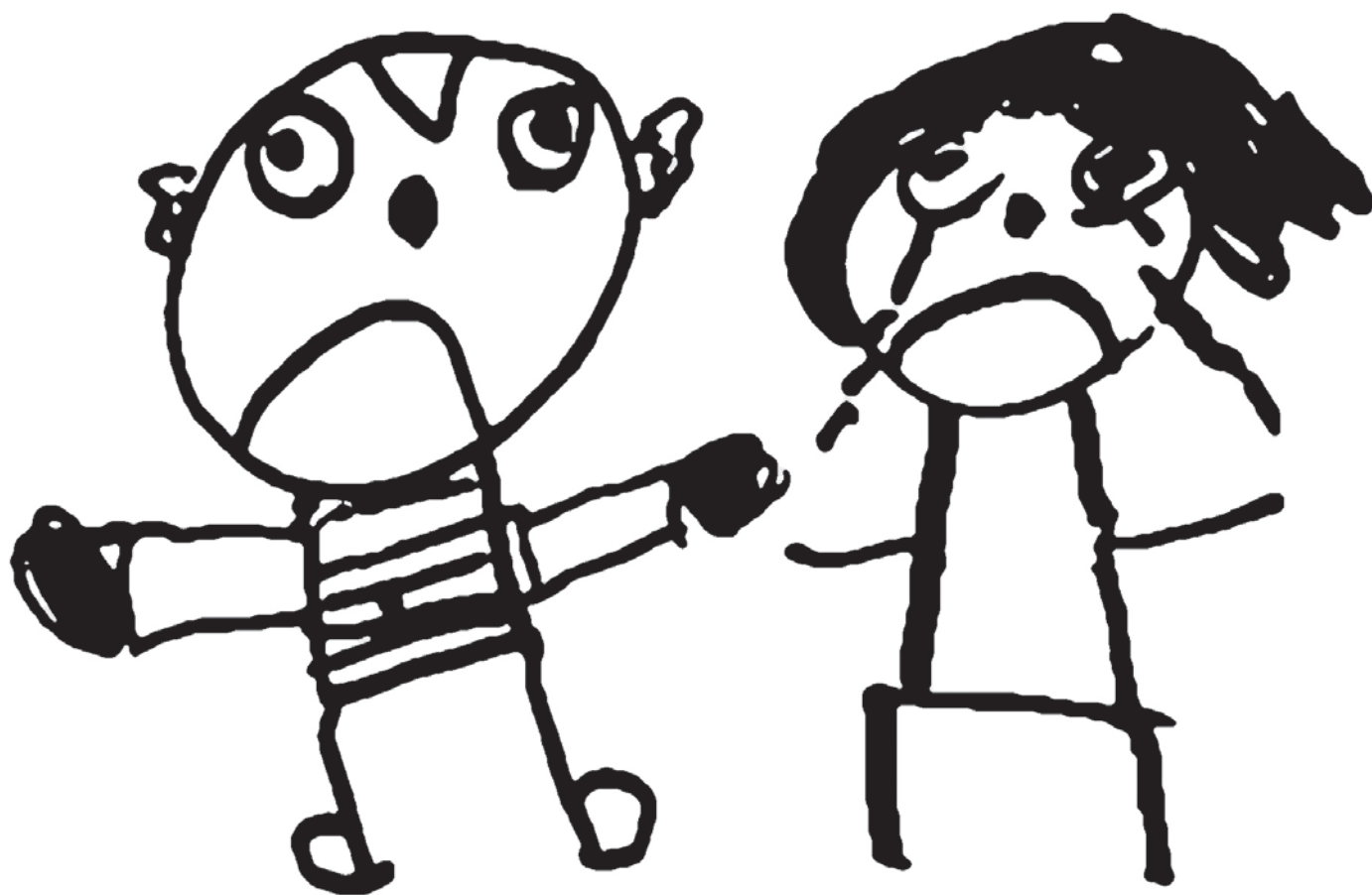
The treatment of obesity at the outpatient clinic in cantu' hospital. A multidisciplinary approach

Excess weight and obesity have a serious impact on physical and mental health in lot of people. Obesity is an health hazard factor for severe pathologies such as ischemia, ictus, hypertension, diabetes mellitus, osteoarthritis, and some types of cancer (uterus, colon and mamma). To treat obesity only by a medic-surgical point of view without keeping accounts of plurality and variety of factors causing and maintaining the disease nowadays is unthinkable. At the outpatient clinic in Cantù hospital the psychologist is an integral part of the medical staff because appearance and organic disease can hide serious psychopathologies.

.link 16 ricerche

Le violenze contro le donne

RICCARDO ROMANDINI*, LINDA LAURA SABBADINI**,
MARIA GIUSEPPINA MURATORE**



Le violenze contro le donne

RICCARDO ROMANDINI*, LINDA LAURA SABBADINI**, MARIA GIUSEPPINA MURATORE**

Minacce, stratonamenti, colpi con oggetti, schiaffi, pugni, calci o ustioni, tentativi di strangolamento o di soffocamento, stupri, tentati stupri, costrizione a fare sesso con terzi, molestie. Queste sono le forme di violenza che diversamente affliggono ed hanno afflitto la vita di molte donne. La violenza si esprime con modalità e forme diverse. Più o meno gravi, più o meno frequenti, diversamente intaccano l'identità, l'esistenza delle donne; senza contare le violenze psicologiche e le forme di persecuzione al momento della separazione dal partner. Violenze subite nei luoghi più intimi e dalle persone più care. Violenze che hanno aspetti comuni, la trasversalità della classe sociale e il silenzio che le circonda. Poche, anzi pochissime sono denunciate e un terzo non sono mai state raccontate. Le informazioni sono desunte dall'indagine Istat condotta nel 2006 sulla base di una convenzione con il Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità¹ e con il finanziamento del Fondo Sociale Europeo PON Sicurezza. L'indagine condotta è la prima che permette di rilevare violenze e maltrattamenti in famiglia in modo approfondito. Per questo motivo non è possibile analizzare confronti con il passato su queste tematiche. Ma alcune informazioni sulle tendenze in atto possono essere desunte dal confronto delle due indagini di vittimizzazione condotte dall'ISTAT tra il 1997 e il 2002 nell'ambito delle quali uno spazio importante era dedicato anche alle molestie sessuali. Di questi particolari andamenti si parlerà nella parte finale dopo aver analizzato approfonditamente il fenomeno a partire dall'indagine del 2006.

1. Le diverse forme di violenza: fisica, sessuale, psicologica, lo stalking

Oltre 6 milioni di donne hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita, a partire dai 16 anni

Sono 6 milioni 743.000, pari al 31,9% della classe di età considerata, le donne tra i 16 e i 70 anni che hanno subito almeno una violenza fisica o sessuale nel corso della vita (Tab. 1). 3 milioni 961.000 donne, pari al 18,8%, sono state vittime di violenze fisiche, 5 milioni (il 23,7%) hanno subito violenze sessuali. Più in particolare, nell'ambito delle violenze sessuali, 482.000 donne sono state vittime di stupro e 703.000 di tentato stupro nel corso della loro vita. Complessivamente, circa 1 milione di donne (il 4,8%) quindi, ha subito stupri o tentati stupri. Negli ultimi dodici mesi sono 1 milione 150.000 le donne che hanno subito violenza, pari al 5,4% delle donne dai 16 ai 70 anni. In particolare il 2,7% delle donne ha subito violenza fisica, il 3,5% violenza sessuale e lo 0,3% stupri o tentati stupri (Tab. 2). Spingere, stratonare, afferrare, storcere un braccio o tirare i capelli sono i comportamenti subiti dalla maggioranza delle vittime di violenza fisica (dal 56,7%); una quota quasi altrettanto elevata, il 52%, ha subito minacce di essere colpita, il 36,1% è stata schiaffeggiata, presa a calci, pugni o morsi, il 24,6% è stata colpita con oggetti. Appaiono, invece, meno diffuse alcune forme più gravi, comunque presenti, come l'uso o la minaccia di usare una pistola o il coltello (8,1%) o il tentativo di strangolamento, di soffocamento o di ustione (5,3%). Tra le violenze sessuali, invece, sono le molestie fisiche sessuali a rappresentare la forma decisamente più frequente (per il 79,5% delle vittime di violenze sessuali), seguite dai rapporti sessuali non desiderati (19,0%), dai tentati stupri (14,0%), dagli stupri (9,6%) e dai rapporti sessuali vissuti dalla donna come degradanti ed umilianti (6,1%). La costrizione ad attività sessuali con altre persone anche in cambio di denaro, beni o favori e altre forme di violenza sessuale diverse da quelle menzionate riguardano, infine, quote residuali di queste vittime: rispettivamente, l'1,6% e il 3,3%. Un terzo delle vittime ha subito atti di violenza sia fisica che sessuale e il 21% delle vittime ha subito violenza sia in famiglia che fuori. Nella maggioranza dei casi, inoltre, la violenza non è episodica: il 52,9% delle vittime, infatti, ha subito più episodi di violenza e tale quota arriva

al 67,1% delle vittime di violenza fisica o sessuale dal partner e al 79,4% delle vittime di violenza sessuale dal partner. Anche con riferimento alle violenze subite dal partner negli ultimi 12 mesi emerge che per il 54% delle donne la violenza è ripetuta (contro il 38,2% dei casi quando si tratta di un autore diverso dal partner). Con riferimento all'autore delle violenze, emerge che 2 milioni 938.000 donne, pari al 14,3% delle donne che hanno o hanno avuto un partner, hanno subito almeno una violenza fisica o sessuale dal marito, dal convivente o dal fidanzato. La violenza subita nella coppia è soprattutto fisica: le donne vittime di violenza fisica nel corso della vita sono il 12% mentre le vittime di violenza sessuale, sempre dal partner, sono il 6,1%. Il 2,4% delle donne ha subito stupri o tentati stupri dal partner (Tab. 1).

L'analisi per tipologia di violenze mostra come le violenze fisiche siano state commesse dal partner nel 62,4% dei casi, le violenze sessuali, senza considerare la molestia, nel 68,3% dei casi e gli stupri nel 69,7% dei casi. I partner sono dunque responsabili della quota più elevata di tutte le forme di violenza fisica e delle forme più gravi di violenza sessuale. Analizzando i dati in riferimento alle diverse tipologie di partner non emergono differenze significative. Il 7,6% delle donne ha subito violenze dal marito o dal convivente contro il 6,7% che le ha subite dal fidanzato. Anche nel caso delle violenze sessuali i dati non si discostano di molto (il 3,2% delle donne ha subito violenza sessuale da parte del marito o del convivente e il 2,9% dal fidanzato), mentre per le violenze fisiche è più elevata la percentuale di donne vittimizzate dai mariti o dai conviventi rispetto ai fidanzati (il 6,7% contro il 5,3%). Solo per l'11,5% delle donne vittime di violenza fisica o sessuale da un partner, la violenza è iniziata dopo la rottura della relazione affettiva. Nella maggioranza dei casi la violenza è avvenuta prima della separazione e probabilmente ne è anche la causa. Anche gli uomini non partner (parenti, amici, colleghi e datori di lavoro, conoscenti e sconosciuti) sono spesso gli autori delle violenze. Le donne che hanno subito violenze fuori dalla coppia dopo i 16 anni sono il 24,7%. All'opposto che per il partner, prevalgono in questo caso le violenze sessuali: il 20,4% delle donne ha subito violenze sessuali da non partner, e il 9,8% ha subito violenze fisiche. Tuttavia, la percentuale di donne che ha subito violenze sessuali scende al 3,7% se si escludono le molestie sessuali, che rappresentano la quota maggiore delle violenze messe in atto da uomini non partner della donna. Analizzando i dati in base alle diverse tipologie di autori non partner emerge che il 13,4% delle donne ha subito violenze sessuali da uno sconosciuto, dato che scende allo 0,7% se si considerano solo gli stupri e i tentati stupri.

Tab. 1. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita, per tipo di autore e tipo di violenza subita. Anno 2006 (per 100 donne con le stesse caratteristiche).

* Per le violenze da non partner si considerano le violenze a partire dai 16 anni. Fonte: elaborazione su dati Istat.

	Un autore qualsia- si	Partner			Non partner*						
		Marito Convi- vente	Fidan- zato	Totale partner	Paren- te	Cono- scente	Amico	Amico di famiglia	Collega di lavoro	Scono- sciuto	Totale non partner
Violenza fisica o sessuale	31,9	7,6	6,7	14,3	2,1	6,3	3,0	0,4	2,6	15,3	24,7
Violenza fisica	18,8	6,7	5,3	12,0	1,7	2,6	1,6	0,1	0,8	3,6	9,8
Violenza sessuale	23,7	3,2	2,9	6,1	0,5	4,3	1,7	0,3	2,1	13,4	20,4
Stupro o tentato stupro	4,8	1,2	1,2	2,4	0,2	1,2	0,5	0,1	0,3	0,7	2,9

Tab. 2. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale negli ultimi 12 mesi, per tipo di autore e tipo di violenza subita. Anno 2006 (per 100 donne con le stesse caratteristiche).

* Per le violenze da non partner si considerano le violenze a partire dai 16 anni. Fonte: elaborazione su dati Istat.

	Negli ultimi 12 mesi		
	Un autore qualsiasi	Un partner	Un uomo non partner*
Violenza fisica o sessuale	5,4	2,4	3,4
Violenza fisica	2,7	1,7	1,1
Violenza sessuale	3,5	1,0	2,6
Stupro o tentato stupro	0,3	0,2	0,2

Le violenze domestiche, fisiche e sessuali, si consumano più spesso in casa della vittima (58,7%), ma non sono rari i casi di aggressione sessuale in automobile (16,7%) o in casa dell'offensore (14,2%) o i casi di aggressione fisica in strada (13,3%). I fidanzati risultano responsabili della grande maggioranza delle violenze compiute in strada, in automobile e in generale nei luoghi esterni alla casa. Nel caso di autori diversi dal partner, invece, i mezzi pubblici sono il luogo dove più di frequente le vittime subiscono violenza (nel 27,7% dei casi che arriva al 49,2% quando l'autore è uno sconosciuto e al 42% quando si analizzano solo le vittime di molestia fisica), seguiti dalla strada (nel 16,8% dei casi), da luoghi come pub, discoteche, cinema o teatri (12,7%), dal posto di lavoro (11,0%) e dalla casa della vittima (8,9%). Tuttavia, anche in caso di un autore diverso dal partner la casa della vittima diviene il luogo prevalente delle violenze se l'aggressore è un parente (59% dei casi) o un amico di famiglia (34,8%).

1 milione 400.000 donne hanno subito violenza sessuale e fisica prima dei 16 anni in famiglia

1 milione 400.000 donne hanno subito violenza sessuale prima dei 16 anni, il 6,6% del totale. Le donne che sono state costrette a subire o a fare attività sessuali dagli sconosciuti prima dei 16 anni sono l'1,7%, dai conoscenti l'1,6% (Tab. 3). Il quoziente relativo ai parenti è lo stesso, pari all'1,6%, e coinvolge 334.000 donne. Tra gli autori si segnalano anche gli amici e gli amici di famiglia. Complessivamente, i parenti sono responsabili del 23,8% delle violenze sessuali subite prima dei 16 anni. Tra questi emergono in graduatoria gli altri parenti (12,2%) e gli zii (7%), seguiti dal padre, dal fratello/fratellastro, dal nonno e dal patrigno. I casi di violenza sessuale segnalati dalle vittime come molto gravi, sono in maggioranza subiti dalle persone più vicine: per i padri la percentuale raggiunge l'80,4%, per i fratelli è il 73,2%, per i nonni e gli zii rispettivamente il 59,5% e il 55%. La violenza ripetuta è in prevalenza perpetrata dal patrigno, dal padre, dal fratello, dal nonno e dallo zio.

La quota di donne che non parla con nessuno della violenza subita è elevata, pari al 53%, e maggiore rispetto alle donne che hanno subito violenze dopo i 16 anni. Le violenze in famiglia sono quelle che rimangono più sommerse, se ne parla di meno se l'autore è lo zio, il padre, il fratello, il vicino o un amico di famiglia.

	Per 100 donne da 16 a 70 anni	Per 100 vittime	Hanno subito la violenza più di una volta*	GRAVITÀ PERCEPITA DEL FATTO*	
				Molto grave	Abbastanza grave
Sconosciuto	1,7	24,8	24,2	42,0	36,8
Conoscente/uomo che conosce di vista	1,6	24,7	40,2	45,6	34,2
Parente	1,6	23,8	69,4	58,8	24,7
<i>Altro parente</i>	0,8	12,2	59,5	54,2	26,2
<i>Zio</i>	0,5	7,0	73,0	55,0	27,5
<i>Padre</i>	0,1	1,6	96,2	80,4	17,2
<i>Nonno</i>	0,1	1,4	82,6	59,5	31,0
<i>Fratello, sorella, fratellastro sorellastra</i>	0,1	1,4	88,6	73,2	8,4
<i>Patrigno, padre adottivo</i>	0,1	0,9	100,0	83,0	17,0
Amico di famiglia	0,7	9,7	54,6	61,0	23,6
Amico	0,4	5,3	33,2	33,9	44,0
Vicino di casa	0,3	3,8	44,2	34,3	49,8
Compagno di scuola	0,3	3,7	58,6	37,9	36,4
Docente/insegnante/bidello	0,1	1,7	60,4	53,5	34,3
Religioso	0,1	1,6	40,0	57,5	22,1
Altro / non specifica	0,3	3,9	71,1	51,3	33,8

Tab. 3. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza sessuale prima dei 16 anni per numero di volte, gravità del fatto e autore. Anno 2006. Fonte: elaborazione su dati Istat.

* Per 100 vittime di violenza sessuale prima dei 16 anni.

Fonte: elaborazione su dati Istat.

Per quanto riguarda la violenza fisica subita in famiglia prima dei 16 anni, il 4,2% delle donne ha subito episodi di violenza fisica dal padre e il 2,7% dalla madre. Queste violenze sono state percepite molto o abbastanza gravi rispettivamente nell'83,9% e nel 74,2% dei casi. Il 2,3% delle donne ha infine subito violenze fisiche dai fratelli.

La violenza psicologica ha colpito più di 7 milioni di donne nel corso della vita

La violenza psicologica, nelle sue diverse forme, appare particolarmente diffusa nel nostro Paese: ne sono vittime, sempre, spesso o qualche volta, 7 milioni 134.000 donne, il 43,2% delle donne attualmente sposate, conviventi o fidanzate. La violenza psicologica si esprime in forme e modi diversi: come isolamento della donna dai suoi amici e familiari, come controllo sui suoi comportamenti, come violenza economica, sotto forma di svalorizzazioni e intimidazioni. Prendendo in considerazione solo le donne che nel corso della vita hanno subito sempre o spesso violenza psicologica da parte del partner attuale (3 milioni 477.000), il 46,7% ha sofferto forme di isolamento (limitazioni nel rapporto con la famiglia di origine o gli amici, impedimento o tentativo di impedimento di lavorare o studiare), il 40,7% forme di controllo (il partner le ha imposto come vestirsi o pettinarsi o l'ha seguita e spiata o si è arrabbiato nel caso abbia parlato con un altro uomo), il 30,7% forme di violenza economica (impedimento di conoscere il reddito familiare, di usare il proprio denaro e il costante controllo su quanto e come spende). Quasi un quarto delle donne ha dichiarato, inoltre, di aver subito umiliazioni, offese e denigrazioni anche in pubblico, critiche per l'aspetto esteriore e per come si occupa della casa e dei figli. Infine, nel 7,8% dei casi le vittime hanno subito dal partner gravi intimidazioni come la minaccia di distruggere oggetti di proprietà della donna, di suicidarsi, di fare del male ai figli, a persone a lei care o ai suoi animali (Tab. 4).

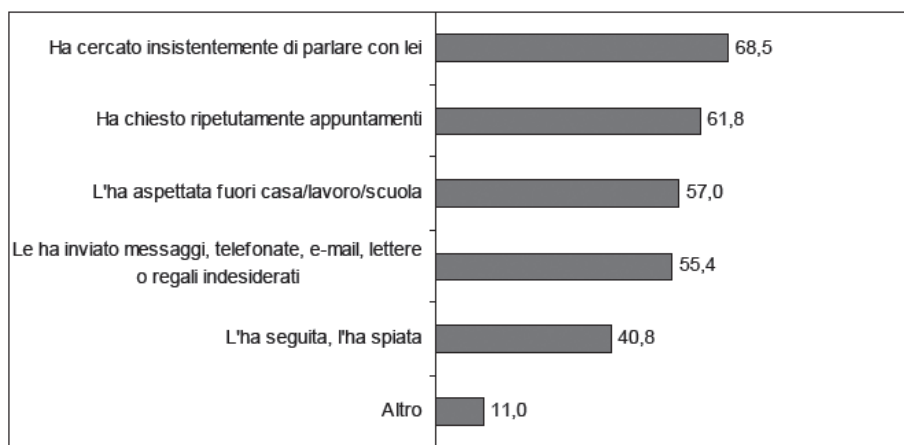
Tab. 4. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza psicologica ed economica sempre o spesso dal partner attuale nel corso della relazione, per tipo di comportamento. Anno 2006 (per 100 vittime che hanno subito violenza psicologica).
Fonte: elaborazione su dati Istat.

ISOLAMENTO	46,7
Cerca di limitare i rapporti con la famiglia o amici	23,7
Le impedisce o cerca di impedirle di lavorare	19,0
Le impedisce o cerca di impedirle di studiare	19,8
CONTROLLO	40,7
Si arrabbia se Lei parla con un altro uomo	19,63
Le impone come vestirsi, pettinarsi o comportarsi in pubblico	8,7
È costantemente dubbioso della Sua fedeltà	21,9
La segue o controlla gli spostamenti	4,7
VIOLENZA ECONOMICA	30,7
Controlla costantemente quanto e come spende	25,2
Le impedisce di conoscere l'ammontare del reddito familiare	8,8
Le impedisce di utilizzare il denaro suo e della famiglia	4,5
SVALORIZZAZIONE	23,8
La umilia o la offende di fronte ad altre persone	6,7
La critica per il suo aspetto,	6,1
La critica per come si occupa della casa	8,4
La ignora, non le parla, non la ascolta	11,9
La insulta o la prende a male parole	6,6
INTIMIDAZIONE	7,8
Danneggia o distrugge le Sue cose o altri oggetti personali	2,7
Fa del male o minaccia di farlo ai Suoi figli	1,4
Fa del male o minaccia di farlo a persone a Lei vicine	1,0
Fa del male o minaccia di farlo ai suoi animali	1,5
Minaccia di uccidersi	3,5

La violenza psicologica è spesso associata alla violenza fisica e sessuale. Infatti, le donne che hanno sperimentato comportamenti di violenza psicologica da parte del partner attuale sono più spesso vittime di violenza fisica o sessuale (il 14,6% contro l'1,6% delle donne che dichiara di non aver subito violenza psicologica) e fra le donne che hanno subito violenze psicologiche "sempre" o "spesso" la quota di vittime anche di violenza fisica o sessuale arriva al 21,9% contro il 3,3%. D'altro canto è vero anche il contrario. Tra le donne oggetto di violenza fisica e sessuale dal partner, addirittura il 90,5% ammette di aver subito anche qualche forma di violenza psicologica.

Più di 2 milioni di donne hanno subito stalking

2 milioni 77.000 donne, il 18,8% delle donne che hanno avuto un partner in passato e che si sono separate da lui, al momento della separazione e/o dopo di essa hanno subito forme di persecuzione che le hanno particolarmente spaventate. Nel 68,5% dei casi l'uomo ha cercato insistentemente di parlare con la donna contro la sua volontà, nel 61,8% dei casi le ha chiesto ripetutamente appuntamenti per incontrarla, nel 57% dei casi l'ha aspettata fuori casa, fuori della scuola o del lavoro, nel 55,4% dei casi le ha inviato messaggi, telefonate, e-mail, lettere o regali indesiderati e nel 40,8% dei casi è arrivato a seguirla o a spiare (Graf. 1). Per la grande maggioranza delle vittime di stalking (il 74,9%) si sono sommati diversi comportamenti persecutori. Anche lo stalking, come la violenza psicologica, risulta fortemente associato alle violenze fisiche e sessuali: tra le donne che hanno subito almeno una violenza fisica o sessuale da un ex partner il 48,8% sono state anche vittime di stalking con una certa differenziazione, tuttavia, a seconda che l'autore delle violenze fosse l'ex fidanzato o l'ex marito/ex convivente. Nel primo caso, infatti, le vittime di qualche forma di stalking arrivano al 54,1% dei casi contro il 42,7% delle donne che hanno subito violenza da un ex marito o da un ex convivente. Il 7,6% delle donne vittime di comportamenti persecutori al momento della separazione o dopo di essa, comincia invece a subire per la prima volta in questa fase anche violenze fisiche o sessuali dall'ex partner.



Graf. 1. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito comportamenti persecutori (stalking) da parte di un partner al momento della separazione, per tipo di comportamento subito. Anno 2006 (per 100 vittime di comportamenti persecutori). Fonte: elaborazione su dati Istat.

2. La trasmissione intergenerazionale della violenza: quali donne sono più a rischio

La letteratura internazionale sulla violenza domestica sottolinea come i comportamenti violenti si trasmettono tra le generazioni. La violenza subita e di cui si è stati testimoni da piccoli aumenterebbe il rischio che il comportamento venga riprodotto da adulti come persecutore o come vittima se non addirittura entrambi, a seconda del contesto. I dati dell'indagine sulla sicurezza delle donne confermano che le donne vittime di violenza sessuale prima dei 16 anni sono maggiormente a rischio di violenza sessuale da adulte (64,4% contro il 29,6% per le donne che non hanno subito violenza da bambine), come anche le donne che hanno assistito a violenze tra i genitori (il 7,9% delle donne intervistate). Tra queste ultime la quota di vittime di violenza da adulte è del 58,5% contro il 29,6% per le donne che non hanno assistito

nell'infanzia a violenze tra i genitori. Lo stesso andamento è riscontrabile tra le donne che hanno subito violenze fisiche dai genitori o dai fratelli: il 69,5% ha subito violenza anche da adulta contro il 29,1% di quelle che non sono state maltrattate nella famiglia di origine. Considerando, invece, l'autore della violenza, la quota di partner attuali violenti con la propria partner è pari al 30% fra coloro che hanno assistito a violenze familiari (Tab. 5), al 34,8% fra coloro che l'hanno subita dal padre, al 42,4% tra chi l'ha subita dalla madre e al 6% circa tra coloro che non hanno subito o assistito a violenze nella famiglia d'origine. Anche aspetti particolari del comportamento dell'attuale partner della donna al di fuori delle mura domestiche, possono essere considerati fattori di rischio della violenza perpetrata in famiglia. Si evidenzia, infatti, che subiscono più frequentemente violenze fisiche e sessuali le donne che hanno un partner che compie gesti violenti, fisicamente (35,6% contro 6,5%) e verbalmente (25,7% contro 5,3%), anche al di fuori della famiglia e che nei confronti della compagna ha atteggiamenti volti a svalutarla o a non considerarla del tutto (35,9% contro il 5,7%) (Tab. 5). Inoltre, le donne che hanno un partner che beve al punto di ubriacarsi subiscono da lui violenze tre volte di più delle altre donne (18,7% contro il 6,4%). Se poi si analizza la frequenza con cui il partner è solito ubriacarsi, le donne che hanno un compagno abituato a bere tutti i giorni o quasi (38,6%) e una o due volte a settimana (38,3%) hanno i quozienti più alti di vittimizzazione. Un maggior rischio emerge anche per le donne separate e divorziate (45,6%). Le altre differenze socio-demografiche nel rischio di vittimizzazione non sono qui riportate, vanno comunque considerate con cautela perché possono nascondere diversità nella disponibilità, da parte della donna intervistata, a parlare del tema, nel grado di consapevolezza ad identificare episodi di violenza, nella sua capacità di rivelarli e di raccontarli.

Tab. 5. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale dall'attuale partner per alcuni fattori di rischio (per 100 donne con le stesse caratteristiche). Fonte: elaborazione su dati Istat.

IL PARTNER HA ASSISTITO ALLA VIOLENZA FISICA DEL PADRE SULLA MADRE	
Si	30,0
No	5,9
IL PARTNER HA SUBITO VIOLENZA FISICA DA PARTE DEL PADRE	
Si	34,8
No	6,2
IL PARTNER HA SUBITO VIOLENZA FISICA DA PARTE DELLA MADRE	
Si	42,4
No	6,5
SVALORIZZAZIONE DELLA DONNA DA PARTE DEL PARTNER	
Si	35,9
No	5,7
IL PARTNER BEVE/BEVEVA AL PUNTO DI UBRIACARSI	
Si	18,7
<i>Qualche volta l'anno</i>	17,8
<i>Una o più volte al mese</i>	14,2
<i>Uno o due volte alla settimana</i>	38,3
<i>Tutti i giorni o quasi</i>	38,6
<i>Non sa/non ricorda</i>	9,3
<i>Si rifiuta/Non risponde</i>	0
No	6,4
IL PARTNER È/ERA FISICAMENTE VIOLENTO AL DI FUORI DELLA FAMIGLIA	
Si	35,6
No	6,5
Non sa/non ricorda	23,5
IL PARTNER È/ERA VERBALMENTE VIOLENTO AL DI FUORI DELLA FAMIGLIA	
Si	25,7
No	5,3
Non sa/non ricorda	11,0
IL PARTNER HA AVUTO PROBLEMI CON LE FORZE DI POLIZIA A CAUSA DI COMPORTAMENTI VIOLENTI FUORI DELLA FAMIGLIA	
Si	51,4
No	7,0
TOTALE	7,2

3. La gravità della violenza subita: anche se grave non è percepita come reato

Sono diversi gli indicatori che possono essere presi in considerazione per definire la gravità delle violenze rilevate. Indicatori più soggettivi, legati alla percezione dell'evento, e più oggettivi legati alle conseguenze della violenza e alle strategie utilizzate per farvi fronte. Tra i primi, la gravità percepita, la considerazione dell'episodio di violenza come un reato, la sensazione che la propria vita fosse in pericolo; tra i secondi le ferite subite ed il tipo, la necessità di cure mediche, l'uso di medicinali, il ricorrere alla terapia o alla consulenza psicologica o psichiatrica o neurologica, l'impossibilità di svolgere le normali attività quotidiane e quelle lavorative, le conseguenze psicologiche, il ripetersi dell'evento. La gravità percepita e oggettiva sembrano muoversi nella stessa direzione. Esiste, tuttavia, una quota minore di donne che a fronte di un evento "oggettivamente" grave non gli attribuisce né gravità né lo riconosce come reato.

La violenza domestica è percepita come più grave di quella da non partner

Per quanto riguarda gli indicatori di tipo soggettivo, oltre il 64% delle donne considera la violenza domestica subita grave (rispettivamente molto - 34,5% - o abbastanza gravi -29,7%), mentre il 35,4% valuta gli episodi come poco o per niente gravi. Sono stati considerati più gravi gli episodi di violenza sessuale (42,0%) che quelli di violenza fisica (34,0%). A fronte della maggioranza che esprime una valutazione di gravità, solo il 18,2% considera gli stessi fatti come un reato. Prevalde l'idea che le violenze subite da un partner siano qualcosa di sbagliato, ma non un reato (44%), ovvero che rappresentino faccende private che non devono coinvolgere entità esterne alla famiglia come le Forze di Polizia o la Magistratura. Per una quota considerevole delle vittime, infine, si tratta semplicemente di qualcosa che è accaduto (36%). Anche le vittime di stupro da parte dei partner non considerano l'accaduto un reato (il 71,6%). Prendendo in considerazione l'autore della violenza non sembrano emergere particolari differenze tra quelle effettuate da mariti e conviventi da un lato e da fidanzati dall'altro, la percezione di gravità è simile, così come la definizione della violenza come un reato. Tuttavia sembra che le donne che vivono con un partner violento (marito o convivente che sia) siano meno disposte a riconoscerne il comportamento violento che più facilmente fanno rientrare nella normalità delle relazioni: tra queste è maggiore la frequenza delle violenze indicate come meno gravi (15,9% rispetto all'11,4% di quelle dei fidanzati) e maggiore la valutazione della violenza come "solamente qualcosa che è accaduto" (41,6% contro 28,6%). Per le violenze da fidanzati è prevalente la percezione di aver subito "qualcosa di sbagliato, ma non un reato" (52,4%). In relazione all'ultimo episodio, più di un quinto delle donne ha avuto la sensazione che la propria vita fosse in pericolo. Ciò è avvenuto soprattutto per le donne che hanno subito sia la violenza fisica che sessuale (30,3%). La percentuale invece non aumenta per le donne che hanno subito stupri (23,1%). Le violenze dei mariti e conviventi sono percepite come più rischiose per la propria vita rispetto a quelle subite dai fidanzati (22,7% contro 19,5%).

Le conseguenze fisiche della violenza domestica, maggiore efferatezza da parte dei mariti e conviventi

Tra gli indicatori di tipo oggettivo della gravità emerge come più di un quarto delle violenze domestiche subite, il 27,1%, ha avuto come conseguenza ferite (Tab. 6). Un maggior numero di ferite è riscontrabile tra le violenze fisiche (28,6%) che tra quelle sessuali (17,5%). Agli stupri da partner solo nel 15,7% dei casi seguono ferite. La percentuale di violenze cui sono seguite delle ferite è la stessa tra i mariti o i conviventi e i fidanzati, ma ben diverso è invece il dato sulla loro efferatezza; il 33,4% delle violenze subite dai primi ha avuto ferite che hanno reso necessario il ricorso alle cure mediche contro l'11,8% di quelle dei fidanzati. Le ferite subite, che necessitavano cure mediche, il 24,1%, sono state curate in primo luogo in ospedale, presso il Pronto Soccorso (51,7%) o presso un reparto ospedaliero diverso dal Pronto Soccorso (23,6%), il 9,3% in casa, il 6,1% in un ambulatorio medico, mentre il 14% non ha ricevuto affatto cure mediche. Nell'86,6% dei casi le ferite sono consistite in lividi, nel 15,4% tagli, graffi, bruciature e nel 7,3% dei casi fratture. Risultano meno

frequenti, ma comunque non trascurabili, i casi in cui le violenze hanno provocato danni fisici gravi come lesioni interne (4%) e traumi cranici (3,3%). Considerando, poi, solo le donne vittime di violenza sessuale, emerge che il 3,4% di loro è rimasta incinta a seguito di un rapporto sessuale violento. I tipi di ferite più gravi (fratture 9,8%, traumi cranici 4,6%, lesioni interne 5%) sono stati opera dei mariti a conferma della loro maggiore efferatezza. Nel 13,3% dei casi il partner, inoltre, era sotto l'effetto di sostanze alcoliche o stupefacenti e nel 3% dei casi aveva un'arma. La percentuale dei mariti che erano sotto l'effetto dell'alcool al momento della violenza è maggiore rispetto a quella dei fidanzati (11,6% contro 7,1% per i fidanzati).

Violenze gravi subite anche dal non partner, ma meno di quelle dal partner

Il quadro della gravità che emerge dalle violenze da parenti, amici, conoscenti, colleghi e sconosciuti è grave, ma in minore misura rispetto a quello delle violenze dal proprio compagno. Considerando l'ultimo episodio subito, infatti il 56,5% delle donne definisce grave la violenza subita da non partner (molto grave il 21,5%, abbastanza grave il 35%) (Tab. 6). La gravità, anche in questo caso, è maggiore per lo stupro (molto grave 42%). Sono reputate più gravi inoltre le violenze effettuate da parenti (47,7%), meno gravi quelle da sconosciuti – 17,5% – (spesso autori delle molestie) e da amici (15,1%). Rispetto a quelle da partner, è più frequente, in questo caso, che le violenze siano definite come un reato, il 24,6%. Il 48,6% delle vittime considera la violenza subita qualcosa di sbagliato, ma non un reato e il 25,3% solo qualcosa che è accaduto. La percezione che la violenza subita sia un reato aumenta al 43,6% nel caso di stupro o tentato stupro. È interessante notare come sia più facile definire come reato la violenza subita da estranei (28,2%) e da parenti (27,6%). La percentuale di chi la reputa solo qualcosa che è accaduto aumenta quando l'autore è un amico o un collega (46,5% per il primo, 31,4% per il secondo).

Al momento della violenza il 15,7% delle vittime ha temuto per la propria vita, contro il 21% delle donne vittime di violenze dal partner, ma questo dato è molto diverso se si escludono i casi di molestie sessuali, la percentuale infatti aumenta al 32% per le violenze fisiche e al 38,1% nel caso di stupro o tentato stupro. Possono essere considerati indicatori indiretti di gravità, le conseguenze sul comportamento delle donne a seguito dell'episodio violento subito: il 25,2% ha paura del buio o ad uscire la sera, il 23% ha un cattivo rapporto con il proprio corpo, ha difficoltà ad avere rapporti sessuali, è più aggressiva, non ha più fiducia negli uomini, il 2,5% ha avuto problemi di depressione, attacchi di ansia o problemi legati al sonno e all'alimentazione. Il 56,8% delle donne dichiara infine di avere superato l'episodio, percentuale decisamente minore (28,3%) tra le donne che hanno subito lo stupro.

Meno frequenti le ferite nelle violenze subite da un uomo non partner, fatta eccezione per quelle dai parenti

Le violenze da non partner cui sono seguite delle ferite sono il 15%. Anche in questo caso sono più frequenti in caso di violenze fisiche, 17,9%. Per gli stupri il dato è pari all'11,7%. L'efferatezza delle violenze è maggiore per quelle effettuate dai parenti (24,6%). Le ferite più gravi, da necessitare cure mediche sono il 27,5%, di poco superiori a quelle da partner (24,1%) ed anche questa volta i parenti sono la causa delle ferite più gravi (36,8%). Anche in questo caso tra le tipologie di ferite più diffuse sono i lividi, 81,2%, seguite di nuovo da tagli, graffi e bruciature (25,1%), la loro percentuale è tuttavia maggiore rispetto a quelle del partner. Seguono le fratture (5%) e il trauma cranico (3,7%) e le lesioni ai genitali (3,5%) – anch'esse più frequenti che nelle violenze da partner. A seguito delle violenze sessuali, inoltre, nel 4,6% dei casi la donna è rimasta incinta. Il 32% delle violenze dai parenti ha avuto come conseguenze tagli, graffi e bruciature e l'11% fratture. Anche per gli episodi di violenza avvenuti fuori dalle mura domestiche e in modo analogo a quest'ultima, vi è una percentuale di autori che possedevano armi al momento della violenza, il 2%, e che erano sotto l'effetto di sostanze alcoliche o stupefacenti (complessivamente il 13,3% - 10,2 aveva assunto solo alcol, l'1,5% solo droghe, l'1,6% sia alcool che sostanze stupefacenti). Percentuali entrambe più elevate nel caso in cui la donna stia riportando un episodio di violenza fisica. Gli estranei autori della violenza più frequentemente sono sotto l'effetto di alcool rispetto ai conosciuti (13,4% contro

	PARTNER				NON PARTNER*			
	Violenza fisica	Violenza sessuale	Stupro o tentato stupro	Violenza fisica o sessuale	Violenza fisica	Violenza sessuale	Stupro o tentato stupro	Violenza fisica o sessuale
HA RIPORTATO FERITE								
Si	28,6	17,5	15,7	27,3	17,9	10,3	11,7	15,0
No	70,6	82,1	82,9	71,8	78,9	83,6	83,0	81,2
Non sa/Non risponde	0,9	0,4	1,4	0,9	3,2	6,1	5,2	3,9
HA AVUTO LA SENSAZIONE CHE LA SUA VITA FOSSE IN PERICOLO*								
Si	21,4	22,2	23,1	21,3	32,0	10,4	38,1	15,7
No	77,6	77,4	76,4	77,6	66,4	88,8	60,5	83,3
Non sa/Non risponde	1,0	0,4	0,5	1,0	1,6	0,8	1,4	1,0
GRAVITÀ PERCEPITA DEL FATTO*								
Molto grave	34,0	42,0	41,6	34,5	29,9	18,9	42,0	21,5
Abbastanza	30,0	27,1	26,1	29,7	33,2	35,7	35,1	35,0
Poco grave	21,2	22,9	25,1	21,5	24,6	30,4	14,9	29,0
Per niente grave	14,4	7,6	6,8	13,9	11,6	14,5	7,0	13,9
Non sa/Non risponde	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,5	1,0	0,6
COME CONSIDERA IL FATTO*								
Un reato	17,7	26,1	26,5	18,2	26,4	25,1	43,6	24,6
Qualcosa di sbagliato, ma non un reato	43,8	47,0	46,3	44,0	41,0	50,7	31,1	48,6
Solamente qualcosa che è accaduto	36,7	25,1	25,3	36,0	30,4	23,1	23,9	25,3
Non sa/Non risponde	1,8	1,8	1,9	1,8	2,2	1,1	1,4	1,4
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 6. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita per tipo di autore, tipo di violenza subita, ferite riportate, sensazione che la vita fosse in pericolo, gravità percepita e valutazione del fatto. Anno 2006 (composizione percentuale).

* Il dato si riferisce all'ultimo episodio subito. Fonte: elaborazione su dati Istat

9,9%), inoltre va considerato che il 17% delle vittime che hanno subito violenza da sconosciuti non è in grado di definire se l'autore era sotto l'effetto dell'alcool o di sostanze stupefacenti.

Le difficoltà a portare avanti le attività quotidiane

A seguito della violenza domestica, il 6,1% delle donne si è dovuta astenere dalle normali attività quotidiane ed il 5% si è dovuta assentare dal lavoro. Il periodo in cui per la donna non è stato possibile dedicarsi alle occupazioni quotidiane è molto variabile e va dal minimo di un giorno (4%) ad un massimo di 90 giorni (2,4%) con oltre il 70% dei casi compresi nel periodo di 10 giorni e il 18,5% dei casi per un periodo di 7 giorni. Anche l'assenza dal lavoro varia da un minimo di un giorno (2,6%) al massimo di 90 (2,4%) con la quota maggiore (il 34,7% dei casi) che si è dovuta assentare una settimana. La percentuale di donne che si assenta dal lavoro o che non riesce a gestire il quotidiano ovviamente aumenta tra quelle che hanno subito violenze più gravi (sono circa il 15-23% rispetto al 6% del dato medio), in termini di ferite, gravità percepita, cure intraprese. Inoltre, queste conseguenze, coerentemente con il dato delle ferite fisiche, sono maggiormente accentuate per le violenze commesse dai partner con cui si abita, mariti e conviventi (rispettivamente 7,6% per le attività quotidiane e 6,7% per il lavoro), e meno per i fidanzati (4,2% e 2,5%). Le violenze da non partner presentano un profilo simile da questo punto di vista. Il 6,6% delle donne si è dovuta astenere dalle attività quotidiane e il 4,4% dall'attività lavorativa. Come per le violenze da partner, la percentuale di interruzione dell'attività lavorativa e di impedimento nelle attività quotidiane è maggiore per le violenze più gravi, in termini di ferite, medicinali utilizzati e gravità percepita.

Non vi sono invece differenze secondo il tipo di violenza subita se fisica o sessuale. Quando la donna subisce violenza da un collega è maggiore la segnalazione della conseguenza "assenza dal lavoro" (12,8%).

Medicinali e terapia sono gli aiuti per un 10% delle vittime delle violenze

Per fare fronte alla violenza subita dal partner, circa il 10% delle vittime ha dichiarato di aver fatto ricorso a farmaci o all'alcool per fronteggiare l'ultimo episodio, il 7% ha usato solo medicinali. L'11,3% si è rivolta, inoltre, ad un terapeuta per avere assistenza o consulenza di tipo psicologico, psichiatrico o neurologico. Le vittime che hanno subito ferite a causa della violenza, che hanno fatto uso di medicinali o alcool per farvi fronte e che la percepiscono molto grave sono ricorse di più a questo tipo di aiuto, rispettivamente nel 19%, 40,1% e 17,2% dei casi. Il dato è più alto per le violenze dai mariti e dai conviventi, ricorrono alla terapia il 13,6% e il 12,7% usa medicinali, contro l'8% e 6,1% delle vittime dei fidanzati. Non sono riscontrabili invece particolari differenze considerando il tipo di violenza subita, se fisica o sessuale. L'uso di medicinali e il ricorso alla consulenza o terapia psicologica, psichiatrica o neurologica per far fronte alla violenza è meno accentuato per le violenze che non si consumano nella coppia. L'uso di farmaci o alcool riguarda, infatti, il 7,6% delle donne vittime, solo medicinali sono stati usati dal 4,2%, mentre il 6,2% si sono recate in terapia. L'1,8% utilizza come aiuto sia i medicinali che la terapia, valore che è pari al 4% per le violenze da partner.

4. La violenza domestica ripetuta

La violenza ripetuta è soprattutto violenza fisica

Le donne che hanno subito ripetutamente violenze dai partner, le violenze più gravi, sono 1 milione 572.000. Queste donne sono vittime in misura prevalente della violenza fisica (nel 95,9% dei casi), di frequente accompagnata da quella sessuale. In particolare il 54,9% ha subito solo violenze fisiche, il 41% sia fisica che sessuale e solo il 4,1% ha subito esclusivamente forme di violenza sessuale. Chiedendo alla donna di quantificare il numero delle violenze subite, circa il 55% è riuscita a fornire un numero indicativo; alle altre che non riuscivano a definire questo aspetto, si è chiesto con quale frequenza si verificavano le violenze. Il 46,1% delle donne vittime di violenze ripetute ha subito tra i 2 e i 10 episodi di violenza, il 5,8% 11-20, l'1,2% 21-30, il 1,4% più di trenta. Il restante 44,8% non è stato in grado di rispondere. Di queste, ha subito violenza tutti i giorni l'11,1% e una o più volte a settimana il 18,3%; la stessa percentuale appare tra le donne che hanno risposto di averla subita una o più volte al mese, un 19% asserisce una o più volte all'anno e il 19,7% solo in particolari periodi ma ripetutamente. Un residuo 11,5% di vittime non è riuscita a definire neanche la frequenza di accadimento delle violenze. Quando la storia di violenza si configura sia come violenza fisica che sessuale, le donne hanno maggiori difficoltà a quantificare le violenze subite dal partner (nel 55,1% dei casi) e ne subiscono di più. Inoltre, quelle che non sanno quantificarle indicano una frequenza della violenza settimanale più alta, pari al 38,1% (tutti i giorni o più volte a settimana) rispetto alle vittime della sola violenza fisica (21%) e della sola violenza sessuale (13,5%). Per queste ultime, la modalità segnalata più frequentemente è "solo in particolari periodi ma ripetutamente". Sono i mariti e i conviventi gli autori delle violenze che la donna ha più difficoltà a quantificare ma che si verificano più spesso (tutti i giorni e più volte a settimana).

Quando la violenza non è un episodio sporadico le conseguenze sono pervasive

Nel contesto della storia della violenza domestica, emerge che tra le conseguenze sofferte nel 48,8% dei casi le vittime lamentano perdita di fiducia e autostima (Tab. 7), sensazione di impotenza (44,9%), disturbi del sonno e dell'alimentazione (41,5%), ansia e attacchi di panico (37,4%), depressione (34,8%), difficoltà di concentrazione (24,3%), dolori ricorrenti in diverse parti (18,5%), difficoltà a gestire i figli (14,3%), idee di suicidio e autolesionismo (12,3%). La presenza di queste conseguenze è maggiore per le vittime che subiscono sia la violenza fisica che la violenza sessuale.

Questi tipi di conseguenze di più lunga durata sono, inoltre, presenti maggiormente nelle violenze definite più gravi dalle donne, fatta eccezione per la difficoltà a gestire i figli in cui l'andamento con la gravità non è lineare e comunque debole. Mostrano questa difficoltà il 18,7% delle donne che hanno subito violenze che giudicano molto gravi, il 13% di quelle abbastanza gravi, l'8% delle poco gravi e l'11% delle per niente gravi. Fatta eccezione per la perdita di fiducia in sé stessa e di autostima, che è la conseguenza maggiormente sottolineata nelle violenze perpetrate dai fidanzati, le altre conseguenze sono notevolmente più elevate per i mariti e i conviventi, mentre per la difficoltà di concentrazione non sono rilevabili differenze. La convivenza tra vittima e carnefice amplifica la violenza che si fa più efferata, più frequente e più grave dal punto di vista delle sue conseguenze. Sempre nell'ambito del quadro delle violenze ripetute, è stato considerato il problema delle spese direttamente affrontate dalle donne. Le vittime hanno dichiarato di avere sostenuto, per gestire la situazione della violenza, spese per l'acquisto di farmaci (14%) e per le cure mediche e psicologiche presso strutture private (11,5%), spese legali (12,4%) e nel 4,2% spese per danni a proprietà o di altro tipo (3,6%). Le spese affrontate sono maggiori quando la violenza è perpetrata da mariti e conviventi. Anche in questo caso le storie di violenza caratterizzate sia da violenza fisica sia sessuale risultano quelle in conseguenza delle quali le donne hanno avuto più spese (con valori che raggiungono il 16-20% per quelle per farmaci, cure mediche e spese legali).

	Violenza fisica e sessuale	Violenza fisica	Violenza sessuale	Totale
A SEGUITO DI QUESTI EPISODI HA SOFFERTO DI				
Depressione	48,6	24,6	34,9	34,8
Perdita di fiducia in se stessa/di autostima	61,0	39,1	57,1	48,8
Ansia/fobia/attacchi di panico	48,9	30,3	15,9	37,4
Disperazione/sensazione di impotenza	57,8	35,9	36,6	44,9
Difficoltà nella gestione dei figli	19,3	11,3	6,1	14,3
Difficoltà a concentrarsi/perdita di memoria	34,4	17,0	20,6	24,3
Disturbi del sonno/della alimentazione	54,6	32,6	28,2	41,5
Dolori ricorrenti in diversi parti del corpo	29,3	10,7	15,6	18,5
Autolesionismo/idee di suicidio	20,8	6,3	6,1	12,3
A SEGUITO DEI FATTI SUBITI HA DOVUTO SOSTENERE				
Spese per cure mediche psicologiche presso strutture private	16,2	8,7	1,4	11,5
Spese per farmaci	20,0	10,0	8,4	14,0
Spese per danni a proprietà	5,8	3,3	0,0	4,2
Spese legali	18,0	8,8	4,9	12,4

Tab. 7. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito più volte violenze da un partner nel corso della vita, per tipo di violenza, conseguenze sofferte e spese sostenute in seguito alla violenza. Anno 2006 (per 100 vittime con le stesse caratteristiche).

Il difficile tentativo di separarsi

Le donne, che a seguito delle violenze subite ripetutamente dal partner hanno visto separate da un marito o un convivente, anche se solo temporaneamente, sono 185.000, cioè il 19% delle donne che hanno subito ripetutamente violenze dai mariti o conviventi. Di queste solo il 26,5%, cioè 50.000 donne, non sono più tornate a vivere con il partner violento, ovvero il 3,2% delle donne che hanno subito ripetutamente violenza da un compagno.

Quando la violenza è considerata molto grave dalla donna, la spinta ad andare via di casa è maggiore (28,1%), così come nel caso in cui si associano sia violenze fisiche che sessuali (24,4%) o quando le donne subiscono stupri o tentati stupri (27,6%). Per le vittime degli stupri o dei tentati stupri, è più elevata, inoltre, la percentuale di coloro che non tornano più a vivere con il partner (30,4%). Per le donne che si separano, anche se solo temporaneamente, la casa dei genitori rappresenta un rifugio (nel 50,7% dei casi), seguono le case di amici o parenti (11,1%), o altre soluzioni da parte della donna (7,5%). Nel 30,7% dei casi, invece, è il partner violento che ha lasciato la casa comune. Nell'1% dei casi le vittime sono andate in case di

accoglienza, centri antiviolenza o ostelli. Esiste una relazione tra la possibilità per le donne di uscire dalla violenza, la scelta di parlarne e la scelta della persona cui rivolgersi. Tra le donne che non hanno parlato con nessuno della violenza subita e che hanno provato ad uscire di casa, solo il 19,9% non torna dopo la separazione con il marito o il convivente, la situazione non cambia di molto quando la donna parla con familiari, parenti, operatori sociali (circa 24%), amici (31,1%). La percentuale aumenta in modo sostanziale, invece, quando le donne si rivolgono al Pronto Soccorso (55,9%), ai medici o infermieri (53,4%), ai centri antiviolenza (48,1%), ad avvocati, a magistrati, o alle Forze di polizia (36,4%). Tra le donne che denunciano la violenza e si sono temporaneamente separate il 30% non torna più con il partner violento. Inoltre, se non vi sono figli (propri o del partner) è più facile per la donna chiudere la storia violenta, la percentuale delle storie violente interrotte raggiunge il 67,8% in assenza di figli contro il 22,2% nel caso in cui questi siano presenti. Tra le donne con figli, la motivazione prioritaria segnalata per cui decidono di tornare con il partner è "per il loro bene" (44,5%). Tra le motivazioni addotte per il ritorno con il partner, a parte il senso di responsabilità per i figli, in generale, emerge anche la fiducia o la speranza in un suo cambiamento ("mi ha promesso che sarebbe cambiato", 30,7%) e il desiderio di offrirgli un'altra possibilità (27,3%). Per il 20,3% delle donne che hanno subito violenza è l'amore nei confronti del partner, provato ancora e nonostante tutto, a rappresentare la principale motivazione. I motivi economici (10,7%) e il problema della casa (8,6%) sono stati segnalati da un segmento di donne più piccolo. La vergogna della separazione risulta una motivazione molto meno frequente, che riguarda il 5,7% delle vittime.

Due grandi criticità: la violenza in gravidanza e il coinvolgimento dei figli

Due grandi criticità emergono nei casi di violenza ripetuta che meritano di essere analizzati, la violenza in gravidanza e la presenza e il coinvolgimento dei figli nella violenza. Considerando il sottoinsieme delle sole donne che hanno avuto gravidanze quando erano insieme al partner violento (800.000), il 22,5% di queste ha subito violenze in gravidanza, per il 29,2% la violenza è cessata, nel 48,3% dei casi la violenza invece è iniziata successivamente (Tab. 8). La percentuale di donne vittimizzate in gravidanza è più alta se si considerano le storie di violenza in cui la donna ha subito sia violenze fisiche che sessuali (31,7%).

Tab. 8. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito più volte violenza fisica o sessuale da un partner nel corso della vita, per tipo di situazioni verificatesi durante la gravidanza e in presenza dei figli. Anno 2006 (per 100 vittime che hanno avuto più violenze dal partner).

* Vittime che hanno avuto gravidanze nel periodo della violenza

** Vittime che avevano figli nel periodo della violenza.

Fonte: elaborazione su dati Istat.

	%
SITUAZIONI DI VIOLENZA QUANDO ERA INCINTA	
Si	22,5
No, la violenza è iniziata prima ed è cessata quando ero incinta	29,2
No, la violenza è iniziata dopo la gravidanza	48,3
FREQUENZA DEI COMPORTAMENTI VIOLENTI DURANTE LA GRAVIDANZA*	
Rimasti uguali	50,6
Diminuiti	17,0
Aumentati	16,6
Iniziati	15,0
PRESENZA DI FIGLI CHE VIVEVANO CON LA DONNA NEL PERIODO IN CUI SI SONO VERIFICATI I FATTI	
Si	43,9
No	56,1
VIOLENZA ASSISTITA DA PARTE DEI FIGLI**	
No, non penso	36,3
Si, ma raramente	19,6
Si, a volte	20,2
Si, spesso	22,6
Non sa/Non risponde	1,2
VIOLENZA SUBITA DA PARTE DEI FIGLI**	
No, non penso	83,1
Si, ma raramente	5,6
Si, a volte	5,0
Si, spesso	5,2
Non sa/Non risponde	1,0
Totale	100,0

Tra le donne che hanno subito violenze ed erano incinta, per il 16,6% di queste la violenza è aumentata durante la gravidanza e nel 15% dei casi iniziata. Per il 50,6% è rimasta immutata e per il 17% diminuita. Considerando le violenze ripetute, sono 689.000 le relazioni violente in cui sono presenti dei figli e nella quasi totalità si tratta di violenze da mariti o conviventi. Più di un terzo delle vittime asseriscono che i propri figli non sono mai stati presenti alle violenze da loro subite, a fronte di un complessivo 63,4% che vi ha assistito in diversa misura, il 19,6% di rado, il 20,2% qualche volta e il 22,6% spesso. I figli hanno anche subito alcuni episodi di violenza da parte del partner violento, ciò è avvenuto nel 15,7% dei casi: violenza subita nel 5,6% dei casi di rado, talvolta nel 4,9% e spesso nel restante 5,2%.

5. La solitudine di fronte alla violenza: quasi un terzo delle vittime non ne parla con nessuno, pochissime denunciano

Più sole di fronte alla violenza domestica

Le vittime di violenza domestica non ne parlano con nessuno in un terzo dei casi. Il silenzio raggiunge il 37,9% nel caso di violenza da parte del marito e il 41,9% quando si tratta di violenza sessuale (Tab. 9). Quando la violenza subita è grave è più frequente che le donne ne parlino con qualcuno. La percentuale di donne che hanno subito violenza da parte del partner e che non ne hanno parlato con nessuno diminuisce tra le vittime che hanno subito episodi che giudicano gravi (rispettivamente 21,1% e 29,8% se è molto o abbastanza grave), e tra quelle che hanno riportato ferite in seguito all'evento (19,3%). In generale è comunque più bassa la percentuale di chi non ne parla con nessuno (24 %) se l'autore è un non partner e soprattutto se è parente (19,4%) o estraneo (21,1%). La quota maggiore delle vittime di violenze in ambito domestico il 36,9%, si è confidata con un amico, il 32,7% con un membro della famiglia, mentre il ricorso alle Forze di Polizia, avvocati o magistrati, riguarda solo il 4,9% delle vittime; basso anche il ricorso ad operatori dei servizi sociali (il 3,9% si è rivolto ad assistenti sociali) o della sanità (il 3,7% ha parlato con medici o infermieri). Nel caso della violenza da non partner è un po' più alto il confidarsi con un amico o vicino (41%), analogo il ricorso a familiari (32,2%), ma a queste figure si aggiunge anche il partner nel 24% dei casi. Il ricorso a figure di tipo istituzionale come magistrati, Forze di polizia o avvocati e ai professionisti dell'aiuto, come medici, psicologi, infermieri ed assistenti sociali, risulta del tutto residuale come per la violenza domestica. È più facile, inoltre, per le donne parlare di un episodio di violenza fisica che di uno di violenza sessuale: la quota delle vittime che non ne hanno parlato con nessuno passa dal 20,4% nel caso di violenza fisica da un non partner al 32,4% nel caso di uno stupro o di un tentato stupro. Analogamente succede per la violenza domestica, si passa dal 32,9% nel caso della violenza fisica al 41,9% nel caso della violenza sessuale.

Poche denunce

Molto differente e più critica appare la situazione rispetto alle denunce. Solo il 7,3% delle vittime ha denunciato le violenze subite dal partner e, con riferimento alle violenze subite negli ultimi 12 mesi, il tasso di denuncia è pari appena al 3,4%. Si denuncia meno la violenza sessuale da partner (4,8%) che la violenza fisica (7,5%). Anche nel caso di violenze sessuali più gravi, stupri e tentati stupri, appena il 5,3% delle vittime ha denunciato (Tab. 9). L'ultimo episodio di violenza subito da un partner è stato denunciato nel 6,4% dei casi, ma solo al 65,4% di questi ha corrisposto un verbale firmato, per un totale pari al 4,2% di denunce. La percentuale di denuncia aumenta tra le violenze dichiarate molto gravi (14%), tra quelle che hanno avuto come conseguenze delle ferite (18,9%), tra quelle in seguito alle quali la vittima è ricorsa ad assistenza o consulenza di tipo psicologico, psichiatrico o neurologico (22,8%). Il tasso di denuncia aumenta anche quando l'episodio di violenza viene giudicato un reato (22,9%) pur rimanendo comunque basso. Le violenze causate dai mariti o conviventi sono denunciate più di frequente rispetto a quelle da parte di fidanzati (10,1% contro 3,6%). Alla quota delle denunce va aggiunto comunque un 2,6% di donne che hanno subito ripetutamente violenza e che, pur non avendo

Tab. 9. Donne da 16 a 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita per tipo di autore, tipo di violenza subita, persona con cui ne hanno parlato, dopo quanto tempo ne hanno parlato e denuncia del fatto. Anno 2006 (per 100 vittime con le stesse caratteristiche).

* Il dato si riferisce all'ultimo episodio subito.

** La somma può essere superiore a 100 perché la donna può averne parlato con più persone.

*** Dal dato sono escluse le vittime che hanno subito un solo episodio di minaccia oppure sono state afferrate o spinte una sola volta, o sono state colpite una sola volta nell'arco della violenza. Fonte: elaborazione su dati Istat.

	PARTNER				NON PARTNER*			
	Violenza fisica	Violenza sessuale	Stupro o tentato stupro	Violenza fisica o sessuale	Violenza fisica	Violenza sessuale	Stupro o tentato stupro	Violenza fisica o sessuale
CON CHI NE HA PARLATO*								
Un membro della famiglia	33,7	25,3	26,0	32,7	40,8	28,9	27,4	32,2
Partner	-	-	-	-	26,0	23,3	23,5	23,9
Un altro parente	9,9	5,4	5,5	9,5	10,4	6,1	8,7	7,2
Un amico/vicini	37,1	33,5	30,5	36,9	39,9	41,4	32,2	41,0
Un collega di lavoro/ superiore o datore di lavoro/ compagno di studi	4,5	1,5	1,4	4,2	10,0	8,0	6,1	8,6
Un medico/ infermiere/operatori pronto soccorso	3,7	4,4	4,7	3,7	2,3	0,7	3,8	1,3
Assistenti sociali, operatori di consultorio	4,0	5,0	4,9	3,9	1,8	0,6	3,7	0,8
Avvocato, magistrato, polizia, carabinieri	5,2	2,8	2,9	4,9	6,1	0,9	4,1	2,2
Nessuno	32,9	41,9	43,7	33,9	20,4	25,1	32,4	24,0
TOTALE**	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
SI È RIVOLTO AD UN CENTRO ANTIVIOLENZA, ASSOCIAZIONE PER DONNE***								
DOPO QUANTO TEMPO NE HA PARLATO*								
Dopo più di un anno	8,8	20,4	22,3	9,6	3,8	4,3	14,2	3,8
Dopo un anno	0,9	0,6	0,7	0,9	0,5	0,9	2,0	0,8
Dopo qualche mese	8,6	16,8	15,9	9,2	4,0	4,7	17,1	4,2
Dopo pochi giorni	17,3	12,9	12,4	16,9	8,1	8,6	9,4	8,7
Subito	60,6	47,4	46,5	59,9	83,1	80,0	56,9	81,5
Non sa/Non risponde	3,8	1,9	2,2	3,5	0,5	1,5	0,5	1,2
DENUNCIA								
Sì	7,5	4,8	5,3	7,3	11,0	1,8	7,1	4,0
No	92,2	94,8	94,3	92,5	88,1	98,0	92,2	95,6
Non sa/Non risponde	0,3	0,4	0,4	0,3	0,9	0,2	-	0,4
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

denunciato, hanno telefonato al 112 e 113 per avere aiuto. Le denunce sono ancora meno frequenti in caso di violenze subite da uomini non partner, appena il 4% che arriva al minimo del 3% nel caso di vittime di sconosciuti e al massimo, invece, dell'8,9% delle vittime di violenze da parenti, per i quali è minore la presenza delle molestie sessuali tra le violenze effettuate. Su questo più basso livello incide il peso delle molestie fisiche sessuali che sono poco denunciate. Come nel caso della violenza domestica denunciano di più le vittime di violenza fisica (l'11%) rispetto a quelle di violenza sessuale (l'1,8%) e anche di stupri e tentati stupri (7,1%). Inoltre, solo nel 67,1% dei casi, è stato firmato un verbale di denuncia.

Le esperienze delle donne nei contatti con le Forze di Polizia

Alle vittime di violenze che hanno denunciato l'ultimo episodio subito è stato chiesto cosa hanno fatto le Forze di polizia per aiutarle. Nel caso della violenza domestica il 42,6% dichiara che hanno preso la denuncia, il 26,9% che hanno ammonito il colpevole, il 19,7% che hanno seguito il procedimento, il 5,3% che hanno arrestato il colpevole, nel 5,2% dei casi fornito protezione, nel 5,1% dato informazioni sulla possibile assistenza legale, nello 0,3% l'hanno indirizzata a servizi specializzati (Tab. 10). Nel 36,5% invece riferiscono di non aver fatto niente. Giudizio che viene espresso dalle vittime sia che abbiano riportato violenze gravi (36,9%) che meno gravi (34,9%) e che raggiunge il 46,6% tra le donne che subiscono violenza da parte dei mariti o dei conviventi. A seguito della denuncia dell'ultimo episodio soltanto nel 27,9% dei casi vi è stata una imputazione degli autori della violenza domestica, il 68,6% delle donne dichiara che non vi sono state imputazioni e il 3,5% non conosce l'esito della denuncia. Le imputazioni si sono trasformate in una condanna nel 45,3% dei casi, percentuale che aumenta al 54,1% considerando quelle a carico dei fidanzati.

La maggioranza delle vittime (51,4%) che hanno denunciato il fatto non sono state soddisfatte del lavoro svolto dalle Forze di polizia, il 45,1% risulta invece soddisfatta. La quota di vittime soddisfatte dell'operato delle Forze di Polizia diventa maggioritaria (55,7%) nel caso in cui il partner violento abbia avuto un'imputazione a seguito dei fatti. Coloro che sono state insoddisfatte delle Forze di Polizia avrebbero voluto prioritariamente più serietà e accoglienza nel prendere la denuncia (il 32,5%), una maggiore protezione (il 25,6%), che il colpevole fosse imputato, arrestato (il 23,8%), l'allontanamento da casa del partner violento (il 21,7%), che l'autore fosse ammonito (13,6%), maggiore tempismo nella risposta (il 10,3%). Nel caso delle violenze subite da un uomo diverso dal partner, la situazione si presenta un po' diversa. Le Forze di polizia hanno preso la denuncia in una percentuale un po' più alta di casi (49,3%) e seguito maggiormente il procedimento (24,1%) mentre sono avvenuti meno ammonimenti dell'autore (9,7%). È più bassa inoltre la percentuale di donne che hanno dichiarato che le Forze di polizia non hanno fatto niente (24,5%). Un pochino più alta la percentuale di denunce a cui ha fatto seguito una imputazione (29,6%). Tuttavia, una quota non trascurabile delle vittime che hanno denunciato, il 12,7%, non sa o non ricorda se c'è stata o meno un'imputazione. Alle imputazioni è corrisposta una condanna nel 43,2% dei casi, valore leggermente più basso di quello delle violenze domestiche. La percentuale di violenze cui ha fatto seguito un'imputazione è la stessa considerando le diverse tipologie di autori se conosciuti o sconosciuti, mentre le condanne aumentano se l'imputato che ha commesso la violenza è un estraneo per la donna (47,9% contro 39,9%). Il 43,5% delle vittime che hanno denunciato si dichiara soddisfatta di come le Forze di polizia hanno gestito il caso a fronte del 49,9% che è invece insoddisfatto, percentuale molto vicina a quella sulle violenze domestiche. In particolare, il 19,3% delle vittime è molto soddisfatta e il 24,2% è abbastanza soddisfatta, ma appare più elevata la quota di coloro che sono invece molto insoddisfatte (il 28,6%). Lo stesso vale per le violenze domestiche, nel qual caso la percentuale dei molto insoddisfatti è pari al 31,1% contro il 13,4% dei molto soddisfatti. Nel caso delle vittime di violenze da uomini non partner, fra le donne che si dichiarano insoddisfatte di come hanno agito le Forze di Polizia, viene espressa in misura maggiore, rispetto alla violenza domestica, la richiesta di prendere più seriamente la denuncia (36,6%), di imputare o arrestare il colpevole (35,5%), o di ammonirlo (dal 24,8%), mentre risulta meno frequente la richiesta di protezione (2,7%) e di tenere lontano l'autore della violenza (12,6%), particolarmente evidente nel caso della violenza da partner per le specificità della stessa.

	PARTNER	NON PARTNER
CHE COSA HANNO FATTO LE FORZE DI POLIZIA		
Hanno preso la denuncia	42,6	49,3
Hanno ammonito il colpevole	26,9	9,7
Hanno seguito il procedimento	19,7	24,1
Hanno arrestato il colpevole	5,3	6,2
Hanno fornito protezione	5,2	6,7
Hanno fornito informazioni su possibile assistenza legale	5,1	4,2
Hanno indirizzato a servizi specializzati	0,3	2,3
Niente	36,5	24,5
CI SONO STATE IMPUTAZIONI	27,9	29,6
C'È STATA UNA CONDANNA	45,3	43,2
INSODDISFAZIONE PER L'OPERATO DELLE FORZE DI POLIZIA	51,4	49,9
PER LE VITTIME INSODDISFATTE DELL'OPERATO DELLE FORZE DI POLIZIA: COSA ALTRO AVREBBERO DOVUTO FARE PER AIUTARLA		
Prendere più seriamente la denuncia	32,5	36,6
Fornire protezione, aiutarla ad andare via di casa	25,6	2,7
Imputare/arrestare il colpevole	23,8	35,5
Dare un avvertimento al colpevole/ammonirlo	13,6	24,8
Tenerlo/i lontano	21,7	12,6
Rispondere con maggiore tempismo	10,3	12,1
Indirizzare ad un centro antiviolenza o in una struttura di accoglienza	7,7	1,0
Niente	7,1	4,6

Tab. 10. Donne dai 16 ai 70 anni che hanno subito violenza fisica o sessuale nel corso della vita, per tipo di autore e per i principali indicatori relativi alle conseguenze della denuncia e al rapporto con le Forze di Polizia (per 100 vittime che hanno denunciato). Fonte: elaborazione su dati Istat.

6. Un focus sugli stupri e sui tentati stupri ad opera del partner

Dall'analisi multivariata condotta sulle vittime degli stupri e dei tentati stupri ad opera del partner (applicando una cluster analysis) emergono 8 interessanti profili. Non per tutte le vittime sono disponibili informazioni dettagliate sullo stupro o il tentato stupro subito, che venivano richieste solo sull'ultimo episodio (percezione della gravità e definizione della violenza come reato, con chi ha parlato della violenza e il ricorso ai centri antiviolenza). Alcuni gruppi risultano quindi necessariamente più caratterizzati di altri per la presenza di maggiori informazioni. Emerge un quadro particolarmente critico sia nel caso dei mariti che dei fidanzati autori della violenza, con una forte connotazione di pervasività della violenza, specie nel caso dei mariti e di alto rischio per le giovanissime che spesso non riescono a riconoscere la violenza subita dai fidanzati come reato.

1. Lo stupro ad opera del marito come violenza pervasiva grave non riconosciuta come reato (16,4%)

Le donne che fanno parte di questo gruppo sono accomunate dal fatto di aver subito una violenza molto grave dal partner che si esprime su tutti i terreni: violenza psicologica, sia nel senso del controllo da parte del partner che della svalorizzazione, dell'isolamento, dell'intimidazione, violenza economica e maltrattamenti fisici. Una violenza pervasiva considerata grave dalle donne che hanno dichiarato conseguenze rilevanti da un punto di vista psicologico: disperazione, insonnia, ansia, depressione, dolori generali, minore autostima, perdita di memoria e difficoltà nei confronti dei figli. Una violenza mai denunciata e di cui le donne parlano poco e che ha causato spese per farmaci e cure mediche. Violenza che si consuma dentro le mura domestiche ma che non viene considerata reato dalle donne, solo qualcosa di sbagliato. Una parte di queste donne ha anche tentato di lasciare il marito ma poi è tornata a casa. La vittima ha subito violenze sessuali anche prima dei 16 anni, così come l'autore della violenza ha subito violenze dalla famiglia di origine. Questa tipologia di violenza sembra essere più diffusa tra le donne attualmente casalinghe e separate. Il partner di queste vittime, inoltre, possiede la pistola in percentuale superiore alla media.

2. Lo stupro ad opera del marito come violenza pervasiva grave riconosciuta come reato (5,3%)

Le donne che fanno parte di questo gruppo sono accomunate a quelle del gruppo precedente dall'aver subito un'esperienza di violenza molto grave da parte del marito che si esprime su tutti i piani: violenza psicologica, nel senso soprattutto di controllo, isolamento e intimidazione, violenza economica e fisica. In questo caso però, le donne hanno dichiarato di aver avuto paura per la loro vita e hanno anche subito ferite. La situazione è aggravata dal fatto che il marito nella maggioranza dei casi si ubriacava. Inoltre, a differenza del gruppo precedente le donne di questo gruppo identificano la violenza subita come un reato, hanno richiesto aiuto ad un avvocato e ai centri antiviolenza, hanno anche parlato con medici. Insomma, sono riuscite a reagire. Queste vittime hanno un'età più avanzata delle precedenti e sono separate, divorziate e vedove nella maggioranza dei casi, quindi non hanno più rapporti con il partner violento. In maggioranza vivono nell'Italia Nord-occidentale e sono attualmente ritirate dal lavoro.

3. Gli stupri ad opera del marito da cui ci si è separate, donne con poco supporto da parenti e amici (22,4%)

Queste donne in modo speculare al gruppo precedente hanno subito sia violenza fisica che psicologica che economica dai mariti dai quali si sono separati, proprio a seguito della violenza subita. Le conseguenze sono state gravi anche in questo caso. Sono donne adulte, 55-64 anni, con un livello di istruzione medio basso; tra queste una parte non si confida con amici o parenti, ha poche persone su cui contare e svolge poco attività sociali.

4. Gli stupri ad opera del marito accompagnati alla violenza fisica, ma non a quella economica e psicologica (6,9%)

Questo gruppo presenta una gravità minore ai precedenti, come per il primo si tratta di vittime di stupro dal marito. Sono donne che non subiscono violenze psicologiche, ma solo violenze fisiche e non hanno provato a separarsi dal partner violento, con il

quale tuttora vivono. Non hanno denunciato i fatti subiti, ma hanno chiamato il 113 o il 112. Sono casalinghe e coniugate.

5. Lo stupro episodico ad opera del partner che non si accompagna ad altri tipi di violenza (4,4%)

Le donne di questo quinto gruppo sono in gran parte coniugate, hanno subito uno stupro da parte del marito o del fidanzato ma non ritengono grave la violenza subita. Non hanno mai provato paura per la propria vita, né hanno subito ferite. L'episodio di violenza sembra essere stato isolato e non associato né a violenza fisica, né a psicologica, né a economica, né a stalking. Nessuna delle conseguenze psicologiche segnalate dalle donne dei gruppi precedenti viene evidenziata, l'autore della violenza non si ubriacava, non aveva avuto esperienze di violenza nella famiglia di origine, né era in generale violento verbalmente o fisicamente al di fuori della famiglia, né possedeva pistole. L'assenza di una storia della violenza e la mancata associazione con altre tipologie di violenza rende questa forma di violenza sessuale meno grave di quelle precedenti.

6. La violenza sessuale ad opera dei fidanzati/ragazzi in automobile, circoscritta ma riconosciuta come reato (15%)

Le donne di questo gruppo sono giovani di 25-34 anni di status sociale più elevato imprenditrici, libere professioniste o dirigenti, ma anche lavoratrici in proprio. Hanno subito una violenza dal fidanzato che non presenta una storia ma che si è evidenziata in un unico episodio. Lo stupro o il tentato stupro subito non si accompagna a nessun altro tipo di violenza e non sembra aver causato conseguenze di tipo psicologico gravi come nel caso dei primi due gruppi. Le donne di questo gruppo non sono in grado di dire se il fidanzato era violento fisicamente fuori della famiglia o verbalmente, né se possedeva una pistola, il che fa ipotizzare che l'episodio di violenza sia sopravvenuto quando la relazione era ancora all'inizio, non si trattava di una relazione stabile. Le donne che hanno subito questa tipologia di violenza nella maggioranza dei casi considerano comunque la violenza subita come un reato.

7. I tentati stupri ad opera dei fidanzati/ragazzi delle ragazze giovani (13,4%)

La violenza subita dalle ragazze giovani, fino a 24 anni, nubili e studentesse, che spesso escono con amici, è quella emergente nell'ambito di questo gruppo. Si tratta fondamentalmente di tentati stupri di ragazzi violenti anche in altre situazioni e che nella maggioranza dei casi hanno l'abitudine di ubriacarsi. Una violenza non considerata come reato ma nella maggioranza dei casi come qualcosa di sbagliato. Una violenza che avviene soprattutto per la strada, in un vicolo, in automobile. È una violenza che non si combina con altre forme e si configura come per il gruppo precedente come un episodio unico, ma non per questo meno preoccupante anche perché poco riconosciuto dalle ragazze. Le ragazze si fidano in questo caso con amici.

8. Stupri ripetuti ad opera dei fidanzati/ragazzi per le giovani donne: quando la violenza sessuale si associa alla fisica e allo stalking (16,2%)

A prescindere dall'ultimo episodio queste donne subiscono stupro dai fidanzati come gli ultimi 2 gruppi precedenti. Purtroppo però vivono un'escalation di violenza, infatti hanno avuto anche episodi di violenza fisica, sebbene la loro storia di violenza non è grave come nel caso dei mariti. Non riportano ferite, né conseguenze. Sono donne giovani, nubili, diplomate, che hanno la possibilità di confidarsi con amici e parenti e fanno attività sociali. Una parte di queste donne si è lasciata con il fidanzato e proprio al momento della separazione ha subito da questi stalking, ovvero comportamenti persecutori che le hanno spaventate.

7. Un passo indietro: i perché delle trasformazioni nel panorama delle molestie e delle violenze sessuali tra il 1997 e il 2002

I dati emersi dall'indagine sulla sicurezza dei cittadini condotta nel 2002 propongono un quadro del fenomeno della violenza in parte differente rispetto a quello derivante dalla prima indagine condotta nel 1997-1998, il cui confronto è possibile in quanto le due indagini sono state svolte con la stessa metodologia. L'analisi dell'andamento del fenomeno non è invece possibile comparando i dati dell'indagine del 2006 poiché la metodologia utilizzata è diversa, con particolare riferimento alla rilevazione della

violenza sessuale in famiglia. Diminuiscono le molestie fisiche sessuali, le telefonate oscene, il tentato stupro e i ricatti sessuali verificatisi al momento della ricerca del lavoro, mentre restano invariati i dati inerenti il numero delle vittime di stupro e dei ricatti sessuali per avanzamento di carriera o per il mantenimento del posto di lavoro, uno "zoccolo duro" preoccupante che manifesta una stabilità difficilmente comprimibile. Lo stupro si manifesta con caratteristiche a stento scardinabili e per la vittima molto costringenti. Fatta eccezione per quello commesso da estranei, infatti, si ripete nel tempo, con una frequenza elevata, spesso più che settimanale, in luoghi familiari alla vittima e con conseguenze drammatiche. Non emergono particolari differenze rispetto a 5 anni prima su autori e luoghi della violenza. Anche i ricatti sessuali sul lavoro sono stabili e ciò non meraviglia visto che si mantiene saldo il dominio maschile nella selezione per i percorsi di carriera.

La diminuzione delle telefonate oscene: un'occasione persa per le politiche di prevenzione delle molestie telefoniche

Il fenomeno delle telefonate oscene è notevolmente diminuito, passando da un tasso di vittimizzazione pari a 33,4% riferito a tutta la vita della donna nel 1997-1998, al 24,8% nel 2002. Il tasso corrispondente agli ultimi tre anni si è addirittura dimezzato, passando dal 18,5% al 9,4%. Il dimezzamento delle telefonate oscene va messo in relazione ai cambiamenti nel panorama della telefonia avvenuti nei cinque anni tra le due interviste: dal 1997 al 2002 sono diminuite le famiglie aventi il telefono fisso (dal 90,4% all'83%) a favore di una maggior diffusione del possesso solamente del cellulare (dal 1,8% a 13,1%). Sono diminuite quindi le donne esposte al rischio perché meno donne sono raggiungibili tramite telefono fisso. A ciò va aggiunto che anche la possibilità di rintracciare il chiamante può aver avuto un effetto deterrente nei confronti di tale tipologia di reato, anche perché i cittadini non sanno che tale possibilità può essere inibita.

La diminuzione dei ricatti sessuali al momento dell'assunzione legata alla fase favorevole per l'occupazione femminile

Anche le vittime di ricatti sessuali sul lavoro nel corso della vita, per assunzione, sono state nel 2002 molto meno rispetto al 1997-1998, sostanzialmente per effetto della diminuzione del fenomeno negli ultimi tre anni: nel 1997-1998 il tasso relativo a tutta la vita era pari a 3% e quello relativo agli ultimi tre anni era 0,9% (nel 2002 i tassi erano pari rispettivamente al 1,8% e allo 0,4%). Sono stati questi anni di crescita dell'occupazione femminile che, da un lato, scoraggia chi attua il ricatto, dal momento che non è più in grado di mostrare un bene allettante e raro, dall'altro, aiuta la donna che più liberamente può scegliere tra altre possibilità. Inoltre, a questo quadro si aggiunge l'aumento del lavoro a tempo determinato e di lavori che non sboccano in contratti a tempo pieno e indeterminato, cosa che non favorisce i potenziali ricattatori, i quali non hanno in tal modo la possibilità di offrire posti sicuri e a tempo pieno. I ricatti sessuali per assunzione sono diminuiti sia nel corso della vita sia, soprattutto, negli ultimi tre anni per le donne di 25-34 anni, ovvero presumibilmente per coloro che sono in cerca di prima occupazione; sono diminuiti in particolare nel Nord-Ovest e nel Nord-Est dove maggiore è stato l'incremento di occupazione femminile. Un contesto favorevole di crescita dell'occupazione femminile ostacola lo svilupparsi di un terreno di cultura dei ricatti sessuali all'assunzione.

Un clima di maggiore stigmatizzazione sociale e un mutamento nelle ragazze alla base della diminuzione di molestie fisiche sessuali e tentati stupri tra le giovani

Le vittime del tentato stupro sono passate dal 3,6% al 2,6%, le molestie fisiche dal 24% al 19,7%. Tale diminuzione tuttavia è soprattutto osservabile negli ultimi tre anni sia per le molestie fisiche (da 5,7% a 4,5%) che per il tentato stupro (dall'1% allo 0,6%). Il decremento è maggiore per le classi di età 14-24 anni, al Nord e al Sud, nei comuni appartenenti all'area metropolitana (centro e periferia) e nei comuni con più di 10.000 abitanti. La diminuzione del numero delle vittime di tentato stupro nel corso della vita è prevalentemente imputabile alle ragazze più giovani e alla ripartizione Nord-Est, in cui il dato diminuisce dal 4,9% al 2,9%, ma anche al Centro e alle Isole, che passano dal 3,5% al 2,4%. Negli ultimi tre anni, invece, la

diminuzione risulta più omogenea, coinvolgendo tutti i sottogruppi di popolazione considerati. Per valutare la diminuzione delle molestie e delle tentate violenze sessuali occorre tenere in considerazione gli effetti di un mutato quadro legislativo sulla società, il diverso ruolo dei media negli ultimi anni, l'emergere di una nuova coscienza femminile. Il quadro legislativo è cambiato. Un punto di passaggio fondamentale è rappresentato dalla legge sulla violenza sessuale del 1996 (Legge del 15 febbraio 1996, n. 66) che riconosce il reato di violenza sessuale come reato contro la persona e non più contro la morale pubblica. Negli anni tanti casi della giurisprudenza hanno fatto discutere sul concetto di violenza e sulle stesse decisioni, positive e negative, ne hanno a lungo parlato i media, rompendo così il silenzio che aveva caratterizzato gli anni precedenti. Dal 1997 ad oggi il tema della violenza è stato presente sia nelle proposte di legge contro le molestie e i ricatti sessuali sui luoghi di lavoro e sul mobbing (proposta nel 2001 a livello nazionale e attuata in alcune regioni), sia in quella sul finanziamento dei centri antiviolenza, fino a giungere alla legge sull'allontanamento del coniuge maltrattante del 2001 (Legge del 5 aprile 2001, n. 154) che fa intravedere la possibilità di riconoscere la violenza domestica. Accanto ai cambiamenti nella cultura giuridica va segnalato che si parla di più di violenza attraverso i media. La violenza sessuale è uscita dalle mura domestiche, è un tema di cui si parla nelle strade, nelle scuole, nelle case. L'attenzione legislativa e dei media ha fatto sì che crescesse la legittimazione dell'esistenza del fenomeno e che fosse possibile parlarne e di conseguenza anche esserne vittime senza sentirsi colpevolizzate. La violenza sessuale comincia ad uscire dal silenzio, cresce la visibilità della sua condanna sociale. Si specializza e continua, seppur tra difficoltà, l'azione dei centri antiviolenza, sempre più preziosa e radicata sul territorio. Si sviluppano corsi di formazione e di specializzazione per agenti di polizia, operatori dei servizi e altri possibili soggetti che hanno a che fare con le donne maltrattate, finalizzati a fornire competenze contenutistiche e relazionali per gestire situazioni di violenza. Tutto ciò contribuisce a costruire un clima di condanna e stigmatizzazione sociale della violenza contro le donne che potrebbe aver favorito l'inibizione di alcune manifestazioni violente verso le donne. I mutamenti sono avvenuti anche tra le donne, in particolare tra le giovani donne, che rappresentano un nuovo soggetto emergente, più istruito, che investe di più in cultura rispetto ai coetanei maschi, che esprime una forte determinazione a entrare nel mercato del lavoro, che vuole realizzarsi su tutte le dimensioni del vivere. Ebbene questo nuovo soggetto può avere una maggiore capacità di prevenire molestie fisiche e tentate violenze sessuali, così come avvenuto e segnalato già in altri Paesi avanzati come quelli nordici e gli Stati Uniti.

* Psicologo.

** Istituto Nazionale di Statistica.

NOTE

1. Il Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità, per gli anni 2001-2007 ha stabilito una convenzione con l'Istat, in cui finanziava il progetto sulla violenza contro le donne. Il finanziamento è dell'Unione Europea - Fondo sociale europeo, con tramite il Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza PON Sicurezza per lo Sviluppo del Meggiorno d'Italia e il Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale - Direzione Generale per le politiche per l'orientamento e la formazione.

Acts of violence against women

Different are the acts of violence that beset and have beset the life of many women: physical, sexual, psychological, stalking.... Not many acts of violence are reported, the third part of these are never related. Moreover, a certain number of women that against an event fairly heavy do not attach either importance or recognize it as a crime.

Information included in this article are got from an ISTAT (National Statistical Institute) poll conducted in 2006.

Comparison with previous periods can be got from other polls conducted by ISTAT between 1997 and 2002.

link 16 società

Rifugiati politici e identità: un'indagine empirica

PATRIZIA DAL PONT



Rifugiati politici e identità: un'indagine empirica

Un'indagine empirica sul rifugiato politico: costruzione sociale di un ruolo difficile da comprendere che rivela implicazioni sociali, politiche e psicologiche. Una ricognizione sociale sul territorio, un'analisi di storie di vita reali e l'utilizzo di uno strumento qualitativo, ATLAS.ti, hanno permesso di rintracciare le strategie psicologiche e comportamentali che il rifugiato politico mette in atto per conquistare quell'immagine ideale necessaria all'ottenimento dello Status.

L'indagine empirica è stata svolta sul territorio della provincia di Como in una struttura di accoglienza. Si è proceduto con un'intervista semi strutturata di alcuni casi. La scelta delle storie da sottoporre a un'analisi del testo è avvenuta sulla base di diverse tipologie di rifugiato

PATRIZIA DAL PONT *

Chi è il rifugiato politico

Il rifugiato politico è quella figura che giuridicamente ha ottenuto un riconoscimento formale dello status e che, attraverso la concessione dell'asilo, ha abbandonato il paese di origine a causa di una persecuzione o timore di persecuzione. Egli gode di uno status giuridico definito in parte dalla Convenzione di Ginevra e in parte dalla normativa nazionale.

Il diritto di asilo è l'immunità concessa a chi fugge dal proprio paese per persecuzione ed è sancito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1948. Per asilo politico si intende l'ospitalità, l'accoglienza, la protezione offerte da uno stato diverso da quello di appartenenza ai perseguitati politici come atto pacifico e umanitario.

Lo stato giuridico dei rifugiati è regolato internazionalmente da due strumenti di portata universale: la Convenzione di Ginevra e il Protocollo Internazionale del 1967, altri accordi e convenzioni completano il quadro territoriale. Secondo la Convenzione di Ginevra viene concessa la protezione a stranieri che temono, a ragione, di essere perseguitati per motivi di razza, religione, nazionalità, opinioni politiche o appartenenza ad un determinato gruppo, che si trovano fuori dal Paese di cui sono cittadini e che non possono o non vogliono rientrare a causa di questo timore.

Durante e dopo la seconda guerra mondiale molti rifugiati hanno chiesto asilo in Italia. Tra il 1945 e il 1952 circa 1200 rifugiati seguiti dall'UNRRA (Amministrazione delle Nazioni Unite per il soccorso e la ricostruzione) e poi dalla IRO (Organizzazione Internazionale per i Rifugiati) sono emigrati in paesi di definitiva sistemazione. Quando, nel 1951, viene sciolta l'IRO in Italia, 9000 rifugiati vengono accolti nei centri e 10.000 rimangono fuori. Da allora il governo Italiano si assume l'onere dell'assistenza rifugiati ex-IRO in collaborazione con Acnur (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati), mentre i nuovi rifugiati vengono affidati all'AAI (Amministrazione per gli Aiuti Internazionali). Nel 1977 la responsabilità passa al Ministero degli Interni - Direzione Generale dei Servizi Civili - Divisione Assistenza Profughi.

La presentazione della richiesta di asilo viene presentata alla Polizia di frontiera o alla Questura. In fase Istruttoria la Polizia di frontiera o la Questura verificano l'esistenza di clausole ostative. Se non ne viene rilevata l'esistenza, la richiesta viene trasmessa alla

Secondo gli operatori la difficoltà maggiore che si incontra con le persone che arrivano in questa struttura è l'aggancio iniziale, alcuni di loro hanno storie difficili e sofferenti alle spalle e la paura e il timore di parlare. Si sono verificati invece episodi in cui, nonostante una risposta positiva da parte della Commissione, le storie risultavano false. Organizzazioni mondiali importano stranieri per traffici illeciti ed alcuni di loro sono stati arrestati in seguito ad indagini della Polizia

Commissione Centrale per il riconoscimento dello Status di rifugiato. La Commissione Centrale per il riconoscimento dello status è l'unico organo competente a decidere sull'attribuzione dello status.

La procedura comincia con un pre-esame da parte della Commissione Centrale che chiarisce la possibilità di intervento di Acnur o Ong designata. In tale fase si stabilisce se l'Italia è responsabile in base alla convenzione di Dublino, se la domanda è ammissibile e se è manifestamente fondata. È il Consiglio di Presidenza che definisce le linee guida per la valutazione dell'istanza.

Una struttura di accoglienza per rifugiati politici sul territorio di Como

Il Centro di accoglienza per rifugiati politici di Tavernola è stato istituito nel 2002, la struttura è di proprietà del Comune ma la gestione è in appalto alla Cooperativa Sociale Intesa Sociale.

Fino al 2001 la struttura si trovava a Sagnino, un piccolo Comune non troppo distante dalla città, inizialmente gestita direttamente dal Comune, prima di allora era la Croce Rossa ad occuparsi delle persone che arrivavano alla frontiera vicina o dall'aeroporto di Malpensa.

Molti enti gravitano ora attorno a queste persone. Primo tra tutti il Ministero degli Interni che regolamenta e legifica lo status di rifugiato, poi la Prefettura che dà in appalto la gestione dell'accoglienza alla Cooperativa, ha potere decisionale sullo stanziamento dei fondi e dei mezzi necessari, e riunisce la commissione per il rilascio dello status. La Questura si occupa di raccogliere informazioni utili alle indagini per verificare lo stato del richiedente e quindi la veridicità della storia. In Questura vengono prese le impronte digitali e ci si accerta che non sia stata fatta domanda di asilo in altri Paesi, se così ci si appella alla Convenzione di Dublino.

Il centro non è l'unica struttura di accoglienza che ospita rifugiati politici nella provincia di Como. Non troppo distante c'è un Centro per minori, mentre le altre strutture presenti sul territorio sono in parte adibite all'immigrazione e in parte sono di supporto a situazioni di emergenza per chi cerca una momentanea sistemazione.

La struttura al momento ospita 51 persone (compresi i bambini), è per soli uomini salvo i casi famiglia. Sono presenti un capo struttura e operatori che coprono i turni 24 ore su 24. Il Comune è proprietario della struttura ed è responsabile del progetto Rifugiati. Per l'assistenza sanitaria ci si rivolge agli ospedali di zona, mentre per problemi o difficoltà di ordine psicologico al CPS (Centro Psico-Sociale) di Como. Gli ospiti percepiscono dallo stato un fisso giornaliero per le spese minime personali, ma attualmente i soldi non sono disponibili, mentre cibo e alloggio sono a carico del Comune.

Le persone arrivano direttamente al cancello della struttura e si valuta al momento, di volta in volta, se accettarli e ospitarli, quindi si recano in Questura dove viene chiesto di fare una deposizione in attesa di convocazione dalla Commissione Centrale di Milano. In attesa gli stranieri richiedenti asilo possono soggiornare nella struttura.

L'accoglienza prevede assistenza medica, vitto, alloggio, protezione e sostegno in caso di difficoltà.

Secondo gli operatori la difficoltà maggiore che si incontra con le persone che arrivano in questa struttura è l'aggancio iniziale, alcuni di loro hanno storie difficili e sofferenti alle spalle e la paura e il timore di parlare. Si sono verificati invece episodi in cui, nonostante una risposta positiva da parte della Commissione, le storie risultavano false. Organizzazioni mondiali importano stranieri per traffici illeciti ed alcuni di loro sono stati arrestati in seguito ad indagini della Polizia.

Al centro non esiste un interprete o un mediatore, per comunicare si utilizza in prevalenza l'italiano, che viene insegnato nei corsi del comune esterni alla struttura stessa, l'inglese e il francese o l'aiuto di qualche volontario straniero per l'arabo o altre lingue.

Fino a pochi mesi fa al Centro era presente uno psicologo mandato dal Comune, ora l'incarico è scaduto e così, in casi di necessità, gli operatori si rivolgono al CPS (centro psico-sociale) di Como. In casi invece più difficili, come nel caso di forti traumi, sintomi post-traumatici da stress, evidenti segni di torture o in seguito a perdite familiari e morti, viene richiesto l'intervento di esperti esterni. Le iniziative sono quindi a carattere personalistico, la presa in carico ha carattere di coinvolgimento umano e gli interventi sono sporadici. Manca un sistema di intervento professionale sul territorio comasco, presente invece in altre province italiane.

Le attività che conducono gli operatori mirano all'integrazione e alla mediazione

culturale anche se sono privi di qualifica, mentre il progetto del Comune si occupa della formazione professionale e del reperimento di alcuni lavori occasionali che garantiscono qualche entrata economica.

Il Centro è situato alla periferia della città, vicino all'autostrada. Per recarsi in città bisogna prendere i mezzi pubblici, ma non sempre i soldi bastano per gli spostamenti, così spesso molti di loro rimangono in struttura.

Mappatura degli ospiti presenti in struttura

PROVENIENZA	NUMERO DI PERSONE	NUMERO DI FAMIGLIE	NUMERO DI BAMBINI
Pakistan	19 uomini e 2 donne	2	4
Afghanistan	6 uomini e 1 donna	1	1
Turchia	13 uomini		
Costa D'Avorio	3 uomini		
Nigeria	1 uomo		
Iraq	1 uomo		
Albania	2 uomini		
Guinea	1 uomo		
Uganda	1 uomo		
Burkina	1 uomo		
TOTALE	48 uomini e 3 donne	5	5

Età media dai 25 ai 30 anni (escluso i bambini).

Il richiedente è colui che è in attesa di risposta dalla Commissione esaminatrice, egli riceve un invito a presentarsi in Questura e può soggiornare nella struttura fino a quando non ha ricevuto risposta, solitamente un mese e mezzo circa. Nella struttura alcuni di loro hanno ottenuto risposta, altri sono ancora in attesa per cui tutte le persone presenti al Centro si distinguono sulla base della richiesta e della risposta ottenuta dalla Commissione:

- coloro che hanno ricevuto risposta positiva dalla Commissione Centrale ottenendo lo Status di Rifugiato (S);
- coloro che hanno ottenuto la Protezione Umanitaria dal Questore responsabile del territorio (U);
- coloro che hanno ottenuto uno Status di Protezione Sussidiaria (SPS).

Il rifugiato che ha ottenuto lo Status di Rifugiato dal momento del risultato può sostare nella struttura di accoglienza per un tempo massimo di sei mesi, salvo motivi di salute o in presenza di bambini e ha il diritto di permanere nel Paese per cinque anni, se lo Status è di Protezione Sussidiaria allora può rimanere nel Paese per tre anni rinnovabili, mentre chi ha diritto alla Protezione Umanitaria può permanere nel Paese fino ad un anno. Il Diniegato (D) ha ricevuto risposta negativa. Può permanere per un massimo di cinque giorni nella struttura e può fare ricorso al TAR in fase successiva entro 30 giorni.

Per la ricerca sono stati sviluppati quattro temi, in relazione alla tipologia degli ospiti presenti, che affrontano la questione dell'identità che queste persone si trovano a dover (ri)costruire tra un passato da nascondere o da difendere e un presente da (ri)definire.

1. la famiglia: influenza della sua presenza sui risvolti psicologici del rifugiato;
2. provenienza geografica, politica e culturale che indicano o ipotizzano le motivazioni delle fuga;
3. rapporto tra condizioni presenti e passate nella storia personale;
4. l'attesa e le aspettative.

Per la ricerca sono stati sviluppati quattro temi: la famiglia (influenza della sua presenza sui risvolti psicologici del rifugiato); la provenienza geografica, politica e culturale (che indicano o ipotizzano le motivazioni delle fuga); il rapporto tra condizioni presenti e passate nella storia personale; l'attesa e le aspettative

Per analizzare oggetti sociali complessi occorre un'attività di interpretazione e di concettualizzazione che richiedono l'intervento del ricercatore in grado di comprendere assunti impliciti, formulare i termini delle differenziazioni in maniera integrata e proporre disegni di ricerca che tengano conto di diverse chiavi di lettura. Le procedure interpretative di codifica definiscono e quantificano gli output come esito di processi di interazione costruttiva tra testo da analizzare e contesto. Il dato numerico non rappresenta il punto d'arrivo, ma un supporto alla presentazione dei risultati

Le interviste

Intervista 1. A. A. e la sua famiglia.

Famiglia completa presente all'intervista: padre, madre e due figli di 3 e 5 anni. Provenienza: Kashmir. Il sig. Asif parla pochissimo italiano così la moglie traduce, in realtà è la moglie a parlare per lui.

Asif tiene tra le mani il racconto della sua storia e me lo mostra, emergono alcuni dati non riportati nell'intervista: la famiglia è di religione mussulmana-sunnita, di etnia Kashmir-putuari e proviene dallo Jammu Kashmir, una regione che si trova nella zona dei conflitti a fuoco tra India e Pakistan, sotto il governo delle armi pakistane dal 1947. Dal 1998 Asif appartiene al partito politico nazionalista UKPNP per la liberazione del Kashmir e per i diritti del suo popolo e nel 2002 diventa presidente del partito a Rawalakot.

Asif ha ottenuto lo Status di rifugiato ormai da un anno, può rimanere nella struttura perché presenti due bambini, Amna di quasi due anni e Fatima di cinque anni. Il motivo della fuga è la persecuzione politica.

Intervista 2. K. S. e la sua famiglia.

Intervista in lingua Inglese. Provenienza Pakistan. Il sig. Suleman non partecipa all'intervista perché non c'è, è molto difficile trovare Suleman al Centro o perché è fuori in cerca di lavoro o perché è al corso di italiano. Parla la moglie Bushra, infermiera all'Ospedale di Karachi. Suleman ha ottenuto lo Status di rifugiato da un anno, la famiglia può permanere in struttura perché presenti due figli, una bambina di tre anni e il maschietto di 1 anno e 10 mesi. Motivo della fuga: persecuzione religiosa.

Intervista 3. F. e la sua famiglia.

Intervista in Italiano. Provenienza: Afghanistan. Intervista effettuata con la Sig. Fousine, insegnante nel suo Paese. Il marito non partecipa all'intervista perché è a scuola di italiano. L'intervista avviene nella stanza di Fousine perché c'è la figlia di cinque anni che non può essere lasciata sola.

Gli operatori riferiscono che tutta la famiglia ha ottenuto lo Status di Protezione Sussidiaria. In struttura dal 2008. Motivo della fuga: problemi socio-politici.

Intervista 4. M.

Intervista in inglese. Preferisce l'anonimato. Provenienza: Pakistan. Molto riservato. In struttura da 4 mesi. 23 anni, nel suo Paese era padrone di un negozio di computer. Viveva con la famiglia. Motivo della fuga: persecuzione politica. In attesa di risposta dalla Commissione.

Intervista 5. A.M.

Intervista in lingua italiana. Preferisce l'anonimato. Provenienza Pakistan. Sono gli operatori a consigliarmi un'intervista con lui. Persona molto loquace. In struttura da sette mesi. 28 anni, nel suo Paese lavorava nel negozio del padre. Motivo della fuga: persecuzione religiosa. Ancora in attesa di risposta dalla Commissione.

Intervista 6. L.M.

Intervista in lingua Italiana. Preferisce l'anonimato. In struttura da pochi mesi. Gli operatori sanno molto poco di lui. Provenienza Pakistan, 27 anni. Motivo della fuga: persecuzione religiosa. In attesa di risposta dalla Commissione.

Analisi del testo: utilizzo di ATLAS.ti

Il programma ATLAS.ti è un software per l'analisi delle interviste e viene utilizzato per l'analisi del testo nella ricerca qualitativa e nell'analisi dei processi psicosociali. Per il modello a rete su cui si basa, il programma facilita l'organizzazione formale dei dati e la sintesi dei risultati sulla base delle linee guida formulate dal ricercatore. Le strategie di analisi e le soluzioni tecniche offerte si presentano ad una grande versatilità come ricerca qualitativa che comprende una fase di scelta dei documenti e delle informazioni da analizzare considerando il ruolo del ricercatore nelle fasi preliminari e nell'implementazione delle soluzioni per la codifica e la costruzione di mappe concettuali. Il programma è dotato di un'implementazione dei dati in termini quantitativi che traducono in numeri e statistiche i dati a disposizione e i risultati dell'analisi.

Per analizzare oggetti sociali complessi occorre un'attività di interpretazione e di concettualizzazione che richiedono l'intervento del ricercatore e delle sue risorse interpretative, questo per permettere di comprendere meglio assunti impliciti, formulare i termini delle differenziazioni in maniera integrata e proporre disegni di ricerca che tengano conto di diverse chiavi di lettura. Le procedure interpretative di codifica definiscono e quantificano gli output come esito di processi di interazione costruttiva

tra testo da analizzare e contesto. Il dato numerico non rappresenta il punto d'arrivo, ma un supporto alla presentazione dei risultati.

Criterio fondamentale per la valutazione della ricerca qualitativa è la riflessività, cioè la capacità di riflettere sui risultati a partire dal riconoscimento delle proprie premesse culturali, delle motivazioni e delle aspettative. Utilizzare le ipotesi come oggetto di riflessione attraverso un continuo confronto tra dati e ipotesi emergenti permette alla teoria di adattarsi ai dati consentendone la comprensione, la generalizzazione e precisandone le condizioni.

La decisione di utilizzare lo strumento ATLAS.ti ha dovuto rendere conto di alcuni punti importanti: fattibilità della ricerca, reperibilità dei dati e delle informazioni (la riservatezza di alcuni dati, come alcune parti delle storie personali o il diritto all'anonimato, non hanno impedito di accedere a dati importanti e salienti per la ricerca), attendibilità delle storie, dei dati e degli output della ricerca, significatività degli output (per l'analisi dei dati sono stati selezionati quegli output che sono risultati significativi per l'argomento in esame).

Da un punto di vista metodologico sono state integrate strategie che si muovono in direzione top-down, cioè che deducono il sistema di codici dai concetti chiave già esistenti da indagare, e strategie bottom-up, provenienti dal basso e dirette verso l'alto per arrivare a definire livelli sovraordinati di concetti.

Con il programma ATLAS.ti è possibile selezionare parti di test e codificarli per poi recuperarli con quel set di codici e confrontarli successivamente al fine di definire una mappa concettuale che dà significato ai fenomeni e ai processi psicologici.

I codici individuati. Sono stati individuati 61 codici primari che selezionano e individuano parti di testo utili all'analisi dei temi (non tutti i codici sono poi tornati utili durante il lavoro, verranno quindi indicati i codici più significativi).

Famiglie di codici

A partire dai codici si sono create "famiglie di codici" che raggruppano e organizzano il materiale in 12 categorie superiori: esistevano delle importanti connessioni di significato tra i codici che permettevano di stabilire e di individuare reti di relazioni che creano nodi significativi tra elementi del testo.

Code Families	Numero di codici
arrivo	21
azioni e comportamenti	4
difficoltà	14
emozioni	7
famiglia	7
futuro	4
identità	11
passato	20
pensieri	16
presente	19
storia	8
viaggio	3

Con ATLAS.ti si possono creare connessioni tra codici e tra famiglie di codici che permettono di scoprire nuovi concetti e relazioni nei dati e di organizzarli in grafici facilmente comprensibili. Le famiglie di codici organizzano il materiale testo in relazione ai temi che hanno guidato le interviste, in più hanno rivelato connessioni non ipotizzate in partenza che hanno prodotto output interessanti.

Sono stati individuati 61 codici primari che selezionano e individuano parti di testo utili all'analisi dei temi. A partire dai codici si sono create "famiglie di codici" che raggruppano e organizzano il materiale in 12 categorie superiori: esistevano delle importanti connessioni di significato tra i codici, che permettevano di stabilire e di individuare reti di relazioni che creano nodi significativi tra elementi del testo

I pensieri rappresentano la modalità più utilizzata dai nostri intervistati per esprimere la propria identità (76 quotations). La modalità emotiva presente nelle intervistate misura 36 quotations, dato anche questo molto significativo, mentre solo 31 quotations di azioni e comportamenti dimostrano che i pensieri prevalgono sulle azioni e che gli stati d'animo influenzano il potere di azione

I risultati

Abbiamo scelto gli intervistati rispettando alcuni criteri, abbiamo selezionato i temi da utilizzare nelle interviste allo scopo di indagare l'identità costruita di questi attori sociali, abbiamo codificato parti di testo utili all'indagine, abbiamo organizzato il materiale così ottenuto creando connessioni e strutture sovraordinate che riconducono ai temi. A questo punto, grazie all'utilizzo dei codici e alla possibilità di lavorare con essi attraverso rapporti e connessioni che si stabiliscono lungo il racconto, abbiamo potuto individuare alcuni networks o nodi attorno ai quali gli intervistati articolano e sviluppano i costrutti di identità emergenti.

Dimensioni temporali di identità: passato, presente, futuro

Le tre dimensioni organizzano il materiale delle interviste considerando la costruzione di nuove identità in relazione ai cambiamenti nell'arco del tempo. Gli intervistati raccontano la loro identità passata nel loro paese di provenienza, quello che sono diventati durante il viaggio e quello che dovranno essere nel nuovo paese. Passato, presente e futuro sono determinanti nella costruzione di identità nuove e necessarie: il presente risulta essere al centro dell'attenzione soprattutto per le famiglie che vedono l'urgenza di trovare soluzioni ad una situazione precaria.

Variabili ambientali: paese di origine, viaggio, paese di arrivo

Le variabili ambientali costituiscono i presupposti al cambiamento in quanto rappresentano le variabili in grado di modificare il punto di vista degli attori e il loro rapporto con le situazioni e gli eventi della loro vita. Di fronte ai cambiamenti ambientali questi attori sociali hanno dovuto modificare molti loro comportamenti e atteggiamenti per potersi adattare a nuove circostanze. La storia personale nel proprio Paese, (39 quotations), il viaggio, (21 quotations) e l'arrivo (160 quotations): la costruzione di una nuova identità richiede la conoscenza e la considerazione di nuove condizioni di vita nel nuovo Paese.

Modalità di presentazione di sé: azioni e comportamenti, pensieri, emozioni

Rileggendo le interviste ci siamo accorti che queste persone presentano tre tipi di modalità attraverso le quali raccontano della propria identità e dei conseguenti cambiamenti avvenuti. I pensieri, le azioni e le emozioni con cui si raccontano ci consentono di comprendere come l'identità sia frutto di una complessa rete di relazioni tra quello che pensiamo, quello che facciamo e quello che proviamo. I pensieri rappresentano la modalità più utilizzata dai nostri intervistati per esprimere la propria identità riferiti in 76 quotations. La modalità emotiva presente nelle intervistate misura 36 quotations, dato anche questo molto significativo, mentre solo 31 quotations di azioni e comportamenti dimostrano che i pensieri prevalgono sulle azioni e che gli stati d'animo influenzano il potere di azione.

Identità, famiglia, difficoltà

Queste tre famiglie di codici risultano essere strettamente collegate tra loro. Infatti se osserviamo gli output e le loro connessioni notiamo che l'identità personale è in rapporto alla cultura di provenienza che definisce anche i rapporti tra le persone, il legame familiare risulta essere il rapporto più forte presente nei racconti. Ma la famiglia, pur rappresentando il punto di forza che alimenta il senso di appartenenza ad un gruppo, rappresenta anche la fonte di molte difficoltà nel paese di arrivo. La maggior parte delle difficoltà che emergono dalle interviste sono, infatti, in relazione alle responsabilità familiari legate al mantenimento dei figli.

Ogni quotation può appartenere a diverse famiglie di codici e a networks differenti perché esistono differenti rapporti di connessione tra gli items che si organizzano in una complessa rete di concetti teorici emergenti.

Tra gli intervistati un dato di partenza interessante è che due tra loro hanno preferito l'anonimato. Le motivazioni all'anonimato sono sconosciute poiché tali individui non hanno voluto chiarire la loro posizione. Un'identità non rivelata può significare molte cose, si potrebbe adottare questa strategia per fuggire il riconoscimento pubblico della propria immagine o per allontanare il timore di conseguenze sulla propria incolumità. Un altro dato interessante che emerge è che i casi famiglia non hanno presentato questo problema di identità nascosta, mentre lo si è riscontrato nei casi singoli.

Nelle tre interviste effettuate alle famiglie sono state le donne a partecipare e ad interagire con l'intervistatore: in due casi gli uomini erano assenti, nell'altro la donna

si è fatta portavoce della famiglia intera. Ciò potrebbe dimostrare il ruolo che riveste la donna nelle dinamiche familiari.

La famiglia, influenza della sua presenza sui risvolti psicologici del rifugiato

La famiglia è risultata essere una componente fondamentale nella determinazione dell'identità. In questi paesi (Pakistan e Afghanistan) la famiglia assume un valore culturale importante, costituente un'identità sociale e personale che conduce a scelte di vita, come la fuga, per la salvaguardia della propria incolumità e di quella dei propri membri. Famiglia significa quindi valore, identità così come viene riportato nelle 46 quotations presenti nelle sei interviste, ma possono assumere connotati problematici quando le circostanze non sono favorevoli: 8 quotations riferiscono, infatti, le difficoltà familiari incontrate all'arrivo nel nuovo Paese. Più che essere un punto di forza, in questa precisa circostanza, la famiglia risulta essere una motivazione primaria nelle scelte di fuga e motivo di preoccupazione sulla situazione attuale.

Provenienza geografica, politica e culturale che indicano o ipotizzano le motivazioni della fuga

La provenienza geografica comune iscrive gli aspetti politici, culturali e religiosi delle condizioni del paese di provenienza e definisce quindi un'identità originaria di appartenenza. Ciò che accomuna tutti gli intervistati è la fuga da una situazione difficile, pericolosa o traumatica. Il racconto della propria storia attraverso 119 quotations, distribuite su 8 codici (condizioni personali nel paese di provenienza; identità politica; identità storico-politica del paese di provenienza; la storia; motivo di fuga; motivo di scontro; perdite; relazioni interpersonali nel paese di origine) parlano di un'identità originaria definita, mentre un presente incerto raccolto in 151 quotations, distribuite su 19 codici (attesa; attività in corso; condizioni attuali; condizioni di salute; difficoltà emotive; difficoltà incontrate; diversità culturali; preoccupazioni presenti; presentazione; rapporto con i figli; rapporto con la moglie; relazione con gli operatori; relazioni interpersonali fuori dal Centro; riflessione sulla situazione attuale; riflessioni; salute; salute bambini; senso di gratitudine; senso di sfiducia) risulta problematico sotto molti aspetti: ciò che è stato vissuto non può essere dimenticato e le conseguenze del passato si riflettono anche nel presente.

Rapporto tra condizioni presenti e passate nella storia personale

Il passato non può essere cancellato (alto è il numero di 119 quotations), il presente non può essere evitato (151 quotations) e il futuro non può essere programmato (solo 31 quotations). La nuova identità tiene conto degli eventi del passato poiché sono gli eventi della storia che motivano una partenza, un viaggio che termina con l'arrivo in un altro luogo, ma le difficoltà sembrano non finire.

L'attesa e le aspettative: atteggiamenti e comportamenti.

Nuove problematiche emergono alla luce di nuove condizioni (138 quotations sulle difficoltà), lo rivelano gli stati d'animo che esprimono difficoltà emotive. Molto alta risulta la frequenza delle quotations che si riferiscono agli aspetti negativi delle proprie vicende (26 quotations) ma anche quelle riferite alle aspettative che queste persona hanno all'arrivo (20 quotations): questo significa che sulla base di esperienze negative si costruiscono speranze come strategia alla sopravvivenza.

Conclusioni

Abbiamo visto che gli intervistati hanno utilizzato un rituale di interazione composto da un pronome, una formula di apertura, una formula di presentazione e una formula di chiusura. Questo potrebbe segnalare che tutti gli intervistati hanno inquadrato il contesto e la regola da condividere. Gli intervistati hanno però utilizzato poche illocuzioni (atti performativi che influenzano e producono una reazione comportamentale); sono presenti invece atti perlocutivi che evidenziano il carattere emotivo dell'intervista. Evidentemente le loro scarse competenze linguistiche non permettono di utilizzare una strategia linguistica preformata e il gioco linguistico non può essere utilizzato. Invece è l'effetto perlocutorio a prevalere come strategia metalinguistica. La formazione delle competenze e una certa familiarità con le prescrizioni di ruoli risultano essere quindi necessarie ma non sempre i nostri intervistati sembrano possederle.

La prospettiva interculturale meglio di altre accoglie le differenze in una realtà dove la cultura è mediazione e, tramite artefatti, penetra ogni aspetto della vita quotidiana.

Gli intervistati hanno utilizzato un rituale di interazione composto da un pronome, una formula di apertura, una formula di presentazione e una formula di chiusura. Questo potrebbe segnalare che tutti gli intervistati hanno inquadrato il contesto e la regola da condividere. Gli intervistati hanno però utilizzato poche illocuzioni, cioè atti performativi che influenzano e producono una reazione comportamentale, sono presenti invece atti perlocutivi che evidenziano il carattere emotivo dell'intervista

La questione rifugiati politici sembra non essere di interesse per il pubblico, un argomento da chiudere in un cassetto e da delegare a tutta una procedura legislativa che ne sancisca e ne gestisca l'esistenza. Il rifugiato politico si trova ad affrontare il primo incontro con le autorità e con gli operatori in una condizione tutta da considerare. Gli effetti psicologici del proprio passato, i cambiamenti e l'adattamento ad una nuova condizione rappresentano aspetti da approfondire attraverso programmi mirati

La questione rifugiati politici sembra non essere di interesse per il pubblico, un argomento da chiudere in un cassetto e da delegare a tutta una procedura legislativa che ne sancisca e ne gestisca l'esistenza. Il rifugiato politico si trova ad affrontare il primo incontro con le autorità e con gli operatori in una condizione tutta da considerare. Gli effetti psicologici del proprio passato, i cambiamenti e l'adattamento ad una nuova condizione rappresentano gli aspetti da approfondire. Si rende quindi necessario un programma di formazione per gli psicologi e per gli operatori che lavorano in questo settore.

* Psicologa

BIBLIOGRAFIA

- Basaglia Franca Onagro (Traduzione di), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, collana «Biblioteca», Einaudi 2003.
- Basaglia Franca Onagro (Traduzione di), *Il comportamento in pubblico. L'interazione sociale nei luoghi di riunione*, collana «Edizioni di Comunità», Einaudi 2002, pp. XVIII-254.
- Berger P., Luckmann T. (traduzione italiana) *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino Bologna 1969.
- Cardano M., *La ricerca etnografica*, Carocci 1997.
- Cardano M., *Tecniche di ricerca qualitativa: percorsi di ricerca nelle scienze sociali*, Roma Carocci 2003.
- Clifford J., *I frutti puri impazziscono: etnografia, letteratura e arte nel 20° secolo*, Boringhieri 1993.
- Clifford J., *I frutti puri impazziscono*, Bollati Boringhieri 1993, pp. 73-114.
- Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna Il Mulino 1999.
- Chiarolanza C., De Gregorio E., *L'analisi dei processi psico-sociali. Lavorare con ATLAS.ti*, Carocci Faber 2007.
- Geertz C., *Mondo Globale, mondi locali. Cultura e Politica alla fine del XX secolo*, Il Mulino Bologna.
- Geertz C. (traduzione italiana), *Interpretazione di culture*, Il Mulino Bologna 1975.
- Gergen K. J. (1994), *Realities and relationships*, Cambridge MA, Harvard University Press.
- Giammanco R. (traduzione di), *Stigma. L'identità negata*, collana «Psicologia sociale e clinica della devianza», Giuffrè 1983.
- Gobo Giampietro, *Descrivere il mondo (teoria e pratica del metodo etnografico)*, Carocci Roma 2001.
- Hajfel H., *Gruppi Umani e Categorie Sociali*, Il Mulino Bologna 1999.
- Mantovani G., *Comunicazione e identità*, Il Mulino Bologna 1995.
- Mantovani G., *L'elefante invisibile. Alla scoperta delle differenze culturali*, Firenze Giunti 1998.
- Mantovani G., *Gli atteggiamenti nel contesto sociale*, in G. Mantovani (a cura di) *Manuale di psicologia sociale*, Giunti Firenze 2003.
- Mead, Baldwin, *Dibattito sulla razza*, Rizzoli Milano.
- Mecacci L. *La cornice storico-metodologica della psicologia culturale* in G. Mantovani e Zuccheromaglio (a cura di) *Psicologia culturale ed interculturale* numero speciale di "Ricerche di Psicologia" 2004.
- Spagnoli A. (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia*, Bologna il Mulino Bologna 2003 (pp. 15-45).
- Taylor D. M. e Moghaddam F. M., *Teorie dei Rapporti Intergruppi*, Imprimatur Padova.
- Zoletto Davide (traduzione di), *Relazioni in pubblico. Microstudi sull'ordine pubblico*, collana «Studi», Bompiani 1981, p. 320.
- Zamperini Adriano, *Prigioni della mente: relazioni oppresse e resistenza*, Einaudi 2004.
- Zamperini Adriano, *Psicologia dell'inerzia e della solidarietà: il ruolo degli spettatori nelle atrocità collettive*, Einaudi 2001.
- Zamperini Adriano, Ines Testoni *Psicologia sociale*, Einaudi 2002.
- Zamperini Adriano, *L'indifferenza*, Einaudi 2007.
- Zuccheromaglio C., *Psicologia culturale dei gruppi*, Roma Carocci 2002.
- Zuccheromaglio C., *Contesti di vita quotidiana, interazione e discorso*, in G. Mantovani e

Documenti ACNUR

- Definizione di rifugiato nella Convenzione di Ginevra del 1951.
- Convenzione di Dublino 1950.
- Guida all'applicazione della Convenzione di Schengen.
- Ministero dell'Interno: programma in favore dei rifugiati politici sotto la Convenzione di Ginevra in collaborazione con ACNUR.
- ACNUR: Protezione dei Rifugiati in Italia e Protezione Internazionale dei rifugiati.
- Consiglio Italiano per i rifugiati: schede informative sull'integrazione dei rifugiati.

Political refugees and identity: an empirical survey

This article presents an empirical survey about political refugees that shows how difficult is to build and understand a job that reveals a series of involvements not only political and social but also psychological.

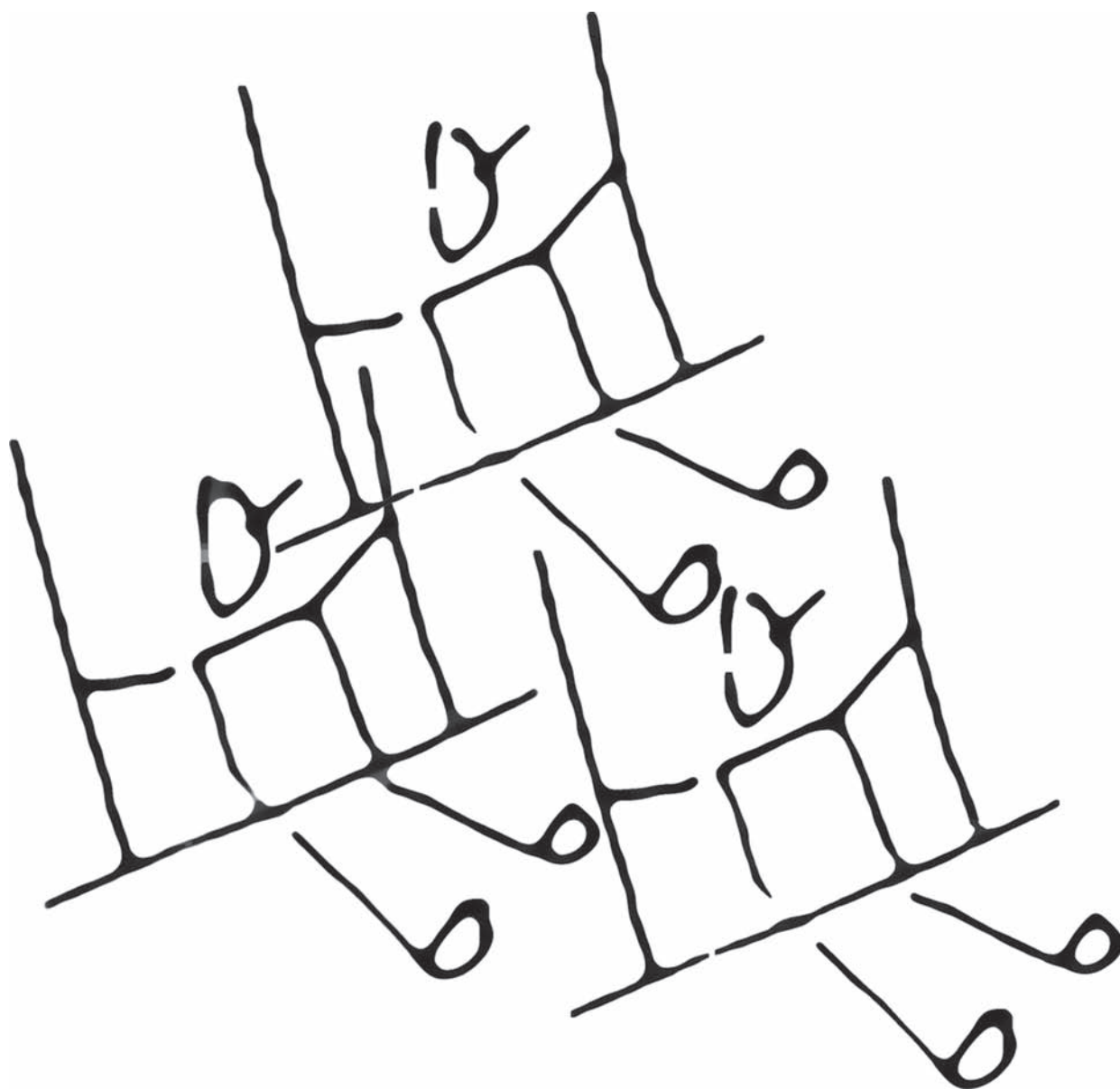
Behavioral and psychological strategies that these people act to get the Status of political refugee have been explored by ATLAS.ti, a qualitative instrument of analysis by which some political refugees have been tested in a welcome building on the territory of Como.

The result of the empirical survey shows which strategies the sample acts in the construction of a new identity inevitable consequence of the claim that the new social environment requests.

link 16 . una storia clinica

**La "terapia attraverso il gruppo" nella
metafora del viaggio**

GIANUARIO BUONO, EDUARDO FERRI, SABRINA PRINCIPI



La “terapia attraverso il gruppo” nella metafora del viaggio

Viene descritta «una parte del percorso intrapreso da un gruppo terapeutico attraverso la metafora del “viaggio». Il gruppo, composto da nove pazienti, due psicologi psicoterapeuti come conduttori e una infermiera come osservatrice partecipante, si svolge tutte le settimane nel Centro di Salute Mentale di Pomezia ASL Roma H per un’ora e mezza. Attraverso il racconto di due sogni, si propone una chiave di lettura della terapia di gruppo come esperienza di vita e di crescita positiva a prescindere dal disturbo psicopatologico per cui ogni membro del gruppo si rivolge al servizio

EDUARDO FERRI*, GIANUARIO BUONO **, SABRINA PRINCIPI***

“O frati”, dissi “che per cento milia
perigli siete giunti a l’occidente,
a questa tanto picciola vigilia

d’i nostri sensi ch’è del rimanente,
non vogliate negar l’esperienza,
di retro al sol, del mondo senza gente.

Considerate la vostra semenza:
fatti non foste a viver come bruti,
ma per seguir virtute e canoscenza”.

Dante Alighieri. *La Divina Commedia*, Inferno, Canto 26.
versi 112-120

Il viaggio (la terapia)

L’accostamento tra terapia e viaggio appare immediatamente chiara ed efficace e può assumere diverse connotazioni, ci sembrava interessante richiamare qui alla mente l’immagine dell’Ulisse di Dante dove il viaggio appare come un bisogno, un impulso, un istinto irrefrenabile che non può essere trattenuto e che deve essere affrontato senza una meta precisa, ma semplicemente sotto la spinta a conoscere, a non *negar l’esperienza*.

L’accostamento tra terapia e viaggio è ravvisabile nel suo aspetto simbolico. «Il simbolismo del viaggio..., si riassume nella ricerca della verità, della pace, dell’immortalità, nella ricerca e nella scoperta di un centro spirituale» (Chevalier & Gheerbrant 1969).

Sempre relativamente al viaggio come processo di scoperta si propone l’immagine fornitaci da Castaneda (1968) con la famosa frase pronunciata da Don Juan: «Tutte le strade sono eguali. Non conducono in nessun posto. Questa strada ha un cuore? È l’unico interrogativo che conta. Se ce l’ha allora è una buona strada. Se non ce l’ha, è da scartare».

La metafora del gruppo, come di un insieme di persone che si incontra in uno scompartimento di un treno e che inizia un viaggio, richiama la celebre metafora ferroviaria di Freud (1913-1914). I passeggeri sono invitati a descrivere tutto ciò che osservano dal finestrino, ovvero sono invitati a descrivere i loro stati d’animo associando liberamente. I conduttori possono essere paragonati ad esperti di linee ferroviarie che viaggiando con loro possono dare senso al materiale che emergerà dal viaggio. Un treno che attraversa il mondo della sofferenza in cui salgono e scendono progressivamente nuovi viaggiatori.

In un gruppo terapeutico è possibile riscontrare una iniziale alleanza tra i membri che secondo Foulkes (1957) è garantita dalla matrice fondamentale: «già dalla prima volta è possibile sostenere una stabile comunanza o comunione preesistente fra i membri eventualmente fondata sul fatto che essi sono tutti essere umani. Essi hanno tutti le stesse caratteristiche di specie, la stessa anatomia e fisiologia e forse anche tracce arcaiche di antiche esperienze».

Successivamente la possibilità terapeutica del gruppo dipenderà dal fatto che la matrice fondamentale possa trasformarsi nella cosiddetta matrice dinamica o creativa che nascerà dalle vicissitudini tra individuo e gruppo.

Inizia così un rapporto complesso fatto di strutturazione e destrutturazione degli eventi e dei significati proposti da Matthieu nel corso del viaggio e che porteranno al paradossale commento di Pieràl, il nano psicologo: «A livello d'inconscio è accertato che il fato non esiste».

Così come il film di Buñuel *Quell'oscuro oggetto del desiderio* propone una costante destrutturazione della realtà in cui sembra scomparire l'idea del "disegno" e del "progetto" ossia di un fato che ordina gli eventi e la realtà, così il gruppo si propone per un viaggio privo di riferimenti certi in cui la realtà individuale di ognuno verrà destrutturata e ristrutturata in una realtà nuova di gruppo. Il tema della casualità della vita o della presenza di una mente ordinatrice (un fato o una provvidenza) si riaffermerà angosciosamente nel gruppo impegnato a dare significato alle sofferenze individuali.

I viaggiatori (i pazienti)

Il gruppo da noi seguito da due anni, è composto da 9 pazienti del Centro di Salute Mentale di Pomezia, di età media di 55 anni.

La diagnosi comprende disturbi affettivi e di ansia con una prevalenza del tema depressivo. Sul versante della personalità tratti narcisistici, dipendenti ed evitanti sembravano connotare la personalità del gruppo nel suo insieme.

Seguendo ed inseguendo la metafora del viaggio, ed in particolare, l'immagine del gruppo come scompartimento di un treno, esso si è strutturato con un processo di entrate e uscite fino a costituirsi in modo stabile.

Soprattutto nella prima fase i viaggiatori sono stati molti, poiché il costituirsi di un gruppo terapeutico nel CSM ha dato vita a numerose richieste di inserimento.

L'effetto che il viaggio ha fatto su alcuni di loro è stato proprio quello del viaggio in treno con sconosciuti. Molti entravano nel gruppo, portavano la loro sofferenza, e sparivano. Proprio come succede in treno in cui siamo disposti a narrare tutto ai nostri compagni di viaggio purché poi siamo certi di non rincontrarli mai più.

Con il procedere del viaggio gli ingressi sono stati più occasionali così come le uscite, ma il gruppo si mostrava ormai sufficientemente coeso per accogliere i nuovi membri così come da resistere alla frustrazione per coloro che uscivano.

Trascorso un anno e mezzo il gruppo si è concentrato intorno ad alcune tematiche: la depressione, la paura della morte, l'angoscia legata al potere di determinare il proprio destino, la solitudine. Era inevitabile che i membri, che si andavano a cristallizzare attorno a tali temi, condividesse condizioni psicopatologiche e di vita simili. Anche il tempo di frequenza del Centro di Salute Mentale appare abbastanza lungo, mediamente intorno ai 5 anni, ciò vuol dire un rapporto col proprio disagio consolidatosi nel tempo e attraversato da diverse terapie.

Ciò che è apparso subito evidente nel gruppo era una sorta di disincanto verso la terapia e quindi verso il gruppo inteso come strumento terapeutico che agisce direttamente sul disagio, in quanto emergeva l'idea del gruppo come esperienza di vita e di crescita estremamente positiva a prescindere dal disturbo psicopatologico per cui ogni membro era curato.

«La visione gruppoanalitica piuttosto che dare importanza ai singoli fattori che in modo diverso agiscono nei gruppi terapeutici, considera fondamentale il processo terapeutico gruppale che fa insorgere tali fattori» Ondarza Linares (2002).

In tal senso, pur agendo come gruppo che istilla speranza e fiducia, che sostiene e permette la catarsi, esso non è parso primariamente orientato a fermarsi su tali specifici fattori terapeutici, quanto a muoversi in direzione del viaggio. Questo aspetto ha rappresentato l'idea inconscia su cui il gruppo si è costituito ed ha selezionato i suoi membri.

Esso è condotto da uno psicoterapeuta operante nella struttura di salute mentale, da una gruppo analista e da un'infermiera.

Il gruppo da noi seguito da due anni è composto da 9 pazienti del Centro di Salute Mentale di Pomezia, di età media di 55 anni.

La diagnosi comprende disturbi affettivi e di ansia con una prevalenza del tema depressivo. Sul versante della personalità tratti narcisistici, dipendenti ed evitanti sembravano connotare la personalità del gruppo nel suo insieme.

Seguendo ed inseguendo la metafora del viaggio, e in particolare l'immagine del gruppo come scompartimento di un treno, esso si è strutturato con un processo di entrate e uscite fino a costituirsi in modo stabile

Agata è alle prese col tema della solitudine e della morte ormai da tempo. Alla radice della sua depressione sembra esserci una rabbia inespressa verso l'ineluttabile riproporsi delle perdite. La richiesta di aiuto al nostro servizio arriva dopo la perdita del marito, dei figli che vivono lontano, di un'amica morta per una grave malattia e del lavoro dopo il pensionamento. Tale dinamica di perdita si inserisce all'interno di un processo di invecchiamento che comporta in Agata la percezione di una progressiva perdita di efficienza fisica

In una delle prime sedute partecipa Olga, una ragazza di origine polacca di 30 anni, che porta il suo disagio rappresentato dagli attacchi di panico. La sensazione è che l'ansia di Olga nel narrare la sua vicenda e la sua sofferenza sia del tutto ignorata dal resto del gruppo, il gruppo sembra aver poco da dire, non è il sentimento dell'urgenza che Olga porta a strutturare la seduta quanto il sentimento di ineluttabilità di certi vissuti e l'esigenza di andare oltre. Olga non verrà una seconda volta.

Sempre in una delle prime sedute partecipa Maria che accentra la seduta su di sé e su una storia a dir poco terrificante nella sua drammaticità. Sposata diverse volte e con diversi figli Maria riversa sul gruppo tutta la sua angoscia e la sua impotenza. Il gruppo comprende e compatisce, ma sembra, ancora una volta, più interessato al viaggio che apre nuove prospettive su di sé e il futuro piuttosto che all'esplorazione del presente con il suo disagio e la sua angoscia. Anche Maria non verrà più.

I SOGNI (I CONTENUTI)

Il sogno di Agata

«Mi trovavo su una nave con un gruppo di persone più giovani che da sveglia direi di non conoscere ma che nel sogno è come se conoscessi da tempo. Durante il tragitto mi soffermo a parlare con un giovane che sembra volermi assicurare circa la riuscita del viaggio».

Il sogno di Agata ci ripropone l'idea del viaggio ed in particolare del viaggio per mare, della navigazione. Come osserva Lo Verso (2008): «La navigazione... [appare come]... una bella metafora poiché essa deve sempre adattarsi alle condizioni del mare, così come la terapia ai bisogni del paziente».

La prima associazione che emerge dal gruppo è proprio il rapporto del sogno di Agata con l'immagine usata dai terapeuti per descrivere l'esperienza del gruppo terapeutico ossia l'immagine di un viaggio in treno in cui il gruppo è come uno scompartimento in cui salgono e scendono persone che condividono un viaggio che non porta in nessun posto di preciso.

Il sogno di Agata sembra proporre una prima immagine del gruppo e del rapporto di esso con la propria storia ed il proprio obiettivo terapeutico.

Agata, un'insegnante in pensione di più di 60 anni, è vedova ormai da diversi anni, da quando ha perso il marito per una grave malattia. I suoi due figli sono sposati e vivono lontano. Agata è alle prese col tema della solitudine e della morte ormai da tempo. Alla radice della sua depressione sembra esserci una rabbia inespressa verso l'ineluttabile riproporsi delle perdite. La richiesta di aiuto al nostro servizio arriva dopo la perdita del marito, dei figli che vivono lontano, di un'amica morta per una grave malattia e del lavoro dopo il pensionamento. Tale dinamica di perdita si inserisce all'interno di un processo di invecchiamento che comporta in Agata la percezione di una progressiva perdita di efficienza fisica.

Ella si presenta in termini molto cordiali, è vestita e pettinata con uno stile giovanile, ma l'aspetto del viso e l'espressione appaiono nettamente senili, come se fosse incerta sulla sua vera età.

Il lutto per l'amica scomparsa, alla base della sua prima richiesta di aiuto al CSM sembra aver introdotto nella vita di Agata il tema della morte ed aver "recuperato" le diverse perdite che la paziente ha subito nel corso degli anni. A questa situazione di perdita si aggiunge un incidente automobilistico che la immobilizza per diversi mesi procurando un ennesimo vissuto di perdita dell'efficienza fisica e del ruolo di vedova attiva nel sociale che si era ricostruito. L'incidente appare come un'ulteriore perdita della propria efficienza fisica e un confronto con la morte, la cui idea sembra essere incontinentemente per Agata che cade in una profonda depressione. Il sogno del viaggio di Agata si verifica in una delle prime sedute di gruppo e le associazioni del gruppo sembrano portare all'idea che la nave rappresenti il contesto generale del CSM, il gruppo di persone giovani rappresenti il gruppo e il giovane con cui parlare il terapeuta. Si tratterebbe di un viaggio dalla depressione e dall'idea della morte verso la vita, il che appare il programma del gruppo nel suo insieme. Anche per Agata, quindi, il gruppo terapeutico può rappresentare un viaggio verso la vita dopo due anni di cupa depressione in cui sembra non essere riuscita a trovare una via d'uscita. Il tema del viaggio si collega alla possibilità di effettuare un viaggio in America con una amica, viaggio che la preoccupa molto, poiché non vorrebbe essere di peso a causa della sua depressione; inoltre si collega con il timore di un viaggio in Nord Europa

dove abita la figlia e dove vuole andare da molto tempo. La possibilità del viaggio viene a costituirsi come possibilità di affrontare la vita ed uscire dalla depressione, e il viaggio è il gruppo.

Nelle sedute successive Agata comincia ad aprirsi al gruppo portando la sua rabbia contro chi, a causa della depressione, l'ha fatta sentire sola, malata, pericolosa. Racconta in lacrime delle umiliazioni che riceve come nonna da parte di una nuora che non la accetta e di un figlio distratto. È addolorata dall'idea di essere pensata come non in grado di accudire, addirittura pericolosa per i suoi nipotini.

Nel gruppo aleggia l'idea della follia e c'è condivisione sul ruolo della depressione nel favorire l'isolamento e l'emarginazione. Si osserva come nell'immaginario collettivo ormai la depressione sembra associarsi alla follia e al gesto criminale.

Clinicamente il passaggio dall'impotenza alla rabbia è il primo movimento d'uscita dalla depressione. Agata deve poter arrabbiarsi per ritrovare l'energia sufficiente per partire. Nel corso dei mesi successivi ella effettua il viaggio in America, poi in Nord Europa, poi nella sua terra di origine e così via. E al termine di ogni viaggio torna dal gruppo a condividere il suo lento uscire dalla depressione e il suo recupero del ruolo di nonna, di madre e di donna...

Il sogno di Giorgio

«Mi trovavo con mia moglie ed alcuni amici in una casa nel Chianti che tanti anni fa avevamo in affitto e dove ci piaceva trascorrere giornate di riposo. Si apprestava il tramonto ed era una bella giornata per cui decidevo di godermelo. Mi sistemai su una sedia di vimini davanti casa e ricordo che si vedeva l'albero ricco di foglie che si stagliava sull'orizzonte. Il cielo si stava colorando dei colori del crepuscolo ed è apparsa la luna. Mi sentivo molto sereno. Ad un certo punto la luna ha iniziato a muoversi nel cielo fino a muoversi in modo molto rapido, ho pensato che potesse crollare sulla terra ed è così che è avvenuto. Si è sentito un boato ed ho notato che aveva colpito anche la casa... Si sentivano gemiti provenire da lì intorno... Ad un certo punto mi ritrovo in mezzo ad un gruppo di persone che sembra mettersi in cammino per la salvezza... Ho freddo e sono preoccupato di non avere abiti adatti ma un signore grassoccio e con gli occhiali mi dà qualcosa di più pesante, avrei bisogno degli scarponi argentati per affrontare il cammino, scarponi che in realtà non ho mai posseduto... Mia moglie ha gli abiti strappati e le si vedono le intimità e ciò mi preoccupa... Ad un certo punto è come se un baratro si aprisse davanti a me, ma riesco ad evitarlo... Finalmente è come se fossi giunto insieme a qualcun'altro presso un ambiente legato al lavoro... all'inizio del lavoro verso metà degli anni sessanta... in questo ambiente c'è una collega anziana che all'epoca mi istruì sul lavoro e c'è il mio vecchio amico con i capelli bianchi ed una fascia argentata sui capelli. Siamo tutti seduti e lui è come se fosse su un piedistallo... Mi sento sereno...».

In questo sogno complesso e articolato di Giorgio, il tema del viaggio è presente in un'accezione diversa. Non si tratta qui di viaggio come possibilità di arrivare in un luogo nuovo, piuttosto sembra dominare l'idea del viaggio inteso come percorso evolutivo in cui ad ogni tappa si affrontano prove da superare.

Il gruppo associa in maniera abbastanza veloce questo sogno con la situazione grup-pale dando rilievo alla caduta della luna come della disastrosa caduta nella depressione fino all'approdo ad una situazione finale gruppale e rassicurante.

Nel sogno di Giorgio ci sono alcuni elementi simbolici connessi al tema della terapia-viaggio, che possono essere molto significativi.

In una situazione tranquilla in cui Giorgio sembra contemplare la serenità della propria esistenza avviene un evento catastrofico e drammatico in cui la luna crolla sulla terra provocando il disastro. Le associazioni sulla caduta della luna portano ad idee quali il "crollo del cielo", il "sentirsi cadere il mondo addosso" a testimoniare una situazione di improvvisa perdita di sicurezza. È la depressione e la malattia ad irrompere improvvisa nella vita di Giorgio e a creare un mondo di rovine in cui Giorgio è costretto a muoversi e ritrovare il cammino.

Giorgio attraversa le macerie della propria esistenza e delle proprie certezze in cui è difficile trovare gli "abiti" adatti. È un viaggio collettivo da condividere con altri, che attraversa il proprio rapporto di coppia (l'immagine della moglie ridotta in abiti a brandelli) e della propria storia ritrovandosi sempre sull'orlo di un baratro all'interno del quale è possibile cadere.

Il cammino nel sogno porta Giorgio verso una situazione caratterizzata di nuovo

Giorgio attraversa le macerie della propria esistenza e delle proprie certezze in cui è difficile trovare gli "abiti" adatti. È un viaggio collettivo da condividere con altri, che attraversa il proprio rapporto di coppia (l'immagine della moglie ridotta in abiti a brandelli) e della propria storia, ritrovandosi sempre sull'orlo di un baratro all'interno del quale è possibile cadere

Il malessere di Giorgio sembra collegarsi al sogno e sembra che il sogno sia la possibilità di pensare alla morte e di poterla affrontare mentre il male oscuro è un subire psicologicamente e fisicamente l'idea della morte senza pensarla e con ciò contenerla. In fondo la depressione è la morte della vitalità

da serenità, una serenità che propone due elementi di riflessione. Il primo relativo all'incontro con una vecchia collega che deve spiegargli il lavoro ed il secondo alla situazione di gruppo in cui il suo amico sembra essere il leader del gruppo.

La crisi rivelata nel sogno di Giorgio può rappresentare il passaggio dei membri del gruppo da una visione individualistica ad una gruppale. È come se il crollo della luna abbia dato a Giorgio (e agli altri pazienti) la possibilità di intraprendere una nuova strada, quella del gruppo, grazie alla quale poter raggiungere una nuova serenità dopo aver affrontato la caduta dei desideri e delle speranze del "volere la luna" e aver evitato il baratro della follia. A quel punto, attraverso il sogno, è introdotto nel gruppo il tema della morte e del suo collegamento con la depressione. Il malessere di Giorgio sembra collegarsi al sogno e sembra che il sogno sia la possibilità di pensare alla morte e di poterla affrontare, mentre il male oscuro è un subire psicologicamente e fisicamente l'idea della morte senza pensarla e con ciò contenerla. In fondo la depressione è la morte della vitalità.

Il gruppo procede sul tema portando il proprio rapporto con il sogno e il suo potere premonitore, segno di una possibilità che il soggetto inconsciamente, attraverso il sogno, abbia la capacità di vedere e sentire in forme meno difese e più autentiche la realtà che sta vivendo.

L'arrivo (conclusioni)

Il rapporto fra il gruppo e il Centro di Salute Mentale ha rappresentato la possibilità di esplorare e strutturare un confine tra un setting psicoterapeutico ed uno più ampio connesso al trattamento psichiatrico legato alle funzioni del Centro di Pomezia.

Il tema del viaggio è apparso utile metafora per avviare un percorso terapeutico che facesse della condivisione il suo elemento caratterizzante fino a portare al sentimento condiviso dello star meglio e del sentirsi cambiati attraverso il gruppo.

L'arrivo? Il viaggio non è ancora concluso... continuiamo a viaggiare in virtù del fatto che come dice un paziente: «ne uscirà qualcosa di buono!».

* Psichiatra, Direttore f.f. Dipartimento di Salute Mentale di Pomezia ASL RM H

**Psicologo Psicoterapeuta, Dipartimento di Salute Mentale di Pomezia ASL RM H

***Psicologa Psicoterapeuta, Gruppoanalista.

BIBLIOGRAFIA

Castaneda C. (1968) A scuola dallo stregone, Rizzoli, Milano.

Chevalier J. & Gheerbrant A. (1969) Dictionnaire des symboles. Rober Laffont, Paris. (trad. it. Dizionario dei simboli, Rizzoli, Milano, 1986)

Foulkes S.H. and Anthony E.J. (1957) Group Psychotherapy: the psychoanalytical approach, Penguin, Harmondsworth. (trad. it. L'approccio psicoanalitico alla psicoterapia di gruppo. Edizioni Universitarie Romane. 1998)

Freud S. (1913-1914) Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi, Bollati Boringhieri, Torino, 1975.

Lo Verso G. (2008) Una metafora per la gruppo analisi, Link, 12, 6-10.

Ondarza Linares J. in AA.VV. (2002) Trattato di Psichiatria, Masson, 3, 3595.

"Therapy through the group" in the metaphor of journey

This article wants to describe a part of the process in a therapeutic group, through the metaphor of the "travel".

The group, made up of nine patients, two psychotherapists as leaders and one nurse as participant-observer, every week takes place in the Centro di Salute Mentale di Pomezia ASL Roma for one hour and half.

Through the narration of two dreams, the authors propose a group therapy's reading key like an experience of life and positive development, regardless psychopathological problem which the member of group asked for to the Service.

RECENSIONI

A CURA DI GIOVANNI CAVADI

Maria Raffaella Rossin, Maria Pia Bianchi (a cura di), *Help line. Lavoro e formazione per rispondere alle richieste di aiuto telefonico*. Presentazione di Costantino Cipolla. Franco Angeli, Milano, 2009, pp. 414, euro 32

Per help line (telefonia di aiuto) si intende l'area di intervento che, attraverso il telefono, offre ascolto ed aiuto alle persone, fornisce counseling per i loro bisogni ed è finalizzata ad attivare concrete strategie per aiutare chi è in difficoltà. Ma offrire servizi di qualità attraverso l'ascolto telefonico o anche con i servizi on line è un lavoro piuttosto complesso.

Ciò implica una costante preparazione e formazione perché gli operatori professionisti e i volontari acquisiscano una specifica sensibilità al fine di offrire delle risposte contestuali ed equilibrate per aiutare l'interlocutore, che richiede aiuto, per analizzare e ridefinire il problema che presenta.

Il volume si presenta come un manuale, frutto delle esperienze condotte dal Co.R.A.L. della Lombardia (Coordinamento regionale delle linee di aiuto) che è sorto a partire dal 2000 con l'obiettivo specifico di sostenere e potenziare i servizi della help line garantendone il livello di qualità.

Il volume riporta gli scritti pluridisciplinari di quattordici autori (psicologi, sociologi, pedagogisti, assistenti sociali, antropologi, formatori) che riferiscono sia delle esperienze attuate in Europa, e poi in particolare in Lombardia. Vengono suggerite alcune indicazioni strategiche per una buona organizzazione dei servizi help line; vengono analizzati i conflitti e la negoziazione; la relazione telefonica come luogo di incontro tra domanda e offerta di aiuto.

Il volume si sviluppa in quattro parti: 1. la telefonia di aiuto al servizio del cittadino; 2. la formazione e i percorsi operativi per costruire e mantenere attiva una linea telefonica di aiuto; 3. le buone prassi per la gestione di una help line; 4. la raccolta dei dati e la valutazione.

L'opera è rivolta a chi lavora in un

centralino di aiuto o a tutti coloro che desiderano avviarne uno; essa si pone come obiettivo quello di fornire un quadro teorico e descrittivo di questo settore ancora piuttosto inesplorato con l'intento di fornire anche una vera e propria "cassetta degli attrezzi" per addestrare le abilità dei counsellors.

Un'appendice sviluppa un sistema di catalogazione dei colloqui telefonici su database e un glossario dei termini utilizzati nel volume. Una nutrita ed aggiornata bibliografia di oltre trecento titoli completa l'opera. (G. Ca)

Marina Balbo (a cura di) *EMDR: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*. Presentazione di Massimo Ammaniti e Gian Franco Goldwurm. McGraw-Hill, Italia, Milano, 2006, pp.355, euro 26

Diciotto psicoterapeuti, psicologi e psichiatri, appartenenti a diversi indirizzi applicativi della psicoterapia, si cimentano in questo poderoso volume per convincere il lettore che la tecnica dell'EMDR può risultare un potente strumento di dialogo fra le psicoterapie, psicoanalitica, cognitivo-comportamentale, ipnosi, Gestalt, analisi transazionale, sistemico-relazionale, ad di là delle idiosincrasie di ciascuna scuola.

Quello che accomuna la maggior parte degli indirizzi, viene suggerito nel testo, è ciò che Victor Meyer, molti anni or sono, chiamò il processo della concettualizzazione del caso.

Come sottolinea la curatrice, Marina Balbo, obiettivo comune alle psicoterapie, è «...il cambiamento cognitivo, emotivo e comportamentale che renderà poi il paziente capace di amare, lavorare e fare progetti».

Un riferimento teorico unico, cioè il Modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione, di cui l'EMDR è un elemento integrante, guida il lettore nel percorso di lettura del volume.

Questo modello garantisce dei collegamenti tra associazioni adeguate e l'esperienza che, come dice la Shapiro «è usata in modo costruttivo da parte del soggetto e viene integrata in uno schema emotivo e cognitivo positivo».



RECENSIONI



Il libro è suddiviso in due tronconi: uno che sviluppa gli aspetti teorici in cui si colloca l'EMDR "l'approccio protocollare ai problemi del soggetto" all'interno di ciascun nucleo teorico di riferimento psicoterapeutico; l'altro che spazia all'interno dell'esperienza clinica, in cui la "tecnica" trova una giusta collocazione nel corso del processo psicoterapeutico.

Commentando un caso clinico in trattamento «osserviamo – scrive la Balbo – spesso che proprio i ricordi collegati all'esperienza traumatica sono i più resistenti alla ristrutturazione cognitiva e non vengono assimilati pertanto nella rete di altre memorie dell'individuo». E proprio con l'EMDR si può favorire tale ristrutturazione. L'insieme dei contributi presentati nel volume chiarisce come l'integrazione dell'EMDR in un programma terapeutico si dimostra efficace e contribuisce a risolvere quegli aspetti cognitivi ed emotivi che tendevano a mantenere la sintomatologia disadattiva della persona. Il volume sarebbe stato più completo se provvisto di un indice delle tematiche affrontate data la varietà degli interventi.

Una nutrita ed aggiornata bibliografia completa l'opera. (G. Ca)

Diana Lucchini, Claudia Romano, Efrem Sabatti. *Ascolta il tuo respiro...per equilibrare la tua vita. A cura del Servizio di Psicologia dell'Istituto Clinico S. Anna. Stampato in proprio, Brescia, 2006, pp.35, s.i.d.p.*

Si tratta di un opuscolo informativo, curato dal Servizio di Psicologia e dal Day Hospital di riabilitazione respiratoria, rivolto a quelle persone che presentano disturbi dell'apparato respiratorio, che nel nostro paese rappresentano la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e i tumori.

Lo scopo dell'opuscolo è di mettere le persone sofferenti di malattie respiratorie nella condizione di affrontarle con maggior consapevolezza, soprattutto nei correlati e nei risvolti

psicologici.

Vengono descritte le tecniche di rilassamento muscolare progressivo di Jacobson e il Training autogeno di Schultz e i loro effetti sulla persona con disturbi respiratori. L'opuscolo può essere richiesto al Servizio di Psicologia, Istituto Clinico S. Anna, 25100 Brescia. (G.Ca)

Gianluca Lo Coco, Girolamo Lo Verso. *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo. Raffaello Cortina Editore, Milano. 2006, pp. 160, euro 17,80*

Il libro tratta dell'approccio multipersonale alla sofferenza psichica e al suo trattamento, a partire dalle originali concezioni di Foulkes, il fondatore della terapia gruppoanalitica, fino agli sviluppi del metodo gruppale negli scambi proficui con il lavoro etnopsichiatrico.

La prospettiva multipersonale e gruppoanalitica, dicono gli Autori, "ha proposto una lettura del disturbo psichico (non più malattia) come esperienza di sofferenza legata a un contesto multipersonale, in cui il soggetto non è più considerato malato, nel senso di colui che ha contratto una malattia, ma elemento sofferente appartenente a una rete gruppale (e culturale) anch'essa sofferente".

Dopo aver risposto all'interrogativo di "Che cos'è la guarigione oggi?", e quindi cosa fa bene del trattamento psicologico e a chi, gli Autori passano in rassegna una serie di ricerche sugli effetti della psicoterapia condotte negli ultimi dieci anni arrivando alla seguente conclusione: la psicoterapia è un intervento efficace nel produrre un miglioramento e/o una guarigione nei pazienti con disturbi psichici;

la psicoterapia è efficace almeno quanto un trattamento farmacologico ed è più efficace del placebo;

la psicoterapia produce benefici a lungo termine per diverse categorie di pazienti; esistono diversi fattori comuni ai diversi trattamenti psicoterapeutici che sono legati al miglioramento dei pazienti in

RECENSIONI

terapia (alleanza di lavoro, empatia, senso di accettazione, motivazione al cambiamento, ecc).

L'enfasi posta dagli autori sulla terapia di gruppo li porta a sottolineare come la terapia psicologica si fonda principalmente sulla relazione tra due o più soggetti e "ciò costituisce il principale strumento terapeutico". Segue una dettagliata descrizione della prassi terapeutica di gruppo. Una appendice firmata da Corrado Pontati tratta della prospettiva multipersonale in psicopatologia che sottolinea come "nulla è predicabile sulla sofferenza mentale se non viene studiata e curata nella più lucida storicizzazione di un'epoca e di un ambiente" attraverso l'analisi di un caso clinico. Il volume si conclude con una ricca e specifica bibliografia. (G.Ca)

Leonardo Montolli. *La ricerca parapsicologica oggi. Documenti e prospettive*. Prefazione di Augusto Ermentini. Mursia, Milano, 2007, pp. 788, euro 28

In un'epoca che ha bisogno di magia il mondo del paranormale affascina moltissime persone, che sono alla ricerca della spiegazione plausibile di molti fenomeni psichici che appaiono alla loro mente. Il mondo scientifico è poco interessato ai fenomeni del paranormale "che violano o sembrano violare le leggi della fisica". Il termine parapsicologia è stato adottato di recente, nel 1953, in occasione del Congresso Internazionale svoltosi a Utrecht. Esso indica la scienza che studia i fenomeni paranormali quali l'autoscopia, la telepatia, la percezione extra sensoriale, la levitazione, la telecinesi, ecc.

L'Autore è un giornalista, da molti anni appassionato della materia, che tratta con un linguaggio rigoroso ma facilmente comunicabile al lettore.

Il poderoso volume si sviluppa in tre parti: nella prima vengono affrontati i fenomeni, i protagonisti e i problemi che solleva lo studio della parapsicologia. La seconda parte è dedicata agli strumenti per orientarsi nella ricerca parapsicologica attraverso delle interviste ai protagonisti delle più varie discipline, dalla psicologia alla biologia molecolare. La terza parte, l'appendice, comprende una sequenza analitica dei concetti

sviluppati nei singoli capitoli e un glossario molto corposo di tutti i termini utilizzati nel libro. Ampia bibliografia. (G. Ca).

Augusto Ermentini. *Manuale Rorschach*. Mursia, Milano, 2008, pp.746, euro 44

Questo poderoso manuale del Rorschach raccoglie l'esperienza clinica e di ricerca che Ermentini, già docente ordinario di Psichiatria presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Brescia, svolge da oltre cinquant'anni. L'Autore, psicologo e criminologo, ha pubblicato oltre quaranta articoli specificatamente dedicati al Rorschach.

Il volume si articola in tre parti: la prima è dedicata alle origini del test, ai suoi sviluppi, al valore diagnostico delle diverse categorie di risposte.

L'Autore riporta anche una indagine condotta su un soggetto centenario. La seconda parte, specificamente clinica, indaga su aspetti particolari sollevati dall'uso del Rorschach quali la verbalizzazione e la suggestionabilità, gli indici di cambiamento strutturale nel corso di terapia con farmaci antipsicotici, e si sviluppa in situazioni specifiche della psicopatologia quali la piromania, la psiconevrosi ossessiva, le sindromi borderline, gli esordi della schizofrenia, il tentato suicidio.

Da segnalare due ricerche applicative del Rorschach condotte con collaboratori e più precisamente sul transessualismo e i tossicodipendenti.

La terza parte, in collaborazione con B. Zaneletti, riporta una lista completa delle interpretazioni alle dieci tavole.

In appendice viene riportato il Rorschach di Adolf Eichmann, nell'originale inglese e in traduzione italiana, somministrato nel 1961 a Gerusalemme nel corso del processo per i crimini di guerra.

Il protocollo è accompagnato dal commento di R.S. Mc Cully, dell'Università della South Carolina.

A complemento l'Autore riporta una propria ricerca mediante il Rorschach, apparsa in francese nel 1990, su trenta soggetti schizofrenici omicidi, sulla capacità di 'intendere' e di 'volere', come richiesta dai magistrati ai consulenti tecnici. Un'ampia e articolata bibliografia italiana ed internazionale completa il manuale. (G. Ca).

CONGRESSI & CONVEGNI

TRAINING FOR TRAINERS: GUIDED TRAINING OF PSYCHOLOGISTS IN DISASTER, CRISIS AND TRAUMA PSYCHOLOGY IN EASTERN EUROPEAN COUNTRIES

Workshop EFPA
30 agosto-3 settembre 2010
VIENNA

LE EMOZIONI CHE FANNO STARE MALE E LA LORO TRASFORMAZIONE NEL PROCESSO TERAPEUTICO

11 settembre 2010
Bologna
www.terapiafamiliare.org

I NUOVI STRUMENTI DI ASSESSMENT

13 settembre 2010
MILANO
www.scuoladipaloalto.it

X CONGRESSO NAZIONALE DELLA SEZIONE DI PSICOLOGIA SOCIALE

AIP Associazione Italiana di
Psicologia
14-16 settembre 2010
TORINO
www.aipass.org/
congressosociale2010

VIII CONVEGNO NAZIONALE: PROBLEMI UMANI E SOCIALI DELLA CONVIVENZA

S.I.P.CO.Società Italiana di
Psicologia di Comunità
16-17 settembre 2010
TORINO
www.sipco.it

IMPARARE QUESTO È IL PROBLEMA

16-18 settembre 2010
San Marino
cemec@iss.sm

NUOVI CULTI E SETTE NELLA SOCIETÀ: PREVENIRE, INFORMARE, ASSISTERE

18-19 settembre 2010
ROMA
www.onap-italia.org

XVII CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROPSICOFARMACOLOGIA

22-25 Settembre 2010
CAGLIARI
www.snipf.it

EROS E CHRONOS – IL TEMPO NEL SESSO E NELLA COPPIA

A.I.S.P.A., F.I.S.S.
1 ottobre 2010
MILANO
www.aispa.it

ADOLESCENTI E ADULTI OGGI

IX Convegno Nazionale dei
Gruppi Italiani di Psicoterapia
Psicoanalitica dell'Adolescenza
1-3 ottobre
TORINO
locascio@rifornimentoinvolo.it

XIII EUROPEAN SYMPOSIUM ON SUICIDE AND SUICIDE BEHAVIOUR

MGS SRL Congressi e Pubbliche
relazioni
1-4 ottobre 2010
ROMA
www.esssb13.org

IL GRUPPO NELLE VICISSITUDINI EVOLUTIVE DEL SÉ “ LA DIMENSIONE ISTITUZIONALE IN ETÀ EVOLUTIVA”

Associazione Veneta per la
Ricerca e la Formazione in
psicoterapia di Gruppi ed
analisi Istituzionale
2 ottobre 2010
PADOVA
asvegra@libero.it

PASSIVITÀ E SVALUTAZIONE NELLA RELAZIONE DI COUNSELLING

9-10 ottobre 2010
Torino
www.itat-formazione.it

ADOLESCENTI E IDENTITÀ. COMPLESSITÀ, CRESCITA, FUTURO

Scuola Adleriana di Psicoterapia
di Reggio Emilia
9 ottobre 2010
REGGIO EMILIA
cespes.re@tin.it

IL LIMITE COME ESPERIENZA

IdO e Edizioni Magi
9 ottobre 2010
ROMA
eventi@magiedizioni.com

IL BAMBINO CON PLURI DISABILITÀ E DEFICIT VISIVO: L'APPROCCIO EDUCATIVO MULTIMODALE

11 ottobre 2010
IMOLA
uff.stampa@ausl.imola.bo.it

IL CONVEGNO NAZIONALE DI PSICOLOGIA GIURIDICA

Università degli Studi di Urbino
"Carlo Bo"
14-16 ottobre 2010
URBINO
convegnogiuridica2010@uniurb.it

PSICOLOGIA VERSO IL FUTURO: LE TEORIE EMOTOCOGNITIVE APPLICATE ALLA CLINICA PSICOLOGICA

CNP Convegno Nazionale
Psicologi
16 ottobre 2010
ROMA
www.srmpsicologia.com

IV GIORNATA NAZIONALE DI PSICOLOGIA POSITIVA: MODELLI E INTERVENTI CLINICI

Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di
Bologna
4-5 Novembre 2010
BOLOGNA
www.psicologia.unibo.it

XV CONGRESSO NAZIONALE. IL SUCCESSO DELLA TERAPIA COGNITIVA: COME SARÀ IL FUTURO

SITCC (Società Italiana di
Terapia Comportamentale e
Cognitiva)
4-7 novembre 2010
MILANO

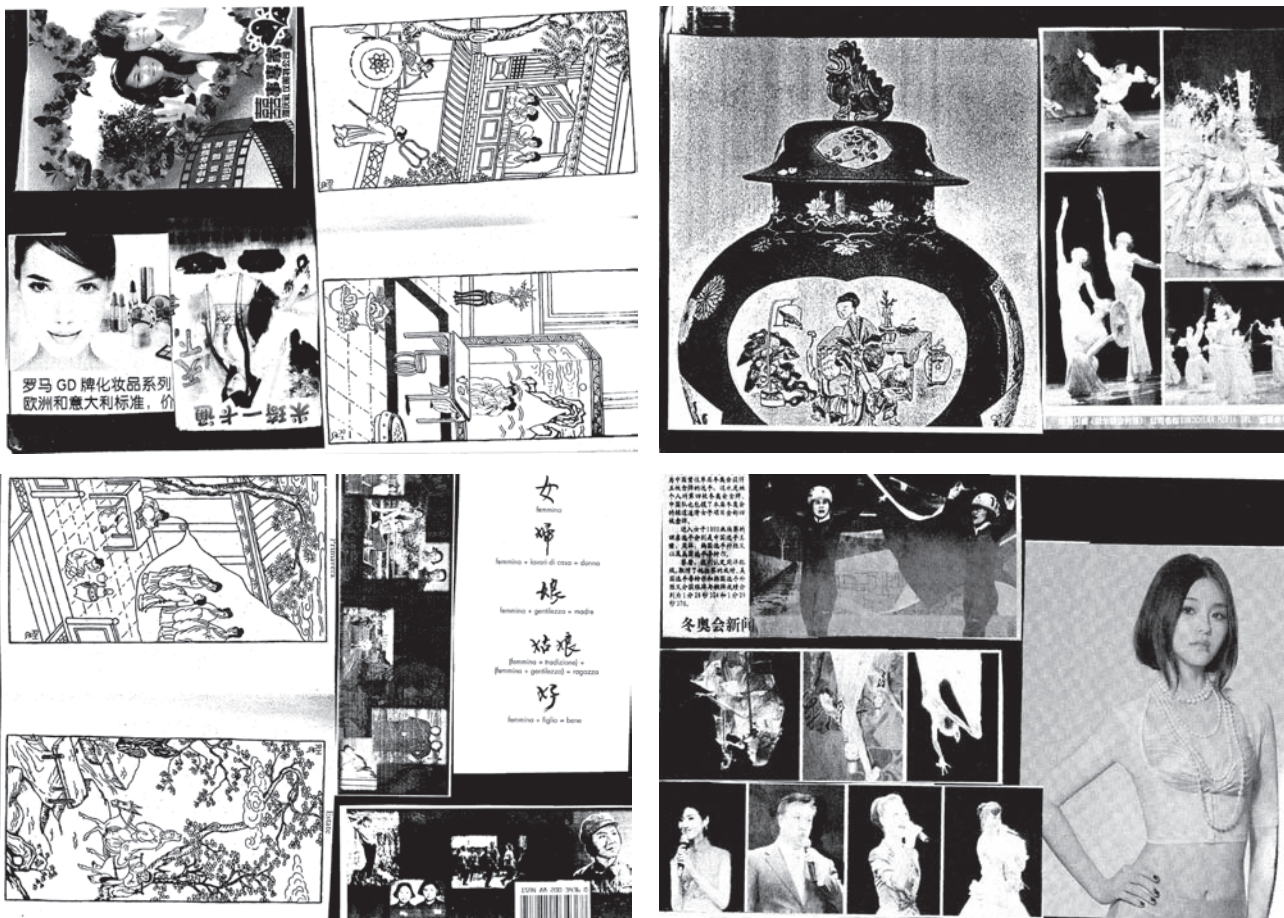
PREMIO MENTE E CERVELLO

Centro di Scienza
Cognitiva Università Politecnico
di Torino
10 Novembre 2010
TORINO

link.16
emozioni

Dai boccioli di loto alle piccole donne drago: la voce della metà dimenticata del cielo

MARIACETA GANDOLFO



Dai boccioli di loto alle piccole donne drago: la voce della metà dimenticata del cielo

La letteratura femminile cinese contemporanea manifesta il bisogno prepotente di testimoniare un passato che attrae irresistibilmente per il culto dell'eleganza e nello stesso tempo indigna e sconvolge per la crudeltà di alcune consuetudini. Come la fasciatura dei piedi, perché assomigliassero a boccioli di loto, una pratica diffusa fino agli inizi del XX secolo, determinata da un aberrante ideale estetico maschile ed era una delle principali cause di morte delle bambine. Xinran, nel libro "La metà dimenticata del cielo", mostra come il cammino di emancipazione compiuto dalle donne occidentali, che ha attraversato almeno tre secoli, è stato percorso dalla donna cinese in pochi decenni

MARICETA GANDOLFO*

«Che disgrazia, è il destino della donna,
niente al mondo è meno vile d'ella.
I figli sono in piedi addossati alle porte,
come degli dei caduti dal cielo.
Ma la figlia, nessuno si rallegra della sua nascita.
La famiglia non realizza nessun guadagno con essa,
quando cresce, si nasconde nella sua camera
nessuno la piange se sparisce dalla sua casa,
repentinamente, come una nuvola che si scioglie dopo la pioggia.
Si morde le labbra, si curva
e spesso manca di fierezza»

Fouchwan

Nel romanzo di Jiu Dan "Piccole donne drago" (2008) ambientato in epoca attuale a Singapore, le protagoniste sono ragazze fredde e determinate, che sembrano incapaci di provare sentimenti ed emozioni, che non hanno altro Dio che il denaro... Eppure desiderano ancora che i fiori del mondo sboccino per loro, ogni giorno e ogni notte lo sognano...

Il drago è la Cina, un drago che dimentica le sue figlie.

Ecco quindi una donna in bilico fra passato e presente, che da un lato guarda come modello alle donne occidentali e dall'altro subisce il retaggio delle tradizioni del passato.

Un antico detto cinese recita: «In ogni famiglia c'è un libro che non si deve leggere ad alta voce». Oggi questo libro è stato aperto da tutta una nuova generazione di scrittrici, che hanno dato voce a quella che una giornalista cinese contemporanea (Xinran, 2002) ha definito con una punta di amarezza "la metà dimenticata del cielo". Attualmente nei circoli letterari cinesi sono attive circa sessanta scrittrici, comprese in una fascia d'età che va dall'adolescenza alla tarda maturità, le cui opere sono molto amate dai lettori, vincono premi importanti e in taluni casi sono state adattate a sceneggiati televisivi di grande successo. La letteratura femminile cinese contemporanea manifesta dunque una grande vitalità, che fa trapelare il bisogno prepotente di testimoniare una realtà importantissima, costretta per secoli al silenzio ed al ritiro. Nel linguaggio tradizionale la donna era collegata all'ideogramma "nei" indicante ciò che sta profondamente all'interno, mentre l'uomo per contrasto era collegato all'ideogramma wai che indica l'esterno. I luoghi ben chiusi erano infatti

considerati gli spazi più sicuri per le donne, là dove era meno probabile che venissero viste o sentite dagli uomini:

«A sette anni ebbe inizio la mia istruzione vera e propria nella stanza delle donne, per quanto io conoscessi già molte cose. Sapevo che gli uomini non entravano nei luoghi destinati al nostro uso esclusivo. Sapevo che avrei trascorso la maggior parte dell'esistenza in una camera come quella. Per ricchi e poveri, Imperatori e schiavi, la sfera domestica appartiene alle donne e la realtà esterna agli uomini. Conoscevo le Tre Obbedienze di Confucio, da cui venivano governate le nostre vite – da bambina obbedisci al padre, una volta sposata obbedisci al marito, da vedova obbedisci a tuo figlio - e anche le Quattro Virtù – sii casta e arrendevole nei tuoi atti, tranquilla e piacevole nelle parole, fine e misurata nei movimenti, perfetta nei lavori manuali e nel ricamo».

Chi parla è Giglio Bianco, la bambina che la scrittrice cino-americana Lisa See, nel romanzo *Fiore di neve e il ventaglio segreto* (2006), identifica con una sua antenata, seguendone la vita svoltasi in un remoto villaggio dello Hunan agli inizi del XIX secolo.

Molte scrittrici contemporanee infatti attingono al patrimonio familiare di ricordi e tradizioni per rievocare un passato che le attrae irresistibilmente per il culto dell'eleganza e della bellezza e nello stesso tempo le indigna e le sconvolge per la crudeltà e l'ingiustizia di certe consuetudini, come la fasciatura dei piedi. Secondo la filosofia di Confucio (551-479 a.C.) la donna rappresentava il principio passivo, lo *yin*, l'oscurità, mentre l'uomo il principio attivo, lo *yan*, la luce. La nascita di una femmina era vista come una disgrazia, tanto che non le veniva dato un nome vero e proprio, ma solo un numero progressivo, perché la sua permanenza nella famiglia era solo temporanea; ancora bambina veniva promessa sposa ed entrava giovanissima nella famiglia del marito, dove era assoggettata in tutto alla volontà della suocera e non godeva di alcuna considerazione finché non metteva al mondo un figlio maschio. Il marito poteva ripudiarla o imporle la coabitazione con altre mogli e concubine e solo con la vecchiaia godeva di rispetto ed esercitava la sua tirannia sulle nuore, rinnovando così la catena perpetua. La pratica di fasciare i piedi, continuata fino agli inizi del XX secolo, rispondeva ad un aberrante ideale estetico maschile ed era una delle principali cause di morte, per cancrena e infezioni.

Ascoltiamo ancora la voce di Giglio Bianco: «La mamma e la zia ci nutrono con dolci alla marmellata di fagioli rossi perché le nostre ossa acquistassero morbidezza e si spezzassero con facilità. Nei giorni precedenti la fasciatura, molte donne del villaggio vennero a trovarci, portandoci doni e congratolandosi con noi per la nostra entrata ufficiale nel mondo degli adulti. L'atmosfera era festosa e tutte cantavano, ridevano e parlavano... erano molte le cose taciute, ora lo so».

Avere piedi minuscoli e perfetti era il requisito fondamentale per contrarre un buon matrimonio: siccome la capacità deambulatoria ne risultava compromessa per sempre, le ragazze del popolo ne erano esentate per poter continuare a svolgere i lavori manuali e pertanto venivano chiamate sprezzantemente "quelle dai piedi grossi" ed escluse da ogni ideale di bellezza. La misura ideale era di sette centimetri, all'incirca quanto il pollice della mano; la forma doveva assomigliare ad un bocciolo di loto: l'ideale era un piede pieno e tondeggiante sul tallone e affusolato verso la punta, con tutto il peso del corpo appoggiato all'alluce; le altre dita e il collo del piede andavano perciò spezzati e ripiegati perché si unissero al tallone.

La piccola Giglio Bianco sopporta stoicamente le terribili sofferenze, la sorellina minore tenta di fuggire ma viene acchiappata dalla madre, picchiata duramente e sottoposta ad una fasciatura ancora più dolorosa (morirà per la cancrena sopravvenuta).

È ancora la piccola Giglio Bianco a raccontare: «La parola dolore è soltanto un fiavole eco di quello che provai. Avevo gli alluci bloccati sotto i piedi e l'intero peso del corpo gravava sulla loro punta. Cercai di trovare l'equilibrio appoggiandomi indietro sui talloni... Mama se ne accorse e mi picchiò. Le lacrime mi rigavano la faccia mentre Mama mi obbligava a camminare da un capo all'altro della stanza. Udivo i gemiti lamentosi che mi uscivano dalle labbra... quella notte non chiudemmo occhio ma, per quanto atroci, le torture del primo giorno raddoppiarono d'intensità il secondo. Il quarto giorno la mamma e la zia ci tolsero le fasce, massaggiarono via la pelle morta, spalmarono sull'epidermide altro allume e sostanze profumate per mascherare l'odore della putrefazione e ci infilarono un paio di scarpette più strette. Un giorno, mentre percorrevo uno dei giri quotidiani per la camera, udii lo schiocco di qualcosa che si spezzava: mi ero rotta un dito del piede. «Non fermarti! – mi ingiunse mia madre –

Avere piedi minuscoli e perfetti era il requisito fondamentale per contrarre un buon matrimonio: siccome la capacità deambulatoria ne risultava compromessa per sempre, le ragazze del popolo ne erano esentate per poter continuare a svolgere i lavori manuali e pertanto venivano chiamate sprezzantemente "quelle dai piedi grossi" ed escluse da ogni ideale di bellezza. La misura ideale era di sette centimetri, all'incirca quanto il pollice della mano; la forma doveva assomigliare ad un bocciolo di loto: l'ideale era un piede pieno e tondeggiante sul tallone e affusolato verso la punta, con tutto il peso del corpo appoggiato all'alluce; le altre dita e il collo del piede andavano perciò spezzati e ripiegati perché si unissero al tallone

Il libro di Lisa See è soprattutto la storia dell'amicizia fra Giglio Bianco e Fiore di Neve, legate fin dall'infanzia da uno speciale rito di sorellanza, il Laotong, per cui l'una diventava per l'altra "vecchia se stessa". Questo legame, che le famiglie instauravano fra due bambine simili per origini, bellezza e coincidenza astrologica, alleviava molto la condizione delle donne, che potevano intrattenere rapporti di corrispondenza e di visite reciproche con la propria "sorella", sperimentando spesso le prime ed uniche gioie sessuali al di fuori di un matrimonio imposto dalla famiglia

Finalmente stai facendo qualche progresso». Seguitai a camminare con le membra percorse da brividi. Al calare della notte mi ero fratturata dal primo all'ultimo le otto dita dei piedi che dovevano rompersi... quelle della Terza Sorella invece resistevano... la mamma allora inserì delle pietruzze nelle fasciature della piccola per aumentare la pressione sulle ossa».

Tuttavia in questa vita di clausura e sofferenza talvolta un piccolo spiraglio si apriva; il libro della See è soprattutto la storia dell'amicizia fra Giglio Bianco e Fiore di Neve, legate fin dall'infanzia da uno speciale rito di sorellanza, il Laotong, per cui l'una diventava per l'altra "vecchia se stessa". Questo legame, che le famiglie instauravano fra due bambine simili per origini, bellezza e coincidenza astrologica, alleviava molto la condizione delle donne, che potevano intrattenere rapporti di corrispondenza e di visite reciproche con la propria "sorella", sperimentando spesso le prime ed uniche gioie sessuali al di fuori di un matrimonio imposto dalla famiglia. Proprio per poter comunicare tra loro senza essere spiate, le donne avevano inventato un linguaggio segreto il "nu shu", che dipingevano su ventagli e fazzoletti di cui si facevano reciproco dono; a quanto risulta questa lingua dei sentimenti e delle emozioni, che risale a più di mille anni fa, è l'unica lingua scritta al mondo creata dalle donne esclusivamente per il proprio uso.

La condizione femminile in Cina compie passi da gigante in seguito alla caduta dell'Impero nel 1912 e all'instaurazione della Repubblica con Sun Yat Sen (1866-1925), l'intellettuale educato all'occidentale che sogna di trasformare il suo paese in uno stato democratico e moderno. Sarà proprio l'educazione delle donne uno dei punti cardine del suo programma di rinnovamento, a cominciare dal divieto di fasciare i piedi e di tenere le bambine relegate nella camera delle donne. Le numerose scuole straniere gestite dai missionari vennero gradualmente aperte anche alle bambine, che uscivano per la prima volta dalla famiglia ed entravano in contatto con coetanee ed insegnanti, donne straniere libere ed emancipate, che si proponevano come nuovi modelli di comportamento, in antitesi con la vecchia morale confuciana. In queste scuole si studiavano, oltre ai classici, anche le lingue straniere e le materie scientifiche, per cui ne venne fuori una generazione di giovani donne medici, scienziate, insegnanti, alcune delle quali laureate all'estero, dotate di un'autorità e un prestigio che non derivavano da quelli del padre o del marito, donne che uscivano in pubblico, giravano liberamente da sole, sposavano l'uomo che volevano. Ma questo passaggio non avvenne in modo indolore, perché fortissimi furono i contrasti familiari e molte ragazze furono costrette a minacciare il suicidio o ad abbandonare la famiglia per poter seguire le proprie aspirazioni. Se le figlie si aspettavano comprensione ed incoraggiamento dalle madri, ben raramente li trovarono e molte scrittrici, rievocando la propria giovinezza, sottolineano come le loro madri, pur descritte come donne intelligenti e volitive, non fossero riuscite a scrollarsi di dosso il peso dell'educazione tradizionale ricevuta.

«"Il mare della tristezza si estende all'infinito.

Ma guarda indietro.

ai tuoi piedi si trova la costa sicura".

Questo mi disse mia madre, ma io per fortuna non l'ascoltai».

Chi parla è Yunxiang, una colta ed emancipata professoressa di storia, che racconta alla sua figliola adolescente Lian, la lotta che dovette affrontare per poter studiare e sposare l'uomo di cui si era innamorata all'università. Il rapporto di Yunxiang con la figlia è molto diverso da quello che lei ebbe con la propria madre: la ragazzina adora i genitori ed è circondata dalle più tenere cure, ma la Storia irrompe nella vita di questa famiglia felice, distruggendola. Siamo nell'epoca di Mao (1893-1976) e la scrittrice Lulu Wang rievoca nel romanzo *Il teatro delle ninfee* (1997) il dramma di tanti intellettuali, uomini e donne, costretti dalla Rivoluzione Culturale (1966-76) a fare autocritica e poi allontanati dai propri posti di lavoro e mandati per lunghi anni a "rieducarsi" nelle Comuni, facendo i contadini e gli operai. L'autrice, attraverso gli occhi di se stessa ragazzina, ricorda la sofferenza di tanti figli di intellettuali finiti negli orfanotrofi, dopo essere stati separati dai genitori "controrivoluzionari", la tragedia delle famiglie smembrate e disperse dalle direttive del Partito, la negazione di ogni esigenza del "privato" di fronte alle ragioni della politica. La piccola Lian soffre tanto per la lontananza della madre che si ammala di vitiligine, caso tutt'altro che raro di disturbi psicosomatici fra gli "orfani" della Rivoluzione Culturale:

«Zhuoyue aveva le guance scavate e il volto più giallo dello zafferano, Qiuju urinava

sangue e aveva continui dolori alla schiena e al ventre, Lian era piena di macchie, di Fanguo e Dong si sapeva che una aveva un'alopecia tonda sul capo e l'altra un eczema» (Lulu Wang 1997).

La madre di Lian, disperata per le condizioni della bambina, dopo aver invocato vanamente il permesso di poter tornare a casa, non vede altra soluzione che chiedere che sua figlia possa seguirla nel campo di rieducazione e così la ragazzina viene internata anch'essa insieme alla madre. Ma, nonostante il duro lavoro nei campi, il cibo pessimo ed insufficiente, le precarie condizioni igieniche, Lian è felice per la vicinanza della madre e l'amore compie il miracolo di farla guarire. Inoltre Lian ha la fortuna di ricevere un'educazione tutta particolare a contatto con le più belle menti della Cina, internate nel campo, e ciò le permette di sfuggire all'indottrinamento della scuola ufficiale, dove ai ragazzi veniva imposto l'odio verso i propri insegnanti e l'adorazione per il Capo, chiamato Padre, Madre, Amante e Innamorata in Una Sola Persona. La Wang ci descrive così una delle periodiche "sedute d'accusa" organizzate dalle giovanissime Guardie Rosse del Presidente, a cui tutti gli studenti erano obbligati a partecipare: «Durante queste manifestazioni solo i peggiori criminali, ovvero gli insegnanti più capaci, venivano presi di mira. Si legavano loro le mani dietro la schiena e lì si costringeva a piegarsi finché la testa non gli pendeva fra le ginocchia. Ogni due minuti, non appena il portavoce degli studenti finiva di leggere un capo d'accusa, venivano colpiti sul volto, tirati per i capelli, presi a calci nel ventre. Dal momento che i professori avevano le mani legate, difficilmente riuscivano a mantenersi in equilibrio, spesso crollavano a terra».

A parte le aberrazioni della Rivoluzione Culturale, è riuscito davvero il maoismo ad affermare la piena uguaglianza delle due metà del cielo e a riscattare le donne cinesi da migliaia di anni di soprusi e umiliazioni? Se guardiamo alle dichiarazioni di intenti contenute nel "libretto rosso" di Mao, dobbiamo rispondere affermativamente, perché l'uguaglianza nel lavoro, nei salari, nei diritti, nell'educazione, viene ribadita con grande forza e chiarezza: «Unitevi, partecipate alla produzione e alle attività politiche e migliorate la situazione economica e politica della donna» (per la rivista *Donne della nuova Cina*, 1949).

Bisogna che tutta la manodopera femminile prenda il suo posto sul fronte del lavoro, dove sarà applicato il principio "a uguale lavoro uguale salario" (Programma della Federazione democratica delle donne, 1955).

«Difendete gli interessi della gioventù, delle donne e dei bambini; assicurate la libertà del matrimonio e l'uguaglianza fra uomo e donna» (Sul governo di coalizione, 1945).

Ma tutto ciò ha richiesto un prezzo molto alto: la perdita di una gran parte dell'identità femminile, come il diritto alla bellezza, all'eleganza, alla cura del proprio corpo e soprattutto il diritto ad esprimere sentimenti ed emozioni e a vivere serenamente la propria sessualità.

«Lo sguardo attento e impavido,
il fucile a cinque spanne,
alle prime luci dell'alba,
marciano sulla piazza d'armi,
le nuove ambiziose figlie della Cina,
che al belletto preferiscono i fucili»»

(canzone popolare delle Guardie Rosse)

Tutta una generazione di ragazze, ma anche di ragazzi, è cresciuta soffocando istinti e sentimenti, avendo paura di scambiarsi un bacio o soltanto di prendersi per mano in pubblico, ignorando il linguaggio del cuore per timore di essere derisi o peggio denunziati come "revisionisti borghesi".

La giovane Yang Erche Namu, che appartiene all'etnia *Moso*, fra cui vige un'antichissima sorta di matriarcato e i costumi sessuali sono molto liberi, descrive così, in *Il paese delle donne* (2003) il suo sdegno di fronte alla rigidità dei costumi dell'etnia dominante degli "han", a cui appartiene la maggioranza dei cinesi, con cui viene a contatto quando va a studiare canto al Conservatorio di Pechino: «La sessualità era interamente svuotata di ogni contenuto poetico e l'educazione sessuale non avveniva attraverso i canti o la creazione di versi, ma faceva parte del programma di igiene fisica... io pensavo alle donne moso, che cantavano attorno ai falò, che facevano

Durante le "sedute d'accusa" organizzate dalle giovanissime Guardie Rosse del Presidente, solo i peggiori criminali, ovvero gli insegnanti più capaci, venivano presi di mira. Si legavano loro le mani dietro la schiena e lì si costringeva a piegarsi finché la testa non gli pendeva fra le ginocchia. Ogni due minuti, non appena il portavoce degli studenti finiva di leggere un capo d'accusa, venivano colpiti sul volto, tirati per i capelli, presi a calci nel ventre. Dal momento che i professori avevano le mani legate, difficilmente riuscivano a mantenersi in equilibrio, spesso crollavano a terra

«Lo sai? A Singapore quelle come noi le chiamano piccole donne drago. Sai che vuol dire? Significa puttane. Ma penso che se riesci a diventare ricca, se riesci ad uscire dalla tua tana e a non tornare indietro, cosa importa come sei riuscita ad ottenerlo? Comunque, quando riesci a realizzare il tuo sogno, a fare i soldi o a sposare uno di Singapore, la gente dimentica che una volta eri una donna drago. E col tempo anche tu dimentichi di esserlo stata»

all'amore sotto le stelle, che accendevano il fuoco nella loro camera dei fiori attendendo la visita dell'amante... Forse l'organismo dei moso era diverso da quello degli han!.. Ma, dopo circa un anno di frequenza, avevo scoperto che non era il corpo ad essere diverso, bensì la mente: infatti gli studenti del conservatorio provavano un interesse nel fare l'amore pari a quello dei contadini moso, ma avevano una terribile paura delle conseguenze... E adesso c'era una ragazza sulla bocca di tutti, una bellissima giovane han che si era innamorata di un compagno di classe. Si era sottoposta segretamente ad un aborto, ma era stata scoperta e la Commissione Disciplinare le aveva chiesto di mettere una confessione per iscritto, indicando il nome del padre del bambino e fornendo ogni dettaglio dei loro incontri clandestini... Si rifiutò e per punirla la storia del suo aborto apparve sul tabellone dei provvedimenti disciplinari, perché tutti potessero dileggiarla. Questo fatto mi sconvolse». (Yang Erche Namu, 2003). Dopo la morte di Mao (1976), il desiderio di riappropriarsi di una parte di sé, di parlare del privato, di esprimere tutta una gamma di emozioni intime e squisitamente personali è esplosa con forza. La prima donna che ha avuto l'idea di tenere una rubrica alla radio di Stato, in cui invitava le ascoltatrici ad intervenire in diretta, raccontando le proprie storie personali, è Xinran, una giornalista che è diventata popolarissima in Cina ed è stata letteralmente sommersa dalle richieste del pubblico di poter finalmente parlare in libertà dei propri problemi e degli argomenti più vari. Da questa esperienza Xinran ha tratto un libro, *La metà dimenticata del cielo*, in cui ci offre un panorama quanto mai variegato del "pianeta donna" in Cina; innanzitutto ci avverte che non ha senso parlare della donna cinese come di uno stereotipo unico, visto che ci troviamo in un Paese immenso, in cui convivono molteplici etnie e che presenta situazioni economiche e sociali diversissime. Assai differente è la situazione fra grandi città e sperduti villaggi di montagna, fra le studentesse universitarie e le operaie che lavorano 16 ore al giorno per una paga equivalente a sessanta euro al mese, fra chi è attirata dalle sirene del consumismo e chi considera ancora una ricchezza un uovo, come le donne della comunità contadina di Colle Urlante. Questo villaggio è talmente povero che più sorelle possiedono un unico vestito ed escono di casa a turno, che l'unica occasione nella vita in cui una donna può gustare un uovo è quando partorisce un maschio, ma soprattutto è il posto in cui più uomini della stessa famiglia si comprano una moglie in comune per garantirsi la discendenza: infatti lo squilibrio demografico verificatosi con la politica del figlio unico ha portato ad una penuria di donne, per cui è nato un mercato clandestino delle mogli. Molte bambine vengono rapite e vendute a caro prezzo: chi è povero deve accontentarsi di una "moglie in affitto" da dividere con gli altri, come una merce. Di contro nelle grandi metropoli, sotto la spinta del boom economico, è molto diffuso il fenomeno di studentesse universitarie che per pagarsi gli studi si offrono come "accompagnatrici" di ricchi ed influenti uomini d'affari, che amano esibire al loro fianco ragazze belle, eleganti e colte, che vengono ricompensate con abiti firmati e soggiorni in alberghi di lusso. È questo il mondo descritto nel romanzo di Jiu Dan *Piccole donne drago* (2008) ambientato ai giorni nostri, a Singapore. Così infatti vengono chiamate queste ragazze fredde e determinate, che sembrano incapaci di provare sentimenti ed emozioni, che non hanno altro Dio che il denaro; il drago è la Cina, un drago che dimentica le sue figlie, non sa crescerle, le lascia perdersi senza nemmeno sbuffare.

«Lo sai? A Singapore quelle come noi le chiamano piccole donne drago. Sai che vuol dire? Significa puttane. Ma penso che se riesci a diventare ricca, se riesci ad uscire dalla tua tana e a non tornare indietro, cosa importa come sei riuscita ad ottenerlo? Comunque, quando riesci a realizzare il tuo sogno, a fare i soldi o a sposare uno di Singapore, la gente dimentica che una volta eri una donna drago. E col tempo anche tu dimentichi di esserlo stata».

Ma dietro a tanto cinismo si cela la disperazione e una non sopita speranza: «Alcuni dicono che siamo donne corrotte e perverse e, in effetti, chi al mondo può esserci più marcio di noi? Noi non siamo come gli altri, non siamo come nessuno di voi. Siamo marce. Qualche volta vorremmo dire che siamo diventate cattive a causa di questa società, ma non riusciamo a dirlo, qualcosa ce lo impedisce, ci vergogniamo. Sappiamo di essere corrotte fin dalla nascita. Eppure desideriamo ancora che i fiori del mondo sboccino per noi, ogni giorno e ogni notte lo sogniamo. Anche un solo fiore unico, che si schiuda rosso, giallo, bianco, blu...» (Jiu Dan 2008).

Torniamo dunque alla domanda: qual è la realtà della donna cinese oggi? Le donne sono quasi il cinquanta per cento della popolazione, con una percentuale sbilanciata a loro sfavore a causa della politica del figlio unico, che ha portato all'aborto, all'in-

fanticidio o all'abbandono in orfanotrofi-lager di milioni di bambine; se è vero che esse risentono molto più degli uomini della disoccupazione, in realtà i due terzi dei lavori produttivi sono svolti proprio da donne, con un guadagno però pari solo a 1/110 di quello maschile, e riescono a raggiungere, in qualche caso ancora raro, posizioni di prestigio; notevole ancora oggi la differenza fra città e campagna, dove le donne continuano a stare in casa e molte sono ancora analfabete, nonostante le campagne di alfabetizzazione del governo, per cui la loro massima aspirazione sembra quella di trasferirsi in città ed ottenere un permesso di residenza ed un alloggio confortevole; stanno nascendo le prime organizzazioni femministe; una maggiore separazione fra pubblico e privato permette la valorizzazione di interessi psicologici e culturali; matrimoni più liberi e l'attenuazione dell'obbligo del figlio unico testimoniano una maggiore scelta di libertà all'interno della famiglia, accompagnata da un cresciuto benessere economico. Da quanto emerge dalle testimonianze di queste scrittrici ci sembra di scorgere una donna in bilico fra passato e presente, che da un lato guarda come modello alle donne occidentali, di cui ammira la disinvoltura, la libertà, anche sessuale, la capacità di competere sul piano economico e professionale con gli uomini, e dall'altro subisce il retaggio delle tradizioni del passato, che si sente quasi di tradire, facendo scelte di vita diverse da quelle delle proprie antenate. Non dimentichiamo che il lungo cammino che la donna occidentale ha compiuto nel corso di almeno tre secoli, dall'*Ancient Régime* ad oggi, passando attraverso l'Illuminismo, la Rivoluzione Francese, la Rivoluzione Industriale e il Sessantotto, la donna cinese l'ha compiuto nel giro di appena cento anni, sull'onda di avvenimenti storici che più che essere maturati dalla sua volontà consapevole, sembrano esserle stati imposti dall'alto, da un'evoluzione politica ed economica che ha bruciato le tappe e l'ha travolta, trascinandola in un processo di modernizzazione fin troppo veloce per essere stato assimilato del tutto. Forse solo tra qualche decennio la donna cinese riuscirà a crearsi un nuovo equilibrio, riuscendo ad armonizzare dentro di sé l'amore per la famiglia, il senso del pudore, il richiamo della tradizione, con la piena consapevolezza del proprio valore come soggetto economico e politico, portatrice di diritti, garante della libertà, educatrice delle generazioni future.

* Docente di Filosofia presso il Liceo Classico di Bagheria

Da quanto emerge dalle testimonianze di queste scrittrici ci sembra di scorgere una donna in bilico fra passato e presente, che da un lato guarda come modello alle donne occidentali, di cui ammira la disinvoltura, la libertà, anche sessuale, la capacità di competere sul piano economico e professionale con gli uomini, e dall'altro subisce il retaggio delle tradizioni del passato, che si sente quasi di tradire, facendo scelte di vita diverse da quelle delle proprie antenate

BIBLIOGRAFIA

- See L. (2006) "Fiore di neve e il ventaglio segreto" Longanesi Milano
 Wang L. (1998) "Il teatro delle ninfee" Il Saggiatore Milano
 Erche Namu Y. (2003) "Il paese delle donne" Sperling e Kupfer Milano
 Xinran (2002) "La metà dimenticata" Sperling e Kupfer Milano
 Dan J. (2008) "Piccole donne drago" Castelvevchi Roma
 Hong L. (2009) "Le donne del vento rosso" Newton Compton editori Roma
 Mao Tse Tung (1967) "Il libretto rosso ovvero il pensiero di Mao Tse Tung" Il quadrato Milano
 Paterlini F. (2002) "L'evoluzione della condizione femminile in Cina" Università di Padova
 Matthias L.L. (1960) "La Cina" Garzanti Milano
 Colajanni N. (1994) "La Cina contemporanea 1949-1994" Tascabili economici Newton

Bracchi C. e Jinchuan H. "LA scrittura post coloniale" in "Letteratura femminile cinese" Internet
 Viglione C. "L'altra metà del cielo. Chiacchierata sulla condizione della donna nella Cina di fine millennio" in "Condizione femminile in Cina" Internet

From lotus flower buds to little she-dragon women: the voice of the forgotten half heaven

The article shows how the present-day female Chinese literature reveals the irrepressible wish to give evidence for a reality forced to be silent for centuries. In fact, many writers derive their information from a family heritage rich in memories and traditions to recall past time irresistible for the cult of elegance and beauty but cruel and unfair for some custom such as feet bandaging on toddlers in order that feet looked like a lotus flower bud. This practice went on till the beginning of the last XX century. The author mentions some recent books (that are the title of her article) that describe Chinese woman precariously placed between past and present: on one hand she is fascinated by western behavioural model and on the other she suffers the consequences of the past traditions.



Lo sguardo di Artemisia

Negli anni ambigui e difficili del XVII secolo, una singolare figura di donna indipendente e di artista “professionista”. Artemisia Gentileschi sa cosa sono la violenza e la passione, ma non è una pittrice del sentimento. Sa che cosa ha fatto Caravaggio, ma non ne è intimidita. Conosce Galileo e lo considera un amico. Un punto di vista personale, ecco qualcosa che, ancora oggi, è difficile per le donne conquistare ed esprimere

ROSA DE ROSA

«Artemisia Gentileschi, dal nome favoloso e serico come la pittura di suo padre, l'unica donna in Italia che abbia mai saputo che cosa sia pittura e colore, e impasto, e simili essenzialità» (Roberto Longhi)¹

La vita e l'opera di Artemisia Gentileschi (nata a Roma nel 1593 e morta a Napoli nel 1652), sono legate a filo doppio a quella del padre Orazio, pittore caravaggesco, che la avviò alla pittura introducendola nello straordinario ambiente artistico romano dei primi decenni del XVII secolo, che la segnò profondamente e la spinse a comunicare la “vergogna” della violenza subita. La storia è nota: Agostino Tassi, amico e collaboratore di Orazio, nel maggio del 1611 dà lezioni di prospettiva alla giovane Artemisia e, invaghitosene a modo suo, la violenta, promettendole poi di sposarla. Nel febbraio del 1612 Orazio denuncia l'amico (anche per il furto di vari dipinti) e nel maggio dello stesso anno inizia il processo per stupro che terminerà cinque mesi dopo con la condanna del Tassi a otto mesi di carcere. Negli “Atti del processo”², leggiamo che Artemisia subì l'umiliazione di ripetute visite ginecologiche, fu sottoposta alla dolorosa tortura dello schiacciamento dei pollici, il cosiddetto “supplizio della Sibilla”, per farle rivelare la verità: «un disagio di breve durata, Artemisia – la rassicurava il padre, guardando dritto davanti a sé – non più di una piccola strizzatina»³, e benché confermasse quanto detto nella prima deposizione, quella del marzo 1612, non fu mai creduta. Fu un'esperienza penosa e umiliante che in più le lasciò fama di donna licenziosa, nonostante un matrimonio (combinato da Orazio, nell'ottobre dello stesso anno, con il fiorentino Pietro Antonio di Vincenzo Stiattesi) e il trasferimento a Firenze. Nel dicembre del 1612 Artemisia inizia una nuova fase della sua vita. Va a Firenze, portando con sé, arrotolata nella bisaccia del mulo, la tela di un disegno che aveva tracciato alla presenza del cardinale Borghese: «A testa alta, al braccio di un marito, Artemisia andava verso la città dei Medici». A Roma si lasciava alle spalle l'ombra di suo padre e l'ambiente artistico che tanta influenza aveva esercitato sulla sua formazione: «... sarebbero vissuti separati per molti anni, e ogni ora di assenza li avrebbe legati più disperatamente l'uno all'altra»⁴.

Lasciare Roma fu una scelta dolorosa. Il rancore verso suo padre non si attenuava; ben presto ne avrebbe rinnegato anche il cognome: a Firenze si firmerà Artemisia Lomi, come lo zio Aurelio, anch'egli pittore, che la introdurrà alla corte del granduca Cosimo II.

Il talento e la volontà di esprimersi

Lontana dal padre, la giovane donna dà vigore alla sua vocazione artistica e inizia a ottenere importanti commissioni e riconoscimenti (anche grazie alla fama dei Gentileschi). Nel 1614, in quanto pittrice professionista, è ammessa all'Accademia

del Disegno, fondata da Giorgio Vasari nel 1563, e l'anno dopo Michelangelo Buonarroti il Giovane, nipote del grande Michelangelo, le commissiona un'opera, *l'Allegoria dell'Inclinazione*, per la volta della nuova Galleria di Casa Buonarroti⁵. Abbiamo testimonianza che Artemisia conobbe a Firenze Galileo Galilei con il quale inizierà una lunga corrispondenza epistolare. In una lettera del 1635, ad esempio, la pittrice gli esprime con familiarità il suo rammarico per non essere stata adeguatamente "protetta" dal Gran Duca di Toscana. Ora la pittrice vive in una condizione di totale indipendenza, e in quei tempi non è cosa comune. Ma nel 1620 torna con sua figlia a Roma, dove ritrova il padre Orazio e dove si trattiene per un decennio. Nel 1630 è a Napoli. Sappiamo con certezza che nel 1637 va in Inghilterra, alla corte di Carlo I. Qui i Gentileschi (padre e figlia, da pari) dipingeranno grandi tele per il palazzo reale di Greenwich, fino al 7 febbraio 1639, alla morte di Orazio. Ancora una volta sola, rientrerà in Italia e non si avranno sue notizie fino al 1649. È tornata a Napoli, dove muore nel 1652, stanca, sola, dimenticata, povera.

Una pittura "appassionata", non "sentimentale"

È definitivamente attribuita ad Artemisia, e non al padre Orazio, la *Susanna e i Vecchioni* (Schloss Weissenstein, Pommersfelden, collezione Schönborn, 1610) (figura 1), opera degli inizi, ma già sorprendente, come testimonia il padre (lettera del 3 luglio del 1612, in cui raccomanda la figlia a Cristina di Lorena): «...havendola drizzata nella professione di pittura, in tre anni si è talmente applicata nell'arte della pittura che posso ardir di dire che hoggi non ci sia par di lei, havendo per sin adesso fatto opere, che forse principali maestri di questa professione non arrivano al suo sapere, come a suo luogo e tempo farò vedere a vostra altezza serenissima»⁶. Lo schema compositivo dell'opera, caravaggesca nell'uso del colore e della luce, si discosta dalla tradizione rinascimentale, tradizione che certamente Artemisia conosceva, e concentra l'attenzione sulla figura centrale di Susanna, la moglie di Gioacchino, che resiste alla seduzione dei due uomini: «*Susanna e i Vecchioni* offre la prima testimonianza dell'abilità della Gentileschi nel trasformare le convenzioni della pittura del diciassettesimo secolo in rielaborazioni che inscrivevano in nuovi parametri l'immaginario della figura femminile»⁷, un realismo accentuato sia dalla bellezza del corpo di Susanna e dalla sua posa, che dalla tensione psicologica che il suo sguardo rivela. Nella produzione pittorica di Artemisia la figura di Giuditta, l'eroina che aveva salvato gli Ebrei uccidendo il nemico, il generale Assiro Oloferne, è un tema ricorrente: la prima versione, *Giuditta che decapita Oloferne* (Napoli, museo di Capodimonte, 1612-1613) (figura 2), fu iniziata a Roma⁸ e completata a Firenze, non discostandosi molto da quella del 1620 (Firenze, Galleria degli Uffizi) (figura 3). È stato Roland Barthes a vedere nel tema il riscatto della donna violentata e la complicità psicologica, tutta femminile, tra Giuditta e la domestica Abra: «Ed è qui la forza del quadro: nel capovolgimento brusco dei ruoli. Classicamente, il patetico della scena dovrebbe essere religioso e patriottico; lo è senz'altro, ma un'altra ideologia vi si sovrappone, che noi moderni leggiamo chiaramente: la rivendicazione femminile. Il primo colpo di genio



Figura 1. *Susanna e i Vecchioni* (Schloss Weissenstein, Pommersfelden, collezione Schönborn, 1610)



In alto:

Figura 2. Giuditta che decapita Oloferne (Napoli, museo di Capodimonte, 1612-1613)

Figura 3. Giuditta che decapita Oloferne (Firenze, Galleria degli Uffizi, 1620)

Qui a lato:

Figura 4. Giuditta e la fantesca dopo la decapitazione di Oloferne (Firenze, Galleria palatina di Palazzo Pitti, 1613-1614)

è quello di aver messo nel quadro due donne, e non solo una, mentre, nella versione biblica, la serva aspetta fuori; due donne associate nello stesso lavoro, le braccia frapposte, che riuniscono i loro sforzi muscolari sullo stesso oggetto...»⁹. La violenza sta tutta nella forza delle braccia muscolose delle due donne, l'una che blocca il tiranno e l'altra che con la spada gli trapassa la gola e «nei loro sguardi risoluti, attenti e fissi sul loro lavoro»: determinazione e concentrazione che suggeriscono quasi un tenere in mano il destino del popolo ebraico. Una luce violenta investe i tre personaggi, in particolare i volti delle due donne, dai quali traspare una terribile tranquillità, che stride con l'orrore negli occhi e nella bocca semiaperta dell'uomo. La violenza

della rappresentazione è stata letta da molti studiosi come un'esplicita citazione del dramma personale vissuto dalla pittrice. Una terza versione, *Giuditta e la fantesca dopo la decapitazione di Oloferne* (Firenze, Galleria palatina di Palazzo Pitti, 1613-1614) (figura 4), ripropone ancora la complicità tra le due donne, che volgono lo sguardo all'indietro, verso un oltre non ben definito: quanto già accaduto è visibile attraverso due trofei, la testa tagliata di Oloferne nella cesta che la domestica regge, e la spada che Giuditta impugna. Un'analoga lettura possiamo darla per la versione del 1625, *Giuditta* (figura 5) (Detroit, Institute of Arts). Realizzata a Roma, l'opera testimonia una rinnovata riscoperta e rielaborazione del messaggio caravaggesco: dal maestro aveva appreso come tradurre in luce e ombra la drammaticità delle passioni violente e Artemisia ne aveva compreso il valore di svolta culturale. Una capacità innovativa anche tecnica: nell'*Autoritratto come allegoria della pittura* (Londra, Kensington Palace)





(figura 6), del 1630, per dipingersi di tre quarti e non frontalmente come da tradizione, dispone, a pochi metri dal cavalletto, un gioco di specchi a squadra. E si raffigura in grembiule da lavoro con i simboli allegorici della Pittura, quali si ritrovano nei trattati di iconografia: catena d'oro, maschera pendente, vestito dai cangianti riflessi, riccioli ribelli. Una donna "professionista" del Seicento, dunque. È indipendente, vive della sua professione, gestisce il suo patrimonio, contratta il prezzo delle sue opere. Si può leggere in una lettera inviata a Don Antonio Ruffo di Messina: «...perché le spese sono molte per occasione di tenere queste femine igniude»¹⁰.

Pur consapevole delle difficoltà che una donna sola avrebbe dovuto affrontare nel vivere del suo lavoro, impone il suo talento in una società governata dagli uomini. E in tutte le sue opere le donne ritratte sono forti, reattive, dolenti ma controllate, contrapposte alla violenza animale delle figure maschili. Una modernità che va addirittura oltre la stagione del femminismo storico del secolo scorso. Nel 1997 la regista francese Agnès Merlet nel film *Artemisia, passione estrema*, racconta magnificamente questo binomio donna-artista, «senza cadere in quei cliché femministi che la figura di Artemisia sembrava dover automaticamente trascinare con sé»¹¹.

Figura 5. Giuditta
(Detroit, Institute of
Arts, 1625). A destra:
particolare del volto di
Giuditta

NOTE

1. Roberto Longhi, *Gentileschi padre e figlia*, in *L'Arte*, XIX, 1916. Fu la scrittrice Anna Banti (moglie di Roberto Longhi) a ricostruire per prima, nella biografia romanzata *Artemisia* (Rizzoli, 1947) la vita e l'opera di Artemisia, sulla base dei pochi documenti noti. La Banti indagò sul possibile legame tra la violenza subita dalla giovane pittrice e gli sviluppi successivi della sua opera pittorica.
2. *Atti di un processo per stupro* (a cura di Eva Menzio), Edizioni delle donne, Milano, 1981.
3. Susan Vreeland, *La passione di Artemisia*, Neri Pozza Editore, 2002.
4. Alexandra Lapierre, *Artemisia*, Mondadori, 2000.
5. Catalogo Mostra "Artemisia" (a cura di R. Contini e G. Papi), Firenze, Casa Buonarroti, Giugno/Novembre 1991.
6. Tanfani-Centofanti, *Notizie di artisti tratte dai documenti pisani*, Pisa, 1896.
7. Tiziana Agnati, Francesca Torres, *Artemisia Gentileschi, la pittura della passione*, Selene Edizioni, 1998.
8. Alexandra Lapierre, op. cit..
9. Roland Barthes, Nota su "Giuditta e Oloferne", *Atti di un processo per stupro*, op. cit..
10. V. Ruffo, *La Galleria Ruffo nel sec. XVII in Messina*, Bollettino d'Arte, 1916.
11. Luca Antoccia, *Arte al femminile*, Art E Dossier N.153, Giunti, 2000.